

FENOMENA KONFLIK, ANSIETAS, DAN DEPRESI PADA KLIEN KANKER SETELAH DIDIAGNOSA SATU TAHUN DAN MENDAPAT TERAPI DI RUMAH SAKIT UMUM

*(Phenomena Conflict, Anxiety, and Depression for Cancer Survivor One Year
and After Have Therapy in General Hospital)*

Maria Turnip*, Budi Anna Keliat*, Yossie Susanti Eka Putri*

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok

Email: okiturnip@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Distress psikososial berdampak pada penyakit kanker. Penelitian ini menjelaskan tentang fenomena konflik, ansietas, dan depresi pada klien kanker. **Metode:** Data dikumpulkan melalui semi terstruktur *indepth interview* dengan 15 partisipan yang berobat ke rumah sakit di Bandung. **Hasil:** Terdapat 9 tema yang dihasilkan, kecemasan tentang penyebaran kanker dan kekambuhan, perubahan hubungan dengan pasangan, "labeling" dari diri sendiri dan orang lain, ketidaknyamanan fisik selama pengobatan, ketidaknyamanan psikologis selama pengobatan, konsep diri, religius/spiritual, menyembunyikan diagnosa dan keluhan, dan kurang informasi tentang kanker. Namun, empat tema diantaranya tidak menunjukkan konflik, ansietas, dan depresi. Konflik, ansietas, dan depresi memengaruhi kondisi klien kanker. **Diskusi:** Pengalaman konflik, ansietas, dan depresi menjadi dasar untuk pengembangan system pelayanan dan penyediaan fasilitas untuk terapi keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi.

Kata kunci: kanker, konflik, ansietas, depresi.

ABSTRACT

Introduction: Psychosocial distress emerges in cancer disease. This research explores experience of conflict, anxiety, and depression in one year cancer survivor. **Methods:** Data were collected through in-depth semi structured interviews with fifteen participants when seeking treatment at a public hospital in Bandung. **Results:** There nine themes emerge: anxiety about cancer's spread and recurrence, changing relationships with a partner, 'labeling' from oneself and others, physical discomfort along treatment, psychological discomfort along treatment, self-concept, religious/spiritual, hiding diagnose and complain, and deficit information about cancer. But, four themes among were not characterized with conflict, anxiety, and depression. Conflict, anxiety, and depression impact condition of the client cancer. **Discussions:** Experience of conflict, anxiety, and depression became the basis for the development of management system service and provision of facilities for integrated mental health nursing therapy.

Keywords: cancer, conflict, anxiety, depression

PENDAHULUAN

Penyakit kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular (*non-communicable disease*) yang digambarkan sebagai pertumbuhan dan penyebaran sel yang tidak terkontrol yang dapat menyerang seluruh bagian tubuh. Prevalensi orang yang telah didiagnosis kanker selama 5 tahun (*survivor*) sudah mencapai 32,6 juta orang dengan kasus baru sebesar 14,1 juta dan dengan angka mortalitas sebesar 8,2 juta orang penduduk dunia. Dari kondisi prevalensi ini, digambarkan pula bahwa sebesar 8 juta (57%) di antara kasus baru dan 15,6 juta (48%) yang telah terdeteksi kanker 5 tahun (*survivor*) berada di

negara yang kurang berkembang dengan angka mortalitas 5,3 juta (65%) (WHO, 2012).

Proses adaptasi tubuh terjadi sesuai dengan mekanisme stress adaptasi pada keseluruhan aspek tubuh/fisik manusia (Stuart, 2013). Stress psikologis dapat meliputi faktor predisposisi dan presipitasi sebelum terjadinya kanker, setelah terdiagnosa kanker, dan setelah rentang waktu didiagnosa kanker yang telah mendapat terapi. Keluhan yang sering diungkapkan klien terkait perubahan fisiologis seperti: kelelahan (*fatigue*), rasa nyeri, keterbatasan gerak, kehilangan sensasi, cemas, dan depresi (Polomano, *et al.*, 2006). Rangkaian proses adaptasi ini tampak dalam

berbagai variasi emosional (Stuart, 2013). Perubahan psikososial pada gilirannya sangat terkait erat dengan kapasitas koping klien dalam menghadapi dampak yang ditimbulkan oleh penyakit kanker.

Konflik adalah suatu kondisi yang normal yang merupakan konsekuensi dari adanya ketidaksesuaian kondisi kehidupan terhadap masing-masing dimensi yang dimiliki oleh manusia, yaitu dimensi kognitif (*perception*), emosi (*feeling*), dan tingkah laku (*action*) (Mayer, 2000). Konflik dapat berupa perubahan komunikasi terkait dengan kejadian menghindari kegiatan seksual dan tidak tercapainya ketidakpuasan seksual dengan adanya indikator ejakulasi dini hingga disfungsi ereksi (Alacacioglu, *et al.*, 2014). Dampak dari penyakit kanker dapat menimbulkan suasana baru yang membutuhkan proses pemahaman yang baru pula.

Beragam aspek yang berkontribusi terhadap kemampuan klien kanker bertahan setelah beberapa tahun didiagnosa menderita penyakit kanker disebutkan oleh sebuah *systematic review* yang dilakukan pada *cancer survivor* di Eropa seperti: derajat nyeri dan penanganan nyeri, *fatigue*, distress psikologis, motivasi untuk aktif kembali bekerja (Aaronson, *et al.*, 2014). Hasil survei *cancer survivor* oleh *American Cancer Society* pada masyarakat Amerika dilaporkan sebagai berikut: 77% (1 *year survivor*), 69,9% (2 *year survivor*), 65,1% (3 *year survivor*), 61,5% (4 *year survivor*), dan 58,4% (5 *year survivor*) (ACS, 2015). Dari hasil tersebut terlihat bahwa persentase *year survivor* turun secara bermakna dengan semakin bertambahnya tahun.

