



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI KUALITATIF TENTANG ADAPTASI REMAJA  
TERHADAP PENYAKIT KANKER YANG DIDERITA**

**TESIS**

**RAMADHANIYATI**

**1006755405**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**

**DEPOK**

**JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI KUALITATIF TENTANG ADAPTASI REMAJA  
TERHADAP PENYAKIT KANKER YANG DIDERITA**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

**RAMADHANIYATI**

**1006755405**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK  
DEPOK  
JULI 2012**

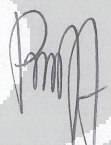
## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber yang digunakan baik yang dikutip atau dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ramadhaniyati

NPM : 1006755405

Tanda tangan :



Tanggal : 12 Juli 2012




## HALAMAN PENGESAHAN

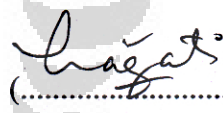
Tesis ini diajukan oleh :

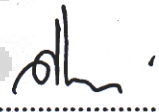
Nama : Ramadhaniyati  
NPM : 1006755405  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Studi Kualitatif Tentang Adaptasi Remaja Terhadap Penyakit Kanker Yang Diderita

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan merupakan bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dessie Wanda, S.Kp., M.N. (.....)

Pembimbing II : Happy Hayati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An (.....)

Penguji : Allenidekania, S.Kp., M.Sc. (.....)

Penguji : Hermalinda, M.Kep. (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 12 Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ramadhaniyati  
NPM : 1006755405  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**STUDI KUALITATIF TENTANG ADAPTASI REMAJA TERHADAP  
PENYAKIT KANKER YANG DIDERITA,**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pengakalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada Tanggal: 12 Juli 2012

Yang menyatakan,



(Ramadhaniyati)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat, rahmat dan hidayah-Nya yang diberikan kepada penulis atas kesehatan, kekuatan dan kesempatan sehingga dapat menyelesaikan penyusunan laporan hasil tesis ini. Penulisan laporan hasil tesis ini adalah untuk mendeskripsikan tentang pengalaman terkait adaptasi remaja dengan penyakit kanker.

Banyak bimbingan, arahan serta dukungan dari berbagai pihak dalam proses penyusunan laporan hasil tesis ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

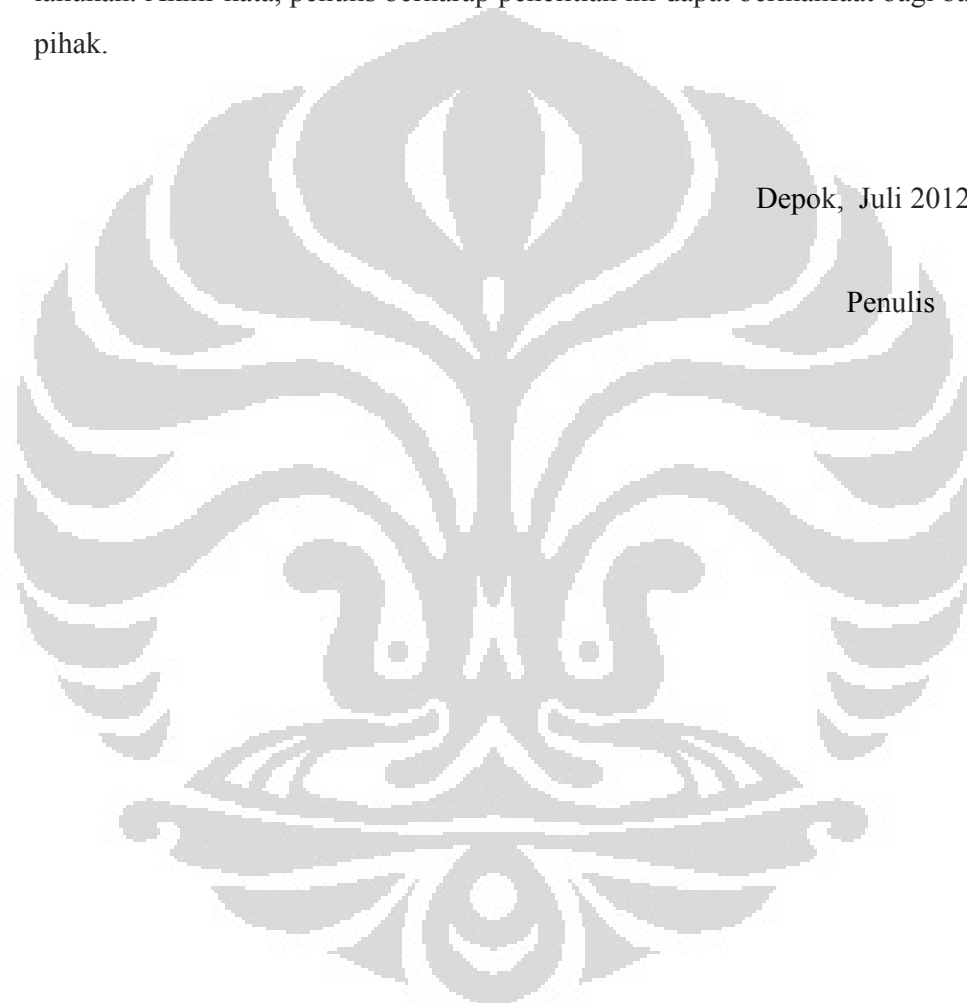
1. Ibu Dessie Wanda, MN. selaku dosen pembimbing I yang telah banyak memberikan waktu, dukungan, bimbingan dan pemahaman dalam penyusunan laporan hasil tesis ini.
2. Ibu Happy Hayati, M.Kep., Sp.Kep.An. selaku pembimbing II yang telah memberikan waktu, masukan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan laporan hasil tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D. sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN. sebagai Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Seluruh dosen pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, khususnya kekhususan Keperawatan Anak yang banyak memberikan dukungan pembelajaran sebagai bekal dalam penyusunan laporan hasil tesis ini.
6. Orang tuaku tercinta yang selalu memberikan dukungan, doa dan kasih sayangnya sepanjang waktu.
7. Rano Ismoyo terkasih yang selalu memberikan bantuan, semangat dan dukungannya selama proses penelitian dan penyusunan tesis ini.
8. Teman-teman seangkatan tercinta, yang selalu mendukung dan menyemangati penulis untuk sampai pada sidang laporan hasil tesis ini.

9. Pihak-pihak terkait penelitian ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, terimakasih atas dukungan dan bantuannya dalam kelancaran proses penyusunan laporan tesis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan limpahan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan imbalan pada setiap amal baik yang mereka lakukan. Akhir kata, penulis berharap penelitian ini dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Depok, Juli 2012

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Ramadhaniyati  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Adaptasi Remaja Terhadap Penyakit Kanker Yang Diderita

Remaja merupakan masa peralihan yang memiliki proses perkembangan yang berbeda dengan usia anak-anak dan dewasa. Adanya diagnosis kanker pada masa remaja akan menimbulkan berbagai macam respon fisik dan respon psikologis bagi mereka. Tujuan penelitian ini ingin mengeksplorasi pengalaman dan mekanisme adaptasi remaja yang didiagnosis penyakit kanker. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Partisipan penelitian ini terdiri dari tujuh orang remaja dengan penyakit kanker. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam berdasarkan tujuan penelitian. Analisis data hasil wawancara menggunakan tahapan analisis menurut Colaizzi. Temuan hasil penelitian ini antara lain: respon dan adaptasi fisiologis, respon dan adaptasi psikologis, dimensi kebutuhan, dimensi sosial, dimensi konsep diri, dimensi aktivitas, serta harapan dan upaya untuk sembuh. Rekomendasi hasil penelitian ini ditujukan pada perawat anak yang mungkin akan berhubungan langsung dengan remaja penderita kanker dalam membantu mereka untuk menggunakan strategi yang adaptif dalam menghadapi diagnosis kanker dan efek terapi kanker.

Kata kunci: Remaja penderita kanker, diagnosis kanker dan efek terapi kanker, strategi adaptasi



## ABSTRACT

Name : Ramadhaniyati  
Study Programme : Magister of Nursing  
Tittle : Adolescence's Adaptation With Their Cancer

Adolescence is a transition period which has a different developmental process with childhood and adults period. Cancer diagnosis during adolescence can cause a variety of physical and psychological responses. The purpose of this study is to explore the experience and adaptation mechanisms of adolescents who diagnosed with cancer. This study use a qualitative method with descriptive phenomenological approach. Participants of this study consisted of seven adolescents with cancer. Data is collected by in-depth interviews. Data is analyzed according to Colaizzi's stage data analysis. The findings of this study include: response and physiological adaptation, response and adaptation of psychological, adolescence with cancer needs, social dimension, self concept dimension, dimensions of activity, as well as the hopes and efforts of adolescent cancer to heal. Recommendations of this study is aimed at pediatric nursing to help adolescent with cancer in use an adaptive strategy in dealing with cancer diagnosis and side effects of cancer therapy.

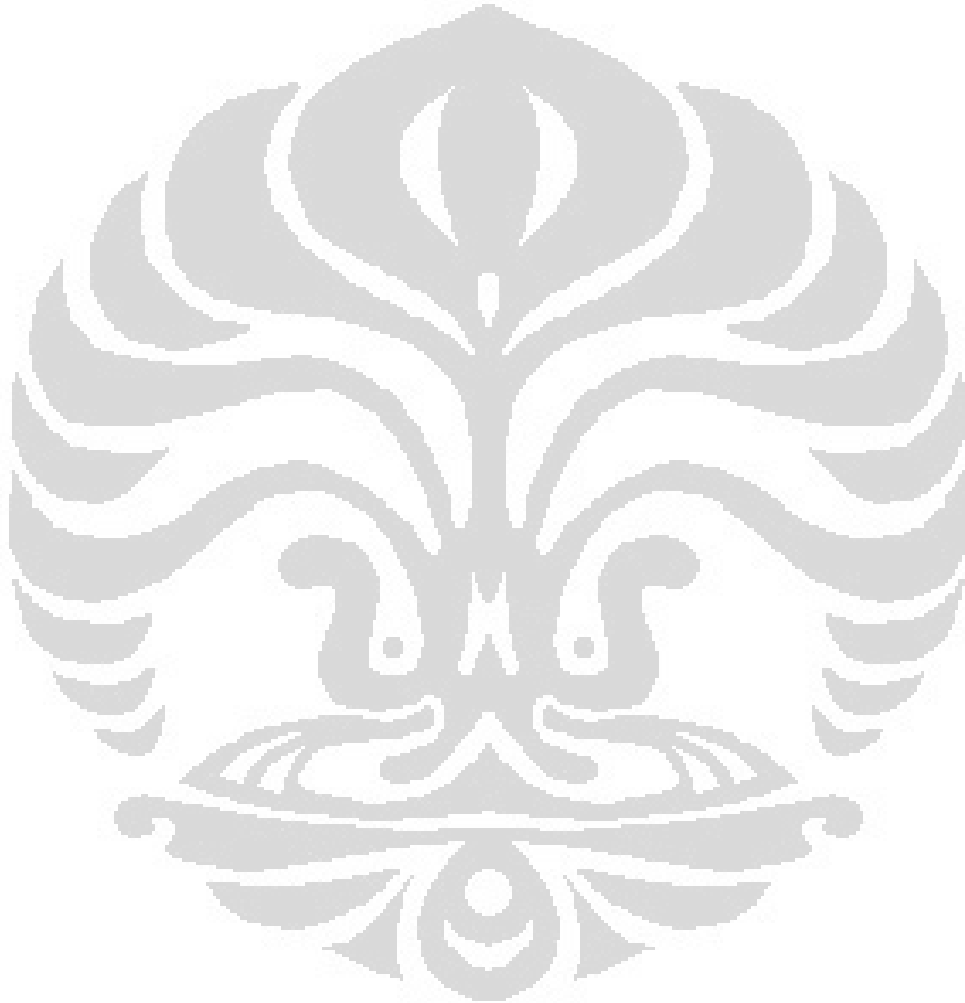
Keywords: Adolescence cancer, cancer diagnosis and side effects of cancer therapy, adaptation strategy

## DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	9
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.4 Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Tumbuh Kembang .....	11
2.2 Konsep Kanker .....	25
2.3 Konsep Adaptasi Roy pada Remaja dengan Penyakit Kanker .....	32
2.4 Kerangka Teori Penelitian .....	37
<b>BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
3.1 Desain Penelitian .....	38
3.2 Partisipan .....	40
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian .....	42
3.4 Etika Penelitian .....	43
3.5 Prosedur Pengumpulan Data .....	46
3.6 Alat Pengumpul Data .....	48
3.7 Analisis Data .....	48
3.8 Keabsahan Data .....	51
<b>BAB 4. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>54</b>
4.1 Karakteristik Partisipan .....	54
4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian .....	54
<b>BAB 5. PEMBAHASAN .....</b>	<b>81</b>
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian .....	81
5.2 Keterbatasan Penelitian .....	95
5.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Keperawatan .....	96

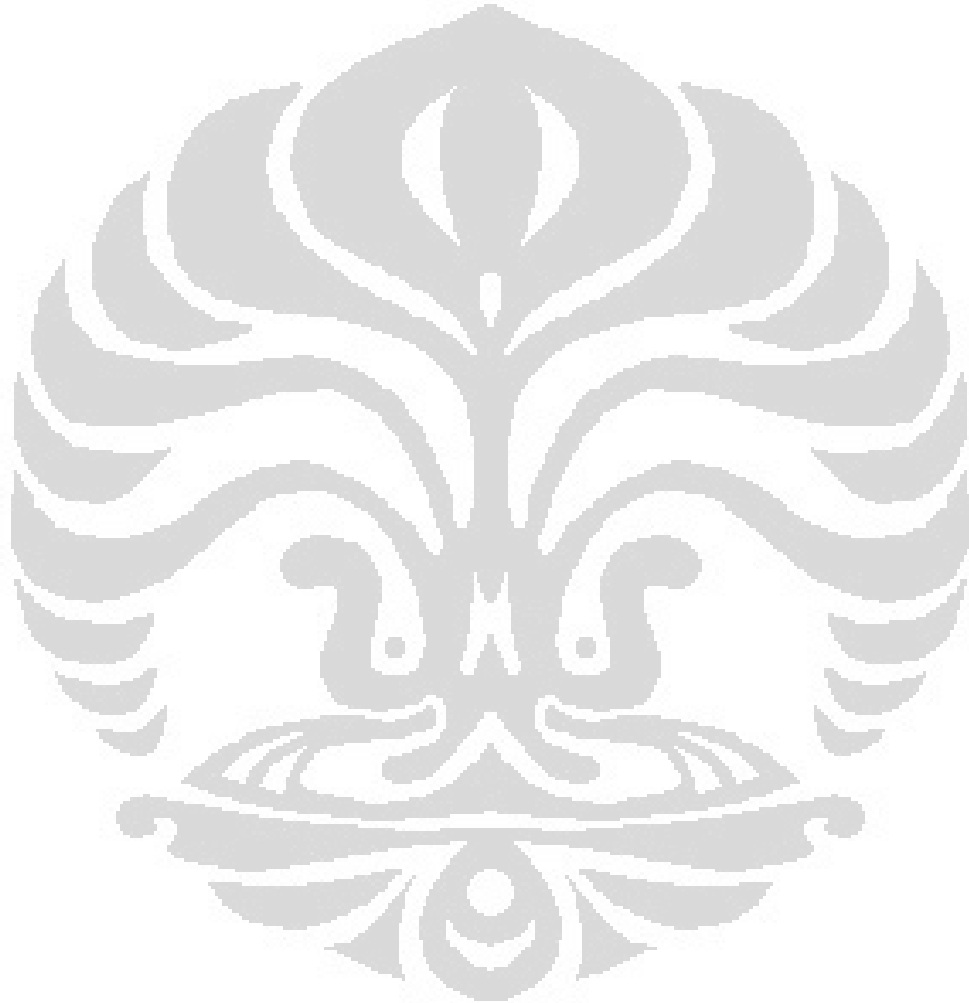
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>99</b>
6.1 Simpulan .....	99
6.2 Saran .....	101

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN-LAMPIRAN**



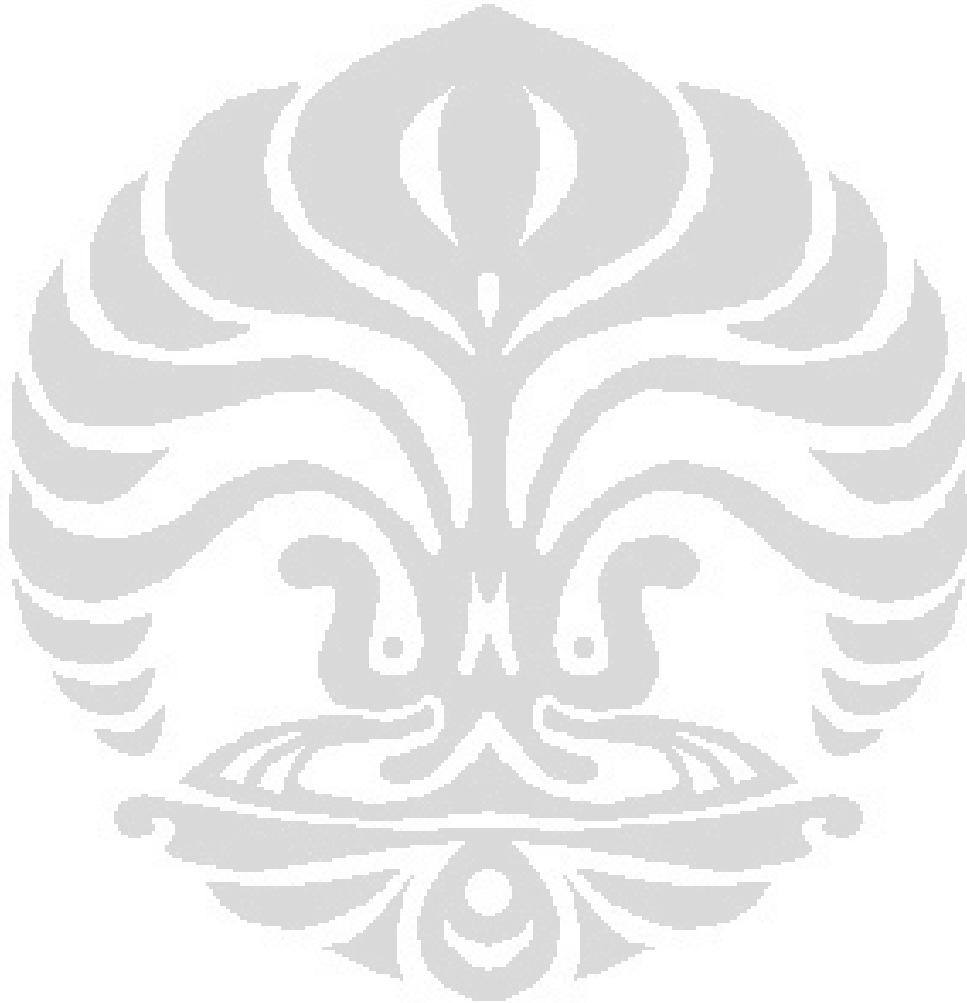
## DAFTAR TABEL

		Hal.
Tabel 3.1	Jadwal Kegiatan Penelitian .....	43
Tabel 4.1	Karakteristik Partisipan .....	54



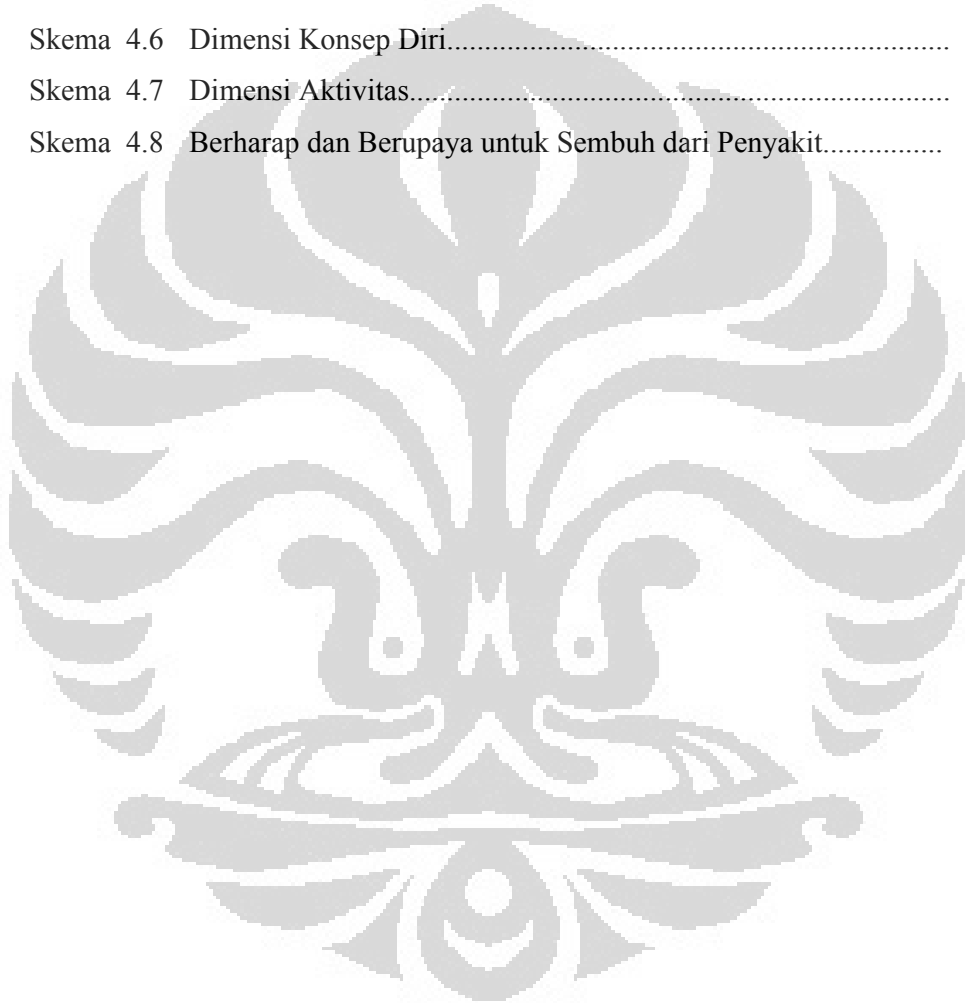
## DAFTAR GAMBAR

	Hal.
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian .....	37



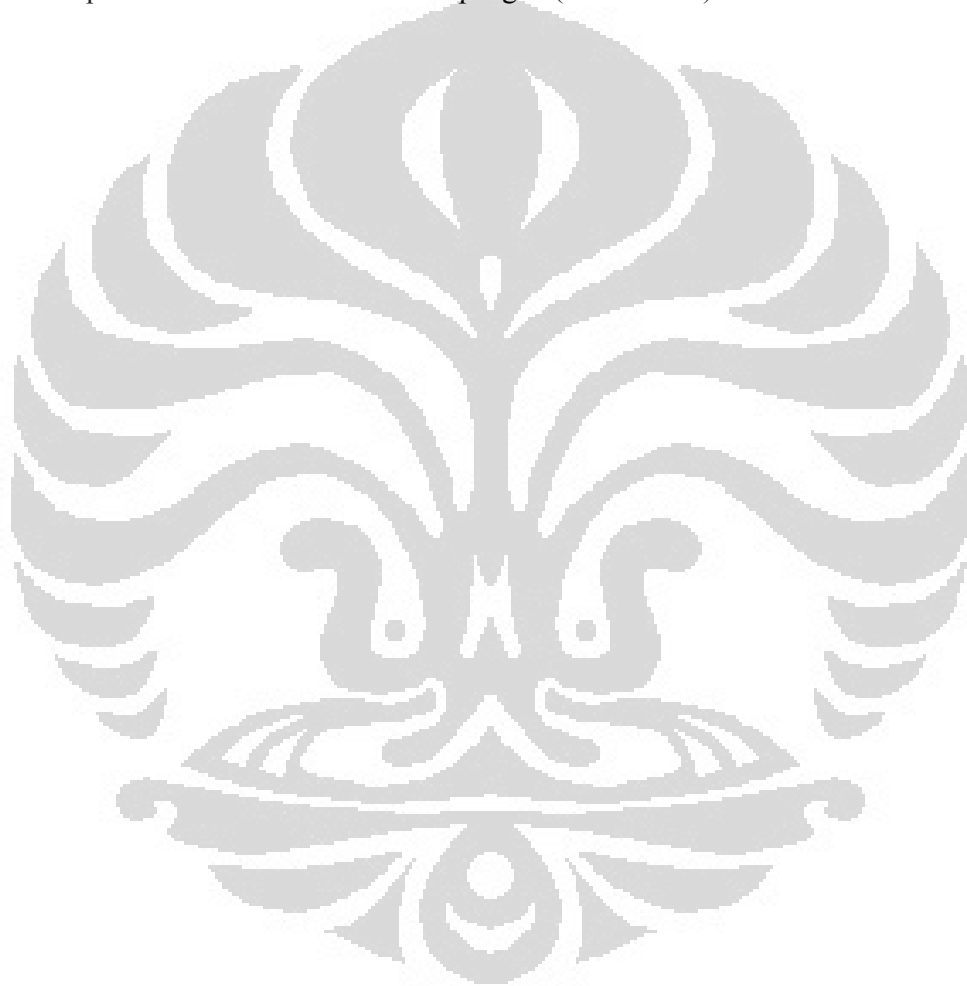
## DAFTAR SKEMA

	Hal.
Skema 4.1 Gambaran Seluruh Tema Penelitian .....	55
Skema 4.2 Respon dan Adaptasi Fisiologis Remaja Penderita Kanker.....	56
Skema 4.3 Respon dan Adaptasi Psikologis Remaja Penderita Kanker.....	60
Skema 4.4 Dimensi Kebutuhan.....	68
Skema 4.5 Dimensi Sosial.....	71
Skema 4.6 Dimensi Konsep Diri.....	73
Skema 4.7 Dimensi Aktivitas.....	76
Skema 4.8 Berharap dan Berupaya untuk Sembuh dari Penyakit.....	78



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1      Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2      Lembar Persetujuan Partisipan
- Lampiran 3      Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4      Pedoman Wawancara
- Lampiran 5      Lembar Catatan Lapangan (*Field Notes*)



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular saat ini menjadi sorotan bagi dunia dan Indonesia. Hal ini dikarenakan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian, dimana sebelumnya penyebab kematian lebih didominasi oleh penyakit menular (Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Depkes, 2011). Penyakit tidak menular ini umumnya dikenal sebagai penyakit kronik yang tidak diakibatkan dari adanya proses penularan dari satu orang ke orang lainnya. Penyakit ini juga memiliki perjalanan yang lama dan perkembangannya lambat (WHO, 2011). Penyakit kronik seperti penyakit jantung, kanker, penyakit pernafasan kronik, diabetes dan penyakit mental juga diketahui sebagai kondisi yang menjadi beban sistem pelayanan kesehatan di negara berkembang (Bautayeb & Bautayeb, 2005).

Laporan *World Health Organization/ WHO* (2011) menunjukkan bahwa pada tahun 2008 dari 57 juta kematian di seluruh dunia, sebanyak 63% (36 juta) diantaranya disebabkan oleh penyakit tidak menular. Di negara Asia Tenggara penyakit tidak menular menyebabkan kematian sebesar 7,9 juta jiwa setiap tahunnya, dan diduga akan terjadi peningkatan sebesar lebih dari 21% pada dekade berikutnya. Empat jenis penyakit tidak menular utama yang menjadi penyebab kematian di Asia Tenggara diantaranya adalah penyakit kardiovaskuler, diabetes, kanker dan penyakit pernafasan kronik (WHO, 2011). Di Indonesia terjadi peningkatan angka kematian akibat penyakit tidak menular ini dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 59,5% di tahun 2007 (PP&PL Depkes, 2011).

Kanker sebagai salah satu jenis penyakit tidak menular, juga merupakan penyebab kematian di dunia. Bahkan menurut data WHO (2011), pada tahun 2008 penyakit kanker merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit kardiovaskuler. Diketahui bahwa pada tahun 2008 tersebut



angka kematian di dunia yang diakibatkan oleh penyakit kanker adalah sebanyak 7,6 juta orang atau 21% diantara kematian yang diakibatkan oleh penyakit tidak menular. Diperkirakan angka kematian akibat kanker di dunia akan semakin meningkat menjadi 13,1 juta pada tahun 2030 (WHO, 2012).

Kasus penyakit kanker pada berbagai tingkatan usia baik di dunia maupun di Indonesia juga ditemukan cukup besar. Pada tahun 2002, diantara 3,2 milyar penduduk negara Asia Tenggara (48% populasi dunia), ditemukan 4,2 juta kasus baru yang terdiagnosa sebagai penyakit kanker (39% kasus baru didunia) (McDonald, Hertz & Lowenthal, 2008). Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas 2007 menunjukkan persentase kasus penyakit kanker ditemukan sebesar 0,43% (PP&PL Depkes, 2011). Diketahui bahwa kota DI Yogyakarta, Jawa Tengah dan Jakarta merupakan kota yang memiliki angka kejadian kanker tertinggi di Indonesia, secara berurutan yaitu sebesar 0,96%, 0,81%, dan 0,74% (Depkes, 2008).

Penyakit kanker dapat terjadi di manapun dan pada siapapun tanpa mengenal jenis kelamin, usia, dan status ekonomi. Sebagai penyakit yang berkontribusi pada peningkatan angka kematian, penyakit kanker yang terjadi pada anak dan remaja menjadi bagian dari perhatian dunia. Menurut *The United States Environmental Protection Agency* (2011), meskipun kejadian kanker pada anak cukup kecil dibandingkan dengan usia dewasa, namun kanker pada anak masih menjadi faktor penyebab kematian terbanyak dibandingkan faktor lainnya seperti cedera.

Insiden penyakit kanker pada anak di dunia juga sangat bervariasi. Penelitian yang dilakukan di negara Brazil oleh Camargo et al. (2009) mengenai insidensi penyakit kanker pada anak dan remaja menunjukkan rata-rata kejadian kanker berdasarkan usia anak dan remaja berkisar antara 92 sampai 220 per 1 juta anak. Angka kejadian tersebut paling tinggi ditemukan pada anak dengan rentang usia 1-4 tahun. Hasil penelitian ini juga menyatakan

bahwa tipe kanker yang umum dialami pada kelompok ini adalah leukemia, limfoma dan tumor otak (Camargo et al., 2009).

Berdasarkan penelitian serupa yang dilakukan oleh Li, Thompson, Miller, Pollack dan Steward (2008) tentang insiden penyakit kanker pada kalangan anak dan remaja di Amerika Serikat pada tahun 2001-2003 menunjukkan bahwa ditemukan sebanyak 36.446 anak dengan penyakit kanker dan berdasarkan rata-rata insiden untuk usia anak diketahui angka kejadiannya adalah 165,92 per 1 juta anak. Hasil penelitian ini juga menunjukkan secara signifikan bahwa kejadian kanker pada anak (0-14 tahun) lebih rendah dibandingkan pada remaja (15-19 tahun). Tipe kanker yang lebih banyak dialami oleh remaja di Amerika Serikat antara lain adalah limfoma, keganasan pada tulang, keganasan *soft tissue*, *germ-cell neoplasma*, neoplasma epitel, dan banyak lagi bentuk keganasan lainnya yang tidak spesifik (Li et al., 2008).

Perkiraan kasus baru untuk penyakit kanker pada usia anak di Indonesia adalah kurang lebih sebesar 11.000 kasus baru pertahun (Yayasan Onkologi Anak Indonesia, 2009). Menurut data Riskesdas 2007, angka kejadian kanker pada rentang usia 15-24 tahun (0,24%) lebih banyak bila dibandingkan dengan usia 5-14 tahun (0,15%) (Depkes, 2008). Meskipun tidak ada rentang khusus untuk usia remaja dengan penyakit kanker yang dilaporkan berdasarkan data tersebut, akan tetapi rentang usia remaja dengan penyakit kanker berada diantara kedua kelompok rentang usia tersebut, dan jumlah ini sangat bermakna bagi kalangan usia remaja di Indonesia. Khususnya di kota Jakarta dan sekitarnya, diperkirakan terdapat 650 kasus pertahun kejadian kanker pada usia anak (dibawah 18 tahun) (YOAI, 2009).

Penting bagi kita untuk menyoroti kondisi kesehatan remaja yang mengalami penyakit kanker. Hal ini dikarenakan remaja merupakan usia yang rentan terhadap perubahan fisik dan emosional, terlebih lagi ketika mereka harus berhadapan dengan masalah kesehatan mereka. Usia remaja ini juga

merupakan usia pertumbuhan dan perkembangan yang luar biasa dan potensial, sehingga adanya pengalaman kanker dalam hidup mereka dapat memberikan dampak pada tahapan hidup mereka selanjutnya.

Usia remaja memiliki tahapan perkembangan yang berbeda dengan masa anak-anak dan dewasa. Masa remaja juga dikenal sebagai masa transisi atau peralihan antara masa anak-anak dengan dewasa. James dan Ashwill (2007) menyatakan bahwa rentang usia remaja berada pada rentang 11-24 tahun. WHO (2009) mendefinisikan masa remaja sebagai periode pertumbuhan dan perkembangan setelah masa anak-anak dan sebelum masa dewasa dengan rentang usia 10-19 tahun. Pada masa remaja akan terjadi beberapa perubahan perkembangan fisik dan emosional seperti pematangan fisik, gambaran diri, kedekatan dengan teman kelompok, pencarian identitas diri, dan lebih otonom dari orang tua (James & Ashwill, 2007). Untuk mencapai pematangan dan melewati masa tersebut sehingga dapat sampai pada masa usia dewasa merupakan hal yang tidak mudah bagi remaja dan butuh adaptasi yang baik bagi mereka untuk dapat mencapainya.

Untuk rentang usia remaja dengan penyakit kanker, berdasarkan tinjauan literatur oleh Whyte dan Smith (dalam Hollis & Morgan, 2001) menyebutkan tidak ada batasan yang pasti mengenai usia pada remaja yang menderita penyakit kanker. Namun menurut Barr (dalam Hollis & Morgan, 2001) untuk konteks penyakit kanker, rentang usia remaja adalah pada rentang 15-19 tahun. Rentang usia tersebut sesuai dengan acuan program SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Result*) dari *National Cancer Institute* (NCI) di Amerika Serikat, bahwa untuk kepentingan penelitian mengenai kanker mereka menetapkan usia remaja pada rentang 15-19 tahun (Seitz, Besier & Goldbeck, 2008). Rentang usia tersebut menjadi rentang usia yang umum digunakan oleh para peneliti dalam penelitian-penelitian terhadap remaja dengan penyakit kanker.

Remaja yang mengalami perubahan kondisi kesehatan seperti penyakit kanker menjadi semakin tidak mudah bagi mereka untuk mencapai proses perkembangan secara normal. Diagnosis kanker yang terjadi selama masa ini dapat mempengaruhi proses transisi dari masa anak-anak sampai dewasa (Engvall, Cernvall, Larsson, Essen & Mattsson, 2011). Dengan adanya penyakit kanker yang diderita oleh remaja, membuat remaja menganggap hidup mereka lebih berat dan penuh rasa stres bila dibandingkan dengan teman sebayanya yang sehat. Remaja yang menderita penyakit kanker merasa ada beberapa hal yang membatasi hidup mereka, adanya rasa khawatir, menyakitkan dan rasa takut, serta adanya kebutuhan akan upaya yang kuat untuk dapat bertahan (Hokkanen, Eriksson, Ahonen & Salanterä, 2004).

Remaja dengan penyakit kanker akan menghadapi proses perawatan dan terapi yang sama seperti usia lainnya yang juga mengalami penyakit kanker. Yang berbeda adalah pada pengalaman terhadap respon fisik maupun psikologis dari remaja tersebut. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Engvall et al. (2011) dengan pendekatan metode kuantitatif, menggambarkan adanya hubungan potensial antara perilaku remaja saat pertama kali didiagnosis kanker dengan respon psikologis remaja setelah 4 tahun kemudian. Perilaku remaja yang melakukan pencarian informasi saat pertama kali didiagnosis kanker, akan memiliki dampak hidup yang lebih positif setelah 4 tahun kemudian. Namun sebaliknya bagi remaja yang tidak melakukan upaya yang baik saat pertama kali didiagnosis kanker, maka 4 tahun kemudian mereka tidak memiliki harga diri yang baik dan hubungan yang baik dengan orang lain (Engvall et al., 2011).

Penelitian lainnya dilakukan oleh Ramini, Brown dan Buckner (2008) yang menilai respon adaptif pada remaja yang mengalami penyakit kanker. Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dan wawancara mendalam, hasil penelitian ini menunjukkan adanya strategi adaptif yang dilakukan remaja dengan penyakit kanker. Strategi adaptif yang dilakukan para remaja antara lain adalah mereka secara kreatif mampu dalam mengatur perubahan yang

terjadi pada tubuhnya, tetap menjaga perilaku yang positif dan menunjukkan maturitas psikososial mereka (Ramini, Brown & Buckner, 2008).

Selanjutnya pada penelitian yang dilakukan oleh Ishibashi (2001) mengenai kebutuhan anak dan remaja dengan kanker, menunjukkan adanya ketidakpastian mereka terhadap penyakit kanker, adanya konflik yang lebih sering terjadi dengan orang tua mereka dibandingkan dengan remaja sehat, kesulitan untuk mendiskusikan rencana masa depan atau kematian mereka serta absen dari sekolah yang sangat sering. Diketahui bahwa dampak penyakit kronis pada remaja dapat terjadi pada proses perkembangan psikososial remaja, tingkat aktivitas, dan adanya peningkatan terhadap resiko perilaku dan emosional yang menyimpang (Hockenberry & Wilson, 2009). Adanya konflik yang terjadi antara anak dan orang tua pada penyakit kanker seperti yang dijelaskan oleh Ishibashi (2001) tersebut jelas menunjukkan adanya dampak kondisi kronis pada remaja yang juga dirasakan oleh orang tua mereka. Menurut Sawyer, Couper dan Martin (2003) sebagai seorang remaja dengan kondisi penyakit kronis, remaja ingin secara mandiri mengelola kondisi penyakit mereka daripada orang tua mereka. Mereka mencoba untuk memutuskan sejauh mana mereka akan patuh terhadap pengobatan yang akan mereka jalani.

Hockenberry dan Wilson (2009) menyatakan bahwa orang tua dari anak dengan penyakit kronis dituntut memiliki tanggung jawab yang lebih dalam memberikan perawatan yang kompleks dan mengatasi gejala yang muncul dari kondisi anak mereka, memberikan yang terbaik bagi anak mereka dengan cara mencari layanan kesehatan dan sosial yang mendukung kondisi anak mereka. Beban terbesar yang dirasakan oleh orang tua yang memiliki anak dengan penyakit kronik antara lain meliputi waktu, energi dan sumber keuangan. Hal yang serupa juga disampaikan oleh Theofanidis (2007) yang menyatakan bahwa diagnosa penyakit kronis pada anak akan menimbulkan stres pada orang tua mereka, perasaan sentimen dan marah, serta perasaan sedih dan berduka. Pada kondisi ini juga orang tua akan tampak semakin

*overprotective* pada anak mereka. Dampak tersebut memang sangat dirasakan dan menjadi stressor bagi orang tua, namun peran orang tua bagi remaja dengan kondisi kronik juga merupakan kunci utama bagi remaja dalam beradaptasi dengan penyakit kronik.

Dampak penyakit kanker dan terapi pengobatan pada remaja secara fisik juga menjadi stressor berat bagi remaja. Dampak tersebut meliputi rasa nyeri, kelelahan, rambut yang rontok dan mual muntah. Selain itu, efek samping terapi baik pada fase akut maupun lanjut juga membuat kemampuan remaja untuk berkembang layaknya remaja normal menjadi terbatas (Hokkanen et al., 2004). Adapun respon psikologis yang mungkin muncul dan menghambat proses perkembangan remaja dengan penyakit kanker antara lain adalah kecemasan, gangguan citra tubuh, depresi, gangguan harga diri, isolasi diri, menurunnya kemampuan bersosialisasi, bahkan rasa takut terhadap kematian (Seitz, Besier & Goldbeck, 2008). Tampilan fisik remaja serta keterbatasan aktivitas remaja dengan penyakit kanker merupakan problematik dan kesulitan bagi remaja dalam menjalani hari-harinya (Hokkanen et al., 2004).

Adaptasi remaja dengan penyakit kanker juga tidak lepas dari peran serta tenaga kesehatan yang selalu berinteraksi dengan kondisi penyakit remaja tersebut. Hal ini dikarenakan diagnosis kanker selama masa remaja menyebabkan stres yang bermakna yang sangat mempengaruhi tahapan perkembangan remaja tersebut. Remaja akan sangat bergantung pada kemampuan adaptasi yang efektif untuk tetap dapat mencapai maturitas perkembangan mereka. Oleh karena itu, perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan bagi remaja dengan penyakit kanker harus dapat memperhatikan kemampuan adaptasi tiap-tiap remaja yang pada masa ini tidak hanya berhadapan dengan tugas perkembangan normalnya namun juga harus beradaptasi dengan kondisi penyakit kanker mereka (Ramini, Brown & Buckner 2008).

Perawat dalam memahami kemampuan adaptasi remaja dengan penyakit kanker membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang didukung oleh teori keperawatan yang sesuai dengan kondisi remaja tersebut. Adapun teori keperawatan yang dapat perawat aplikasikan untuk memahami proses adaptasi remaja dengan kanker adalah teori adaptasi Roy. Sebagaimana Roy menjelaskan kesehatan merupakan sebuah keadaan dan proses untuk menjadi manusia yang mampu berintegrasi dan utuh. Kesehatan juga menunjukkan gambaran keberhasilan seseorang yang mampu beradaptasi terhadap stimulus yang datang dari lingkungan (Alligood & Tomey, 2006). Berdasarkan Teori adaptasi Roy, individu dalam menghadapi stimulus (dalam hal ini dampak dari penyakit kanker) akan menunjukkan respon perilaku atau mekanisme koping yang akan tergambar dalam empat bentuk modus adaptasi yaitu modus adaptasi fisik, modus adaptasi konsep diri, modus adaptasi fungsi peran dan modus adaptasi saling ketergantungan. Modus adaptasi ini juga akan sangat terlihat pada remaja dengan kanker.

Berdasarkan keseluruhan pemaparan latar belakang diatas dan beberapa referensi serta jurnal-jurnal penelitian dari luar negeri yang telah membahas respon psikologis dan perilaku adaptasi remaja dengan penyakit kanker, membuat peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman adaptasi remaja dalam menghadapi penyakit kanker. Peneliti belum menemukan adanya penelitian di Indonesia tentang adaptasi remaja yang didiagnosis penyakit kanker baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Oleh karena itu untuk mendapatkan informasi mendalam, pemahaman, dan mendapatkan gambaran setiap pengalaman terkait adaptasi terhadap penyakit kanker yang dihadapi remaja penderita kanker, maka pendekatan desain penelitian yang tepat untuk mendasari penelitian ini adalah desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif.

## 1.2 Rumusan Masalah

Masa remaja diketahui sebagai masa peralihan yang memiliki proses perkembangan yang berbeda dengan usia anak-anak dan dewasa. Dengan adanya diagnosis kanker pada masa ini akan menimbulkan berbagai macam respon fisik dan respon psikologis oleh remaja itu sendiri. Respon fisik dari adanya penyakit kanker dan terapi pengobatan yang diberikan dapat menimbulkan gejala seperti rasa nyeri, kelelahan, rambut yang rontok dan mual muntah. Selain itu adanya gejala kecemasan, gangguan citra tubuh, depresi, gangguan harga diri, isolasi diri, menurunnya kemampuan bersosialisasi, bahkan rasa takut terhadap kematian adalah bentuk respon psikologis yang dapat timbul pada remaja dengan penyakit kanker.

Berdasarkan respon fisik dan psikologis yang mungkin muncul dari remaja dengan penyakit kanker tersebut, kebutuhan tiap-tiap remaja pada perawatan dan dukungan selama didiagnosis kanker juga akan berbeda-beda. Oleh karena itu penting untuk kita mengetahui respon fisik dan psikologis yang timbul dari adanya diagnosis kanker pada remaja sebagai acuan pemberi pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan remaja dengan penyakit kanker. Di Indonesia sendiri belum ditemukan penelitian secara kualitatif yang melihat pengalaman adaptasi remaja untuk dapat bertahan hidup dengan penyakit kanker yang dideritanya. Oleh karena itu dalam penelitian ini peneliti tertarik untuk menggali sejauh mana pengalaman adaptasi remaja yang didiagnosis penyakit kanker.

## 1.3 Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman dan mekanisme adaptasi remaja yang didiagnosis penyakit kanker.

## 1.4 Manfaat penelitian

### 1.4.1 Manfaat Keilmuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan dan menjadi *evidence based* dalam



memahami pengalaman hidup remaja dan mekanisme adaptasi yang mereka tunjukkan dalam menghadapi penyakit kanker. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat berkontribusi dalam membangun intervensi keperawatan berbasis kebutuhan adaptasi remaja terhadap kanker

#### **1.4.2 Manfaat Aplikatif**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi perawat dan memperkaya wawasan perawat dalam memahami stres dan adaptasi remaja terhadap penyakit kanker. Dengan demikian, perawat diharapkan dapat memberikan intervensi yang terbaik dalam membantu remaja untuk menggunakan strategi yang adaptif dalam menghadapi penyakit kanker mereka.

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sumber informasi bagi orang tua dan remaja yang menderita penyakit kanker mengenai gambaran pengalaman remaja yang menderita penyakit kanker dan hal-hal yang mereka hadapi, serta pemahaman terhadap hal-hal yang menjadi kebutuhan remaja selama menghadapi penyakit kanker maupun terapi pengobatan kanker. Sehingga melalui informasi tersebut orang tua remaja maupun remaja itu sendiri mengetahui dan memahami apa yang harus mereka lakukan untuk dapat mengoptimalkan respon adaptif remaja selama menghadapi penyakit kanker tersebut.

#### **1.4.3 Manfaat Metodologi**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan rujukan dalam melakukan pengembangan penelitian selanjutnya yang terkait adaptasi remaja dengan penyakit kanker. Sehingga melalui penelitian yang lebih lanjut diharapkan mampu mengembangkan konsep dasar kebutuhan adaptasi dan strategi adaptif yang dapat digunakan bagi remaja yang didiagnosis penyakit kanker.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Tumbuh Kembang Remaja

##### 2.1.1 Definisi Usia Remaja

Terdapat beberapa pemahaman dari berbagai pakar dalam menggambarkan dan mendefinisikan usia remaja. Menurut WHO, usia remaja dikenal sebagai periode pertumbuhan dan perkembangan individu yang terjadi setelah masa anak-anak dan sebelum usia dewasa, dimana rentang usia remaja yang disepakati oleh WHO adalah antara 10-19 tahun (WHO, 2009). Masa remaja juga dianggap sebagai masa transisi yang berada diantara masa anak-anak dan masa dewasa, dimana pada usia ini terjadi pertumbuhan yang sangat cepat yang ditunjukkan dengan adanya pematangan seks sekunder, fertilitas, dan adanya perubahan secara psikologis maupun kognitif (Soetjiningsih, 2010). Pengertian lainnya mendefinisikan periode remaja sebagai periode transisi diantara masa anak-anak dan dewasa, dimana pada periode ini terjadi pematangan yang sangat cepat secara fisik, kognitif, sosial, dan emosional, baik pada anak laki-laki maupun perempuan sebagai persiapan mereka menuju usia dewasa (Hockenberry & Wilson, 2009).

Berdasarkan keseluruhan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa usia remaja merupakan usia dimana individu berada pada masa transisi, yaitu diantara usia anak-anak dan usia dewasa, dan melibatkan adanya proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat serta berbeda dengan usia anak-anak dan dewasa. Dalam proses pertumbuhan terjadi pematangan hormonal yang sangat cepat yang mempengaruhi perubahan pada tinggi dan berat badan tubuh serta seks sekunder sebagai ciri utama perubahan proses pertumbuhan. Selain itu proses perkembangan pada masa ini juga terjadi sangat

kritis dan berhubungan dengan perkembangan kognitif, sosial dan emosional remaja tersebut.

Menurut James dan Ashwill (2007) dalam perkembangan remaja menuju usia dewasa, terdapat 3 tahapan yang akan mereka lalui yaitu:

- a. Tahap remaja awal (*early adolescence*), dengan rentang usia 11-14 tahun
- b. Tahap remaja pertengahan (*middle adolescence*), dengan rentang usia 15-17 tahun
- c. Tahap remaja akhir (*late adolescence*), dengan rentang usia 18-21 tahun.

Pada setiap tahapan tersebut akan memberikan gambaran pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda pula.

### **2.1.2 Pertumbuhan Remaja**

Proses pertumbuhan pada remaja identik dengan adanya perubahan yang nyata secara fisik pada remaja tersebut. Perubahan ini berhubungan dengan adanya aktivitas hormonal dan interaksi antar semua fungsi fisiologis tubuh (Hockenberry & Wilson, 2009). Stang dan Story (2005) menyatakan bahwa perubahan fisik yang terjadi pada remaja mulai terlihat sejak memasuki awal masa pubertas, yang meliputi adanya pematangan sel organ seksual dan seks sekunder, adanya peningkatan dalam berat dan tinggi badan, peningkatan massa tulang dan perubahan dalam komposisi tubuh. Keberhasilan pertumbuhan selama masa pubertas ini secara konsisten akan terjadi pada tiap individu remaja, namun dimungkinkan adanya kondisi penyimpangan yang dapat terjadi baik pada usia permulaan, lamanya, dan kecepatan kejadian proses pertumbuhan tersebut (Stang & Story, 2005).

### 2.1.2.1 Perubahan Biologis Tubuh dan Hormon yang Berperan

Perubahan biologis selama masa pubertas terjadi sebagai hasil dari aktivitas sistem regulasi hormon di hipotalamus, pituitari, gonad (kelamin) dan kelenjar adrenal. Perubahan tersebut meliputi perubahan kualitatif dan kuantitatif yang meliputi timbulnya tanda-tanda seks primer dan sekunder, proses pertumbuhan yang cepat pada tinggi dan berat badan, serta perubahan komposisi tubuh dan jaringan. Perubahan ini terjadi diantara masa prapubertas sampai dengan dewasa (Soetjiningsih, 2010).

Sistem regulasi hormon pada tiap individu diketahui sangat aktif pada awal kehidupan, menjadi tidak aktif pada masa anak-anak, dan selanjutnya kembali aktif saat memasuki awal masa pubertas. Maturasi yang terjadi pada masa pubertas dimulai dengan adanya aktivasi dan peningkatan aktifitas dari *hypothalamic gonadotropin releasing hormone* (GnRH). Sekresi dari GnRH menstimulasi peningkatan *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) dari kelenjar pituitari. Selanjutnya peran dari FSH dan LH ini akan menstimulasi pengeluaran hormon seks steroid pada remaja yaitu testosteron pada remaja laki-laki dan esterogen pada remaja perempuan (Rosen, 2004).

Peningkatan hormon androgen dan esterogen pada remaja akan memperlihatkan adanya karakteristik seks sekunder yang muncul pada jaringan perifer, seperti munculnya rambut halus disekitar wajah pada remaja laki-laki dan perkembangan payudara pada remaja perempuan (Sisk & Zehr, 2005). Rosen (2004) juga menyatakan bahwa produksi hormon seks steroid selama masa pubertas secara bersamaan disertai adanya perkembangan karakteristik seks sekunder, percepatan

pertumbuhan somatik, meningkatnya kesuburan dan memberikan pengaruh pada berbagai efek fisiologis lainnya.

Perbedaan fisik antar jenis kelamin didasari oleh adanya karakteristik pembeda, yaitu karakteristik seks primer dan karakteristik seks sekunder. Karakteristik seks primer adalah ciri dari organ internal dan eksternal tubuh yang berperan dalam melaksanakan fungsi reproduksi (sebagai contoh: ovarium, rahim, payudara dan penis). Selain itu, perubahan yang menyeluruh pada tubuh remaja seperti perubahan pada suara, tumbuhnya rambut pada wajah dan pubis, serta adanya penimbunan lemak pada tubuh diakibatkan oleh adanya perubahan hormonal yang terjadi selama masa pubertas. Keadaan inilah yang disebut sebagai karakteristik seks sekunder, dimana karakteristik seks sekunder ini tidak memiliki peran langsung terhadap fungsi reproduksi remaja (Hockenberry & Wilson, 2009).

Selain hormon seks steroid yang sangat berperan selama masa pubertas, faktor lain seperti nutrisi dan faktor metabolik juga berperan penting dalam pertumbuhan pubertas. Contohnya leptin, leptin merupakan peptida yang disekresi oleh sel lemak ke dalam sirkulasi seluruh tubuh. Leptin ini muncul sebagai mediator yang diduga dapat menghubungkan faktor nutrisi dan status metabolik selama proses perkembangan pubertas (Rosen, 2004). Dalam pengertian lainnya, leptin merupakan hormon yang mempengaruhi pertumbuhan somatik pada masa pubertas yang memiliki peran dalam mengatur komposisi tubuh (Soetjiningsih, 2010).

Hormon lain yang juga sangat berperan dalam proses percepatan pertumbuhan somatik selama masa pubertas adalah

*growth hormone-releasing hormone* dan somatostatin. Kedua hormon ini diproduksi di hipotalamus dan memiliki peran yang saling mempengaruhi satu sama lain namun secara berlawanan. Pada kondisi yang seimbang, kedua hormon ini akan menstimulasi kelenjar pituitari untuk memproduksi *growth hormone* (GH). Selanjutnya, GH akan bertanggung jawab dalam proses pertumbuhan setiap jaringan didalam tubuh (Rosen, 2004).

#### **2.1.2.2 Maturasi Seksual**

Masa pubertas akan diawali dengan adanya respon terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi individu remaja dan selanjutnya respon terhadap stimulus tersebut menjadi sinyal bagi proses awal maturasi reproduksi. Sinyal tersebut sangat bervariasi diantara individu dan jenis kelamin yang berbeda serta memiliki peran dalam memberikan informasi tentang sumber yang dibutuhkan untuk kesuksesan proses maturasi reproduksi (Sisk & Zehr, 2005).

Tahapan kejadian yang terlihat selama proses maturasi seksual merupakan urutan kejadian yang konsisten dan dapat diprediksi. Akan tetapi, usia dimana perubahan ini mulai teramati dan lamanya waktu yang diperlukan pada setiap tahapan dalam pencapaian maturasi akan bervariasi pada tiap-tiap anak (Hockenberry & Wilson, 2009). Maturasi fisik dan seksual pada anak perempuan tercapai lebih awal dibandingkan dengan anak laki-laki (James & Ashwill, 2007). Bila dibandingkan dengan anak laki-laki, anak perempuan 2 tahun lebih cepat dalam memasuki usia remaja (Soetjiningsih, 2010).

Tahapan perkembangan pada genitalia dan seks sekunder yang dimulai pada awal masa pubertas menjadi panduan dalam menilai maturitas seksual mereka, dan tahapan ini sering dikenal sebagai *Tanner Stage*. Pada anak perempuan umumnya, pubertas akan dimulai dengan munculnya benjolan pada payudara yang terjadi pada usia sekitar 9-13½ tahun. Pertumbuhan payudara ini membutuhkan waktu sekitar 1½-6 tahun untuk sampai menjadi sempurna. Kejadian ini disebut sebagai *thelarche*. Tahap berikutnya disebut sebagai *adrenarche*, dimana tahap ini muncul sekitar 2-6 bulan setelah dimulainya pertumbuhan payudara yaitu adanya pertumbuhan rambut pubis di area mons pubis. Sekitar 2 tahun setelah awal masa pubertas akan terjadi menstruasi pada anak perempuan, dan hal ini dikenal sebagai *menarche*. Rentang usia normal pada remaja perempuan untuk terjadinya menstruasi adalah 10½-15 tahun, dengan rata-rata usia pada umumnya adalah 12 tahun (Hockenberry & Wilson, 2009).

Tahapan maturitas seksual pada anak laki-laki, diawali dengan adanya pembesaran pada testis. Pembesaran ini disertai dengan penipisan, kemerahan dan pengenduran kantong skrotum. Hal ini terjadi sekitar usia 9½-14 tahun, dimana pada awal masa pubertas juga ditandai dengan adanya pertumbuhan rambut pubis. Pembesaran testis, pertumbuhan rambut pubis dan mulai terjadinya pembesaran penis akan berlangsung sepanjang masa mid pubertas. Selanjutnya dalam periode tersebut juga akan terjadi peningkatan massa otot, awal perubahan pada vokal suara serta pertumbuhan awal rambut pada wajah. Pada masa mid pubertas ini juga biasanya terjadi pembesaran sementara pada payudara laki-laki, namun hal ini tidak umum terjadi pada tiap anak laki-laki (Hockenberry & Wilson, 2009).

### 2.1.2.3 Pertumbuhan Berat dan Tinggi Badan

Pertumbuhan fisik pada remaja laki-laki dan perempuan sangat berhubungan langsung dengan adanya maturitas seksual dari remaja tersebut. Proses biologis selama masa pubertas akan mengantarkan remaja pada periode percepatan pertumbuhan pada tinggi badan, berat badan serta komposisi tubuh mereka (James & Ashwill, 2007). Proses pertumbuhan antar usia remaja memiliki kecepatan yang bervariasi. Remaja dengan kecepatan pertumbuhan yang tinggi ataupun lambat pada akhirnya mereka akan mencapai ukuran yang sesuai dengan rata-rata usia dewasa (Soetjiningsih, 2010).

Percepatan pertumbuhan pada remaja perempuan terjadi lebih awal dan umumnya dimulai pada usia 9½-14½ tahun, sedangkan remaja laki-laki terjadi pada usia 10½-16 tahun. Rata-rata pertambahan tinggi badan pada anak remaja laki-laki selama periode ini mencapai 10-30 cm, sedangkan rata-rata pertambahan berat badan sekitar 7-30 kg. Pada remaja perempuan laju pertumbuhan tinggi dan berat badan terjadi lebih lambat dibandingkan remaja laki-laki, dimana untuk pertambahan tinggi badan akan dicapai sekitar 5-20cm, sedangkan pertambahan berat badan sekitar 7-25 kg. Pertumbuhan tinggi badan ini akan mulai berhenti pada 2-2½ tahun setelah masa *menarche* pada remaja perempuan dan diusia 18-20 tahun pada remaja laki-laki (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009).

### 2.1.3 Perkembangan Remaja

Perubahan dalam proses pertumbuhan remaja dan maturasi seksual secara langsung mempengaruhi proses perkembangan remaja yang tampak pada adanya perubahan dalam cara berfikir dan hubungan sosial mereka. Perubahan tersebut sangat berhubungan dengan



bagaimana remaja tersebut memandang kemampuan mereka (Schunk & Meece, 2005). Pemahaman terhadap perkembangan remaja dapat terlihat pada perkembangan kognitif, identitas diri, serta perkembangan sosial.

### 2.1.3.1 Perkembangan Kognitif

Tugas perkembangan kognitif remaja menuntut remaja untuk mampu berfikir secara lebih rasional dan memiliki kemampuan pertimbangan yang matang dalam menyelesaikan masalah (Soetjiningsih, 2010). Menurut *American Psychological Association/ APA* (2002) perubahan yang terjadi dalam cara berfikir, beralasan dan memahami sesuatu pada masa remaja dapat terjadi sangat dramatik dibandingkan dengan perubahan fisik mereka. Kemampuan kognitif mereka juga meliputi kemampuan dalam memberikan alasan secara efektif, proses menyelesaikan masalah, berfikir secara abstrak dan refleksi serta adanya perencanaan di masa depan (APA, 2002).

Perkembangan kognitif remaja bergerak dari berfikir secara konkrit menuju berfikir secara abstrak. Hal ini terjadi selama tiga tahapan perkembangan selama masa remaja. Pencapaian kemampuan remaja dalam berfikir secara abstrak menunjukkan karakteristik remaja yang telah menuju dewasa dan dicapai pada akhir tahap usia remaja (*late adolescence*) (James & Ashwill, 2007). Pada tahap usia awal remaja, kemampuan kognitif masih didominasi oleh proses berfikir yang masih konkrit, egosentris dan perilaku yang impulsif, oleh karena itu penggunaan berfikir abstrak pada masa ini belum mulai berkembang (Stang & Story, 2005).

Keterampilan berfikir secara abstrak mulai muncul dan berkembang pada tahap usia pertengahan remaja (*middle*

*adolescence*) (Stang & Story, 2005). Awal proses berfikir secara abstrak pada tahap ini meliputi kemampuan memberikan alasan secara deduktif dan induktif, kemampuan menghubungkan kejadian-kejadian yang terpisah, serta kemampuan dalam memahami akibat yang timbul dari suatu kejadian (James & Ashwill, 2007). Selanjutnya pada tahap usia remaja akhir (*late adolescence*) yang akan memasuki usia dewasa muda, James dan Ashwill (2007) menyatakan bahwa proses berfikir semakin lebih logis pada masa ini, dan mereka mulai mampu berfikir secara ilmiah, memahami konsep secara kompleks serta mampu menggunakan metode analisis dalam proses berfikir tersebut. Oleh karena itu pula, remaja pada tahapan usia ini mampu membedakan persepsi diri sendiri dengan persepsi orang lain, serta mampu melihat situasi sosial berdasarkan pandangan masyarakat (James & Ashwill, 2007).

### **2.1.3.2 Perkembangan identitas diri**

Berdasarkan teori psikososial tradisional, tahap perkembangan pada remaja dikenal sebagai tahap perkembangan krisis, dimana pada tahap ini terjadi proses pembentukan identitas diri. Pada masa ini remaja mulai melihat bahwa diri mereka merupakan individu yang berbeda, unik, dan terpisah dengan individu lainnya (Hockenberry & Wilson, 2009). Proses ini juga akan menuntun remaja dalam membentuk kerangka berfikir yang pada akhirnya membuat mereka mampu dalam mengorganisasikan dan mengintegrasikan setiap perilaku mereka ke berbagai aspek kehidupan (Soetjiningsih, 2010).

Menurut APA (2002) terdapat dua konsep utama dalam identitas diri remaja, yaitu konsep diri (*self-concept*) dan harga diri (*self-esteem*). Konsep diri seseorang dipahami sebagai kumpulan dari keyakinan seseorang terhadap dirinya sendiri.

Konsep diri ini terdiri atas keyakinan seseorang terhadap sifat individu, peran dan tujuan, serta perhatian, nilai dan kepercayaan.

Selanjutnya, kemampuan seseorang dalam menilai cara mereka untuk merasakan konsep diri sendiri didefinisikan sebagai harga diri. Secara luas, harga diri sangat berhubungan dengan seberapa besar seseorang merasa senang dan mengakui diri sendiri sebagai individu yang utuh dan sempurna. Perkembangan harga diri pada tiap remaja sangat unik dan diketahui terdapat banyak cara yang berbeda untuk remaja dalam mencapai harga diri yang lebih baik. Jadi, remaja dengan harga diri tinggi ataupun rendah akan memiliki kemungkinan untuk relatif stabil selama masa remaja atau harga diri tersebut dapat tetap meningkat atau bahkan memburuk (APA, 2002).

#### **2.1.3.3 Perkembangan sosial**

Lingkungan sosial pertama yang berhubungan langsung dengan remaja adalah keluarga. Baik orang tua, saudara kandung dan posisi anak dalam keluarga memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap perkembangan remaja serta menjadi dasar dalam pembentukan karakter dan kepribadian remaja. Peran orang tua terhadap remaja erat kaitannya dengan pola asuh orang tua. Baik pola asuh otoriter, demokratis ataupun permisif akan memberikan dampak yang berbeda. Saat memasuki usia remaja keterikatan hubungan orang tua dan remaja menjadi berkurang, hal ini dikarenakan remaja mulai berusaha mencari kebebasan untuk mengeksplorasi diri. Menjadi sering tidak berada dirumah dan konflik dengan orang tua juga terjadi pada masa ini (Soetjiningsih, 2010).

Berdasarkan *literature riview* tentang perubahan hubungan keluarga selama masa remaja oleh Steinberg dan Morris (2001) menunjukkan bahwa terdapat beberapa kesimpulan yang luas terkait hubungan orang tua dan remaja ini. Pertama, selama awal usia remaja (*early adolescence*) terjadi peningkatan konflik yang nyata dalam hubungan orang tua dan remaja, seperti percecokkan dan pertengkaran. Kedua, meningkatnya konflik ringan yang disebabkan adanya kemunduran dalam kedekatan antar orang tua dan remaja, terutama dilihat dari frekuensi mereka melewati waktu bersama. Ketiga, perubahan yang terjadi dalam hubungan antar orang tua dan remaja sangat berkaitan dengan kesehatan mental orang tua, dimana orang tua merasa sulit untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan dalam tahap perkembangan remaja yang menjadi lebih individual dan otonomi. Yang terakhir, ketidakseimbangan proses selama awal masa remaja akan mulai berkurang, dan akan diikuti dengan berkurangnya konflik dalam hubungan keluarga, serta remaja akan memiliki pendirian yang mantap (Steinberg & Morris, 2001).

Eksplorasi diri remaja dalam mencari kebebasan dan menjadi lebih otonomi dari orang tua dikarenakan pada masa ini remaja mulai memperluas hubungan dengan teman sebaya mereka. Adanya keterikatan yang kuat dalam proses pertemanan antar remaja mendorong remaja membentuk kelompok sebaya. Kelompok sebaya ini menjadi sangat berarti dikalangan remaja awal dan memiliki pengaruh besar bagi kehidupan sosial remaja.

Keterikatan dalam kelompok akan melibatkan emosi yang cukup kuat diantara remaja dan membuat mereka menjadi sangat akrab serta terbentuknya persahabatan diantara mereka.

Pada awal masa remaja, keakraban ini ditunjukkan pada teman sejenis. Namun pada usia pertengahan keterlibatan remaja dalam kelompok semakin besar dan terjadi konformitas dalam kelompok (minat terhadap kelompok tertentu). Selanjutnya, pada akhir masa remaja, hubungan mereka dengan kelompok mulai berkurang dan mulai menjalin hubungan secara khusus dengan lawan jenis dalam bentuk berpacaran. Hal ini dikarenakan pada masa ini mereka merasa lebih senang dengan nilai-nilai dan identitas dirinya (Soetjiningsih, 2010).

#### **2.1.4 Kondisi Kesehatan Kronik dan Kanker Pada Remaja**

Menurut Theofanidis (2007) kondisi kronik didefinisikan sebagai kondisi fisik dan mental seseorang yang dapat mengganggu aktifitas keseharian yang berlangsung dalam waktu yang cukup lama yaitu lebih dari 3 bulan atau kondisi yang menuntut seseorang untuk hospitalisasi selama lebih dari 1 bulan. Terdapat beberapa jenis penyakit yang dapat menyebabkan kondisi kronik antara lain: *cerebral palsy*, diabetes, penyakit ginjal kronik, epilepsi, *down syndrome*, *cystic fibrosis*, penyakit jantung, kanker, asma, dermatitis dan penyakit kronik lainnya (Theofanidis, 2007). Dari seluruh kondisi kronik tersebut akan memberikan pengaruh yang signifikan pada kehidupan remaja bila kondisi tersebut terjadi selama masa remaja.

Kondisi kronik yang terjadi selama masa remaja dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan remaja. Soetjiningsih (2010) menyatakan bahwa, masalah tumbuh kembang yang terjadi pada remaja dengan kondisi kronik dapat mencakup semua aspek perkembangan dan bentuk masalah tumbuh kembang tersebut dapat berupa ringan/berat atau satu/keseluruhan aspek perkembangan, sementara atau menetap, dan keterlambatan atau cacat. Dampak penyakit kronis baik pada anak maupun orang tua dapat menyebabkan perasaan tertekan, stress, marah, berduka, dan meningkatnya intensitas

hubungan antar orang tua dan anak. Penyakit kronis menjadi sebuah tantangan yang sangat sulit bagi remaja, terlebih lagi pada mereka yang memiliki rasa takut terhadap penyakit dan juga proses tindakan yang cukup rumit (Theofanidis, 2007).

Respon remaja dengan kondisi kronik dapat dibedakan berdasarkan tahapan usia perkembangan remaja. Hal ini penting untuk diamati karena kondisi kronik yang terjadi pada tahap usia tertentu akan mempengaruhi perkembangan pada tahap berikutnya. Pada tahap remaja awal, remaja cenderung untuk belajar mandiri, namun kondisi kronik yang terjadi pada anak membuat orang tua mereka menjadi lebih protektif dan menolak kemandirian anak. Pada masa ini kadang memicu perhatian anak pada keutuhan tubuh dan penampilannya.

Kondisi kronik pada masa remaja pertengahan dapat membuat remaja merasa terpukul dengan penyakitnya. Perkembangan normal pada masa ini melibatkan kemandirian, hubungan dengan teman sebaya dan perkembangan seksual. Adanya kondisi kronik dapat mengganggu perkembangan tersebut, sehingga memungkinkan terjadinya konflik internal antara energi yang menggebu-gebu dengan kondisi fisiknya. Selanjutnya kondisi kronik yang terjadi pada masa akhir remaja, umumnya kurang berpengaruh pada perkembangan mereka. Hal ini dikarenakan pada masa ini remaja sudah memiliki kepercayaan diri yang lebih baik dan kepribadian yang mantap, serta memahami hal-hal yang mungkin terjadi sebagai akibat dari kondisi kronik yang mereka alami (Soetjiningsih, 2010).

Sebagai salah satu penyakit kronik, penyakit kanker pada masa remaja memberikan stressor yang signifikan selama periode perkembangan ini. Menurut APA, gejala fisik dari kanker dan pengobatannya menimbulkan dampak sosial dan emosional yang serius pada remaja. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pada anak dengan kanker

sering menunjukkan persepsi negatif pada tampilan dirinya yang selanjutnya memperburuk prestasi akademik, sosial dan psikologis remaja, serta adanya harga diri yang rendah dan munculnya gejala depresi (APA, n.d).

Pengalaman remaja dengan penyakit kanker serta proses pengobatannya juga dapat menjadi kondisi yang sangat menekan perasaan remaja, dimana kehidupan mereka terasa menjadi tidak pasti dan tidak terkontrol. Adanya penyakit kanker ini juga merupakan tantangan yang berat bagi perkembangan remaja dalam hal hubungan yang kuat dengan teman sebaya, gambaran diri yang positif serta perencanaan masa depan mereka. Pada kondisi ini remaja dituntut untuk mampu beradaptasi dengan beban penyakit kanker serta pengobatannya (Wicks & Mitchell, 2010).

Dampak negatif lainnya dari kondisi penyakit kanker selama masa remaja adalah adanya perubahan dalam cara remaja menilai gambaran diri mereka. Baik penyakit kanker sendiri maupun efek dari terapi pengobatan kanker akan berhubungan dengan efek samping yang dapat mempengaruhi penampilan remaja. Kondisi tersebut antara lain seperti kehilangan rambut, pertumbuhan yang tidak linier, perubahan dalam berat badan, pengecilan massa otot dan amputasi serta semua hal yang mengancam integritas dan fungsi tubuh (Yu Fan & Eiser, 2009). Perasaan yang menunjukkan kehilangan kontrol pada remaja selama mengalami penyakit kanker juga dikemukakan dalam penelitian Wicks dan Mitchell (2010), dimana hasil penelitian ini menunjukkan kehilangan kontrol pada remaja ini diakibat oleh perasaan frustrasi, perasaan marah, dan gagal mengikuti program pengobatan.

Diagnosa kanker pada remaja juga memberikan dampak langsung pada keluarga. Berdasarkan *American Cancer Society / ACS* (2011),

kanker pada remaja menjadi pukulan yang menyakitkan bagi anggota keluarga mereka seperti orang tua dan saudara kandung mereka. Kondisi kanker sangat jelas menjadi krisis seketika bagi seluruh anggota keluarga, terutama orang tua. Orang tua akan tampak lebih fokus pada anak mereka dan melupakan pekerjaan mereka. Pada hari-hari pertama dan minggu pertama setelah diagnosa kanker, orang tua merasa seperti berada dalam mimpi buruk. Orang tua juga tampak syok, merasa tidak percaya, takut, merasa bersalah, cemas, dan marah. Pada situasi seperti ini, semua perasaan yang muncul pada orang tua dapat dianggap sebagai kondisi yang normal (ACS, 2011).

## **2.2 Konsep Kanker**

### **2.2.1 Definisi Kanker**

Kanker merupakan penyakit yang diakibatkan oleh rusaknya mekanisme pengaturan dasar perilaku sel. Mekanisme tersebut khususnya meliputi pertumbuhan dan diferensiasi sel yang tak terkendali dan menginvasi jaringan organ disekitarnya, sehingga mengakibatkan gangguan fungsi organ itu sendiri (Kresno, 2011). Menurut Newton, Hickey dan Marrs (2009), kanker merupakan penyakit proses regulasi, karakteristik dan fungsi sel-sel normal berubah.

### **2.2.2 Penyebab Kanker**

Penyakit kanker timbul karena adanya interaksi multigenetik dan multifaktorial yang mengakibatkan sel-sel normal berubah fungsinya dan menjadi ganas (Desen, 2008). Berdasarkan penjelasan lain dari Kresno (2011) kanker muncul sebagai refleksi dari faktor lingkungan dan faktor genetik. Faktor lingkungan seperti virus, bahan kimia, radiasi pengion dan radiasi ultraviolet memiliki sifat yang dapat merusak sel DNA. Diduga bahwa sel DNA merupakan sasaran utama dari semua bahan karsinogenik dan perubahan yang terjadi pada sel DNA adalah awal mula terbentuknya sel kanker.



### 2.2.3 Patofisiologi Kanker

Perkembangan sel kanker merupakan sebuah proses yang melibatkan banyak tahapan, dimana proses tersebut diatur oleh rangkaian perubahan genetik yang berlangsung cukup lama dan bertahun-tahun. Mulanya, dalam kondisi normal gen berperan untuk memberikan instruksi dalam pembentukan protein dan mengatur kapan dan dimana protein akan diproduksi. Protein ini selanjutnya berperan dalam menjalankan fungsi dasarnya untuk membuat sel-sel normal dapat berfungsi dengan baik. Selama proses sintesis protein, asam deoksiribonukleat (DNA) berperan sebagai kode dalam memproduksi asam amino dan protein. Diduga bahwa mutasi genetik terjadi selama proses sintesis DNA dan protein, dimana dalam proses tersebut memungkinkan sel-sel ganas memperoleh keuntungan lebih dari sel-sel normal. Selanjutnya sel ganas tersebut tumbuh secara tak terkendali (Newton, Hickey & Marrs 2009).

Selanjutnya Newton, Hickey dan Marrs (2009) menjelaskan bahwa transformasi sel ganas (perkembangan kanker) dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah onkogen, ekspresi faktor pertumbuhan yang berlebihan, cacatnya transduser sinyal intraseluler dan perubahan pada dinding sel. Butuh waktu yang cukup lama dan rangkaian yang panjang untuk sel kanker tumbuh dan berkembang. Meskipun beberapa jenis kanker diwariskan, namun banyak penyakit kanker terjadi karena disebabkan oleh rangkaian mutasi sel tubuh. Faktor lingkungan dan faktor personal berperan penting juga dalam perkembangan kanker. Faktor-faktor seperti paparan kimia, radiasi, dan agen virus menyebabkan terjadinya mutasi genetik. Selanjutnya pengaruh makanan, faktor personal, fungsi imun dan predisposisi genetik menyebabkan perkembangan kanker (karsinogenesis).

#### 2.2.4 Derajat dan Stadium Kanker

Penilaian terhadap keganasan sel tumor dapat dilihat dari derajat keganasan maupun stadium keganasan tumor tersebut. Sistem penilaian derajat keganasan pada sel tumor ditetapkan untuk menilai karakteristik keganasan secara akurat dari diagnosa tumor seseorang. Sistem penilaian derajat sel tumor ini membandingkan tampilan dan aktivitas seluler pada sel kanker dengan tampilan dan aktivitas sel pada sel normal seharusnya. Terdapat beberapa sel kanker yang tetap menjaga dan mempertahankan tampilan serta fungsi sel normal mereka, sehingga keadaan ini masih dianggap sebagai derajat ringan. Namun, sel kanker yang lebih agresif akan resisten terhadap pengobatan dan diklasifikasikan sebagai tumor derajat berat (Newton, Hickey & Marrs 2009).

Selain dilihat dari derajatnya, penilaian keganasan sel tumor juga dapat dilihat dari stadiumnya. Menurut ACS (2010) stadium pada kanker merupakan proses dalam menentukan seberapa banyak kanker ditemukan dan keberadaan atau lokasi kanker didalam tubuh. Jenis kanker dengan stadium yang sama cenderung memiliki prediksi yang sama dan seringkali membutuhkan pengobatan yang sama pula. Pada kanker dengan stadium awal cenderung dilakukan tindakan pembedahan dan radiasi, sedangkan kanker dengan stadium lanjut proses pengobatan dilakukan dengan kemoterapi. Selain untuk menentukan jumlah dan lokasi kanker didalam tubuh, stadium kanker juga membantu dokter dalam menentukan pengobatan yang tepat, membantu prediksi prognosis kanker seseorang, serta memprediksi bagian kanker yang akan diambil (ACS, 2010).

Secara umum stadium keganasan sel tumor dapat ditentukan berdasarkan 2 jenis metode, yaitu stadium klinis dan stadium patologis (ACS, 2010). Stadium klinis berperan dalam memperkirakan ukuran

dan perluasan sel tumor didalam tubuh. Penilaian ini ditentukan melalui pemeriksaan fisik serta penilaian diagnostik lainnya termasuk pemeriksaan laboratorium (mekanisme kerja darah), test pencitraan (misalnya CT Scan dan MRI), biopsi, endoskopi atau laparoskopi. Penentuan tes diagnostik tersebut tergantung pada jenis kanker yang sedang dievaluasi (Newton, Hickey & Marrs 2009). Stadium klinis ini merupakan bagian penting dalam menentukan pengobatan terbaik yang akan digunakan, dan juga sebagai dasar perbandingan saat menilai respon kanker terhadap pengobatan (ACS, 2010).

Stadium patologis memberikan informasi pada dokter tentang karakteristik seluler dari tumor. Ukuran tumor, jumlah dan tempat penyebaran serta derajat metastase sel tumor dapat ditentukan berdasarkan pemeriksaan patologis yang diperoleh dari proses pembedahan (Newton, Hickey & Marrs 2009). Oleh karena itu stadium patologis ini juga dikenal dengan stadium pembedahan (ACS, 2010). Proses pembedahan ini seringkali dilakukan untuk mengangkat sel kanker dan kelenjar getah bening didekatnya. Selain itu pembedahan juga kadang dilakukan untuk melihat seberapa banyak kanker terdapat didalam tubuh dan untuk mengambil sampel jaringan. Melalui stadium patologis ini juga memberikan informasi terkait prognosis kanker dan memprediksi respon kanker terhadap pengobatan (ACS, 2010).

Dalam menentukan stadium kanker juga dapat menggunakan sistem klasifikasi TNM. Sistem ini terdiri dari kategori T yang mengindikasikan tumor primer, kategori N menggambarkan nodus limfe regional, sedangkan kategori M menentukan ada tidaknya penyebaran tumor yang jauh (Sukardja, 2001). Sistem TNM ini merupakan sistem yang telah umum digunakan dalam menentukan stadium keganasan dan karakteristik dari pola pertumbuhan dan penyebarannya.

Akan tetapi, tidak semua kanker dapat ditentukan stadiumnya melalui sistem TNM ini, hal ini dikarenakan kanker tumbuh dan menyebar dengan cara yang berbeda dengan tumor pada umumnya. Sebagai contoh, leukimia, kanker jenis ini mempengaruhi darah dan sumsum tulang diseluruh tubuh, oleh karena itu stadiumnya tidak berdasarkan sitem ini (ACS, 2010).

Penilaian dengan menggunakan sistem TNM ini juga dapat memprediksi harapan hidup individu penderita tumor. Pada umumnya harapan hidup akan tinggi bila tumor tersebut terlokalisir. Hal ini menunjukkan bahwa tumor ganas berkembang setiap waktu, dan mungkin dipengaruhi oleh tipe kanker dan faktor *host* lainnya (Newton, Hickey & Marrs 2009).

### **2.2.5 Terapi Kanker**

Manajemen kanker pada anak dapat dilakukan dengan terapi modalitas seperti kemoterapi, pembedahan dan terapi radiasi (James & Ashwill, 2007).

#### **2.2.5.1 Kemoterapi**

Kemoterapi merupakan sebuah terapi yang menggunakan obat-obatan (agen antineoplastik) untuk membunuh sel-sel kanker. Berbagai jenis obat digunakan untuk kemoterapi ini, hal ini dikarenakan sel tumor memiliki kemampuan untuk berkembang melawan agen kemoterapi. Kemoterapi dapat diberikan melalui oral, intravena, intramuskuler, subkutan, atau *intrathecal* (melalui tulang belakang).

#### **2.2.5.2 Pembedahan**

Pembedahan merupakan tindakan atau terapi yang juga sering dilakukan terhadap kanker pada anak. Tindakan pembedahan ini dapat dibatasi pada proses biopsi atau juga digunakan untuk mengangkat massa tumor padat. Tindakan biopsi bertujuan

untuk memperoleh potongan kecil dari jaringan tumor untuk diperiksa secara mikroskopis. Pemeriksaan mikroskopis ini akan memberikan informasi mengenai tipe tumor dan pengaruh terapi. Tidak semua jenis penyakit dapat dilakukan pembedahan dan pemotongan jaringan massa tumor padat diawal proses terapi. Pada anak yang telah menjalani kemoterapi beberapa kali, mungkin dapat menurunkan ukuran massa tumor dan prosedur pembedahan ringan dapat dilakukan.

### **2.2.5.3 Terapi Radiasi**

Terapi radiasi dapat memberikan kesembuhan untuk menghapus penyakit atau meringankan penggunaan dosis dalam mencegah pertumbuhan lanjut dari tumor. Radiasi dapat diberikan dalam dosis yang sangat sedikit, dimana dosis harian dibagi menjadi dosis yang lebih kecil lalu diberikan untuk meminimalkan efek samping dan meningkatkan proses pembunuhan sel tumor dengan cara menurunkan waktu perbaikan sel diantara dosis tersebut (James & Ashwill, 2007).

### **2.2.6 Respon Tubuh Terhadap Kanker dan Terapi Kanker**

Penderita kanker pada usia anak memiliki beban berat yang harus mereka hadapi terkait efek biologis dari kanker serta pengobatan yang mereka jalani. Anak yang menderita kanker dapat mengalami gangguan secara fisik dan neurologis, seperti kehilangan energi, menurunnya daya penglihatan, nyeri kepala yang sering, nyeri lokal pada anggota tubuh, serta adanya massa atau pembengkakan yang tidak biasa dan terkadang terlihat jelas. Gejala-gejala yang mereka alami tersebut terkadang tidak dapat mereka ungkapkan secara verbal (Ibanez, 2009). Sebagai tambahan, tanda dan gejala pada anak dengan kanker juga meliputi pucat yang tidak dapat diketahui penyebabnya, mendadak timbul memar, nyeri persisten dan terlokalisasi, demam

yang berkepanjangan, nyeri kepala yang disertai muntah, serta penurunan berat badan yang berlebihan dan cepat (ACS, 2007).

Pada tindakan pengobatan kanker juga memberikan efek samping yang nyata pada tubuh penderita kanker. Masing-masing tipe pengobatan kanker baik kemoterapi dan terapi radiasi umumnya memiliki efek samping yang sama. Namun, James dan Ashwill (2007) menjelaskan efek samping pengobatan tersebut berdasarkan tipe pengobatan kanker tersebut, antara lain yaitu:

#### **2.2.6.1 Kemoterapi**

Kemoterapi secara nonselektif membunuh sel-sel yang membelah dengan cepat. Sel-sel yang paling sering terkena adalah sel-sel sistem hematopoetik, saluran pencernaan, dan sistem integumen. Pada sistem hematopoetik, agen kemoterapi merugikan proses pertumbuhan pada sel-sel sumsum tulang, sehingga produksi sumsum tulang ditekan. Penekanan pada produksi sumsum tulang mengakibatkan terjadinya neutropenia, anemia, dan trombositopenia.

Efek kemoterapi pada saluran pencernaan dapat menimbulkan adanya gejala mual dan muntah. Anoreksia juga dapat muncul sebagai gejala yang berhubungan dengan mual dan perubahan rasa yang dialami oleh seseorang terhadap agen kemoterapi tertentu. Adanya peluruhan pada jaringan mukosa saluran pencernaan juga menyebabkan timbulnya mukositis dan esofagitis. Sedangkan efek kemoterapi pada sistem integumen, umumnya dapat menimbulkan gejala rambut rontok, meskipun demikian tidak semua jenis agen kemoterapi menimbulkan gejala ini.

### 2.2.6.2 Terapi radiasi

Efek samping dari radiasi adalah tergantung pada dosis dan pengobatan tertentu. Sama halnya dengan kemoterapi, efek samping dihasilkan dari efek radiasi yang mengenai sel-sel sehat. Efek samping radiasi biasanya terlihat pada 7-10 hari permulaan terapi. Pada umumnya efek samping akut radiasi akan menghilang dalam beberapa hari atau beberapa minggu setelah penghentian terapi radiasi. Beberapa efek samping dari terapi radiasi antara lain adalah eritema, kelelahan, anoreksia, mual dan muntah, supresi sumsum tulang dan sebagai efek radiasi jangka panjang dapat terjadi malformasi tulang rangka.

### 2.3 Konsep Adaptasi Roy Pada Remaja Dengan Penyakit Kanker

Pada penelitian ini mencoba untuk menggali respon adaptasi remaja yang menderita penyakit kanker berdasarkan pendekatan modus teori adaptasi yang dikembangkan oleh Sister Callista Roy. Dasar teori Roy ini, memandang individu sebagai sebuah sistem yang adaptif. Dikatakan adaptif karena, individu secara terus menerus akan berinteraksi dengan stimulus lingkungan baik dari lingkungan internal maupun lingkungan eksternal (Alligood & Tomey, 2006). Melalui teorinya ini pula, Roy mencoba memahami proses adaptasi individu terhadap situasi kehidupan mereka yang sangat bervariasi (Roy & Andrew, 1999).

Dalam interaksinya dengan stimulus lingkungan secara terus menerus, individu pada akhirnya akan memberikan respon terhadap stimulus tersebut dan proses adaptasi pun terjadi. Respon individu terhadap stimulus lingkungan dapat berupa respon adaptif ataupun respon yang inefektif. Respon adaptif merupakan respon yang dapat meningkatkan integritas dan membantu individu untuk mencapai tujuan dari adaptasi sendiri, seperti bertahan hidup, tumbuh, bereproduksi, penguasaan dan perubahan pada individu maupun lingkungan. Sebaliknya, respon inefektif dapat menggagalkan atau mengancam tujuan adaptasi (Alligood & Tomey, 2010).

Roy mengidentifikasi 3 tipe stimulus lingkungan yaitu fokal, kontekstual dan residual yang dianggap sebagai kekuatan yang mempengaruhi individu secara langsung. Stimulus fokal merupakan satu-satunya faktor yang secara langsung mempengaruhi individu. Stimulus kontekstual adalah stimulus lain yang berkontribusi langsung pada respon individu. Stimulus residual merupakan faktor yang tidak diketahui yang dapat mempengaruhi individu (Fawcett, 2009).

Stimulus lingkungan secara langsung berhubungan dengan proses koping, namun dapat secara langsung ataupun tidak langsung berhubungan dengan modus adaptasi. Hubungan langsung antara stimulus lingkungan dengan modus adaptasi dimediasi oleh proses koping. Individu menggunakan 2 proses koping dalam menapis stimulus lingkungan, dimana proses tersebut adalah regulator dan kognator. Proses koping regulator menekankan pada sistem saraf, kimiawi dan endokrin yang memproses stimulus secara otomatis dan tidak disadari. Proses koping kognator menekankan pada jalur kognitif-emotif dalam memproses stimulus (memproses informasi/mempersepsikan, belajar, mempertimbangkan, dan emosi) (Fawcett, 2009).

Roy menjelaskan bahwa proses regulator dan kognator tidak dapat diamati secara langsung, akan tetapi respon perilaku dari 2 sistem tersebut dapat diamati secara langsung melalui 4 modus adaptasi yang antara lain adalah fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen. Keempat modus adaptasi ini saling berhubungan melalui persepsi. Adanya respon yang adaptif ataupun respon yang inefektif pada satu modus, akan mempengaruhi proses adaptasi pada modus lainnya (Alligood & Tomey, 2006).

Modus adaptasi fisiologis merupakan cara individu berinteraksi dengan lingkungan melalui proses fisiologis, sehingga individu dapat memenuhi kebutuhan dasar mereka, yaitu oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta perlindungan. Pencapaian integritas fisiologis merupakan respon adaptif pada modus adaptasi ini (Alligood & Tomey, 2006). Modus



adaptasi konsep diri didasari pada kebutuhan psikologis dan spiritual, kebutuhan dalam memahami individu sebagai makhluk yang utuh. Konsep diri individu merupakan gabungan antara keyakinan dan perasaan terhadap personal diri individu tersebut. Konsep diri juga terdiri dari 2 komponen yaitu komponen fisik diri, yang terdiri atas sensasi tubuh dan citra tubuh, dan komponen personal diri, yang melibatkan konsistensi diri, ideal diri, dan moral-etik-spiritual diri (Roy & Andrew, 1999). Adanya integritas psikis merupakan tujuan dari modus konsep diri individu (Alligood & Tomey, 2006).

Modus adaptasi fungsi peran mengacu pada peran primer, sekunder dan tersier seseorang terhadap tampilan mereka dalam masyarakat. Kondisi integritas sosial individu merupakan tujuan utama dari modus fungsi peran (Alligood & Tomey, 2006). Modus adaptasi terakhir adalah modus interdependen, yang difokuskan pada adanya interaksi terkait hubungan saling memberi dan menerima dalam cinta, penghormatan dan penghargaan. Dasar kebutuhan pada modus ini adalah integritas hubungan dan perasaan aman dalam pemeliharaan hubungan (Roy & Andrew, 1999).

Berdasarkan pendekatan teori Roy, pada remaja dengan kanker juga menunjukkan berbagai respon adaptasi yang dialaminya selama didiagnosa penyakit kanker. Respon yang dialami remaja dengan kanker tersebut dapat digambarkan sesuai 4 modus adaptasi Roy. Adapun stimulus fokal pada remaja dengan kanker adalah proses penyakit kanker itu sendiri, sedangkan stimulus kontekstual muncul sebagai faktor yang memperkuat efek stimulus fokal, dalam hal ini adalah terapi pengobatan untuk kanker. Muncul kecemasan dan rasa takut yang dialami remaja terhadap penyakit kankernya adalah merupakan stimulus residual.

Sebagaimana telah diketahui bahwa remaja merupakan tahapan dimana terjadi perubahan secara fisik dan psikososial, dan adanya diagnosa kanker pada remaja akan memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap

perkembangan remaja tersebut. Untuk memahami dan mengungkapkan modus adaptasi remaja dengan kanker akan melibatkan banyak aspek dari proses penyakit (Ramini, Brown & Buckner, 2008) dan proses perkembangan remaja. Modus respon adaptasi fisiologis pada remaja dengan kanker dan pengobatan yang mereka alami, secara umum adalah nyeri lokal pada tubuh, nyeri kepala yang sering, penglihatan yang kabur, kehilangan rambut, mual dan muntah, anoreksia, kelelahan dan penurunan berat badan (Ibanez, 2009; ACS, 2007 ; James & Ashwill, 2007). Dari semua respon fisik remaja yang berkaitan dengan kanker dan pengobatannya tersebut dapat mengancam integritas dan fungsi tubuh mereka (Yu Fan & Eiser, 2009).

Adanya perasaan terhadap tampilan diri yang buruk, seperti tubuh yang kurus dan perubahan pada bentuk wajah, menimbulkan adanya perubahan terhadap *body image* pada remaja (Kyritsi, Mantziou, Papadatou, Evagellou, Koutelekos, & Polikandrioti, 2007). Modus adaptasi yang terjadi pada remaja terkait pandangan mereka terhadap diri sendiri merupakan modus adaptasi konsep diri. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kyritsi et al. (2007) juga menunjukkan bahwa anak dengan penyakit kanker yang mengalami perubahan *body image* menunjukkan adanya pandangan yang negatif pada dirinya sendiri. Berdasarkan hasil penelitian Ramini, Brown dan Buckner (2008), menunjukkan adanya strategi adaptif yang dapat dilakukan oleh remaja terhadap perubahan yang terjadi seperti penggunaan bandana atau wig adalah untuk mengatasi rasa cemas terhadap adanya alopesia yang mereka alami. Respon adaptif seperti hal tersebut dan adanya dukungan emosional yang tepat akan membantu peningkatan konsep diri yang terkait rasa percaya diri dan penghargaan terhadap hidup mereka (Ramini, Brown & Buckner, 2008).

Modus adaptasi terkait fungsi peran remaja berhubungan dengan perasaan remaja sebagai individu yang normal. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Till (2004), adanya keterbatasan dalam aktivitas dan keterlibatan remaja dalam pengambilan keputusan terhadap kesehatan mereka secara langsung

membuat remaja merasa berbeda dengan teman kelompok mereka baik di sekolah ataupun di rumah. Disamping keinginan mereka untuk menjadi normal seperti remaja sehat lainnya, remaja dengan kanker juga merasa bahwa kanker yang mereka alami akan merubah diri mereka selamanya dan tidak akan kembali normal (Till, 2004).

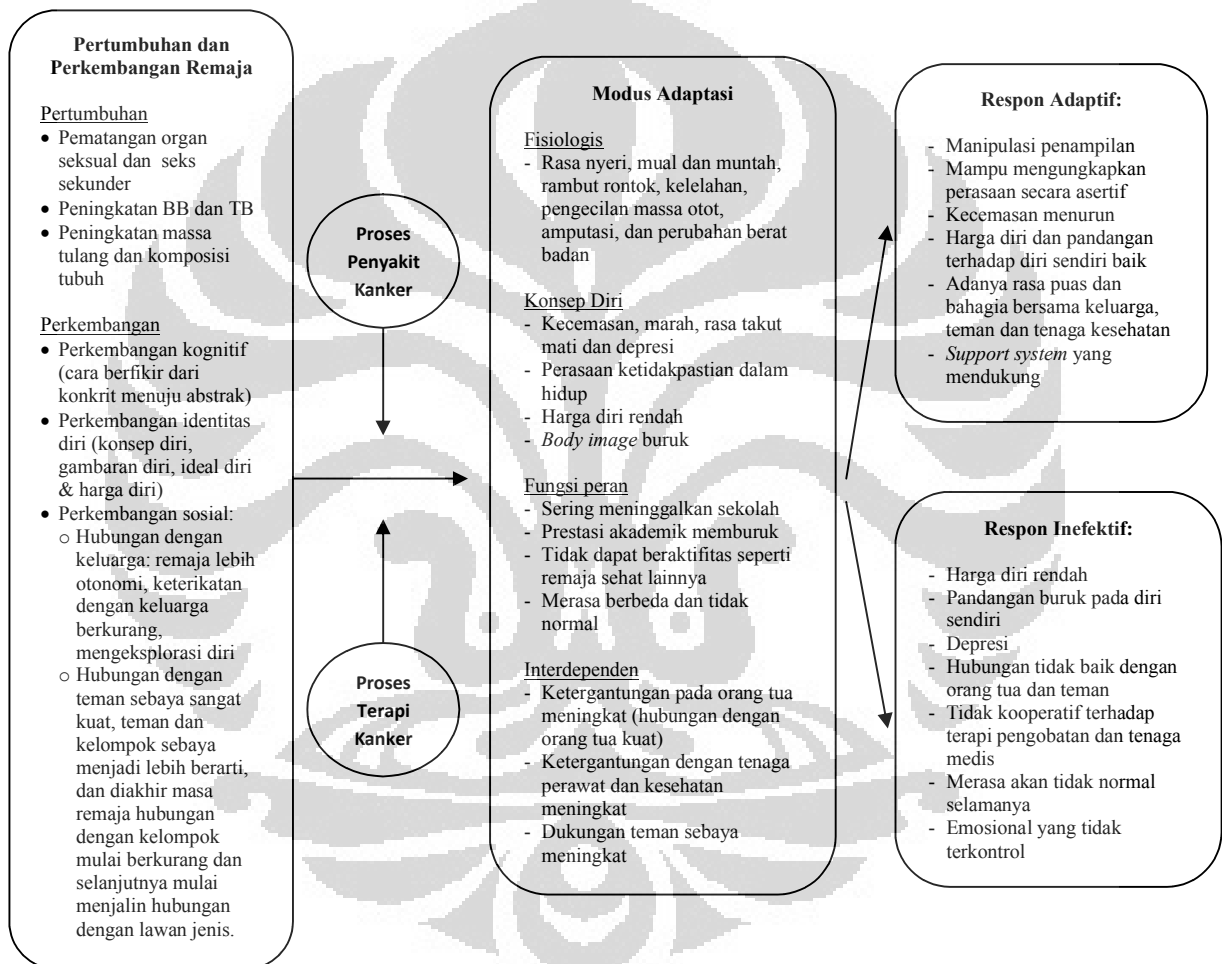
Selanjutnya, adanya tempat untuk remaja dengan kanker saling berbagi seperti *cancer camp* (Ramini, Brown & Buckner, 2008) sebagai tempat yang memberikan hal yang positif dan membuat mereka merasa normal. Pada penelitian lainnya juga menjelaskan peran dari *teen support group* (Cassano, 2009), yang dapat membuat remaja merasa nyaman dan dapat secara langsung berhubungan dengan remaja lain dengan pengalaman yang sama, sehingga mereka merasa mudah untuk mengeksplorasi perasaan berdiskusi terkait kanker yang mereka alami. Adanya kondisi tersebut jelas akan mendukung respon adaptasi fungsi peran pada remaja dengan kanker.

Modus adaptasi interdependen yang dialami remaja dengan kanker tidak lepas hubungannya dari dukungan sosial termasuk keluarga, teman dan tenaga kesehatan. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Ritchie (2001) pada 45 orang remaja dengan kanker dalam mengidentifikasi sumber dukungan sosial bagi mereka. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat 2 buah sumber dukungan yang lebih sering disebutkan oleh remaja dengan kanker adalah ibu dan teman. Meskipun respon ini bervariasi diantara remaja, namun adanya dukungan sosial emosional dirasa sangat membantu mereka untuk melewati hidup dengan penyakit kanker (Ritchie, 2001). Penelitian serupa juga dilakukan oleh Woodgate (2006) terhadap 15 remaja yang diwawancarai secara individu dan berkelompok, serta melalui observasi partisipan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 3 buah hubungan utama yang mendukung dalam hidup mereka, yaitu keluarga inti, anggota tim perawat dan teman spesial mereka (Woodgate, 2006). Dengan adanya integritas hubungan dan rasa nyaman oleh remaja, maka akan sangat mendukung respon adaptasi interdependen remaja dengan kanker.

## 2.4 Kerangka Teori Penelitian

Adapun kerangka teori penelitian dalam penelitian ini merupakan gambaran kesimpulan dari seluruh isi pada bab 2 ini, yaitu yang terlihat pada gambar 2.1 dibawah ini:

Gambar 2.1  
Kerangka Teori Penelitian



Sumber: Hockenberry & Wilson, 2009; Soetjningsih, 2010; Alligood & Tomey, 2006; Roy & Andrew, 1999.

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian tentang adaptasi remaja terhadap penyakit kanker ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Denzin dan Lincoln (1987) dalam Moleong (2010) menegaskan bahwa penelitian kualitatif menggunakan latar ilmiah yang bertujuan untuk menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan menggunakan berbagai metode, seperti wawancara, pengamatan dan pemanfaatan dokumen. Dalam penelitian ini juga bermaksud untuk memahami fenomena yang sesungguhnya terjadi pada remaja yang didiagnosis penyakit kanker terkait mekanisme adaptasi mereka terhadap penyakit kanker tersebut (Moleong, 2010).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi, dimana pendekatan ini diartikan sebagai pengalaman subjektif dan kesadaran perspektif seseorang dari berbagai jenis dan tipe subjek yang ditemui (Moleong, 2010). Speziale dan Carpenter (2003) juga menjelaskan pendekatan fenomenologi sebagai ilmu yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena khusus atau tampilan dari sesuatu hal/kejadian sebagai pengalaman hidup. Pada penelitian ini pengalaman hidup yang ingin digali oleh peneliti adalah pengalaman pada remaja yang didiagnosis penyakit kanker, dimana diyakini bahwa remaja penderita kanker akan mengalami peristiwa hidup yang berbeda dengan remaja sehat lainnya. Selain itu, tiap-tiap remaja dengan penyakit kanker juga akan memberikan respon pengalaman yang berbeda pula. Respon tersebut tampak pada perilaku remaja yang bersifat unik dan bervariasi yang terkait tidak hanya pada perubahan tumbuh kembang yang mereka alami, namun juga terhadap diagnosis kanker yang harus mereka hadapi. Oleh karena itu, dalam mencapai tujuan penelitian ini peneliti berupaya mendapatkan informasi tersebut dengan menekankan kekayaan, keluasan, dan kedalaman dari pengalaman remaja penderita kanker tersebut (Speziale & Carpenter, 2003).

Terdapat 4 langkah dalam proses fenomenologi deskriptif, yaitu: *bracketing intuiting*, *analyzing*, dan *describing* (Polit, Beck, & Hungler, 2001). *Bracketing* merupakan proses mengidentifikasi, menahan keyakinan diri peneliti tentang pengetahuan dan pendapat sebelumnya, serta opini yang peneliti miliki terkait respon adaptasi remaja terhadap penyakit kanker yang akan diteliti. Sehingga data yang didapatkan adalah data yang benar-benar murni pengalaman adaptasi remaja terhadap penyakit kanker dan tidak ada unsur opini atau perkiraan peneliti dalam data tersebut (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Untuk memenuhi pencapaian proses *bracketing* ini peneliti berupaya menggunakan pertanyaan-pertanyaan terbuka dan tidak mengarahkan partisipan dalam menggali informasi, tidak menggunakan asumsi pribadi atau pengetahuan sebelumnya dalam memahami pengalaman yang partisipan sampaikan. Sehingga data yang diperoleh peneliti merupakan pengalaman partisipan yang sesungguhnya.

Langkah kedua adalah *intuiting*, dimana proses ini membutuhkan keterlibatan peneliti untuk benar-benar tenggelam dalam pengalaman remaja yang sedang menghadapi penyakit kanker. Sehingga pada tahap ini, berdasarkan gambaran langsung dari partisipan melalui wawancara, peneliti mulai mengetahui pengalaman apa saja yang remaja hadapi terkait adaptasi terhadap penyakit kanker mereka (Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap ini, peneliti berusaha menyimak setiap informasi yang disampaikan oleh partisipan, sehingga peneliti benar-benar merasakan setiap pengalaman yang partisipan alami. Saat peneliti mulai dapat merasakan dan memahami pengalaman partisipan tersebut maka peneliti akan semakin mudah memaknai informasi lebih cepat dan selanjutnya mengembangkan pertanyaan yang tepat untuk mencapai tujuan penelitian.

Selanjutnya, proses *analysis* melibatkan identifikasi intisari data-data yang diperoleh dari hasil wawancara pada remaja terkait pengalaman mereka selama menderita penyakit kanker (Speziale & Carpenter, 2003). Proses analisis ini peneliti capai dengan cara membaca dan membaca lagi transkrip

hasil wawancara, mencari kata kunci yang bermakna, menyusun kategori berdasarkan kata kunci dan selanjutnya mengidentifikasi tema-tema penting yang menunjukkan fenomena/ pengalaman adaptasi remaja dengan penyakit kanker yang sesungguhnya (Flood, 2010).

Setelah proses analisis dilakukan, langkah terakhir adalah *describing*. *Describing* bertujuan untuk mengkomunikasikan dan menggambarkan fenomena secara verbal dan tertulis. Gambaran fenomena pengalaman adaptasi remaja yang menderita penyakit kanker dari penelitian ini langsung peneliti tuangkan dalam bentuk laporan hasil penelitian yang tersusun secara rinci agar mudah dipahami oleh pembaca.

### **3.2 Partisipan**

Dalam penelitian kualitatif, istilah sampel diganti dengan sebutan partisipan atau informan (Poerwandari, 2009). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penentuan besarnya jumlah partisipan yang dibutuhkan, seperti desain penelitian, metode penelitian (Onwuegbuzie & Leech, 2007), serta adanya saturasi (Mason, 2010). Dalam penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi penentuan jumlah partisipan dapat ditentukan berdasarkan pendapat dari Creswell (1998), dimana ukuran sampel yang digunakan adalah 5-25 orang, sedangkan pendapat dari Morse (1994) ukuran sampel dalam fenomenologi paling sedikit 6 orang (Mason, 2010).

Namun dalam sumber lainnya, pemilihan partisipan dalam penelitian kualitatif umumnya penentuan subjek atau sumber data diarahkan tidak pada jumlah sampel yang besar, akan tetapi ditentukan berdasarkan kasus-kasus tipikal yang sesuai masalah penelitian, serta tidak ditentukan secara tegas diawal penelitian dan dapat berubah dalam hal jumlah dan karakteristik sampel. Beberapa peneliti menyarankan untuk lebih mementingkan tercapainya titik jenuh (Poerwandari, 2009). Secara umum, menurut Onwuegbuzie dan Leech (2007) penentuan ukuran sampel dalam penelitian kualitatif tidak perlu terlalu besar, karena akan mempersulit dalam

mengekstrak data yang terlalu banyak. Akan tetapi, jumlah sampel yang terlalu kecil juga akan sulit dalam mencapai saturasi data, saturasi teoritis dan kelebihan informasi (Onwuegbuzie & Leech, 2007).

Pada penelitian ini yang juga merupakan jenis penelitian kualitatif fenomenologi menggunakan partisipan remaja dengan penyakit kanker sebanyak 7 orang. Selain itu penentuan jumlah partisipan sebanyak 7 orang ini juga ditentukan atau dibatasi karena data yang peneliti dapatkan telah mencapai saturasi pada partisipan ke 7.

Pemilihan partisipan dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*. Selain merupakan strategi *sampling* yang umum digunakan dalam penelitian kualitatif, namun juga merupakan metode pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang relevan dengan tujuan penelitian (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest, & Namey, 2005). Pada penelitian adaptasi remaja dengan penyakit kanker ini, kriteria yang digunakan dalam pemilihan partisipan adalah remaja dengan rentang usia 11-19 tahun, yang sedang didiagnosis kanker dan masih dalam masa pengobatan/terapi kanker, mampu berkomunikasi dengan baik dan berbahasa Indonesia dan bersedia menjadi partisipan yang mau memberikan informasi mengenai pengalamannya terkait adaptasi terhadap penyakit kanker. Berdasarkan kriteria ini, 7 orang remaja yang menderita penyakit kanker telah menyetujui untuk terlibat dalam memberikan informasi terkait tujuan penelitian dan memberikan persetujuan mereka pada lembar *informed consent*.

Proses pemilihan partisipan sebelumnya diawali dengan mengidentifikasi calon partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian dan bekerjasama dengan *key person* dari pihak Yayasan Pita Kuning Anak Indonesia (YPKAI) di sebuah rumah sakit khusus kanker di Jakarta untuk mendapatkan informasi tentang partisipan yang dibutuhkan. Setelah calon partisipan teridentifikasi dan sesuai dengan kriteria partisipan yang dicari, peneliti memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya dengan calon partisipan, serta



menyampaikan maksud, tujuan dan prosedur terkait penelitian yang akan dilakukan. Calon partisipan yang telah mendapatkan penjelasan penelitian, selanjutnya ditanyakan kesediaannya untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Apabila calon partisipan telah merasa setuju, maka partisipan diminta kesediaannya untuk menandatangani dan mengisi lembar persetujuan sebagai partisipan penelitian (*informed consent*). Selanjutnya, setelah partisipan setuju untuk secara sukarela ikut dalam proses penelitian ini dan awal proses membina hubungan saling percaya telah terjalin, maka langkah selanjutnya peneliti meminta alamat partisipan dan melakukan kontrak dengan partisipan dan keluarga mereka untuk melakukan pertemuan selanjutnya di rumah partisipan atau di tempat yang disepakati oleh partisipan. Proses wawancara dilakukan di rumah partisipan masing-masing dan waktu yang disepakati adalah sesuai dengan keinginan partisipan.

### **3.3 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan kurang lebih selama 6 bulan, yaitu dimulai pada bulan Februari s.d Juli 2012 yang terhitung dari penyusunan proposal penelitian sampai dengan pengumpulan laporan hasil penelitian. Tahap awal yang dilakukan peneliti adalah penyusunan proposal penelitian melalui proses bimbingan dan masukan dari penguji sidang proposal. Setelah peneliti melakukan perbaikan proposal, mendapatkan surat izin penelitian ke YPKAI dan mendapatkan surat lolos uji etik penelitian dari FIK UI pada awal Mei 2012, maka peneliti mulai menghubungi *key person* dan mulai mencari partisipan penelitian pada awal bulan Mei 2012. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian ini, dan pengumpulan data tersebut berlangsung sampai dengan minggu ke tiga bulan Juni 2012. Sehingga proses pengumpulan data ini berlangsung kurang lebih selama 7 minggu.

Penelitian ini dilakukan di kota Jakarta dan untuk mendapatkan partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian, peneliti mencari calon partisipan pada sebuah rumah sakit khusus kanker dengan bantuan *key person*. Alasan

peneliti melakukan penelitian di Jakarta dan mencari partisipan di rumah sakit tersebut adalah karena tingkat kejadian kanker di kota Jakarta cukup tinggi dan diketahui pula bahwa rumah sakit khusus kanker tersebut merupakan rumah sakit rujukan untuk pasien penyakit kanker dari berbagai daerah di Indonesia.

Adapun rangkuman beberapa kegiatan yang dilakukan dalam penelitian ini, yang dimulai dari penyusunan proposal hingga hasil akhir dapat ditunjukkan pada tabel 3.1 dibawah ini:

Table 3.1  
Jadwal Kegiatan Penelitian Studi Kualitatif Tentang Adaptasi Remaja Terhadap Penyakit Kanker Yang Diderita

NO	RENCANA PENELITIAN	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Proposal penelitian																											
2	Ujian proposal																											
3	Perbaikan proposal dan uji etik																											
4	Pengumpulan dan analisis data																											
5	Penyusunan laporan hasil																											
6	Seminar hasil penelitian																											
7	Perbaikan hasil penelitian																											
8	Sidang tesis																											
9	Perbaikan hasil tesis																											

### 3.4 Etika Penelitian

Hal penting yang harus dipertimbangkan sebelum proses penelitian dilaksanakan adalah dengan memperhatikan etika penelitian. Hal ini penting untuk dipertimbangkan karena peneliti sebagai instrumen pengumpul data akan berhubungan langsung dengan partisipan. Menurut Ospina (2004), peneliti kualitatif melibatkan diri secara menyeluruh untuk menyelam kedalam pengalaman partisipan (*immers*), kontak langsung dan terlibat secara fisik dengan partisipan. Beberapa persoalan etik mungkin muncul bila peneliti tidak menghormati, tidak mematuhi dan tidak mengindahkan nilai-nilai yang

melekat pada partisipan tersebut. Oleh karena itu penting untuk peneliti menyesuaikan diri dan sejenak melupakan nilai dan budaya diri sendiri (Moleong, 2010).

Terdapat beberapa prinsip etik yang harus peneliti pertimbangkan selama melakukan penelitian terhadap remaja dengan kanker. Prinsip tersebut antara lain adalah *informed and voluntary consent*, otonomi, kerahasiaan informasi dan anonimitas partisipan, serta tidak merugikan partisipan, *beneficence*, dan resiprokal (adanya timbal balik) (Halai, 2006).

Untuk menghormati hak remaja yang menderita kanker sebagai partisipan dalam penelitian ini dan agar keikutsertaan mereka dalam penelitian bukan merupakan sebuah keterpaksaan, maka peneliti terlebih dulu telah menjelaskan beberapa informasi yang relevan terkait penelitian yang dilakukan pada remaja tersebut sebelum mendapatkan persetujuan mereka (*informed consent*). Informasi yang telah disampaikan pada partisipan tersebut antara lain terkait elemen kunci dari penelitian seperti tujuan, prosedur, waktu, risiko, dan manfaat. Informasi tersebut juga peneliti cantumkan dalam lembar persetujuan agar partisipan dapat lebih jelas membaca dan memahami dari informasi yang disampaikan langsung oleh peneliti. Adapun pernyataan dalam lembar persetujuan tersebut diikuti klausa yang menyatakan bahwa partisipasi partisipan dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela (*voluntary consent*) dan secara otonomi mereka memiliki hak untuk menerima atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Berdasarkan hal tersebut, dari seluruh calon partisipan yang di temui dalam proses mencari partisipan dalam penelitian ini, peneliti juga telah memenuhi dan menghormati hak semua calon partisipan untuk memilih ikut menjadi partisipan dalam penelitian ini atau tidak. Dari beberapa calon partisipan yang peneliti temui, 7 orang partisipan dalam penelitian ini menyatakan bersedia untuk jadi informan secara sukarela dan bukti kesediaan mereka ditunjukkan dengan menandatangani lembar persetujuan yang telah peneliti sediakan.

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi dan anonimitas remaja dengan kanker sebagai partisipan dalam penelitian ini. Prinsip ini wajib peneliti tegakkan untuk menghormati dan melindungi hak remaja dengan kanker sebagai partisipan. Upaya untuk menjamin kerahasiaan informasi yang mereka sampaikan adalah dengan tidak mencantumkan nama atau identitas mereka dalam verbatim hasil penelitian. Sebagaimana Halai (2006) menyatakan bahwa kerahasiaan informasi partisipan dalam hasil penelitian kualitatif tidak boleh mencantumkan nama partisipan, namun cukup dengan menggunakan nama samaran. Pada penelitian ini untuk memenuhi prinsip etik anonimitas, peneliti cukup menggunakan kode saja untuk membedakan identitas hasil penelitian antara satu partisipan dengan partisipan lainnya, sebagai contoh P1 untuk menyatakan partisipan pertama, dan seterusnya sampai partisipan ke tujuh.

Pengambilan data dalam penelitian kualitatif ini dilakukan dengan cara mewawancarai partisipan (remaja dengan penyakit kanker) secara langsung. Untuk itu dalam penelitian ini peneliti berusaha untuk menjaga prinsip yang tidak merugikan partisipan yaitu dengan menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian, serta dengan menjaga kerahasiaan informasi partisipan. Informasi terkait tujuan dan manfaat penelitian tersebut telah peneliti cantumkan atau lampirkan dalam lembar persetujuan partisipan.

Selanjutnya prinsip etik yang juga tidak kalah pentingnya adalah penghargaan kepada partisipan atas partisipasi mereka dalam penelitian yang dilakukan. Prinsip ini disebut sebagai resiprokal (hal timbal balik). Seperti yang dijelaskan oleh Halai (2006) bahwa prinsip resiprokal ini dimaksudkan untuk menghargai dan mengganti rugi atas waktu dan usaha yang telah dilakukan partisipan untuk terlibat dalam penelitian ini. Prinsip resiprokal ini hanya peneliti lakukan diakhir proses penelitian bersama partisipan yaitu pada saat proses klarifikasi data terakhir dengan partisipan (validasi).

### 3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah partisipan setuju dan siap untuk menjadi informan dalam penelitian ini, peneliti melakukan kontrak waktu yang tepat dan yang dapat partisipan sanggupi untuk dilakukan proses wawancara. Teknik pengumpulan data dari penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi ini adalah dengan menggunakan proses wawancara mendalam (*in depth interview*) untuk menggali pengalaman adaptasi remaja selama menghadapi penyakit kanker yang mereka derita. Hal ini seiring dengan pendapat yang disampaikan oleh Guba dan Lincoln (1981, dalam Moleong, 2010), bahwa wawancara mendalam dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk menggali lebih dalam untuk keperluan klarifikasi informasi tentang hal yang diteliti, kesadaran kritis partisipan jika mereka ditanyakan untuk memutuskan, menanggapi, menilai atau memberi contoh tentang sesuatu, penjelasan informasi mengenai beberapa hal yang diperlukan peneliti, refokus jika partisipan ditanya oleh peneliti untuk mengaitkan, membandingkan, atau mempertentangkan topik atau ide yang dibicarakan, serta informasi tentang intensitas perasaan partisipan yang dapat terkait dalam bentuk pertanyaan pribadi (Moleong, 2010).

Proses wawancara dilakukan secara informal, meskipun peneliti memiliki panduan wawancara, namun proses wawancara didasari sepenuhnya pada perkembangan pertanyaan secara spontan dan alami. Bentuk pertanyaan yang digunakan adalah jenis pertanyaan-pertanyaan terbuka agar remaja dapat mengeksplor lebih banyak terkait pengalaman dan adaptasi mereka terhadap penyakit kanker yang mereka alami. Bersamaan dengan pelaksanaan wawancara bersama partisipan, peneliti juga menggunakan catatan lapangan (*field notes*) selama proses wawancara berlangsung untuk menjelaskan kejadian yang peneliti temukan selama proses wawancara bersama partisipan seperti apa yang didengar, dialami dan difikirkan oleh peneliti untuk merefleksikan data yang didapat.

Proses pengumpulan data melalui wawancara dilakukan di rumah partisipan saat kondisi partisipan sedang santai dan dalam kondisi yang siap untuk diwawancarai. Tempat dan waktu untuk melaksanakan proses wawancara adalah sesuai dengan kesepakatan remaja dan peneliti. Rentang waktu wawancara yang umum peneliti gunakan pada semua partisipan rata-rata berkisar antara 45 menit sampai dengan 1 jam. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan Field dan Morse (1985, dalam Rachmawati, 2007) bahwa proses wawancara harus diselesaikan dalam waktu 1 jam. Selain itu pembatasan waktu wawancara sampai dengan 1 jam adalah agar partisipan tidak jenuh dengan pertanyaan mengenai informasi yang peneliti butuhkan dan partisipan tetap dapat konsentrasi serta memberikan informasinya dengan baik.

Proses pengumpulan data pada proses validasi dilakukan setelah proses transkrip data dan analisis data pada tiap-tiap partisipan diselesaikan. Analisis data tersebut kemudian di validasi langsung ke partisipan untuk mendapatkan kesesuaian antara akan pernyataan disampaikan oleh partisipan dengan makna yang ditemukan oleh peneliti melalui analisis data. Melalui proses tersebut, validasi ini juga dilakukan untuk memastikan kembali apakah transkrip dan analisis yang disusun oleh peneliti disetujui oleh partisipan sebagai pengalaman mereka yang sesungguhnya. Dalam proses validasi ini tidak banyak informasi tambahan yang didapat dari partisipan dalam hasil analisis yang telah peneliti tetapkan, meskipun demikian terdapat beberapa perubahan dari kata kunci yang mendukung sebuah makna atau kategori yang menurut partisipan tidak sesuai dengan makna yang peneliti tetapkan. Oleh karena itu, berdasarkan informasi dari partisipan tersebut, peneliti menganalisis kembali dan memasukkan informasi yang disampaikan partisipan ke dalam kategori dan tema yang sesuai.

### 3.6 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri sebagai instrumen langsung. Peneliti berperan dalam menggali informasi sedalam-dalamnya terkait dengan kebutuhan dan tujuan dalam penelitian ini. Oleh karena peneliti merupakan instrumen langsung dalam penelitian ini, sebelumnya peneliti telah melakukan uji instrumen agar dapat memenuhi validitas instrumen saat melakukan pengumpulan data melalui wawancara. Proses uji validitas instrumen yang peneliti lakukan sebelum proses pengumpulan data pada penelitian ini, terlebih dulu peneliti melakukan uji coba wawancara pada 1 orang remaja penderita kanker dan selanjutnya dinilai serta dievaluasi oleh pakar, dalam hal ini adalah pembimbing tesis.

Selama melakukan pengumpulan data melalui wawancara yang dilakukan bersama partisipan, peneliti merekam semua hasil wawancara tersebut dengan menggunakan alat perekam *Sony Voice Recorder* yang peneliti percaya memiliki keakuratan dalam merekam proses wawancara yaitu memiliki kualitas suara rekaman yang jernih dan durasi rekaman yang cukup panjang. Alat bantu lainnya yang peneliti gunakan adalah kertas dan pensil/pulpen untuk mencatat hal-hal penting terkait kata-kata kunci penting dan kejadian yang penting.

### 3.7 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif jelas berbeda dengan penelitian kuantitatif dalam hal membagi dan menggabungkan kegiatan pengumpulan data, analisis data dan penulisan hasil. Analisis data ini dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data, interpretasi data, dan penulisan laporan naratif (Creswell, 2003). Selain itu, menurut Bogdan dan Biklen (1982, dalam Moleong 2010), analisis data merupakan upaya untuk mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesis, mencari dan menemukan pola, menemukan hal yang penting dan dipelajari, serta memutuskan apa yang akan disampaikan dan diceritakan pada orang lain.

Tahapan analisis data yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah sesuai dengan tahapan yang dikembangkan oleh Colaizzi (1978, dalam Speziale & Carpenter, 2003). Alasan peneliti memilih tahapan analisis data dari Colaizzi ini dikarenakan tahapan yang disampaikan sangat mudah untuk peneliti pahami, sederhana dan secara detil menguraikan tahapan proses analisis data. Adapun tahapan analisis data yang peneliti lakukan berdasarkan tahapan dari Colaizzi adalah:

- 3.7.1 Mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Dalam hal ini fenomena terkait pengalaman dan adaptasi remaja yang menderita penyakit kanker ini terlebih dulu peneliti pahami dengan baik untuk menjadi dasar dilakukannya penelitian ini,
- 3.7.2 Mengumpulkan deskripsi fenomena berdasarkan informasi yang disampaikan partisipan. Untuk mendapatkan gambaran fenomena adaptasi remaja dengan kanker, peneliti melakukan wawancara dengan beberapa partisipan remaja yang menderita penyakit kanker. Selanjutnya hasil wawancara tersebut ditulis ke dalam bentuk transkrip hasil wawancara partisipan.
- 3.7.3 Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah diperoleh dari partisipan. Hasil transkrip yang telah peneliti buat, selanjutnya peneliti baca untuk mendapatkan pemahaman terkait pengalaman yang partisipan sampaikan melalui wawancara tersebut.
- 3.7.4 Membaca kembali transkrip, selanjutnya mengutip pernyataan-pernyataan yang signifikan. Setelah peneliti memahami pengalaman partisipan dengan membaca transkrip wawancara, peneliti melakukan proses membaca kembali dan berulang-ulang, untuk menemukan kata-kata kunci yang signifikan dengan tujuan penelitian.
- 3.7.5 Mencoba untuk menguraikan makna dari masing-masing pernyataan yang signifikan. Dari kata-kata kunci yang ditemukan dan yang sesuai dengan tujuan penelitian, selanjutnya peneliti menyimak kembali dengan membaca tiap-tiap kata kunci yang terpilih untuk menemukan makna yang dimaksud dari kata-kata kunci tersebut. Pada tahap ini



peneliti dapat membentuk beberapa kategori dari beberapa kata kunci yang ada.

- 3.7.6 Mengorganisir kumpulan makna yang terbentuk ke dalam kelompok tema-tema. Kumpulan makna dalam hal ini adalah kategori yang terbentuk dari kata-kata kunci. Pada tahap ini kumpulan makna atau kategori yang terbentuk, dikelompokkan kembali dengan menilai kemiripan makna atau membandingkannya sehingga dapat membentuk sub tema dan tema.
- 3.7.7 Menuliskan deskripsi secara lengkap dan mendalam. Pada tahap ini peneliti telah mendeskripsikan tiap-tiap tema yang muncul sebagai hasil temuan penelitian terkait adaptasi remaja dengan penyakit kanker yang diderita. Deskripsi hasil penelitian ini dituangkan dalam penulisan hasil penelitian.
- 3.7.8 Kembali pada partisipan untuk mendapatkan validasi dari deskripsi hasil analisis. Peneliti juga telah melakukan validasi langsung pada partisipan untuk memastikan kembali apakah tema atau hasil temuan yang peneliti temukan melalui proses analisis merupakan pengalaman remaja yang sesungguhnya dan disepakati oleh remaja tersebut.
- 3.7.9 Melakukan validasi hasil analisis data secara langsung ke partisipan. Saat peneliti kembali ke partisipan dan mendiskusikan hasil temuan penelitian ini, ada beberapa partisipan yang memberikan masukan terkait kata kunci yang mendukung sebuah kategori atau sub tema, bahkan ada yang memberikan informasi tambahan terkait kata kunci yang dimaksud. Akan tetapi, hasil validasi bersama partisipan tidak mengubah tema yang telah terbentuk. Sehingga informasi tambahan dan klarifikasi kata kunci yang peneliti temukan selama validasi, peneliti lakukan analisis kembali dan menggabungkan data tersebut kedalam tema yang sesuai.

### 3.8 Keabsahan Data

Penentuan *trustworthiness* dalam penelitian kualitatif sangatlah penting (Golafshani, 2003). Seale (1999 dalam Golafshani, 2003) berpendapat bahwa, "*trustworthiness* laporan/hasil sebuah penelitian terletak pada isu yang lazim dibahas sebagai validitas dan reliabilitas" (p.266). Patton (2001, dalam Golafshani, 2003) menyatakan bahwa validitas dan reliabilitas merupakan dua faktor yang harus diperhatikan oleh setiap peneliti kualitatif, terkait saat merancang sebuah penelitian, menganalisis hasil dan menilai kualitas penelitian.

*Trustworthiness* dalam penelitian kualitatif dikenal dengan istilah *credibility*, netralitas atau *confirmability*, konsistensi atau *dependability*, dan *applicability* atau transferabilitas. Keempat istilah tersebut menjadi kriteria penting dalam menentukan kualitas penelitian kualitatif (Lincoln & Guba, 1985 dalam Golafshani, 2003).

Menurut Lincoln dan Guba (1985, dalam Speziale & Carpenter 2003), kredibilitas meliputi aktivitas yang memungkinkan temuan hasil penelitian dapat dipercaya. Pengertian lain menunjukkan, *Credibility* dimaksudkan sebagai cara yang membuktikan hasil penelitian dapat dipercaya melalui pengakuan dari partisipan terhadap temuan dalam penelitian sebagai pengalaman mereka yang sebenarnya (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Kredibilitas penelitian kualitatif dapat dicapai peneliti dengan cara melakukan keikutsertaan peneliti dalam keseluruhan proses penelitian, meningkatkan proses pengamatan dengan seksama, melakukan triangulasi, dan melakukan pengecekan hasil penelitian sementara melalui diskusi dengan kalangan sejawat (Bungin, 2011). Upaya pencapaian *credibility* dalam penelitian ini dilakukan peneliti dengan membina hubungan yang baik dan mengenal baik masalah yang dihadapi oleh remaja dengan penyakit kanker, serta melakukan langkah seperti keterlibatan langsung/keikutsertaan langsung dalam pengambilan data sampai dengan pengolahan hasil penelitian, melakukan pencatatan lapangan, dan konsultasi dengan pakar (pembimbing tesis). Selain

itu, hasil penelitian ini juga telah memenuhi kredibilitas karena temuan dari penelitian ini atau tema-tema yang muncul dikenal dan diakui oleh remaja dengan penyakit kanker sebagai pengalaman mereka yang sebenarnya setelah peneliti kembali ke mereka untuk melakukan proses validasi (*member check*) (Speziale & Carpenter, 2003).

Kriteria keabsahan data berikutnya adalah *dependability*. *Dependability* merupakan bentuk kestabilan data yang dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* (orang yang berkompeten) untuk secara cermat meneliti data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Speziale dan Carpenter (2003, dalam Afiyanti, 2008) menyatakan bahwa untuk mencapai dependabilitas yang tinggi perlu dilakukan analisis data secara terstruktur dan menginterpretasikan hasil temuan tersebut dengan baik. Dependabilitas juga dapat dicapai bila temuan hasil penelitian menunjukkan konsistensi saat dilakukan oleh peneliti yang berbeda dan waktu yang berbeda, namun dengan metodologi dan *interview script* yang sama. Pada penelitian ini, peneliti telah mengupayakan pencapaian dependabilitas yang tinggi melalui konsultasi dengan pakar (pembimbing tesis) dan meminta bantuan pakar penelitian kualitatif (pembimbing tesis) untuk mengaudit dan menganalisis hasil penelitian pada remaja yang menderita penyakit kanker secara cermat.

*Confirmability* atau kepastian berasal dari konsep objektivitas dari penelitian nonkualitatif yang menetapkan objektivitas dari segi kesepakatan antarsubjek. Perlu adanya persetujuan dari beberapa orang tentang pandangan, pendapat dan penemuan peneliti untuk dapat menetapkan *confirmability* dalam penelitian kualitatif (Moleong, 2010). Konsep objektivitas ini menunjukkan kesediaan peneliti untuk mengungkapkan proses dan elemen-elemen penelitian secara terbuka, sehingga peneliti lain memberikan penilaian dan memiliki kesamaan pandangan dan pendapat terkait topik yang diteliti (Long & Johnson, 2000 dalam Afiyanti, 2008). Dalam melakukan konfirmasi hasil

temuannya, peneliti kualitatif umumnya melakukan proses refleksi hasil temuannya pada jurnal-jurnal terkait, *peer review*, konsultasi dengan peneliti ahli atau melakukan konfirmasi data dengan mempresentasikan hasil penelitian pada suatu konferensi untuk mendapatkan banyak masukan dalam menyempurnakan hasil temuan (Afiyanti, 2008). Untuk mencapai/memenuhi konfirmabilitas dalam penelitian ini, peneliti melakukan refleksi hasil temuan dengan jurnal-jurnal terkait, konsultasi pada ahli/pakar (pembimbing tesis), dan mempresentasikan hasil temuan pada sidang hasil penelitian. Sehingga pada akhirnya akan ditemukan kesamaan pandangan dan pendapat mengenai temuan tersebut dari peneliti ahli (penguji dan pembimbing tesis).

Kriteria keabsahan data yang terakhir adalah *transferability* yang merupakan kemampuan hasil penelitian untuk dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain dengan kriteria yang serupa dengan penelitian tersebut (Lincoln & Guba dalam Polit, Beck & Hungler, 2001). Menurut Afiyanti (2008), transferabilitas penelitian kualitatif tidak dapat dinilai dan ditentukan sendiri oleh peneliti, namun harus berdasarkan pada pemahaman pembaca terhadap hasil penelitian tersebut. Apabila pembaca mendapatkan gambaran dan mampu memahami secara jelas hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat dikatakan hasil penemuan dalam penelitian tersebut memiliki transferabilitas yang tinggi. Begitupula dengan hasil temuan yang didapat dalam penelitian ini, peneliti berharap hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran yang jelas pada pembaca untuk dapat memahami seluruh pemaparan hasil penelitian yang telah peneliti susun secara detil. Selanjutnya, bila hasil temuan ini disepakati oleh remaja lain yang juga menderita penyakit kanker diluar penelitian ini (*fittingness*), maka transferabilitas penelitian ini dikatakan tercapai. Bahkan bila hasil penelitian ini dapat diaplikasikan pada kondisi yang serupa oleh tenaga kesehatan.

## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah remaja yang didiagnosis penyakit kanker, yang terdiri dari 7 orang partisipan, dengan jenis kelamin remaja terdiri dari 2 orang laki-laki dan 5 orang perempuan. Rentang usia remaja dalam penelitian ini adalah 12-17 tahun. Jenis kanker yang diderita oleh remaja dalam penelitian ini bervariasi yaitu 1 remaja dengan Osteosarkoma, 3 remaja dengan Ca.Nasofaring, 1 remaja dengan Leukemia, 1 remaja dengan Ca.Ovarium dan 1 remaja dengan Neuroblasroma. Sebagian besar Tingkat pendidikan remaja adalah Sekolah Menengah Umum. Pada umumnya pengalaman remaja menjalani proses pengobatan sejak didiagnosis penyakit kanker adalah kurang lebih 1 tahun. Adapun gambaran karakteristik partisipan untuk penelitian ini dapat lebih jelas terlihat pada tabel 4.1 dibawah ini:

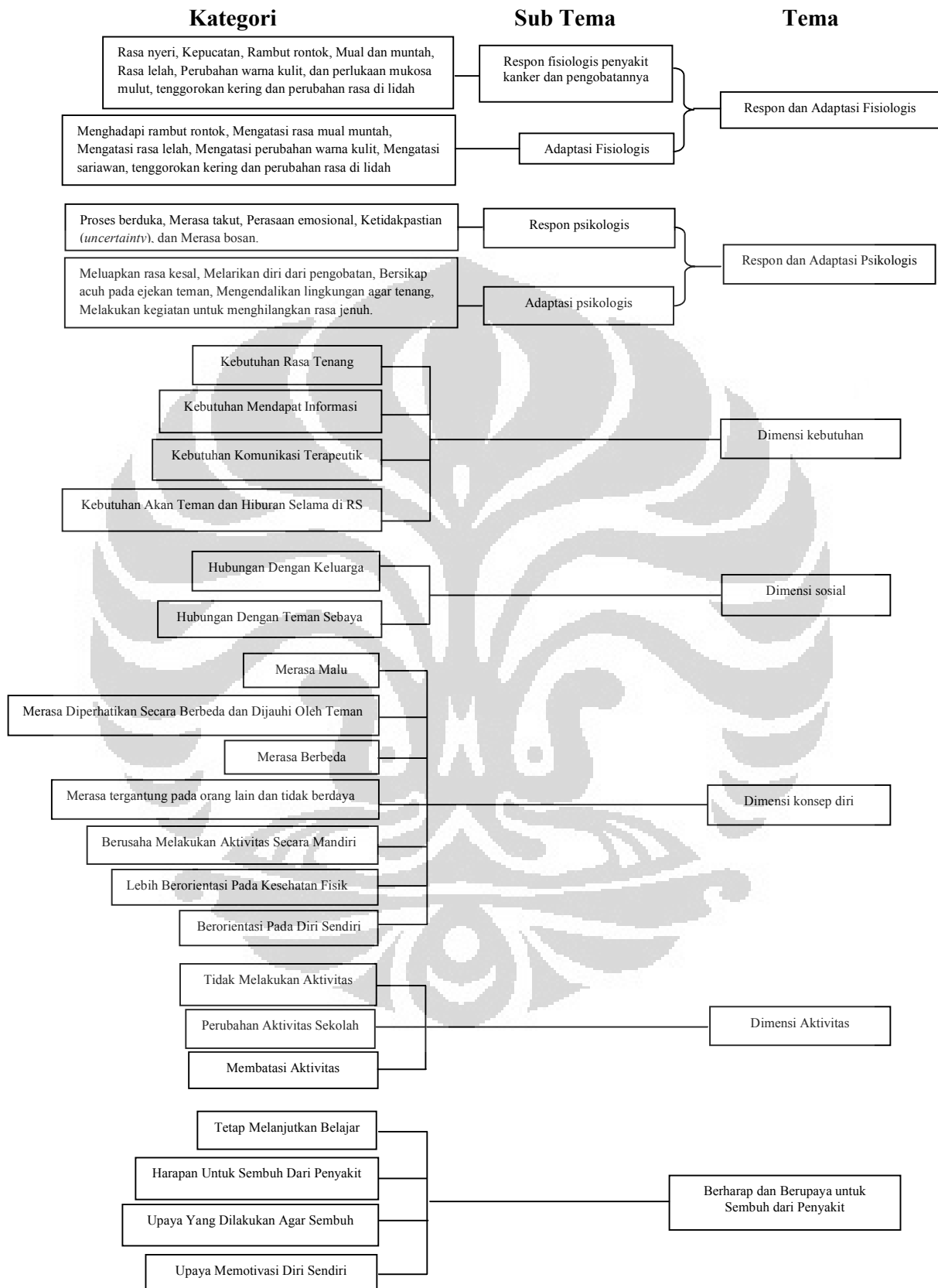
**Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan**

Partisipan	Jenis Kelamin	Umur (thn)	Jenis Kanker	Status Sekolah	Pertama Kali Didiagnosis	Pertama Kali Terapi kanker
P1	Laki-laki	14	Osteosarkoma	SMP	3 Maret 2011	31 Maret 2011
P2	Perempuan	17	Ca.Nasofaring	SMU	Oktober 2011	Desember 2011
P3	Perempuan	12	Leukemia	SD	5 Agustus 2011	11 Agustus 2011
P4	Perempuan	14	Ca.Ovarium	SMU	Desember 2009	Januari 2010
P5	Perempuan	17	Ca.Nasofaring	SMK	November 2011	Desember 2011
P6	Perempuan	15	Ca.Nasofaring	SMK	Maret 2011	24 April 2012
P7	Laki-laki	16	Neuroblasroma	-	Juni 2011	13 Juli 2011

#### 4.2. Tema Hasil Analisis Penelitian

Berdasarkan hasil analisis wawancara yang dilakukan, peneliti telah mengidentifikasi beberapa tema yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Tema-tema tersebut terdiri dari: 1) respon dan adaptasi fisiologis remaja, 2) respon dan adaptasi psikologis remaja, 3) dimensi kebutuhan, 4) dimensi sosial, 5) dimensi konsep diri, 6) dimensi aktivitas, dan 7) berharap dan berupaya untuk sembuh dari penyakit. Tema-tema dari analisis hasil wawancara tersebut secara skematis akan ditampilkan dan diuraikan secara keseluruhan dibawah ini:

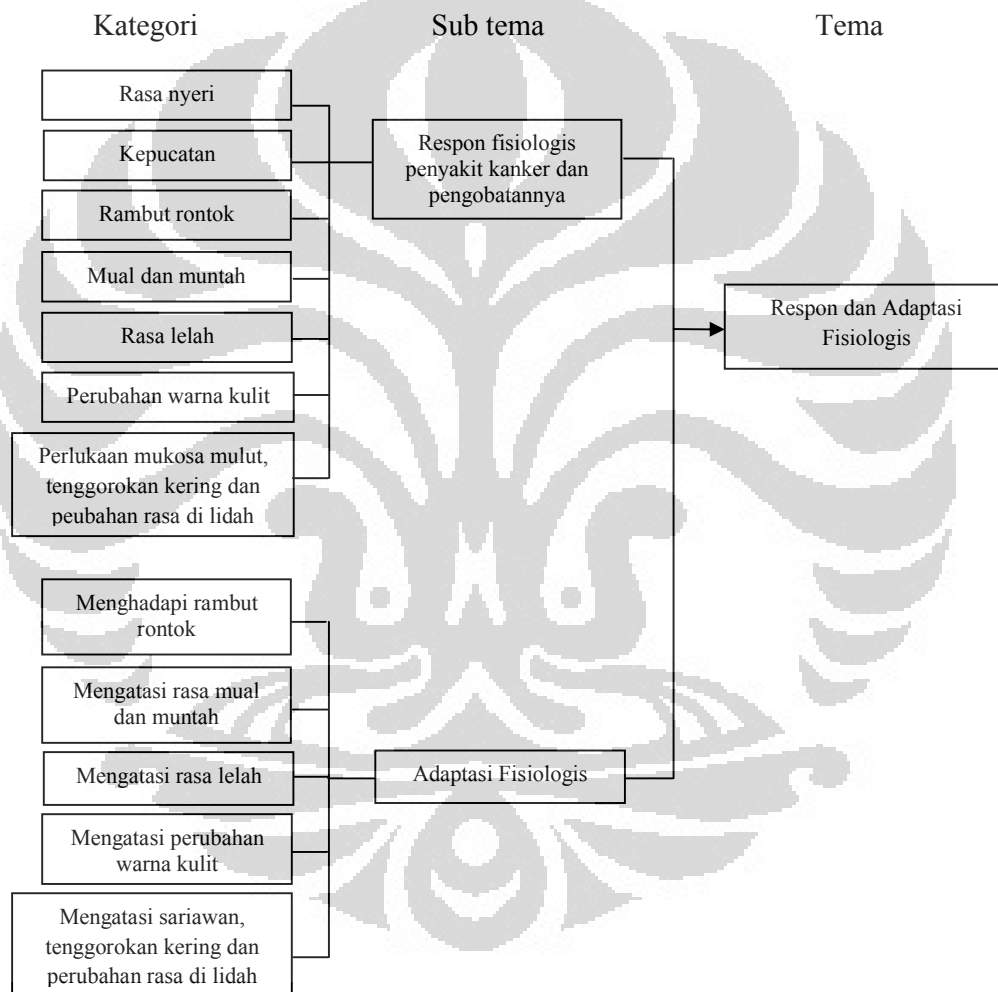
Skema 4.1 Gambaran Seluruh Tema Penelitian



#### 4.2.1 Respon dan Adaptasi Fisiologis Remaja Penderita Kanker

Respon dan adaptasi fisiologis penyakit kanker yang dialami remaja diungkapkan oleh sebagai pengalaman secara fisik terkait kondisi penyakit dan pengobatan yang mereka rasakan serta beberapa strategi yang mereka lakukan untuk mengatasinya. Adapun secara skematis respon dan adaptasi fisiologis remaja yang menderita penyakit kanker sebagai berikut:

Skema 4.2 Respon dan Adaptasi Fisiologis Remaja Penderita Kanker



##### 4.2.1.1 Respon Fisiologis Penyakit Kanker dan pengobatannya

Respon fisiologis akibat penyakit kanker yang dialami oleh remaja pada penelitian ini dipengaruhi oleh respon fisiologis dari penyakit kanker dan pengobatan kanker. Respon fisiologis akibat penyakit kanker yang dialami

oleh partisipan antara lain adanya rasa nyeri, kepuatan, rambut rontok, mual dan muntah, rasa lelah, perubahan warna kulit, serta adanya perlukaan mukosa mulut dan perubahan rasa di lidah. Untuk memperjelas adanya respon fisiologis dari penyakit kanker dan pengobatan yang dialami partisipan, peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dari partisipan seperti dibawah ini:

Kata kunci terkait adanya rasa nyeri:

*“Tapi emang rasanya sakit itu... Sakiittt.. Soalnya ngerasain Sakiit..”*  
(P1)

*“Sakit-sakit tulangnya dibelakang pada sakit... pokoknya didaerah tubuh banyak yang sakit..”* (P3)

*...telinga berdenging.. Trus lehernya juga sakit.. Gak enak..* (P2)  
(P5)

Kata kunci terkait adanya kepuatan:

*Kan aku tuh badannya pucat gitu terus kayak kuning gitu, ininya tuh kayak kuning.. (sambil menunjuk seluruh kulit tubuhnya)* (P3)

Kata kunci terkait adanya rambut rontok:

*“...rambut rontok, udah berapa kali rambut rontok..”*(P1) (P4)

*Terus kan kalo kemo gitu rambut bisa rontok.. Udah deh uda, pas kalo mandi gitu banyaaaaak banget.. Udah kayak, apa ya pitak gitu deh kepalanya..* (P3)

Kata kunci terkait adanya mual dan muntah:

*Nggak mau nafsu makan.. Terus kayak nyium bau makanan rumah sakit eneg.. ..udah habis kemo, itu tuh bawaannya tuh eneg..* (P4)

*“..Mual.. Saya muntah-muntah...”* (P1) (P2) (P4)

Kata kunci terkait rasa lelah:

*..itu pas setiap pulang sekolah tuh kalo jalan kaki kan pulang sekolah itu, kayak lemeees banget..* (P4)

*“Trus sekarang gak bisa ngelakuin yang capek-capek.. kalo udah capek, kalo ngelakuin dikit aja capek udah..”* (P5)

*“Pasti lemah lah kalo udah kena obat kemo.. ....bener-bener lemes...”* (P1) (P3) (P4)



Kata kunci terkait perubahan warna kulit:

*“..waktu sinar item lehernya (sambil menunjukkan leher kiri dan kanan).. Makanya ni belang..” (P5)*

Kata kunci terkait perlukaan mukosa mulut, tenggorokan kering dan perubahan rasa di lidah:

*..mulut saya sedikit ancur.. Sariawan gitu.. (P1)*

*...sariawan trus tenggorokan kering.. Kalo makan nasi tuh rasanya perih dimulut sampe susah nelen.. (P7)*

*Teruskan kalo kemo kan juga obatnya terasa banget di mulut.. Kayak tawar tawar gitu.. rasa obat kemo, aneh itu.. (P4)*

*Di lidah rasa tebal dan gak enak.. Rasanya beda.. (P1)*

#### **4.2.1.2 Adaptasi Fisiologis**

Adaptasi remaja terhadap adanya respon fisiologis dari penyakit dan pengobatan menunjukkan beberapa tindakan nyata yang dilakukan oleh remaja dalam menghadapi respon fisiologis tersebut. Adapun adaptasi terhadap respon fisiologis tersebut antara lain yaitu: upaya mengatasi rambut rontok, rasa mual dan muntah, rasa lelah, perubahan warna kulit, perubahan rasa di lidah dan sariawan.

Pengalaman yang disampaikan oleh beberapa partisipan terkait rambut rontok yang mereka alami sebagai efek samping dari pengobatan terapi kanker dapat dilihat seperti pernyataan partisipan dibawah ini:

*“Topi.. saya kan pake topi..” (P1) (P2) (P3)*

*“Kan pake jilbab.. jadi pulang kesana tuh pergi main kadang gak pake jilbab, pake wig..” (P2)*

Rasa mual dan muntah yang umumnya terjadi pada penderita kanker yang menjalani kemoterapi juga menjadi stres yang membebani remaja secara fisik. Adapun pernyataan partisipan terkait adaptasi mereka dalam mengatasi rasa mual muntah akibat pengobatan adalah:

*“Paling aku mah ya aku cuman makan permen aja..” (P3)*

*“Istirahat aja, tiduran.. Dibuat tiduran..” (P6)*

Adanya pengobatan yang cukup lama terhadap penyakit kanker, juga memberikan efek rasa lelah bagi remaja, namun partisipan yang menyatakan cara menghadapi rasa lelah yang dirasakan akibat pengobatan, hanya tampak pada satu orang partisipan, yaitu:

*“Iya pokoknya udah mau tiduran doang itu di kasur, kagak ada lain..” (P1)*

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap juga terjadi pada partisipan dengan Ca.Nasofaring yang sedang menjalani terapi penyinaran. Adapun tindakan yang dilakukan untuk mengatasi efek samping tersebut adalah seperti pernyataan partisipan berikut:

*“Pake salep... trus dia kulitnya kayak terkelupas, kopek-kopek gitu..” (P5)*

Adanya perubahan rasa pada indera pengecap akibat pengobatan kemoterapi, juga dialami oleh remaja dalam penelitian ini, dan pernyataan dibawah ini adalah cara mereka dalam mengatasi efek samping pengobatan tersebut:

*“Aku paling kumur-kumur aja..” (P1)*

*“Aku makan permen atau minum teh manis dibuatin mamah..” (P4)*

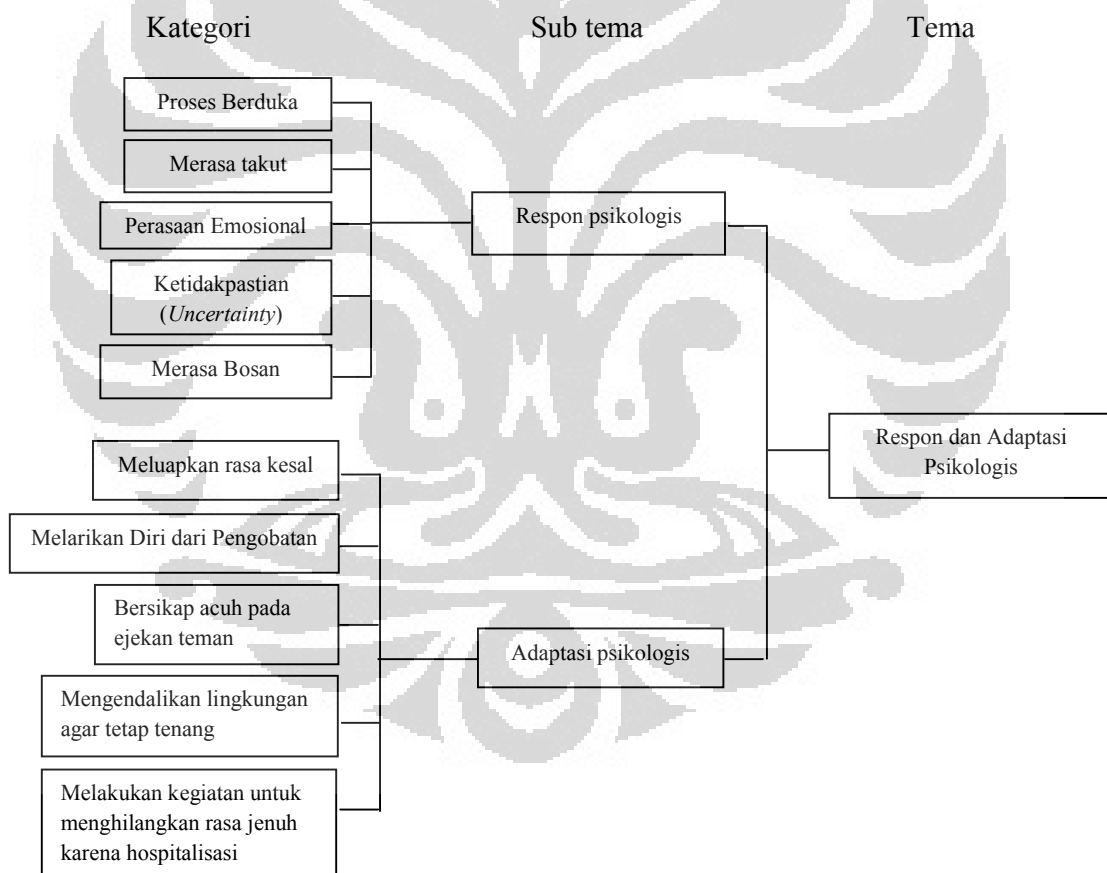
Sariawan dan tenggorokan kering juga merupakan efek samping yang dapat terjadi pada remaja yang sedang menjalani pengobatan kemoterapi, dan cara yang dilakukan oleh remaja untuk mengatasi sariawan tersebut adalah seperti pernyataan berikut:

*“Biasanya minta obat sama suster biar ngilangin rasa sakitnya..” (P7)*

#### 4.2.2 Respon dan Adaptasi Psikologis Remaja Penderita Kanker

Respon dan adaptasi psikologis remaja penderita kanker juga merupakan pengalaman yang umumnya dirasakan oleh partisipan dalam penelitian ini. Respon psikologis ini juga muncul karena adanya diagnosis kanker dan terapi pengobatan yang harus mereka jalani dalam waktu yang cukup panjang. Untuk itu, dalam menghadapi respon psikologis ini, remaja dalam penelitian ini juga memiliki strategi adaptasi untuk mengatasi respon psikologis tersebut. Secara skematis tema tentang respon dan adaptasi psikologis remaja penderita kanker sebagai berikut:

Skema 4.3 Respon dan Adaptasi Psikologis Remaja Penderita Kanker



#### 4.2.2.1 Respon Psikologis

Partisipan mengungkapkan berbagai respon psikologis yang dirasakan mereka terkait diagnosis penyakit kanker dan terapi pengobatan yang harus mereka jalani. Respon psikologis tersebut berupa proses berduka, perasaan takut, perasaan emosional, ketidakpastian, dan perasaan bosan. Dibawah ini peneliti akan menunjukkan beberapa respon psikologis yang terjadi pada remaja berdasarkan pernyataan dari partisipan.

##### Proses Berduka

Remaja yang mengalami penyakit kanker, sejak pertama kali mengetahui dirinya didiagnosis penyakit kanker sampai dengan beberapa waktu mereka menjalani pengobatan dan tindakan medis dapat mengalami respon psikologis yang cukup berat sebagai suatu proses berduka. Proses berduka yang tampak pada partisipan dalam penelitian ini antara lain adalah *denial*, yang tampak pada pernyataan partisipan berikut ini:

*“Kaget” (P1) (P5)*

*“...disuruh amputasi.. saya ga mau.. ..masa saya dari kecil bawa kaki susah seneng saya hadapin gitu.. masa begitu aja kaki Saya harus diilangin..” (P1)*

*“Saya masih gak percaya klo, masa’ penyakitnya kena tumor si..?” (P1) (P2) (P5)*

*“Sedih.. badannya rasanya lemes karena ngedenger berita itu..... (saat tau kalau kena penyakit kanker)” (P7)*

*“N juga gak nyangka kalo N kena kanker...”(P6)*

Proses berduka *anger*, tampak pada pernyataan partisipan berikut ini:

*..waktu pertama kali tuuhh maks banget supaya Saya amputasi.. Saya NGEBENTAK, “Saya gak mau Sus.. Kaki Saya dari kecil, masa mo diilangin gitu aja.”.. Trus Saya dijelasin lagi.. Saya makin ngebentak..(P1)*

Proses berduka *bargaining*, tampak pada pernyataan partisipan berikut ini:

*“..“Apa kebanyakan dosa kali yah” saya pikir gitu.. Kalo seandainya Saya tau seberapa besar dosanya Saya mau tobat...”*  
(P1)

*“Kenapa saya dapat penyakit itu, dari mana penyebabnya Ya Allah?”*(P2)

*“..Pokoknya kan aku kan jarang sakit, kog sakit langsung kanker si..?”* (P2)

Proses berduka *depresi*, tampak pada pernyataan partisipan berikut ini:

*“..kayak ada rasa-rasa putus asa, soalnya A bilang waktu itu ke mamah “Mah udah lah gak usah diobatin, soalnya udah parah, kayaknya udah gak ada obatnya” A bilang kayak gitu.. Soalnya A ngeliat dikaca itu rasanya gimana gitu, kayak bukan A lagi.. Sedih bener...”* (P7)

Proses berduka *acceptance*, tampak pada pernyataan partisipan berikut ini:

*“Tapi mo diapain lagi, emang jalannya begini.. Tapi kan Saya pikir Saya udah lebih baik dari kemaren.. Udah gak ngerasain sakit, udah bisa becanda-canda.. gitu.. (sudah ada perubahan)”*  
(P1)(P2)

*“Gimana ya..? kalo misalnya emang dinyatakan kanker darah kita mau bilang apa kan?”*(P3)

### **Merasa Takut**

Respon psikologis remaja saat mereka mengetahui diagnosa penyakit kanker serta berbagai pemeriksaan dan pengobatan yang harus mereka jalani membuat mereka berfikir tentang hal-hal yang menakutkan. Rasa takut yang mereka rasakan antara lain adalah merasa takut pada kondisi penyakit, merasa takut menjalani pengobatan dan merasa takut akan kegagalan masa depan dari adanya penyakit kanker dan efek pengobatannya. Adapun beberapa pernyataan partisipan yang menunjukkan rasa takut terhadap diagnosis kanker antara lain adalah:

*“Kata orang kan tumor itu ganas gini gini gini gini kan.. Ha, Trus Saya tu takuuutt.. “Akhirnya meninggal..” Kan bayangan pertama itu kan kayak gitu” (P2)*

*“Nggak tahu sih.. tapi kan kalau kita kalau ngedenger kanker aja kan udah takut..” (P3)*

*“Ya itu kanker kan katanya penyakit yang mematikan.. Jadinya takuuutt..” (sambil menangis) (P6)*

Rasa takut terhadap proses menjalani pengobatan, dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

*“Cemas dikerumunin dokter.. dipegangin kiri kanan kan tangannya..” (P4)*

*“Takuuutt.. takut muntah.. kan gak bisa makan.. tar botak.. Ternyata gak botak.. (sambil tertawa)” (P5)*

Selanjutnya, rasa takut yang remaja rasakan terhadap kemungkinan adanya kegagalan masa depan dinyatakan sebagai berikut:

*“Saya mikir gini.. “ah pasti besok besok udah gak bisa aktivitas, udah gagal kali semua..” Saya pikir gitu.. cita-cita trus apa semua kali gagal gitu.. Kan saya hobi-hobi olah raga—olah raga gitu..” (P1)*

*“Waktu itu mikirnya “Bisa lanjutin sekolah apa enggak ini A?” gitu.. (P7)*

### **Perasaan Emosional**

Perasaan lebih emosional yang dirasakan oleh remaja terkait pengalaman mereka berhadapan dengan diagnosis kanker dan pengobatannya serta tuntutan terhadap mereka untuk tetap menjalani pengobatan secara rutin menimbulkan perasaan sedih, kecewa, dan perasaan kesal dan marah yang ditunjukkan pada orang lain. Adapun perasaan sedih yang mereka rasakan terkait penyakit dan efek dari pengobatan kanker adalah sebagai berikut:

*“Iya sedih aja.. “Kenapa saya dapat penyakit itu, dari mana penyebabnya Ya Allah?” (P2)*

*“Sedih sih.. Iya kan biasanya sehari-hari, apa namanya, banyak teman gitu kan.. ngerjain tugas.. Ini kan sehari-harinya di rumah sakit gitu..” (P3)*

*“Iyya.. Sedih harus tinggal kelas gitu...” (P7)*

Selain rasa sedih yang dirasakan dari adanya penyakit kanker, remaja juga menunjukkan rasa kecewa pada keadaannya secara fisik dan terhadap pelayanan yang tidak terapeutik. Hal tersebut ditunjukkan atas pernyataan partisipan sebagai berikut:

*“Iyaa kalo kecewa pasti ada ya... Kecewa juga sama ini kaki.. Kagak bisa sembuh gitu..”(P1)*

*“Cara nyampaiannya itu kasar, kalo lembut-lembut gak papa kak G terima kalo mang itu keadaannya kan.. Ya Allah nangis dengernya..” (P2)*

*“Kecewa.. Gak sembuh-sembuh..” (P5)*

Perasaan kesal dan marah yang dirasakan oleh remaja dalam penelitian ini erat kaitan dengan sikap orang lain baik dari tenaga kesehatan, keluarga maupun dari teman sebaya mereka terhadap mereka, beberapa diantaranya juga mengakui merasa lebih sensitif sebagai akibat dari pengobatan kanker, pernyataan tersebut sebagai berikut:

*“Emang Saya semenjak kena kemo itu jadi sensitip, jadi keras kepala banget.. Saya langsung.. Langsung marah Saya ama Dokter A.. “Saya sehat dok, saya gak kenapa-napa”..” (P1)*

*“..Terus, “lu mah kayak orang yang mati....” itu, tau apa eeh “mati tapi matanya melek, mati suri..” gitu.. Dikatain gitu..  
...Cowok cewek ada yang ngomong kayak gitu..  
Ya gimana ya.. aku sakit deh, sakit hati rasanya..” (P3)*

*“..dikatain sama teman-teman “ada murid baru..”*

*itu tiap hari dikatain botak botak gitu, dibilangin gundul-gundul pacul.. He'eh dikata-katain terus... "Apaan siii?"... Kesel laaahh..." (P4)*

### **Ketidakpastian (*Uncertainty*)**

Respon psikologis berikutnya yang dirasakan oleh remaja yang menderita penyakit kanker dalam penelitian ini adalah adanya perasaan yang tidak menentu dan membingungkan bagi mereka. Perasaan tersebut dapat dilihat dari ungkapan pernyataan partisipan sebagai berikut:

*"Merasa terpuruk.. "ntar nantinya gimana??"... Macem-macem pastilah rasanya kalo orang udah didiagnosa begitu.." (P1)*

*"Udah gak enak kan.. gak tenang.." (P6)*

*"Fikiran A cuman "ini penyakitnya bisa sembuh apa gak yah?" Bayangan lain mungkin "bisa gak yah A melawan penyakit ini sampai selesai, sampai bener-bener gak ada di badan A?".." (P7)*

### **Merasa Bosan**

Untuk selalu berada di rumah sakit dan menjalani pengobatan yang cukup panjang, membuat remaja dengan penyakit kanker merasakan kejenuhan terhadap situasi tersebut. Beberapa partisipan yang menyatakan rasa jenuh berada di rumah sakit adalah sebagai berikut:

*"Sebenarnya aku sudah Bosan..Iya lah kak Sudah 8 bulan.." (P2)*

*"..kan disitu (di rumah sakit) kan bosen.. Nggak ketemu teman.. Jadi jarang main.. Kan kalo di sekolah enak masih main-main.." (P4)*

*"Kayanya di RS tuh Jenuh, BeTe.. Gak ada yang diajak ngobrol.." (P7)*



#### 4.2.2.2 Adaptasi Psikologis

Adanya berbagai respon psikologis pada remaja yang terjadi karena diagnosis kanker dan pengobatan yang mereka jalani, menuntut mereka untuk dapat mengatasi respon psikologis yang muncul dengan berbagai macam strategi. Strategi adaptasi yang mereka gunakan meliputi: 1) meluapkan rasa kesal, 2) melarikan diri dari pengobatan, 3) bersikap acuh pada ejekan teman, 4) mengendalikan lingkungan agar tetap tenang, dan 5) melakukan kegiatan untuk menghilangkan rasa jenuh karena hospitalisasi.

##### **Meluapkan Rasa Kesal**

Dengan adanya perasaan kesal terhadap kejadian yang tidak diinginkan oleh remaja selama didiagnosis kanker dan selama menjalani pengobatan kanker, strategi yang digunakan oleh remaja tersebut antara lain seperti pernyataan partisipan sebagai berikut:

*“..waktu pertama kali tuuhh maksa banget supaya Saya amputasi.. Saya NGEBENTAK, “Saya gak mau Sus.. Kaki Saya dari kecil, masa mo diilangin gitu aja.”.. Trus Saya dijelasin lagi.. Saya makin ngebentak..”(P1)*

*“Aku kalo udah ngambek ini semua diacak-acakin.. Ini kasurnya.. Kan kalo aku marah nih, aku acak-acakin ini gitu..”(P3)*

*“Kan waktu itu suka ngomel.. Kan kalo lagi kemo suka ngomel-ngomel sendiri.. he’eh jadi lebih emosian.. Suka marah-marah..”(P4)*

##### **Melarikan Diri dari Pengobatan**

Pada saat seorang partisipan remaja dengan osteosarkoma diberikan informasi terkait proses amputasi yang harus dia hadapi, remaja tersebut memutuskan untuk tidak ingin melanjutkan pengobatan di rumah sakit. Dan saat dia mengetahui bahwa ibunya membawanya ke rumah sakit untuk kembali menjalani pengobatan berikutnya, remaja tersebut berupaya

untuk melarikan diri sebagai upaya penolakannya terhadap pengobatan. Pernyataan partisipan tersebut seperti dibawah ini:

*“Lhaaa saya kabur aja langsung, langsung menuju lift saya putusin aja gelangya, “apa ini bu nyuruh-nyuruh adek kemo?, adek kan udah kagak mao” (P1)*

### **Bersikap Acuh Pada Ejekan Teman**

Beberapa remaja dengan penyakit kanker dalam penelitian ini, setelah mereka selesai menjalani pengobatan kemoterapi pada satu tahapan, mereka tetap berupaya untuk masuk sekolah dan mengikuti pelajaran. Akan tetapi mereka terkadang harus berhadapan dengan situasi dimana teman mereka disekolah memandang mereka secara berbeda dan bahkan mengejek penampilan fisik mereka yang berubah karena pengobatan kanker. Ejekan tersebut umumnya tidak di perdulikan oleh mereka, dan mereka cenderung untuk mendiampkannya dan bersikap acuh. Kondisi dapat tersebut, dapat dilihat pada pernyataan dari partisipan sebagai berikut:

*“Gak peduli Saya mah dengan pandangan temen-temen..” (P1)*

*“...tapi aku biasa aja deh.. Biarin.. Udah biarin aja deh.. tar juga diem..” (P3)*

*“Diem aja.. mmm “apaan sih.. apaan” paling gitu aja..” (P4)*

### **Mengendalikan Lingkungan Agar Tetap Tenang**

Adaptasi psikologis lainnya yang juga digunakan oleh remaja osteosarkoma, saat dirinya merasakan rasa nyeri yang hebat karena penyakit kankernya, dirinya mencoba untuk mengontrol lingkungan untuk tetap tenang. Berdasarkan pernyataan remaja tersebut dirinya menolak untuk bertemu dengan orang ramai. Adapun pernyataan tersebut adalah:

*“Saya tolak temen-temen yang ke rumah..Denger suara berisik aja otak saya ngerasa sakit banget, kaki saya ngerasa sakit gitu..” (P1)*

### Melakukan Kegiatan Untuk Menghilangkan Rasa Jenuh Karena Hospitalisasi

Adanya respon psikologis rasa bosan yang mereka rasakan akibat dari adanya tuntutan pengobatan yang panjang sehingga harus sering berada di rumah sakit, membuat mereka berupaya untuk mengontrol rasa bosan tersebut melalui beberapa kegiatan yang mereka lakukan. Hal-hal yang mereka lakukan selama di rumah sakit untuk menghilangkan rasa jenuh tersebut seperti pernyataan partisipan dibawah ini:

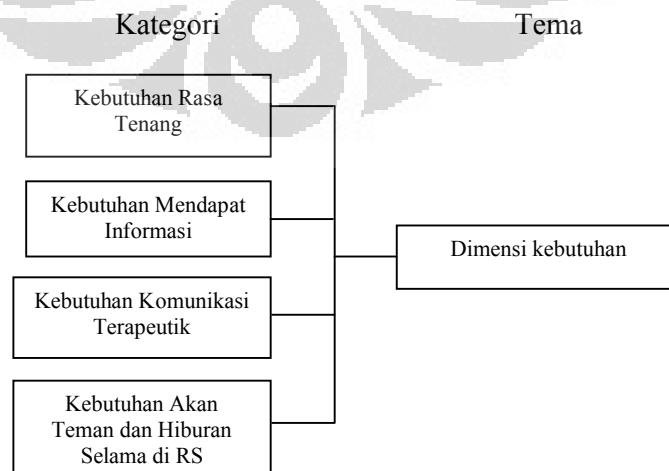
*“Facebook-an, BBM-an.. Twiter.. nonton, denger musik... Ditempat anak-anak yang bermain itu.. disana duduk-duduk, cerita-cerita.. sama anak-anak disana..” (P2)*

*“Nonton TV, maen komputer, baca komik.. Trus maen sama temen disana.. Kadang ngobrol-ngobrol gitu..” (P4) (P7)*

#### 4.2.3 Dimensi Kebutuhan

Dalam hasil temuan penelitian ini juga menunjukkan adanya dimensi kebutuhan yang menjadi hal yang cukup penting bagi mereka untuk dapat terus beradaptasi dengan penyakit dan efek terapi kanker. Jenis-jenis kebutuhan yang dirasakan oleh remaja dengan penyakit kanker tersebut ditunjukkan secara skematis seperti dibawah ini:

Skema 4.4 Dimensi Kebutuhan



#### 4.2.3.1 Kebutuhan Rasa Tenang

Saat remaja dengan Osteosarkoma merasakan nyeri yang hebat, dirinya merasa tidak mampu untuk mendengar suara berisik dan muncul upaya untuk mengendalikan lingkungan dengan menolak teman-temannya berkunjung ke rumah, seperti yang telah dijelaskan pada adaptasi psikologis diatas. Perilaku adaptasi tersebut didorong oleh adanya kebutuhan akan rasa tenang dari lingkungan. Dan pernyataan terkait kebutuhan rasa tenang itu diungkapkan oleh remaja sebagai berikut:

*“Maunya tenang gitu yah.. Namanya orang sakit gigi aja, orangnya teriak-teriak marah.. Apalagi Saya yang ngerasain begitu..” (P1)*

#### 4.2.3.2 Kebutuhan Mendapatkan Informasi

Memahami penyakit kanker dan terapi pengobatannya merupakan hal yang cukup sulit bagi remaja dengan keterbatasan pengetahuan mereka tentang penyakit kanker dan pengobatannya. Beberapa remaja dalam penelitian ini telah mencoba untuk mencari informasi terkait penyakit mereka. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kebutuhan terhadap informasi yang terkait penyakit mereka. Dibawah ini merupakan pernyataan yang menunjukkan bahwa remaja membutuhkan informasi terkait penyakit kanker yang mereka derita, yaitu:

*“...kan lama-lama nanya “Ma.. Kalau leukimia itu apa?” kan gitu..Setelah aku udah makin membaik gitu dikasih tahu.. “ALL, leukimia itu kanker darah..” (P3)*

*“Ya kan orang kan kalo sakit kanker susah.. banyak yang meninggal, tubuh juga pasti beda sama orang yang normal..” (P5)*

*“..Nyari di website.. Sering (baca).. kalo misalnya lagi di rumah, lagi gak ada acara apa, gak ada main futsal.. kalo pas lagi depan komputer nyari-nyari..” (P7)*

#### 4.2.3.3 Kebutuhan Komunikasi Terapeutik

Pengalaman remaja berhadapan dengan layanan kesehatan yang tidak terapeutik membuat remaja tersebut merasa sedih. Dari adanya ucapan seorang tenaga kesehatan yang kurang tepat dalam memberikan informasi pada remaja membuat remaja mengungkapkan keinginan dan kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik. Pernyataan akan kebutuhan komunikasi terapeutik tersebut adalah sebagai berikut:

*“Cara nyampaikannya itu kasar, kalo lembut-lembut gak papa kak G terima kalo mang itu keadaannya kan..Seharusnya dokter itu apa gimana gitu.. Itu kalau dokter anak itu kan mberi G semangat gitu..” (P2)*

#### 4.2.3.4 Kebutuhan Akan Teman dan Hiburan selama di RS

Pada partisipan yang sering menjalani pengobatan sendiri di rumah sakit tanpa ditemani oleh keluarga, merasakan adanya kebutuhan untuk ditemani dan membutuhkan kehadiran teman-teman dekatnya. Selain itu kebutuhan akan hiburan karena tidak ada yang menemani remaja tersebut saat dirumah sakit juga diungkapkan oleh partisipan. Adapun pernyataan tersebut yaitu:

*“..Paling butuh temen doang.. Kayaknya temen yang di rumah deh, dari rumah misalnya ada yang dateng, sekarang mah udah jarang..” (P7)*

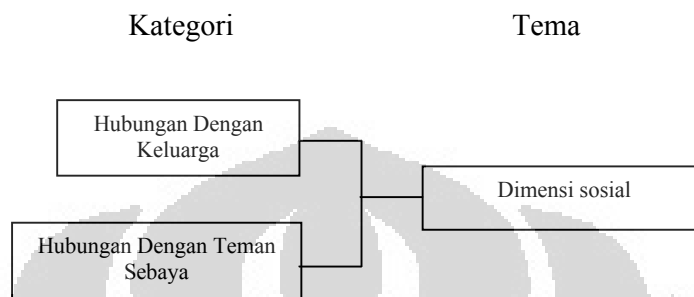
*“(Selain teman) Paling Hiburan... Biasanya sih di rumah itu main Game.. Game di komputer... Game On line..” (P7)*

#### 4.2.4 Dimensi Sosial

Remaja yang berada di rumah sakit dan menjalani pengobatan yang lama di rumah sakit, juga harus dapat mengembangkan kemampuan psikososialnya meskipun hal ini menjadi terbatas bagi mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang semakin dekat antara mereka dengan keluarga dan teman sebaya mereka meskipun mereka harus selalu berada di rumah sakit. Adapun

hasil temuan terkait dimensi sosial dalam penelitian ini secara skematis sebagai berikut:

Skema 4.5 Dimensi Sosial



#### 4.2.4.1 Hubungan Dengan Keluarga

Remaja dengan penyakit kanker dalam penelitian ini merasakan bahwa selama menderita penyakit kanker dan menjalani pengobatan, hubungan mereka dengan keluarga dirasakan semakit dekat dan erat. Orang tua terasa lebih perhatian dengan selalu menjaga mereka dan lebih sayang pada mereka. Pernyataan beberapa partisipan terkait hubungan dengan orang tua dan keluarga mereka, sebagai berikut:

*“Saya semenjak kena kemo-kemo gitu kan jadi.....jarang ketemu adek, jarang ketemu kakak.. Jadi sekalinya ketemu udah kaya kagak mau misah gitu.. Maunya bareng terus..” (P1)*

*“beda donk.. sebelum sakit biasa-biasa aja.. pas sakit jadi lebih baik.. lebih diperhatiin.. kakak juga.. trus setelah sembuh perhatiannya kurang..” (P5)*

*“(lebih dekat) Paling sama mamah.. soalnya bapak kerja terus... Kayaknya orang tua tuh makin sayang, lebih peduli sama A.” (P7).*

#### 4.2.4.2 Hubungan Dengan Teman Sebaya

Hubungan remaja yang menderita penyakit kanker dengan teman sebaya mereka dapat meliputi hubungan dengan teman mereka yang ada dirumah ataupun dengan teman yang mereka bentuk saat berada di rumah sakit. Meskipun ada partisipan yang dijauhi oleh teman-temannya, namun sebaliknya diakui oleh partisipan lainnya, dengan mempertahankan hubungan pertemanan selama menderita penyakit kanker, membuat remaja merasa lebih semangat dalam menghadapi penyakit kanker mereka. Pernyataan beberapa partisipan tersebut dapat dilihat seperti dibawah ini :

*“Tapi yah namanya temen gitu, masih ngasih semangat.. masih mau datang gitu ke RS.. Anak-anak baru anak SMP..”(P1)*

*“..Ya memberi semangat, kalo G dah sampe disini kan “G tu gak boleh makan sembarang-sembarang lagi”. Perhatian sangat dia kak...” (P2)*

*“Tapi sekarang maaah.. jadinya teman-temannya pada ngejauh gitu.. ..sahabat aku malah yang menjauh..” (P3)*

*“Ya kasih semangat terus.. “Pokoknya N jangan sedih.. N pasti sembuh kog” gitu.. (menangis)”(P6)*

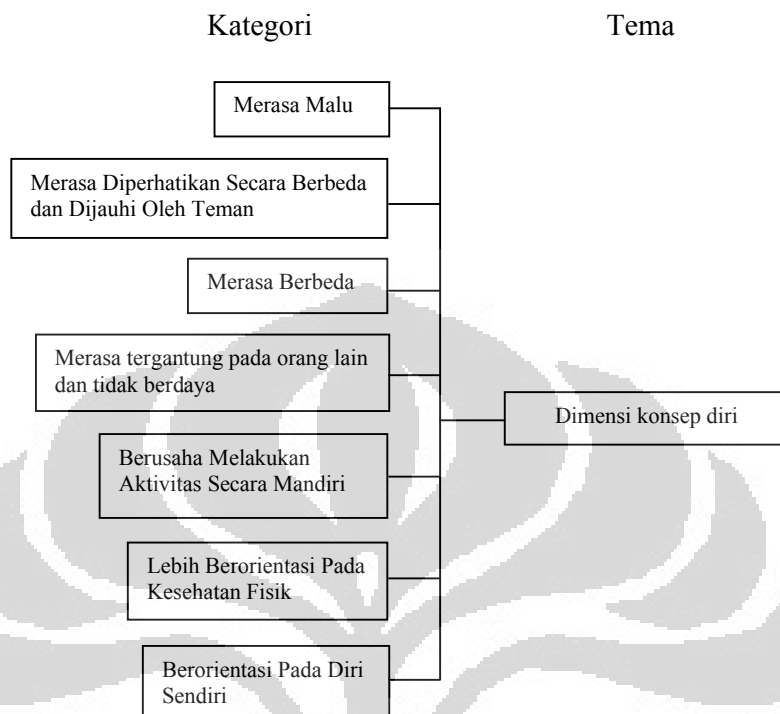
*“Malahan seneng.. karena bisa saling berbagi gitu, bisa sharing, bisa ngasih pengalaman..” (P7)*

*“Pastinya.. kalo gak ada temen-temen A kayaknya gak semangat..” (P7)*

#### 4.2.5 Dimensi Konsep Diri

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya perubahan pada dimensi konsep diri yang muncul pada remaja dengan penyakit kanker. Beberapa faktor yang menunjukkan adanya perubahan dimensi konsep diri pada remaja, secara skematis ditunjukkan sebagai berikut:

Skema 4.6 Dimensi Konsep Diri



#### 4.2.5.1 Merasa Malu

Perasaan malu muncul pada remaja dengan penyakit kanker terkait efek secara fisik yang ditimbulkan dari pengobatan penyakit kanker, menunjukkan adanya perubahan dalam gambaran diri remaja. Penampilan fisik yang berbeda membuat mereka merasa malu. Adapun pernyataan dari beberapa partisipan yang menunjukkan rasa tersebut yaitu:

*Ya udah malu aja, di giniin “Kog gini rambutnyaaa???” kan gitu.. (Sambil mencontohkan kata-kata temannya pada G) (P2)*

*“..kayak kemaren aja aku foto bersama.. harus buka topi, buka masker.. Itu diketawain.. Pas aku buka topi tuh diketawain sama anak-anak.. Pas diketawain tuh.. Yah malu gitu kan.. Mana kan fotonya di tengah lapangan kan..” (P3)*

#### 4.2.5.2 Merasa Diperhatikan Secara Berbeda dan Dijauhi Oleh Teman

Pengalaman remaja dengan penyakit kanker yang merasa diperhatikan secara berbeda dan dijauhi oleh teman sebaya mereka, membuat remaja



tersebut menilai diri sendiri sebagai individu yang berbeda dengan teman sebaya lainnya. Pernyataan remaja terkait pengalaman tersebut yaitu:

*“Kalo setiap aku lewat gitu aja dilihatin.. Kadang aku lagi jalan, suka diomongin..” (P3)*

*“Terus kenapa kok pas aku masuk gitu, perasaan kalo aku masuk gitu, dilihatin gitu, kayak orang yang gimana gitu..” (P3)*

*“Tapi sekarang maaah.. jadinya teman-temannya pada ngejauh gitu.. Aku sih ya, pikiran aku yah “apa aku punya penyakit kayak gini kali” kok dia menjauh.. “Apa dia takut ketularan? Apa takut gimana?” pikiran aku sih gitu..” (P3)*

#### **4.2.5.3 Merasa Berbeda**

Merasa berbeda muncul dari partisipan lainnya yang merasa beberapa aktivitasnya secara fisik menjadai terbatas karena adanya kondisi penyakit kanker yang mereka alami. Pernyataan tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

*“Sedih.. Orang bisa tapi kita gak bisa..” (P2)*

*“Gak enak.. kayak orang gak normal.. iya beda ma orang yang lain.. ..iya mereka bisa jalan-jalan jauh, aku enggak.. (sambil tertawa).. takut kecapean.. Fisiknya aja beda..” (P5)*

#### **4.2.5.4 Merasa Tergantung Pada Orang Lain**

Merasa tergantung dan tidak dapat melakukan aktivitas pribadi secara mandiri juga merupakan perubahan pada dimensi konsep diri remaja dengan penyakit kanker. Adapun perasaan ketergantungan tersebut adalah sebagai berikut:

*“kan saya cuman bisa telentang doang ditempat tidur pas kaki udah gak bisa ditekuk gitu, gak bisa ditekuk itu, udah saya tinggal nyuruh-nyuruh doank..” (P1)*

*“Digendong-gendong kan kemana-mana ma orang tua.. ..Udah gak kuat ngapa-ngapain.. Kalau mau kencing aja digendong ke kamar mandi..”(P3)*

*“Soalnya kan mamah juga waktu pertama itu lagi hamil, kasian ngeliatnya.. kalo A bisa sendiri pasti A ngelakuinnya..” (P7)*

#### **4.2.5.5 Berusaha Melakukan Aktivitas Secara Mandiri**

Adanya perasaan ketergantungan pada orang lain, mendorong remaja untuk mencoba dan berusaha melakukan aktivitas secara mandiri. Pernyataan partisipan yang menunjukkan hal tersebut adalah:

*“...Saya pengen ngerjain sesuatu sendiri.. Ibunya ngomel-ngomel sendiri.. Padahal maksudnya biar bisa sendiri supaya gak nyusahin terus..”(P1)*

#### **4.2.5.6 Lebih Berorientasi Pada Kesehatan Fisik**

Dimensi konsep diri lainnya adalah adanya orientasi remaja terhadap kesehatan fisik mereka. Orientasi pada kesehatan fisik ini didorong oleh beberapa hal, seperti agar dapat kembali seperti sebelum mereka terdiagnosis kanker. pernyataan tersebut sebagai berikut:

*“Yaaaa, aku juga mikirin.. Tapi nggak mau sampai aku kepikiran banget, gitu... Kan kalo kepikiran banget ntar ngedrop gitu.. Kan kayak ngerjain waktu itu, ngerjain try out.. kepikiran kali ya? ..Kesehatan dulu deh...”(P3)*

*“Ya gak papa yang penting sembuh...” (P6) (P7)*

*“Siap (menjalani pengobatan).. Yang penting bisa sembuh.. bisa maen kayak biasa, kayak dulu lagi..” (P7)*

#### **4.2.5.7 Berorientasi Pada Diri Sendiri**

Sifat dari tahapan perkembangan remaja yang lebih otonomi dari orang lain, menjadikan mereka lebih berfokus pada diri sendiri, tidak ingin di paksa dan cenderung berusaha memutuskan masalah mereka sendiri. Beberapa pernyataan dibawah ini, mendukung adanya gambaran orientasi diri sendiri pada remaja dengan penyakit kanker:

*“Iya kak tapi kan saya maunya sembuh” (P1)*

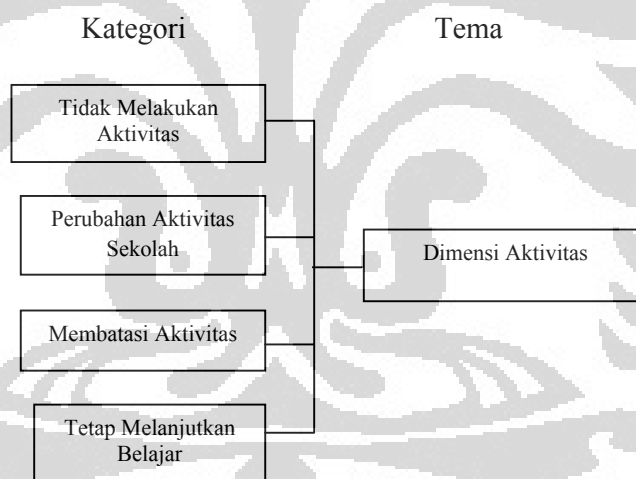
*“Kalo misalnya aku nggak mau sekolah.. Kalo misalnya dipaksa untuk sekolah, ya aku tetap nggak mau.. dipaksa, nggak mau..” (P3)*

*“iya, tapi gak mau kemo lagi.. pokoknya udah sembuh aja..” (P5)*

#### 4.2.6 Dimensi Aktivitas

Pada remaja dengan penyakit kanker, beberapa aktivitas mereka menjadi terbatas akibat dari adanya respon langsung dari penyakit maupun dari pengobatan yang berpengaruh pada kondisi fisik mereka. Dimensi perubahan fisik secara skematis ditunjukkan sebagai berikut:

Skema 4.7 Dimensi Aktivitas



##### 4.2.6.1 Tidak Melakukan Aktivitas

Beberapa remaja memilih untuk tidak melakukan aktifitas terkait kondisi fisik yang mereka rasakan akibat adanya pengobatan. Pernyataan beberapa partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

*“..semenjak kena obat kemo-kemo gitu Saya jadi males-malesan..”(P1)*

*“...kan kalo setiap kemo kan pengennya tiduran aja, gak mau makan atau apa..”(P4)*

#### **4.2.6.2 Perubahan Aktivitas Sekolah**

Pada seluruh partisipan dalam penelitian ini mengalami absen sekolah karena harus menjalani pengobatan yang rutin dan panjang di rumah sakit. Absen sekolah yang dialami oleh remaja dapat terjadi dalam kurun berbulan-bulan, bahkan setahun dan mereka harus mengalami tinggal kelas. Pernyataan partisipan terkait perubahan aktivitas sekolah dapat ditunjukkan sebagai berikut:

*“Jadi kan semester 1 saya masih ikut pelajaran gitu.., Pas masuk smester 2 itu langsung disuruh kemo kemo, jadi banyak liburnya (ijin sekolah)..”(P1)*

*“Aku nggak masuk sekolah enam bulan...Aku mulai sekolah pas udah masuk maintenance, soalnya kalau pas masih protokol satu (protokol dua kan maintenance) kalau protokol satu itu nggak, nggak ada waktu untuk sekolah deh..”(P3)*

*“Ya pengennya sih sekolah, tapi mau gimana lagi..”(P6)*

#### **4.2.6.3 Membatasi Aktivitas**

Perubahan kondisi fisik akibat penyakit kanker dan pengobatannya dirasakan oleh remaja menjadi hal yang sulit untuk mereka melakukan aktivitas yang berat, seperti berolah raga dan berfikir keras. Pernyataan partisipan yang berkaitan dengan ini adalah sebagai berikut:

*“Paling kendalanya setiap olahraga.. yang lain pada olahraga, aku diem sendiri di kelas..”(P4)*

*“Takut pusing lagi kalo terlalu banyak mikir.. Soalnya kan sekarang uda SMK, jadi banyak tugas.. gitu.. N gak mau kayak gitu lagi..”(Sambil Menangis) (P6)*

*“Masih (main Futsal), biasa aja.. mmm kayaknya beda sedikitlah, lebih cepet capek... paling A main 15 menit doank udah.... (saat sebelum sakit) Setiap hari...”(P7)*

#### 4.2.6.4 Tetap Melanjutkan Belajar

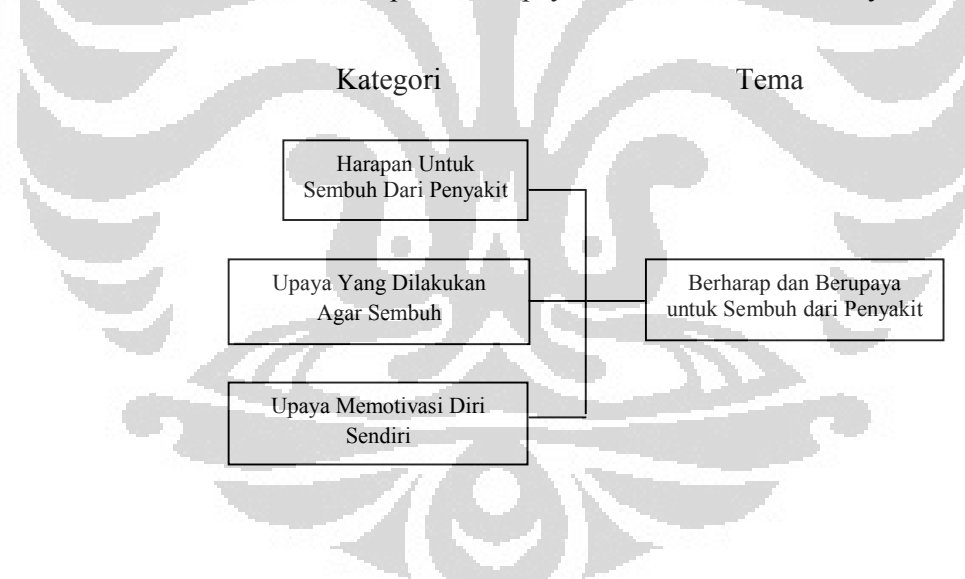
Bagi remaja yang merindukan masa-masa belajar saat harus berada di rumah sakit, beberapa diantaranya mencoba secara aktif untuk ikut program belajar yang di adakan di rumah sakit dan di rumah singgah. Adapun pernyataan partisipan terkait hal ini adalah sebagai berikut:

*“Kan pas pelajaran gitu kan kadang-kadang kalo lagi di rumah sakit diajar juga kan diajari sama perpus.. pelajaran MTK” (P4)*

*“Gak ada (gak ada aktivitas sekolah).. Paling di Rumah Singgah.. Kalo misalnya gak dapat kamar, ikut belajar disana.. Ya kayak biasa aja, kayak pelajaran sekolah.. (alasanya) Udah kangen, pengen belajar..” (P7)*

#### 4.2.7 Berharap dan Berupaya untuk Sembuh dari Penyakit

Skema 4.8 Berharap dan Berupaya untuk Sembuh dari Penyakit



##### 4.2.7.1 Harapan Untuk Sembuh Dari Penyakit

Pada remaja yang didiagnosis penyakit kanker dan menjalani pengobatan kanker membuat mereka meningkatkan harapan mereka untuk dapat terbebas dari beban penyakit kanker dan pengobatannya. Harapan tersebut dirasakan oleh beberapa partisipan seperti yang disampaikan oleh mereka sebagai berikut:

*“Mudah-mudahan cepet sembuh gitu lah, cepet bisa jalan, cepet bisa bantu Ibu gitu.. supaya kagak nyusahin terus..”(P1)*

*“Sembuh.. udah bebas, udah nggak kontrol-kontrol lagi..Biar nggak ke rumah sakit ke rumah sakit lagi..”(P4)*

*“Ya pengen cepet sembuh..” (P6)*

*“Pastinya harapannya pengen sembuh.. Bisa cepet sembuh, bisa cepet sekolah kayak dulu lagi.. Bisa maen sama temen-temen lagi..” (P7)*

#### **4.2.7.2 Upaya Yang Dilakukan Agar Sembuh**

Dari adanya harapan yang mereka bangun agar dapat sembuh dari penyakit, beberapa hal dapat mereka lakukan seperti berdoa dan taat menjalani terpai dan pengobatan. Pernyataan partisipan yang mendukung hal ini adalah:

*“Semangat, trus rajin.. Rajin minum obat supaya cepat sembuh.. Trus harus makan..”(P2)*

*“..baca-baca doa... “Ya Allah sembuhkanlah S”, “Sembuhkanlah S dari penyakit yang S alami”, “kuatkanlah orang tua” ... “untuk mengobatin aku”(P3)*

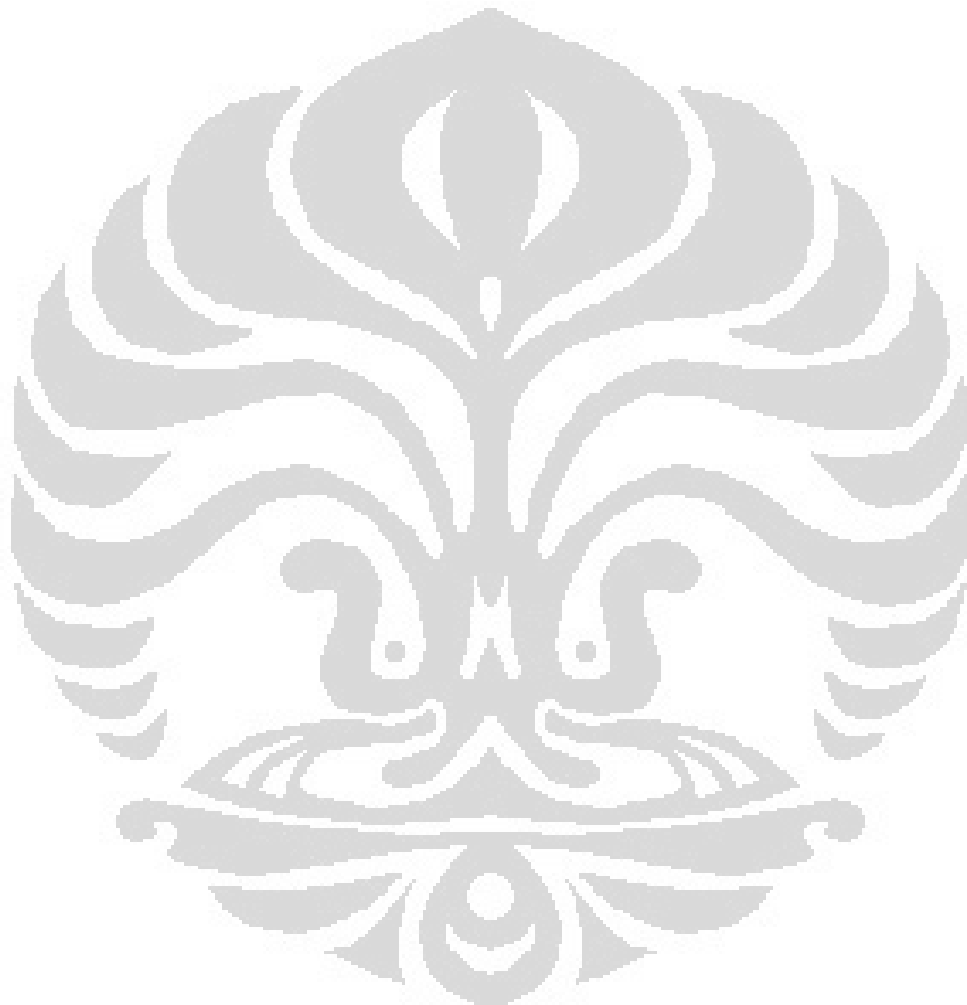
*“Jadi, lebih gak mau terlambat gitu, harus tepat (menjalani kemo).. walopun gak dapat kamar dihari itu juga, jadi harus ditunggu terus..” (P7)*

#### **4.2.7.3 Upaya Memotivasi Diri Sendiri**

Selain melakukan upaya yang nyata dalam memenuhi harapan mereka untuk dapat sembuh dari penyakit kanker, mereka juga mencoba untuk meningkatkan motivasi dalam diri sendiri untuk lebih mendukung upaya nyata yang mereka lakukan seperti yang dijelaskan diatas. Adapun upaya memotivasi diri sendiri yang mereka lakukan, tampak pada kutipan pernyataan di bawah ini:

*“Saya pengen semangat.. Semangat supaya bisa aktivitas lagi kaya orang-orang normal gitu..”(P1)*

*“Percaya pasti sembuh kak.. Iya sanggup demi mama dan papa..”(P2)*



## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Pembahasan Hasil Penelitian**

Pembahasan hasil penelitian pada Bab ini akan menjelaskan tiap-tiap tema yang muncul sebagai gambaran proses adaptasi remaja dalam menghadapi penyakit kankernya. Adapun delapan tema yang muncul sebagai hasil temuan dalam penelitian ini akan dibahas secara rinci dan dihubungkan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu yang terkait pengalaman dan adaptasi remaja dalam menghadapi penyakit kanker yang diderita.

##### **5.1.1 Respon dan Adaptasi Fisiologis**

Respon fisiologis yang dirasakan remaja penderita kanker erat kaitannya dengan respon akibat penyakit dan respon akibat pengobatan kanker. Tanda dan gejala yang diakibatkan oleh penyakit kanker pada tubuh memiliki variasi yang berbeda pada tiap individu dan jenis kanker yang dialami. Secara umum tanda dan gejala fisik yang dirasakan oleh anak yang menderita kanker antara lain: adanya pertumbuhan massa yang tidak lazim atau munculnya pembengkakan, kehilangan energi dan kepuatan yang tidak dapat dijelaskan, gejala memar pada tubuh yang muncul tiba-tiba, nyeri persisten dan terlokalisir, demam tanpa sebab, nyeri kepala yang sering, sering muntah, perubahan penglihatan, dan penurunan berat badan yang berlebih (ACS, 2007). Beberapa tanda dan gejala fisik tersebut juga dialami oleh remaja dengan penyakit kanker dalam penelitian ini.

Pengobatan dan terapi yang dijalani oleh remaja yang menderita kanker dalam penelitian ini meliputi kemoterapi, terapi sinar, dan pembedahan. Tiap-tiap terapi pengobatan tersebut juga memberikan efek yang sangat sulit untuk mereka hadapi. Adapun efek terapi pengobatan yang dialami oleh remaja dalam penelitian ini secara umum adalah mual dan muntah, perlukaan mukosa mulut/ sariawan



dan perubahan rasa di lidah, rambut rontok, serta rasa lelah. Efek terapi yang dialami oleh partisipan remaja ini merupakan efek yang umumnya dirasakan oleh kelompok usia lainnya dengan jenis terapi kanker yang sama. Efek dari terapi kanker yang umum dialami oleh pasien penderita kanker yang menjalani pengobatan antara lain adalah gejala mual muntah, peluruhan jaringan mukosa saluran pencernaan, rambut rontok, eritema dan kelelahan (James & Ashwill, 2007)

Adanya diagnosis kanker yang terjadi dan dampak dari proses pengobatan yang harus dijalani pada usia remaja seperti yang dialami oleh remaja dalam penelitian ini menjadi pengalaman hidup yang penuh tekanan dan sangat sulit untuk mereka hadapi. Kondisi ini menuntut kemampuan mereka untuk dapat mengatasi situasi tersebut dan mencapai adaptasi yang baik (Wicks & Mitchell, 2010). Berdasarkan respon fisiologis yang terjadi, baik yang diakibatkan oleh penyakit kanker dan terapi pengobatannya akan dihadapi secara berbeda bagi masing-masing individu.

Adaptasi remaja penderita kanker terkait respon fisiologis yang di temukan dalam penelitian ini erat kaitannya sebagai upaya mengatasi gejala yang ditimbulkan akibat efek pengobatan yang mereka hadapi. Temuan dalam penelitian ini menunjukkan upaya yang dilakukan oleh remaja penderita kanker antara lain adalah meminta kepada perawat atau dokter akan obat-obatan untuk menghilangkan rasa nyeri dan obat yang dapat mencegah terjadi mual muntah, makan permen dan minum minuman manis untuk mengurangi perubahan rasa di lidah, serta mengurangi aktivitas dan beristirahat di tempat tidur untuk mengatasi rasa lelah. Beberapa dari temuan penelitian ini seiring dengan hasil temuan dalam penelitian yang dilakukan oleh Ramini, Brown, dan Buckner (2008) bahwa adanya mual dan muntah yang tidak terkontrol, rasa nyeri dan kelelahan tidak dapat diatasi secara efektif dengan pengobatan. Sehingga dalam penelitian tersebut

mengindikasikan adanya aktivitas dan istirahat yang cukup dapat mempertahankan kondisi optimum dari status fisiologis tubuh remaja penderita kanker (Ramini, Brown, & Buckner, 2008).

Efek pengobatan dari adanya rambut rontok juga ditanggapi oleh remaja dengan cara menggunakan topi dan mencukur habis rambut mereka bagi remaja laki-laki, sedangkan bagi remaja perempuan menggunakan topi, jilbab, dan wig. Temuan hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Ramini, Brown, dan Buckner (2008), dimana remaja penderita kanker menggunakan wig dan topi sebagai upaya untuk menghadapi efek dari pengobatan dan untuk menghindari perasaan malu akibat adanya perubahan fisik rambut rontok.

Beberapa adaptasi yang dilakukan oleh remaja penderita kanker untuk mengatasi gejala fisik yang ditimbulkan dari penyakit kanker dan pengobatannya dalam penelitian ini, bila dilihat dari konsep adaptasi Roy, remaja tersebut telah menggunakan upaya adaptasi yang adaptif. Adanya stimulus dari kondisi penyakit kanker dan pengobatannya, ditanggapi oleh remaja dengan upaya mengurangi aktivitas dan meningkatkan istirahat. Upaya tersebut merupakan tindakan yang sesuai untuk mencapai integritas fisiologis dari adanya diagnosa penyakit kanker (Alligood & Tomey, 2006).

### **5.1.2 Respon dan Adaptasi Psikologis**

Respon psikologis yang ditunjukkan oleh remaja dalam penelitian ini baik terkait diagnosis kanker maupun efek dari pengobatannya dapat terdiri dari berbagai macam respon psikologis. Respon psikologis remaja kanker yang ditemukan dalam penelitian ini berupa proses berduka, rasa takut, perasaan emosional, bosan berada di rumah sakit, dan perasaan ketidakpastian (*uncertainty*).

Adanya diagnosis kanker pada remaja dirasakan sebagai proses berduka yang sangat sulit untuk mereka hadapi. Proses berduka umumnya terjadi dalam 5 tahapan, yaitu: *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression* atau bersedih, dan *acceptance* (Winthrop P. Rockefeller Cancer Institute, n.d). Remaja dalam penelitian ini, umumnya saat pertama kali mengetahui dirinya didiagnosis penyakit kanker direspon dengan perasaan kaget dan tidak percaya (*denial*). Bahkan pada seorang remaja yang harus menghadapi proses amputasi, dirasakan cukup berat dan membuat remaja tersebut mengalami proses penolakan dalam waktu yang cukup lama. Selanjutnya, pada beberapa remaja menunjukkan adanya rasa marah (*anger*) yang sering muncul selama proses menjalani pengobatan kanker. Respon marah ini umumnya ditujukan pada tenaga kesehatan saat harus memberikan intervensi kesehatan pada mereka. Keputusan dan sedih yang mendalam karena adanya pembesaran tumor di wajah, juga dirasakan oleh remaja dalam penelitian ini sebagai tahapan depresi (*depression*) dalam proses berduka, sehingga pada tahap ini remaja tersebut sempat untuk tidak ingin menjalani pengobatan. Akan tetapi, setelah remaja menjalani pengobatan atau terapi kanker beberapa waktu, remaja mulai merasakan ada perubahan kondisi mereka ke arah membaik, dan pada tahap ini merupakan tahap dimana remaja mulai menerima (*acceptance*) semua keadaan dan merasa harus tetap menjalani terapi kanker dengan harapan dapat melawan penyakit kanker tersebut.

Temuan dalam penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Theofanidis (2007) yang menyatakan bahwa adanya diagnosis penyakit kronis pada anak, dapat menyebabkan *mental shock*, stres, sentimen atau marah serta peningkatan intensitas hubungan dengan orang tua. Dikatakan juga bahwa anak dengan penyakit kronis menjadi sangat tidak mudah bagi mereka untuk menerima diagnosis penyakit dan pengobatan yang harus dijalani. Perasaan bersalah dan meyakini bahwa penderitaan yang mereka

alami merupakan sebuah hukuman bagi mereka atas dosa yang pernah mereka perbuat, juga dirasakan oleh anak dengan diagnosis penyakit kronis (Theofanidis, 2007).

Respon psikologis terkait *uncertainty* yang dialami remaja penderita kanker dalam penelitian ini erat kaitannya dengan persepsi remaja terhadap penyakit kanker dan gejala yang mereka rasakan. Konsep teori *uncertainty* pada pasien kanker dan penyakit kronik lainnya juga dibahas dalam teori keperawatan yang dikembangkan oleh Merle H. Mishel, dimana teori tersebut berpusat pada konsep perasaan ketidakpastian, yang digambarkan sebagai "ketidakmampuan untuk menentukan arti dari peristiwa terkait penyakit" (Mishel, 1988, p. 225) (Alligood & Tomey, 2006). Hal tersebut menunjukkan bahwa adanya ketidakmampuan pasien untuk mengenali atau menggolongkan stimuli mereka atau tidak mempunyai kemampuan untuk memperoleh suatu konsepsi yang jelas menyangkut situasi penyakit, menimbulkan adanya ketidakpastian (Alligood & Tomey, 2006).

Temuan penelitian lainnya yang juga mendukung adanya *uncertainty* pada remaja penderita kanker adalah sebagaimana pendapat Clarke, Mitchell, dan Sloper (2005) yang juga menyatakan bahwa respon psikologis berupa emosi dengan rentang yang sangat luas, dan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) terhadap penyakit merupakan kunci utama dari adanya rasa cemas, dan distres yang dapat menetap sampai pengobatan berakhir. Seitz (2008) juga menyatakan bahwa pengaruh diagnosis kanker terhadap psikologis remaja tergantung pada tahap pengobatan yang mereka jalani serta efek samping dari pengobatan, seperti rambut rontok, mual, muntah, perubahan kulit, nyeri dan insomnia. Hal tersebut sangat erat sekali hubungannya dengan ketegangan dan beban psikologis yang harus mereka hadapi (Seitz, 2008).

Berbagai respon psikologis remaja yang muncul dalam penelitian ini ditanggapi oleh remaja tersebut dengan berbagai cara. Temuan tentang adaptasi psikologis yang dilakukan remaja penderita kanker dalam penelitian ini adalah meluapkan rasa kesal, melarikan diri dari pengobatan, bersikap acuh pada ejekan teman, mengendalikan lingkungan agar tenang, dan melakukan kegiatan untuk menghilangkan rasa jenuh akibat hospitalisasi. Seiring dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kameny dan Bearison (2002, dalam Wicks & Mitchell 2010) terkait upaya remaja penderita kanker dalam mengontrol kondisi psikologis mereka, menemukan bahwa remaja lebih sering menunjukkan kehilangan kontrol pada kondisi medis dibandingkan dengan dimensi personal dan sosial. Kehilangan kontrol yang terjadi pada remaja dalam penelitian ini dapat berupa meluapkan rasa kesal dan melarikan diri dari pengobatan.

Hasil penelitian lainnya terkait adaptasi psikologis dari remaja penderita kanker yang mendukung hasil penelitian ini adalah adanya upaya remaja dalam pencapaian kontrol diri. Upaya tersebut antara lain adalah koping berfokus masalah dan koping berfokus emosi. Pada koping berfokus masalah tujuannya adalah mengubah lingkungan atau situasi diri sendiri dalam merespon stres, dan hal ini berhubungan dengan harapan yang tinggi dari kontrol. Sedangkan pada koping berfokus emosional bertujuan untuk mengatasi distress emosional, dan cenderung digunakan pada situasi yang tak dapat dikontrol (Sorgen & Manne (2002), dalam Wicks & Mitchell 2010). Pada penelitian ini juga ditemukan adanya koping berfokus masalah yaitu: upaya untuk mengendalikan lingkungan agar merasa tenang akibat adanya rasa nyeri hebat yang dirasakan oleh remaja, melakukan kegiatan sebagai upaya mengubah situasi diri sendiri untuk mengatasi rasa bosan selama hospitalisasi, dan bersikap acuh pada ejekan teman. Koping berfokus emosional dalam penelitian ini yaitu upaya untuk meluapkan rasa kesal dan melarikan diri dari pengobatan.

Adaptasi psikologis yang dilakukan remaja untuk mengatasi kondisi psikologis mereka akibat adanya diagnosis kanker dan pengobatan merupakan bagian dari modus adaptasi konsep diri seperti yang ditetapkan oleh Roy. Respon psikologis remaja umumnya berkaitan dengan perubahan secara fisik yang terjadi yang dapat mengubah gambaran diri, konsistensi diri dan ideal diri remaja penderita kanker. Pencapaian integritas psikis melalui berbagai upaya yang dilakukan remaja dalam penelitian ini, menunjukkan tercapainya tujuan dari modus konsep diri Roy (Alligood & Tomey, 2006).

### 5.1.3 Dimensi Kebutuhan

Dimensi kebutuhan pada remaja dengan penyakit kanker juga menjadi tema yang muncul untuk dapat dibahas lebih lanjut dalam penelitian ini. Hasil temuan terkait kebutuhan pada remaja dengan penyakit kanker dalam penelitian ini antara lain: kebutuhan akan informasi terkait penyakit kanker dan terapi pengobatan kanker, kebutuhan akan rasa tenang, kebutuhan untuk mendapatkan layanan kesehatan dengan komunikasi terapeutik, dan kebutuhan akan kehadiran teman dekat dan hiburan. Seiring dengan penelitian yang dilakukan oleh Ishibasi (2001) tentang kebutuhan informasi dan dukungan sosial pada anak dan remaja dengan penyakit kanker. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingginya kondisi ketidakpastian (*uncertainty*) terhadap penyakit kanker yang dialami oleh remaja dan seringnya absen sekolah untuk menjalani pengobatan di rumah sakit, membuat remaja mengekspresikan ketertarikan yang nyata pada kebutuhan informasi dan dukungan sosial (Ishibasi, 2004).

Kebutuhan remaja terhadap informasi terkait diagnosis kanker dan efek samping pengobatan merupakan upaya mereka untuk mengontrol situasi sulit yang dihadapi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Till (2004), remaja penderita kanker merasakan kemudahan dalam memahami apa yang sesungguhnya terjadi pada mereka melalui

informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Informasi yang mereka dapatkan menjadi salah satu upaya untuk memperoleh kontrol dalam membantu mereka menaklukkan penyakit kanker. Begitu pula temuan dalam penelitian ini, remaja penderita kanker berupaya mencari informasi melalui jaringan internet untuk lebih memahami kondisi penyakit yang mereka hadapi dan terapi pengobatan yang harus mereka jalani, serta efek samping yang harus mereka hadapi.

#### 5.1.4 Dimensi Sosial

Usia remaja merupakan usia dimana mereka mulai mengeksplorasi diri untuk mencari kebebasan dan mengembangkan otonomi diri dari orang tua, serta memperluas hubungan dengan teman sebaya (Soetjiningsih, 2010). Adanya penyakit kanker yang terjadi pada usia remaja membuat hubungan mereka dengan teman sebaya dan keluarga mengalami perubahan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Till (2004) remaja penderita kanker telah mengembangkan 2 bentuk kelompok dengan teman sebaya yaitu: teman yang mereka miliki saat disekolah dan persahabatan yang mereka bentuk selama mereka berada di rumah sakit. Remaja tersebut menggunakan dua bentuk hubungan ini dengan alasan yang berbeda. Beberapa diantaranya merasa terlindungi dan dijaga oleh teman dekat mereka karena kondisi mereka yang lemah saat harus kembali ke sekolah. Namun, remaja lainnya pernah merasa bahwa teman mereka disekolah justru tidak tau harus berbuat apa, bahkan tidak lagi saling sapa dan berbicara pada mereka. Sedangkan hubungan pertemanan yang dibentuk dalam *support group* selama berada di rumah sakit membuat mereka merasa nyaman, karena hubungan sebaya ini memberikan dukungan yang besar untuk mereka dapat saling berbagi dan apa yang akan mereka alami terkait pengobatan yang masing-masing mereka hadapi (Till, 2004).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Till (2004) tersebut juga mendukung hasil temuan dalam penelitian ini, dimana remaja yang cukup lama tidak aktif sekolah, menjadi sulit untuk mereka menjalin hubungan yang akrab seperti dulu saat mereka belum didiagnosis kanker. Bahkan ada seorang partisipan yang merasa dijauhi oleh sahabat yang selama ini menjadi tempat untuk mereka berbagi. Selain itu menjadi sulit bagi mereka saat harus berhadapan dengan teman-teman lain yang mengejek kondisi fisik mereka karena efek pengobatan kanker. Sebaliknya, remaja lain berpendapat bahwa teman-teman mereka disekolah maupun disekitar rumah sangat memberikan dukungan yang menurut mereka dapat membantu mereka lebih kuat untuk menghadapi penyakit kanker dan pengobatannya. Teman sebaya mereka selalu memberikan perhatian dan selalu memantau perkembangan kondisi fisik mereka. Bahkan ada seorang partisipan yang menyatakan bahwa dirinya tanpa teman-teman akan merasa tidak bersemangat.

Saat berada di rumah sakit mereka juga menjalin hubungan dengan teman sebaya lainnya yang juga penderita kanker. Berhubungan dengan teman-teman sebaya yang ada di rumah sakit selain sebagai tempat mereka berbagi informasi, juga sebagai aktivitas mereka untuk menghindari rasa bosan yang mereka rasakan selama di rumah sakit. Dengan memiliki teman saat di rumah sakit dapat membuat mereka saling memotivasi diri sendiri terkait pengalaman mereka dalam menghadapi terapi kanker.

Keluarga terutama orang tua memainkan peranan yang sangat penting dalam pencapaian adaptasi remaja terhadap penyakit kanker. Orang tua dan keluarga menjadi hal utama dan pertama dalam memberikan dukungan sosial bagi mereka (Till, 2004). Begitu pula temuan pada penelitian ini, remaja umumnya merasa lebih nyaman dan mendapatkan kasih sayang serta perhatian yang lebih saat mereka



berada di rumah sakit, meskipun beberapa partisipan lainnya menyatakan bahwa terkadang orang tua mereka sering tidak hadir disamping mereka karena harus tetap bekerja.

Keberadaan orang tua disamping mereka dan kedekatan hubungan dengan keluarga terutama dengan orang tua selama menghadapi diagnosis kanker dan pengobatannya, merupakan dukungan sosial utama yang membantu remaja dalam mencapai adaptasi diri terhadap penyakit kanker. Mempertahankan hubungan dengan teman sebaya juga merupakan bentuk dukungan yang dibutuhkan oleh remaja penderita kanker. Proses adaptasi yang dibentuk melalui kedekatan hubungan dengan orang tua dan teman sebaya merupakan hasil dari adanya upaya “saling memberi dan menerima kasih sayang, menghormati dan menghargai”. Adanya *support system* yang mengacu pada pencapaian keadeguan perasaan kasih sayang merupakan tujuan utama dari modus interdependen (Alligood & Tomey, 2006).

#### **5.1.5 Dimensi Konsep Diri**

Konsep diri diakui sebagai semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dirinya dengan orang lain. Konsep diri terdiri atas citra tubuh, harga diri, ideal diri, performa peran, dan identitas pribadi (Stuart, 2007). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi harga diri individu, beberapa diantaranya adalah ketergantungan pada orang lain dan kurangnya kemampuan untuk bertanggung jawab pada diri sendiri (Stuart, 2007).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesulitan bagi remaja dalam menghadapi perubahan fisik yang dialami akibat penyakit kanker maupun efek samping dari pengobatan kanker. Adanya rambut rontok sebagai efek dari pengobatan kanker, membuat mereka merasa malu dan dilihat oleh orang lain secara berbeda. Selain itu merasa

tergantung pada orang lain dan merasa tidak berdaya juga dirasakan oleh remaja karena keterbatasan fisik yang diakibatkan kondisi penyakit kanker pada tubuh mereka. Respon tersebut ditanggapi oleh remaja dengan upaya untuk lebih memfokuskan pada kesehatan fisik dan membuat mereka menjadi lebih fokus untuk menjalani pengobatan. Mencoba untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan terus menjalani pengobatan merupakan hal positif yang mereka lakukan terkait kondisi mereka. Berbeda halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kyritsi et al. (2007) yang menunjukkan bahwa perubahan yang terjadi pada kondisi tubuh akibat kanker dapat mempengaruhi hubungan sosial remaja. Selain itu, anak dan remaja dengan penyakit kanker memiliki konsep diri yang lebih negatif dibandingkan dengan kelompok kontrol. Konsep diri yang negatif tersebut ditunjukkan melalui penilaian remaja terhadap perilaku, penampilan dan prestasi mereka di sekolah yang negatif, serta menunjukkan adanya perasaan tidak bahagia (Kyritsi, et al., 2007).

Berdasarkan konsep teori Roy, adanya perubahan kondisi fisik akibat efek samping penyakit kanker dalam penelitian ini pada awalnya direspon oleh remaja sebagai kondisi yang memalukan, merasa berbeda dari orang lain dan merasa tergantung pada orang lain, serta merasa tidak berdaya. Akan tetapi hal tersebut ditanggapi oleh remaja dengan upaya melakukan kegiatan secara mandiri, menggunakan topi, wig dan jilbab untuk menutupi rambut yang rontok serta fokus terhadap pencapaian kesehatan fisik dengan terus menjalani proses pengobatan. Adaptasi yang dilakukan oleh remaja dalam penelitian ini merupakan adaptasi konsep diri yang adaptif. Sesuai konsep teori Roy, dimana Roy menyatakan adanya integritas psikis merupakan tujuan dari modus konsep diri individu (Alligood & Tomey, 2006).

### 5.1.6 Dimensi Aktivitas

Saat remaja harus berkonsentrasi menghadapi proses pengobatan kanker yang cukup panjang, beberapa diantaranya tetap melanjutkan sekolah disaat harus tetap menjalani pengobatan. Namun, beberapa lainnya harus sering absen sekolah sampai dalam hitungan waktu bulanan bahkan setahun, sebagai akibat adanya komplikasi/sifat penyakit kanker atau efek dari pengobatan kanker (National Association of Social Workers, n.d).

Pada remaja penderita kanker dalam penelitian ini juga menunjukkan adanya absensi sekolah dalam waktu yang cukup panjang, bahkan harus tinggal kelas karena harus menyelesaikan proses pengobatan kanker. Diakui pula oleh remaja bahwa selama menjalani pengobatan dan harus absen dari sekolah membuat prestasi akademik mereka menjadi menurun. Temuan dalam penelitian ini didukung oleh adanya penelitian dari Vignes et al. (2007) yang menyatakan bahwa adanya diagnosis kanker dan proses pengobatannya dapat menyebabkan kegagalan akademik dan kegagalan hal-hal yang berhubungan dengan absensi sekolah remaja, sehingga dapat mempengaruhi masa depan remaja penderita kanker. Adanya dukungan untuk mempertahankan sekolah selama sakit, memungkinkan remaja terhindar dari prestasi akademik yang menurun dan merupakan upaya untuk mempertahankan status sosial mereka sebagai pelajar.

Pada remaja penderita kanker, mereka cenderung menyadari betapa kanker mengganggu diri mereka dan hidup keluarga mereka, serta betapa tuntutan pengobatan mengganggu upaya normal mereka untuk menjadi lebih otonomi dari orang tua mereka saat ini. Remaja juga berupaya untuk fokus mempertahankan hubungan sosial, namun juga kurang menyadari efek samping yang membatasi kemampuan mereka dalam beraktivitas (NASW, n.d). Literatur ini juga membantu menjelaskan dan menjadi dasar dari temuan yang muncul dalam penelitian ini terkait aktivitas remaja dengan kanker selama masa

pengobatan. Upaya yang mereka lakukan terkait dimensi aktivitas dalam mempertahankan hubungan sosial adalah mereka mencoba untuk tetap bermain seperti biasa dan ingin terus bersama teman mereka saat mereka kembali ke rumah. Namun, pada beberapa remaja lainnya mencoba untuk membatasi aktivitas mereka termasuk bermain. Bahkan, ada remaja yang tidak ingin melakukan aktivitas apapun dikarenakan kelemahan fisik yang dirasakan atau rasa takut mereka terhadap kondisi fisik yang mudah menurun karena aktivitas yang berat.

Berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini dan saat didukung oleh penelitian terkait lainnya menunjukkan bahwa dimensi aktivitas pada remaja penderita kanker ini erat kaitannya dengan peran mereka sebagai seorang pelajar dan mengacu pada peran mereka dalam kelompok sosial atau teman sebaya. Sehingga bila dikaitkan dengan teori keperawatan adaptasi Roy, dimensi aktivitas dalam temuan penelitian ini merupakan modus adaptasi fungsi peran seorang remaja penderita kanker. Sebagaimana Roy menyatakan bahwa fungsi peran yang dimainkan seseorang mengacu pada peran primer, sekunder, dan tersier dalam kelompok sosial. Adanya pencapaian integritas sosial dari remaja penderita kanker melalui keterlibatan mereka dalam proses belajar di rumah sakit, serta mempertahankan hubungan dengan teman sebaya saat kembali ke rumah merupakan tujuan utama dari modus fungsi peran (Alligood & Tomey, 2006).

#### **5.1.7 Berharap dan Berupaya untuk Sembuh dari Penyakit**

Menurut Javne (1992, dalam Ritchie, 2001) konsep tentang harapan diidentifikasi sebagai bagian dari kelas konsep yang meliputi koping, keyakinan, ketahanan, dan kekuatan. Javne juga mempertimbangkan harapan sebagai hal yang sangat diperlukan dalam menghadapi penyakit kronis. Harapan juga dikenal sebagai sebuah nilai yang dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk berespon pada penyakit,

sehingga pada remaja dengan penyakit kanker terdapat hubungan yang erat antara harapan dengan adaptasi terhadap status kesehatan mereka (Ritchie, 2001). Dalam penelitian lainnya, Hind et al. (1999, dalam Ritchie, 2001) menemukan adanya harapan yang tinggi pada remaja yang menderita penyakit kanker dan menganjurkan bahwa adanya karakteristik harapan ini pada awal pengobatan dapat menjadi suatu fungsi protektif.

Hasil temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa seluruh remaja penderita kanker memiliki harapan yang besar agar mereka dapat mencapai kondisi seperti semula sebelum mereka didiagnosis kanker. Harapan yang mereka sampaikan erat kaitannya dengan pengalaman penyakit kanker dan hubungan psikososial mereka, seperti berharap agar mereka tidak merasakan penyakit yang sama lagi, berharap agar dapat beraktivitas sekolah dan bermain seperti dulu, berharap untuk tidak merepotkan orang tua dan tergantung pada orang lain, dan berharap untuk tidak bergantung pada obat lagi selayaknya orang sehat. Adanya harapan-harapan tersebut membuat mereka berupaya untuk mewujudkan harapan mereka melalui beberapa tindakan. Upaya yang mereka lakukan adalah berdoa, sholat malam, teratur mengikuti pengobatan bahkan tidak ingin sampai terlambat menjalani pengobatan, serta terus memotivasi diri dengan segala keyakinan yang mereka miliki. Bahkan mereka berusaha untuk mengusir fikiran-fikiran negatif dengan melupakan atau tidak memikirkan hal-hal yang membuat mereka merasa terpuruk akan kondisi penyakit dan pengobatan kanker.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Goertzel dan Goertzel (1991, dalam Ritchie, 2001) pada anak dengan rentang usia 8-18 tahun, hasil *interview* menunjukkan bahwa pasien yang dengan penuh harapan dan dengan tingkat keputusasaan yang rendah menjadi hal yang sangat penting terkait cara coping dan penurunan rasa cemas

pasien. Disimpulkan juga bahwa adanya harapan yang tinggi pada pasien dapat menjadi variabel yang sangat penting dalam memahami tingkat konsep diri dan cara coping yang digunakan oleh pasien kanker usia anak dan remaja.

Gambaran tentang harapan dan upaya dari remaja penderita kanker untuk dapat menghadapi diagnosis dan pengobatan kanker sangat berhubungan dengan konsep diri remaja terkait karakteristik spiritual yang mereka miliki. Roy dan Andrew (1999, dalam Alligood & Tomey, 2006) menyatakan bahwa modus adaptif konsep diri mengacu pada karakteristik psikologis dan spiritual individu. Sehingga, adanya pencapaian integritas psikis dari remaja penderita kanker melalui harapan dan upaya pendekatan spiritual serta motivasi yang tinggi untuk sembuh merupakan tujuan utama dari modus konsep diri (Alligood & Tomey, 2006).

## **5.2 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menemukan adanya beberapa keterbatasan dalam keseluruhan proses dalam penelitian ini. Keterbatasan tersebut yaitu: keterbatasan selama proses wawancara dan saat validasi hasil wawancara. Keterbatasan dalam proses wawancara dirasakan pada saat peneliti mewawancarai salah satu partisipan yang kondisinya lemah dan dihadiri hampir semua anggota keluarganya, sehingga membuat peneliti sulit untuk menggali lebih dalam tentang pengalaman dan adaptasi yang remaja alami. Selain itu, keterbatasan lainnya adalah proses validasi pada 3 orang partisipan tidak dapat dilakukan secara langsung, karena kondisi partisipan yang tidak dapat ditemui. Untuk itu, validasi pada 3 orang partisipan tersebut hanya dapat dilakukan via telepon.

### **5.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian Keperawatan**

#### **5.3.1 Pelayanan Keperawatan**

Interaksi yang sering dengan remaja penyakit kanker, menuntut perawat anak agar dapat memberikan layanan terbaik, tidak hanya pada pemenuhan kebutuhan akan kenyamanan secara fisik, namun juga kebutuhan secara holistik dari individu remaja penderita kanker terutama dalam dukungan pemilihan strategi adaptasi yang tepat.

Pelayanan tersebut perlu didukung oleh peran seorang spesialis keperawatan anak, yang dengan segala pengetahuan dan kemampuannya, dapat membantu remaja penderita kanker beradaptasi dengan penyakit kanker yang mereka derita. Adapun beberapa hal yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis anak dalam membantu remaja beradaptasi dengan penyakit kankernya adalah:

- a. Membina hubungan yang baik dengan remaja melalui pendekatan layaknya seorang teman. Hubungan tersebut dapat berupa upaya meluangkan waktu untuk mendengarkan setiap keluhan dan kebutuhan remaja terkait diagnosis dan pengobatan, serta memberikan dukungan sosial selama remaja berada di rumah sakit. Meskipun perawat dalam merawat remaja dengan menggunakan pendekatan layaknya teman, namun hubungan perawat-pasien ini harus selalu mengutamakan hubungan yang terapeutik. Adanya kedekatan hubungan dengan remaja, akan lebih mudah bagi perawat untuk menyampaikan informasi dan edukasi pada remaja penderita kanker.
- b. Menggunakan komunikasi yang terapeutik, menunjukkan kejujuran, kepercayaan dan menghargai remaja, akan mendukung remaja lebih terbuka dan dapat mengeksplor kemampuan yang mereka miliki yang dapat dijadikan strategi adaptasi dalam menghadapi penyakit kanker. Membagi cerita terkait pengalaman

remaja lain yang memiliki strategi yang baik dalam menghadapi penyakit kanker dapat menjadi sesuatu yang bermanfaat untuk mendorong dan meningkatkan harapan mereka untuk sembuh. Selain itu, membentuk kelompok sosial teman sebaya bagi remaja yang menderita kanker juga akan meningkatkan dukungan psikososial remaja, dimana melalui kelompok sosial tersebut dapat meningkatkan integritas psikis, peran dan aktivitas remaja selama di rumah sakit.

- c. Menggunakan pengetahuan tentang teknik komunikasi yang tepat pada remaja serta meningkatkan kemampuan menggali hal-hal yang dibutuhkan remaja, akan memudahkan perawat untuk mengidentifikasi kebutuhan remaja penderita kanker. Selanjutnya, untuk memenuhi kebutuhan tersebut perawat dapat melibatkan remaja secara langsung dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan pengobatan yang harus mereka jalani. Keterlibatan remaja dalam pengambilan keputusan terkait diagnosis, perawatan dan pengobatan merupakan bentuk kontrol diri remaja yang menjadi strategi adaptasi utama dalam menghadapi penyakit kanker.

### **5.3.2 Pendidikan Keperawatan**

Tidak banyak literatur keperawatan anak yang membahas tentang kesehatan remaja dengan penyakit kanker, bagaimana adaptasi mereka terhadap penyakit kanker, serta bentuk pelayanan yang tepat bagi mereka dalam menghadapi penyakit kanker. Oleh karena itu, informasi yang ditunjukkan dalam penelitian tentang adaptasi remaja dengan penyakit kanker ini juga dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan referensi bagi pendidikan keperawatan anak. Selain itu, informasi ini juga diharapkan mampu memperkaya pengetahuan terkait asuhan keperawatan yang tepat untuk usia remaja yang menderita penyakit kanker dalam membantu mereka menggunakan strategi yang tepat.



### 5.3.3 Penelitian Di Bidang Keperawatan

Tebatasnya penelitian keperawatan anak yang berfokus pada kemampuan adaptasi remaja dengan penyakit kanker, telah mendorong peneliti untuk melakukan penelitian ini. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif untuk mendapatkan gambaran nyata terkait pengalaman remaja penderita kanker dan strategi yang dilakukan untuk dapat beradaptasi dengan penyakit kanker. Oleh karena itu hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi yang berguna saat akan melakukan penelitian selanjutnya terkait upaya yang dapat dilakukan perawat anak dalam membantu remaja untuk memilih dan menggunakan strategi adaptasi yang tepat. Bahkan, penelitian lanjutan dapat dilakukan dengan fokus utama pengembangan asuhan keperawatan pada remaja penderita kanker sehingga pelayanan keperawatan anak pada remaja penderita kanker lebih optimal dan remaja dapat mencapai adaptasi yang baik dalam menghadapi diagnosis dan pengobatan kanker.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Simpulan

- Gambaran pengalaman dan adaptasi remaja penderita kanker terkait diagnosis dan pengobatan penyakit kanker dalam penelitian ini tampak pada tema-tema yang muncul sebagai temuan dari penelitian ini. Adapun tema-tema tersebut adalah: 1) respon dan adaptasi fisiologis remaja penderita kanker, 2) respon dan adaptasi psikologis remaja penderita kanker, 3) Dimensi Kebutuhan, 4) Dimensi Sosial, 5) Dimensi Konsep Diri, 6) Dimensi Aktivitas, dan 7) Berharap dan Berupaya untuk sembuh dari penyakit.
- Efek dari penyakit kanker dan pengobatannya memberikan perubahan fisiologis dan ditanggapi oleh remaja dengan berbagai cara. Sebagaimana temuan dalam penelitian ini, perubahan fisiologis yang terjadi akibat adanya penyakit kanker dan pengobatannya antara lain: rasa nyeri; kelemahan atau kelelahan; serta perubahan fisik karena adanya pertumbuhan sel kanker dibagian tubuh remaja; rambut rontok; kelelahan; dan keterbatasan aktivitas fisik, merupakan stresor yang cukup sulit untuk mereka hadapi. Beberapa strategi yang dilakukan oleh remaja untuk mengatasi respon fisiologis tersebut adalah: penggunaan obat-obatan dalam mengatasi rasa nyeri, mual muntah dan sariawan, beristirahat dan tidur untuk mengatasi rasa lelah, serta makan permen dan berkumur-kumur untuk mengatasi perubahan rasa di lidah.
- Pada respon psikologis yang muncul pada remaja penderita kanker dapat berupa proses berduka, rasa takut, perasaan emosional, ketidakpastian (*uncertainty*) dan merasa bosan saat di rumah sakit. Adapun adaptasi untuk mengatasi respon psikologis tersebut, remaja berupaya untuk: meluapkan rasa kesal, melarikan diri dari pengobatan, bersikap acuh pada ejekan teman, mengendalikan lingkungan agar tetap tenang dan

melakukan kegiatan untuk menghilangkan rasa jenuh selama di rumah sakit.

- Dimensi kebutuhan yang muncul dalam penelitian ini menjadi hal yang penting dalam membantu mereka beradaptasi dengan penyakit dan pengobatan kanker. Dimensi kebutuhan yang tampak pada remaja penderita kanker adalah kebutuhan akan rasa tenang, kebutuhan mendapatkan informasi, kebutuhan komunikasi terapeutik dan kebutuhan akan teman dan hiburan selama di rumah sakit.
- Tema hasil penelitian tentang dimensi sosial pada remaja penderita kanker, muncul sebagai gambaran adanya peningkatan hubungan dengan keluarga dan teman sebaya selama mengalami diagnosis kanker dan pengobatannya. Gambaran peningkatan hubungan ini menjadi dukungan sosial utama yang dapat membantu remaja dalam pencapaian adaptasi terhadap diagnosis kanker dan pengobatannya.
- Temuan terkait dimensi konsep diri juga muncul sebagai tema yang penting. Hal ini dikarenakan pada remaja yang mengalami diagnosis kanker terjadi perubahan kondisi fisiologis yang mempengaruhi konsep diri remaja. Respon remaja terhadap adanya penyakit kanker dan pengobatannya yang berhubungan dengan konsep diri adalah adanya perasaan malu, merasa diperhatikan secara berbeda dan dijauhi oleh teman, merasa berbeda, dan merasa tergantung pada orang lain dan tidak berdaya. Untuk mengatasi respon tersebut, hal yang dapat mereka lakukan adalah: berusaha melakukan aktivitas secara mandiri, lebih berorientasi pada kesehatan fisik dan berorientasi pada diri sendiri.
- Temuan terkait dimensi aktivitas pada remaja penderita kanker erat kaitannya dengan keterbatasan fisik akibat penyakit kanker dan pengobatannya. Adapun beberapa dimensi aktivitas yang tampak pada remaja penderita kanker dalam penelitian ini adalah tidak melakukan aktivitas akibat kondisi yang lemah terutama saat selesai pengobatan,

adanya perubahan aktivitas sekolah yang disebabkan proses pengobatan yang sangat panjang, membatasi aktivitas karena adanya kondisi fisik yang menurun, dan berusaha untuk tetap melanjutkan belajar baik di rumah sakit maupun di rumah.

- Tema terakhir yang muncul dalam penelitian ini adalah berharap dan berupaya untuk sembuh dari penyakit. Menghadapi diagnosis kanker dan menjalani pengobatan yang panjang pada awalnya dirasakan oleh remaja sebagai hal yang sulit, namun adanya kondisi tersebut meningkatkan harapan remaja untuk dapat terbebas dari penyakit mereka. Harapan tersebut ditanggapi remaja dengan upaya berdoa dan berupaya untuk terus menjalani pengobatan dengan teratur dan sesuai jadwal. Selain adanya harapan dan upaya yang dilakukan remaja penderita kanker untuk sembuh dari penyakit kanker, remaja juga meningkatkan motivasi diri agar proses yang mereka lalui terkait penyakit kanker dan pengobatannya menjadi mudah untuk mereka jalani.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan**

Diagnosis kanker pada usia remaja dan proses pengobatan yang harus dijalani merupakan hal yang sulit untuk remaja hadapi. Perawat spesialis anak sebagai pemberi pelayanan keperawatan anak, dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang tepat bagi remaja tersebut. Hal terpenting yang harus dilakukan oleh perawat spesialis anak adalah membantu remaja penderita kanker dalam memilih strategi adaptasi yang tepat agar mereka dapat menjalani proses tersebut dengan baik. Bentuk nyata tindakan yang dapat dilakukan oleh spesialis perawat anak adalah melakukan pendekatan pada remaja layaknya teman sebaya namun tetap berfokus pada hubungan terapeutik, menjadi pendengar yang baik bagi remaja penderita kanker, menggali informasi terkait pengalaman dan kemampuan adaptasi yang remaja miliki, memberikan edukasi, memberi kesempatan pada remaja terkait pengambilan keputusan secara

mandiri, serta meningkatkan motivasi mereka melalui dukungan keluarga dan kelompok teman sebaya yang dibentuk di rumah sakit.

### **6.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan**

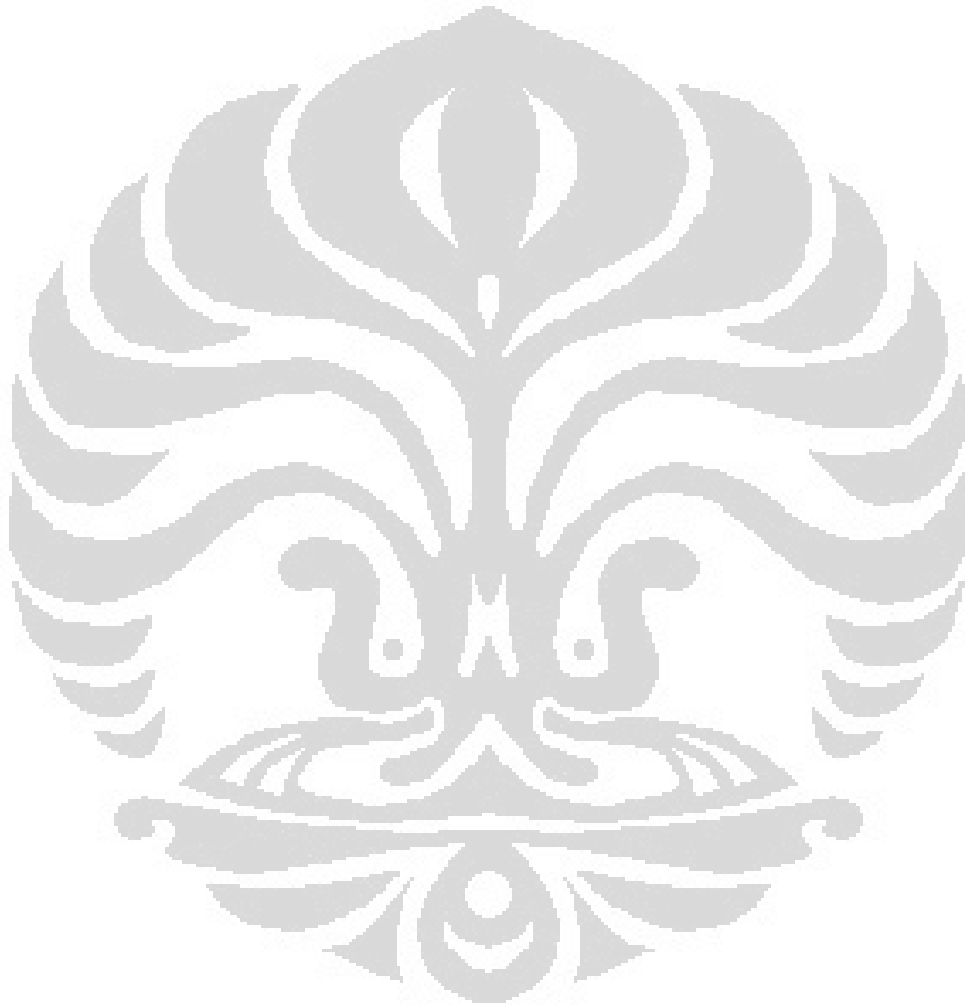
Telah banyak literatur dan informasi tentang keperawatan anak yang berkembang terkait perkembangan remaja dengan kondisi yang sehat dan yang dalam keadaan sakit. Namun sangat terbatas literatur yang secara khusus memberikan informasi bagaimana remaja dapat beradaptasi dengan penyakit kanker yang mereka derita, disamping mereka juga memiliki tugas utama dalam perkembangannya menuju usia dewasa. Untuk itu peneliti menyarankan, pendidikan keperawatan khususnya keperawatan anak dapat menggunakan informasi dalam penelitian ini sebagai dasar dalam mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan anak khususnya usia remaja dengan penyakit kanker.

### **6.2.3 Bagi Penelitian Di Bidang Keperawatan**

Terkait keterbatasan yang terdapat dalam penelitian ini, peneliti memberikan saran pada penelitian selanjutnya untuk dapat memberikan penjelasan penelitian pada remaja dan keluarga secara jelas terkait tujuan penelitian, proses yang harus dilakukan peneliti, orang-orang yang dapat dilibatkan dalam penelitian dan hasil yang ingin dicapai oleh peneliti. Sehingga saat proses pengambilan data akan lebih mudah terarah pada tujuan penelitian, yaitu mendapatkan informasi secara langsung dari remaja penderita kanker terkait pengalaman dan adaptasi yang mereka lakukan dalam menghadapi penyakit kanker yang mereka derita.

Peneliti juga menyarankan agar penelitian terkait adaptasi remaja penderita kanker dapat dikembangkan lebih lanjut dengan metode penelitian yang sama ataupun metode penelitian yang berbeda. Penelitian selanjutnya yang mungkin dapat dikembangkan adalah terkait penilaian tentang seberapa jauh peran perawat anak dalam

membantu remaja dengan kanker, sehingga remaja dapat menggunakan strategi yang tepat untuk dapat beradaptasi dengan baik terhadap penyakit kanker yang mereka alami.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. (2008). Validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12, 137-141.
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2006). *Nursing theory: Utilization & application*. United States of America: Mosby Elsevier.
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). United States of America: Mosby Elsevier.
- American Cancer Society (2011, Juni 29). *Children diagnosed with cancer: dealing with diagnosis*. Februari 29, 2012.  
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002592-pdf.pdf>
- American Cancer Society (2007). *Global cancer facts & figures*. Februari 24, 2012.  
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>
- American Cancer Society (2012, Januari 13). *Neuroblastoma*. Juni 30, 2012.  
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003125-pdf.pdf>
- American Psychological Association (2002). *A reference for professional: Developing Adolescents*. Februari 14, 2012.  
<http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>
- American Psychological Association (n.d). *Psychological impact of childhood cancer*. Februari 29, 2012.  
<http://www.apa.org/pi/families/resources/childhood-cancer-fact-sheet.pdf>
- Berger, A. (2003). Treating fatigue in cancer patient. *The Oncologist*, 8, 10-14.
- Boutayeb, A., & Boutayeb, S. (2005). The burden of non communicable diseases in developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 4.
- Broadfield, L. & Hamilton, J. (2006). Best Practice Guidelines for the Management of oral complications from cancer therapy. *Cancer Care Nova Scotia*.
- Bungin, B. (2011). *Penelitian kualitatif: Komunikasi, ekonomi, kebijakan publik, dan ilmu sosial lainnya*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Camargo, B., Santos, M.O., Rebelo, M.S., Reiz, R.S., Sima, Ferman, S., Noronha, C.P., et al. (2009). Cancer incidence among children and adolescents in Brazil: First report of 14 population-based cancer registries. *International Journal of Cancer*, 126, 715 – 720.

- Cassano, J. (2009). Adolescents with cancer felt supported by connecting with others in similar circumstances through a teen support group. *Evidence Based Nursing*, 12, 60.
- Clarke, S., Mitchell, W., & Sloper, P. (2005). Psychosocial support services for children and young people with cancer and their families. *Research Work*, 1, 1-4.
- Creswell, J.W. (2003). *Desain penelitian: Pendekatan kualitatif dan kuantitatif*. Jakarta: KIK Press.
- Depkes (2008, Desember). *Laporan hasil riset kesehatan dasar nasional 2007*. Maret 5, 2011. <http://www.pdfio.com/k-314627.html#>
- Desen, W. (2008). *Buku ajar onkologi klinis* (Ed. 2). Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Eldridge, L. (2012). *Chemotherapy Side Effects*. Juli 1, 2012. <http://lungcancer.about.com/od/treatmentoflungcancer/a/chemosideeffect.htm>
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., Essen, L., & Mattsson, E. (2011). Cancer during adolescence: Negative and positive consequences reported three and four years after diagnosis. *Plos One*, 6.
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge. *Aquichan*, 9, 297-306.
- Flood, A. (2010). Understanding phenomenology. *Nursing Researcher*, 17, 7-15.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8, 597-607.
- Halai, A. (2006). Ethics in qualitative research: Issue and challenges. *Education Quality*, 4, 1-12.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essential of pediatric nursing* (8th ed.). Canada: Saunders Elsevier.
- Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O., & Salanterä, S. (2004). Adolescents With Cancer: Experience of life & making it easier: Review of the literature. *Cancer Nursing*, 27.
- Hollis, R., & Morgan, S. (2001). The adolescent with cancer-at the edge of no-man's land. *The Lancet Oncology*, 2, 43-48.



- Ibanez, L.M. (2009). A child and adolescent cancer support group with a dance/movement component: Grant proposal project. *ProQuest Dissertations and Theses*.
- Ishibashi, A. (2001). The needs of children and adolescents with cancer for information and social support. *Cancer Nursing: an International Journal for cancer care*, 24, 61-67.
- James, S.R., & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children: Principles & practice* (3rd ed.). Canada: Saunders Elsevier.
- Kresno, S.B. (2011). *Ilmu Dasar Onkologi* (Ed. 2). Jakarta: Penerbit FKUI.
- Kyritsi, H., Mantziou, V., Papadatou, D., Evagellou, E., Koutelekos, J., & Polikandrioti, M. (2007). Self concept of children and adolescents with cancer. *Health Science Journal*, 1.
- Li, J., Thompson, T.D., Miller, J.W., Pollack, L.A., & Steward, S.L. (2008). Cancer incidence among children and adolescents in The United States, 2001-2003. *Journal of The American Academy of Pediatrics*, 121, e1470-e1477.
- Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, M.K., Guest, G., Namey, E. (2005). *Qualitatif research metode: A data collector's field guide*. USA: Family Health International.
- Macmillan Cancer Support (2007, December 12). *Chemotherapy: Side Effect*. <http://www.click4tic.org.uk/understandit/treatments/chemotherapy/sideeffects>
- Macmillan Cancer Support. (2008, April 6). *What the symptoms of ALL?*. Juni 30, 2012. <http://www.click4tic.org.uk/understandit/typesofcancer/leukaemia-ALL/symptoms>
- Macmillan Cancer Support (2011). *Chemotherapy*. Juni 29, 2012. <http://www.click4tic.org.uk/understandit/treatments/chemotherapy/sideeffects>
- Macmillan Cancer Support (2012, January 1). *Symptoms of ovarian cancer*. Juni 30, 2012. <http://www.click4tic.org.uk/understandit/typesofcancer/ovarian/symptoms>
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Social Research*, 11.
- McDonald, M., Hertz, R.P., & Lowenthal, Susan W.P. (2008). *The burden of cancer in Asia*. USA: Pfizer Medical Division.
- Moleong, L.J. (2010). *Metodologi penelitian kualitatif* (edisi revisi). Bandung: P.T Remaja Rosdakarya.

- National Association of Social Workers (n.d). *Childhood cancer survivorship: An overview for social worker*. Juni 2, 2012. <http://www.naswdc.org/practice/health/cancerflyer0206.pdf>
- National Library of Medicine (2011, December 15). *Osteosarcoma*. Juni 30, 2012. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001650.htm>
- Newton, S., Hickey, M., & Marrs, J. (2009). *Oncology nursing advisor: A comprehensive guide to clinical practice*. Canada: Mosby Elsevier.
- Onwuegbuzie, A.J., & Leech, N.L. (2007). Sampling desain in qualitative research: Making the sampling process more public. *The Qualitative Report*, 12, 238-254.
- Orb, A., Eisenhauer, L., Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 93-96.
- Ospina, S. (2004). *Qualitative research (Article)*. SAGE Publication.
- Paulino, A.C (2012, June 21). *Nasopharyngeal cancer clinical presentation: Physical*. Juni 29, 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/988165-clinical#a0217>
- Poerwandari, E.K. (2009). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: methodes, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- PP & PL Depkes (2011, Mei 6). *Dari penyakit menular ke tidak menular*. Januari 23, 2012. <http://www.pppl.depkes.go.id/index.php?c=berita&m=fullview&id=137>
- Rachmawati, I.N. (2007). Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif: Wawancara. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11, 35-40.
- Ramini, S.K., Brown, R., & Buckner, E.B. (2008). Embracing change: adaptation by adolescents with cancer. *The Practice Application of Research*, 34, 72-79.
- Ritchie, M.A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 35-42.
- Ritchie, M.A. (2001). Sources of emotional support for adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18, 105-110.
- Rosen, D.S. (2004). Physiologic growth and development during adolescence. *American Academy of Pediatrics*, 25, 194-201.

- Sawyer, G.M., Couper, J.J., & Martin, A.J. (2003). Chronic illness in adolescents. *Medical Journal of Australia*, 179, 237.
- Schunk, D.H., & Meece, J.L. (2005). Self efficacy development in adolescences. *Information Age Publishing*, 71-96.
- Seiter, Karen (2012, March 9). *Acute Lymphoblastic Leukemia Clinical Presentation: Physical Examination*. Juni 30, 2012.  
<http://emedicine.medscape.com/article/207631-clinical#a0256>
- Seitz, D.C.M., Besier, T., & Goldbeck, L. (2008). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology Wiley InterScience*, 18, 683-690.
- Sisk, C.R., & Zehr J.L. (2005). Pubertal hormone organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26, 163-174.
- Soetjningsih. (2010). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stang, J., & Story, M. (2005). *Guidelines for adolescent nutrition services*. Minneapolis, MN: Center for Leadership, Education and Training in Maternal and Child Nutrition, Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota.
- Steinberg, L., & Morris, A.S. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stuart, G.W. (2007). *Buku saku keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Tariq, S., & Sohail, R. (2011). Study of ovarian tumor in young girl. *Professional Medical Journal*, 18, 41-45.
- The United States Environmental Protection Agency (2011, March). *Childhood cancer*. America's Children and the Environment (3rd ed.). Februari 13, 2012.  
[http://www.epa.gov/ace/ace3draft/draft\\_pdfs/ACE3ChildhoodCancerReviewPackage3-02-11.pdf](http://www.epa.gov/ace/ace3draft/draft_pdfs/ACE3ChildhoodCancerReviewPackage3-02-11.pdf)
- Theofanidis, D. (2007). Chronic illness in childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, 1, 1-9.
- Till, T. (2004). Coping with cancer: The adolescent experience. *Australian Catholic University*.

- Vignes, C., et al. (2007). Schooling of young people with cancer. *National Center for Biotechnology Information*, 94, 371-80.
- Warr, D.G. (2008). Chemotherapy and cancer related nausea and vomiting. *Current Oncology*, 15, s4-s9.
- WHO (2009, Januari 31). *Adolescent health and development*. Februari 14, 2012. [http://www.searo.who.int/EN/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section13/Section1245_4980.htm)
- WHO (2011, September). *Noncommunicable diseases*. Februari 24, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/index.html>
- WHO (2011). *Noncommunicable disease in South-East Asia Region: Situation and response*. Februari 11, 2012. [http://www.searo.who.int/LinkFiles/NCD\\_InforBase\\_sources.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/NCD_InforBase_sources.pdf)
- WHO (2012, February). *Cancer*. Januari 24, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Wicks, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19, 778-785.
- Winthrop P. Rockefeller Cancer Institute (n.d). *Coping with a diagnosis of cancer in children*. Juli 2, 2012. <http://cancer.uams.edu/Taxonomy/RelatedDocuments.aspx?ContentTypeId=90&ContentId=P02723>
- Woodgate, R.L. (2006). The importance of being there: Perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23, 122-134.
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* (ed. 6). Jakarta: EGC.
- Yayasan Onkologi Anak Indonesia (2009). *Profil Yayasan Onkologi Anak Indonesia*. April 1, 2012. <http://www.yoai-foundation.org/profil.php>
- Yu Fan, S., & Eiser, C. (2009). Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Jornal of Elsevier*, 6, 247-256.

**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Studi kualitatif adaptasi remaja terhadap penyakit kanker yang diderita  
Peneliti : Ramadhaniyati  
NPM : 1006755405  
Program Studi : Magister Keperawatan Anak  
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Pembimbing Tesis : 1. Dessie Wanda, S.Kp., M.N  
2. Happy Hayati, S.Kp., M.Kep, Sp.Kep.An.

Berdasarkan hal tersebut diatas, saya sebagai peneliti memohon kesediaan Anda secara sukarela untuk dapat berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini. Anda berhak memutuskan untuk ikut serta atau tidak dalam penelitian ini, karena tidak ada dampak apapun saat Anda menolak keikutsertaan penelitian ini. Adapun tujuan, manfaat dan prosedur dalam penelitian ini akan dijelaskan sebagai berikut:

**1. Tujuan penelitian:**

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman dan mekanisme adaptasi remaja yang didiagnosis penyakit kanker di kota Jakarta.

**2. Manfaat penelitian:**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pelayanan kesehatan dengan memberikan intervensi yang terbaik yaitu membantu remaja untuk menggunakan dan mempertahankan strategi adaptif dalam menghadapi penyakit kanker.

**3. Prosedur penelitian:**

Setelah Anda memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti akan meminta tanda tangan persetujuan pada lembar Persetujuan Menjadi Partisipan. Kemudian, Anda juga diminta mengisi lembar Data Demografi Partisipan. Selanjutnya peneliti melakukan kontrak atau kesepakatan dengan Anda untuk melakukan pertemuan dan proses wawancara ditempat yang Anda sepakati.

Proses wawancara ini akan dilakukan maksimal 60 menit dengan beberapa pertanyaan yang akan peneliti sampaikan terkait pengalaman dan adaptasi Anda selama menderita penyakit kanker. Peneliti akan melakukan pertemuan kembali diakhir proses penelitian, untuk mengantisipasi adanya informasi yang menurut peneliti kurang terdali serta mengklarifikasi pada Anda tentang hasil wawancara sebelumnya.

Peneliti akan menggunakan alat bantu rekam (*tape recorder* atau MP4) dan buku catatan saat wawancara, hal ini untuk memudahkan peneliti mengumpulkan dan mengolah informasi tersebut saat menyusun laporan penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan hasil rekaman dan catatan semua informasi yang Anda berikan selama penelitian ini, karena dalam laporan hasil penelitian ini peneliti tidak mencantumkan apapun yang berkaitan dengan identitas Anda. Akan tetapi, peneliti hanya akan menggunakan inisial/kode partisipan saat menjelaskan sumber informasi dalam laporan hasil penelitian.

Tidak ada pengaruh yang merugikan bagi Anda dalam penelitian ini, karena tidak ada perlakuan khusus yang peneliti lakukan pada Anda, melainkan wawancara untuk menggali pengalaman adaptasi Anda dalam menghadapi penyakit kanker. Laporan hasil penelitian ini akan dilaporkan dan diserahkan pada Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Peneliti juga akan memberikan laporan hasil penelitian ini bila Anda menginginkannya.

Demikian penjelasan singkat tentang penelitian ini. Untuk selanjutnya apabila Anda berkenan untuk ikut serta sebagai partisipan dalam penelitian ini, silahkan Anda menandatangani lembar persetujuan penelitian pada halaman berikutnya. Terima kasih.

Jakarta, April 2012

Peneliti,

Ramadhaniyati

## Lampiran 2

Kode Partisipan

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat dan prosedur penelitian tentang **“Adaptasi Remaja Terhadap Penyakit Kanker Yang Diderita”** ini, saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya bersedia secara sukarela untuk berpartisipasi sebagai partisipan yang akan memberikan informasi terkait pengalaman saya dalam menghadapi penyakit kanker. Saya memahami betul bahwa penelitian ini akan menjamin dan menghormati hak-hak saya selama penelitian, bahkan ketika saya ingin berhenti untuk ikut serta dalam penelitian ini. Peneliti juga memenuhi hak-hak saya dengan memberikan jaminan kerahasiaan terhadap seluruh informasi yang akan saya sampaikan.

Melalui keikutsertaan saya dalam penelitian ini, saya yakin hasil penelitian ini akan memberikan manfaat tidak hanya bagi saya sendiri, namun juga bagi pihak lain seperti instansi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, serta remaja lain yang juga mengalami penyakit kanker seperti saya. Melalui lembar persetujuan yang saya tanda tangani ini, menunjukkan bahwa saya benar-benar bersedia dan penuh kesadaran untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini.

Jakarta, 2012  
Partisipan,

( \_\_\_\_\_ )

Kode Partisipan

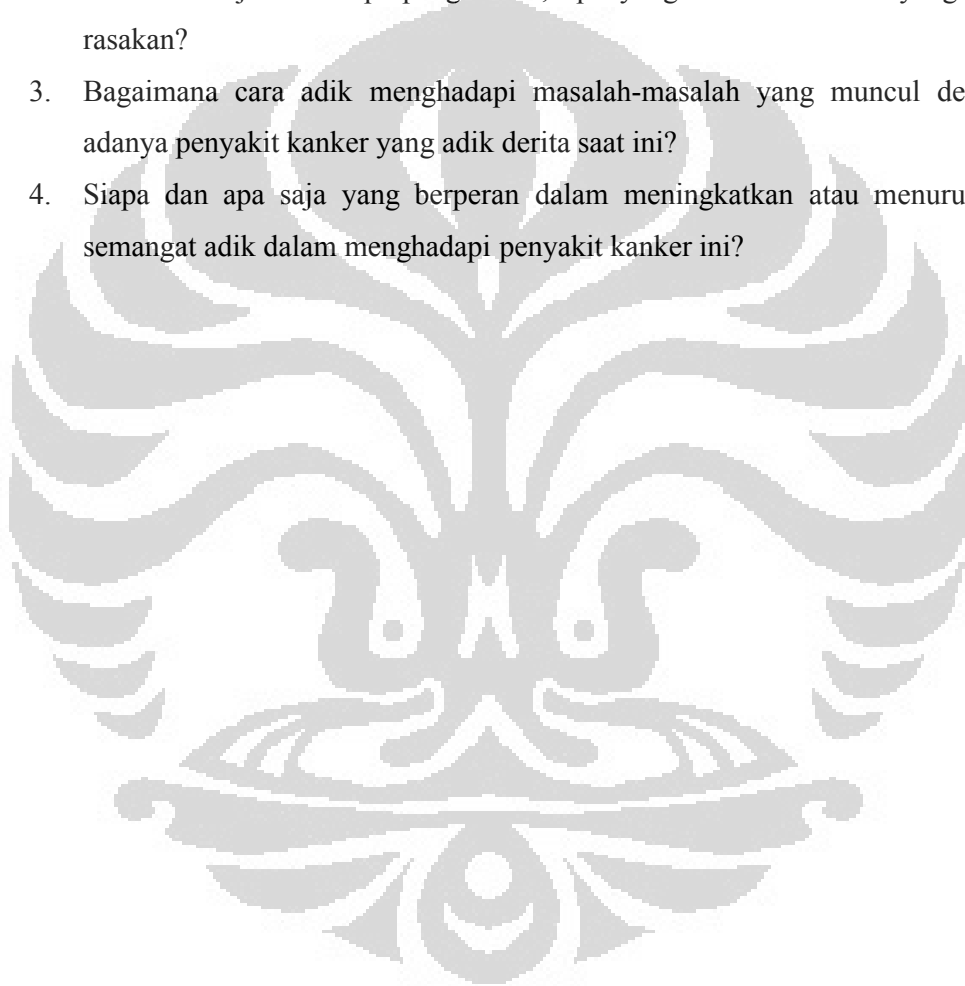
**DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN**

- Umur : .....
- Jenis Kelamin : .....
- Jenis Kanker : .....
- Alamat : .....
- Suku : .....
- Agama : .....
- Status Sekolah : .....
- Status dalam keluarga : Anak ke - .....
- Tinggi Badan : .....
- Berat Badan : .....
- Kapan pertama kali didiagnosis kanker : .....
- Kapan pertama kali menjalani terapi kanker : .....
- Berapa kali telah menjalani pengobatan/terapi kanker : .....



**PEDOMAN WAWANCARA**

1. Hal-hal apa saja yang adik rasakan atau adik alami saat pertama kali di diagnosis penyakit kanker?
2. Selama menjalani terapi pengobatan, apa yang adik alami dan yang adik rasakan?
3. Bagaimana cara adik menghadapi masalah-masalah yang muncul dengan adanya penyakit kanker yang adik derita saat ini?
4. Siapa dan apa saja yang berperan dalam meningkatkan atau menurunkan semangat adik dalam menghadapi penyakit kanker ini?

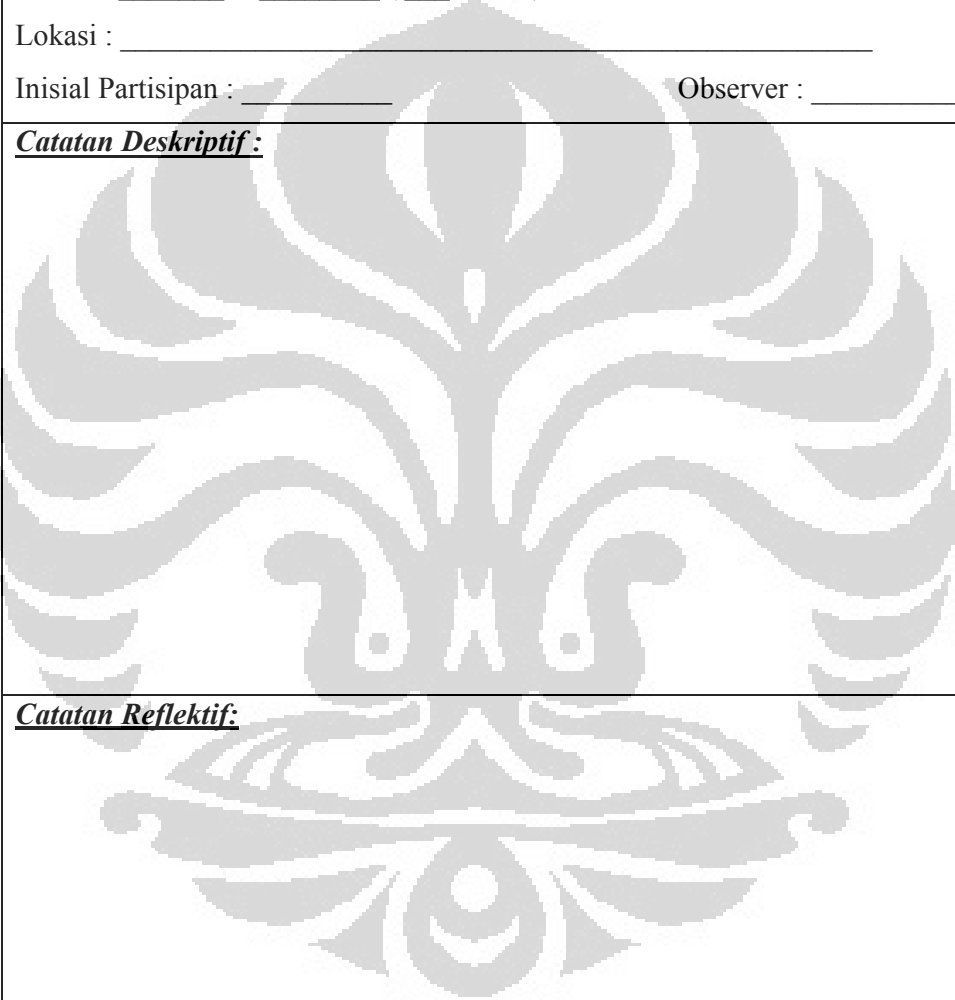


Lampiran 5

Kode Partisipan

--	--

**PEDOMAN CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTES*)**

Tanggal : - - 2012
Waktu : _____ s/d _____ ( ___ menit )
Lokasi : _____
Inisial Partisipan : _____ Observer : _____
<b><u>Catatan Deskriptif :</u></b>

<b><u>Catatan Reflektif:</u></b>