Cancer survivor dikategorikan sebagai orang dengan masalah kejiwaan (yang selanjutnya disingkat dengan ODMK). Hal ini senada dengan definisi gangguan mental emosional riset kesehatan dasar yang merujuk pada kondisi di mana seseorang sedang mengalami perubahan psikologis sebagai dampak dari gerak dinamis kondisi rentang sehat-sakit dalam proses adaptasi pada setiap perubahan dari dalam dan luar tubuh manusia (Risksdas, 2013). Oleh karenanya, *cancer survivor* sebagai ODMK membutuhkan

pelayanan kesehatan jiwa yang diselenggarakan di rumah sakit umum.

Pelayanan kesehatan jiwa yang terdapat pada institusi rumah sakit umum dapat berupa layanan konsultasi liaison atau *psychiatric consultation liaison nurse* (PCLN/CLMHN). Mengingat bahwa klien kanker yang mencari pelayanan di rumah sakit umum berpeluang sebagai ODMK, maka pelayanan kesehatan jiwa terintegrasi ini sudah selayaknya terselenggara di tataran rumah sakit umum.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi pada partisipan yang menderita kanker yang mencari pelayanan di rumah sakit umum. Pendekatan fenomenologi ini dipilih untuk melihat pemahaman subjek/partisipan atas pengalaman hidupnya (Dowling, 2007). Metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang digunakan ini bertujuan untuk melihat kondisi alamiah pengalaman konflik, ansietas, dan depresi partisipan yang menderita kanker setelah satu tahun didiagnosa kanker dan mendapat terapi.

Data dikumpulkan menggunakan wawancara *in-depth semi structured* dengan 15 partisipan yang sedang mencari pengobatan di rumah sakit umum di Bandung.

HASIL

Karakteristik partisipan yang mengikuti penelitian ini terdiri dari tiga orang berjenis kelamin laki-laki dan dua belas orang berjenis kelamin perempuan yang berada pada rentang usia 35–53 tahun, sudah menikah dan beragama islam. Partisipan berasal dari kota-kota yang berada di wilayah Jawa Barat di mana semuanya menggunakan fasilitas jaminan kesehatan nasional (JKN). Adapun terapi kanker yang dijalani, meliputi: kemoterapi, pembedahan, radiasi maupun terapi kombinasi yang spesifik untuk jenis kanker yang dideritanya. Tingkat pendidikan partisipan meliputi sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas,

diploma-3 dan strata satu. Jenis pekerjaan partisipan yang mengikuti penelitian ini sebagai buruh dan wiraswasta di bawah standar UMR (1.520.000). Derajat ansietas dan depresi partisipan yang diukur berdasarkan panduan *hospital anxiety and depression scale* (HADS) berada dalam rentang ringan hingga sedang.

Tema I: Kecemasan terhadap penyebaran dan kekambuhan penyakit

Pengalaman kecemasan dapat berupa rasa khawatir bahwa penyakit kanker yang dideritanya akan kambuh, diturunkan, dan menyebar. Kekhawatiran akan kekambuhan penyakit kanker merupakan hal yang tidak menyenangkan bila dilihat dari pengalaman partisipan saat menjalani dampak penyakit dan terapi yang dijalannya.

Kecenderungan mengalami kondisi mempunyai beban pikiran dalam jangka waktu yang lama dan tanpa mampu menyelesaikannya, diyakini partisipan sebagai sebuah penyebab mengapa kanker yang dialaminya berkembang lebih cepat. Pengalaman kecemasan yang dialami juga dapat berupa rasa khawatir bahwa penyakit kanker yang dideritanya, juga akan diturunkan pada anak-anaknya. Pengalaman kekhawatiran terkait potensial kanker yang dapat diturunkan pada anak dialami juga oleh beberapa partisipan. Ia menyakini bahwa penyakit kanker yang diderita salah satu anak perempuannya itu diturunkan darinya.

Potensi penyebaran kanker ke bagian tubuh yang lain (metastase) ini menjadi ketakutan tersendiri yang menambah tingkat kecemasan partisipan. Pengalaman kekhawatiran juga dapat berupa rasa takut meninggal karena kanker. Pengalaman ini menjadi sebuah pertimbangan tersendiri, yang menimbulkan ketakutan, apabila ia mengalaminya.

Tema II: Perubahan relasi dengan pasangan

Penyakit kanker juga disebutkan oleh partisipan, mempunyai kontribusi pada bentuk relasi yang mereka jalani dengan pasangannya. Bentuk relasi itu dapat berupa hubungan yang

semakin erat atau semakin menjauh oleh karena beberapa hal yang menjadi penyebabnya. Partisipan yang merasakan dampak kanker yang semakin mempererat hubungan dengan pasangannya sebagai akibat dari adanya sikap penerimaan ‘apa adanya’.

Dampak penyakit kanker dan terapinya disebutkan oleh dua orang partisipan sebagai penyebab terciptanya ‘jarak’ yang membuat dirinya dan pasangan semakin menjauh.

Tema III: ‘Labelling’ dari diri sendiri dan orang lain

‘Labelling’ penyakit kanker oleh orang lain sering tampak pada ungkapan partisipan sebagai bentuk informasi yang tidak dialaminya sendiri namun mampu membuat partisipan mengalami perasaan tertekan. ‘Labelling’ pada diri sendiri sering terungkap sebagai refleksi pengalaman partisipan sendiri terkait dampak kanker terhadap perannya di lingkungan keluarga.

Tema IV: Beban fisik selama proses pengobatan

Pengalaman menderita secara fisik yang dialami partisipan selama menjalani proses pengobatan dapat berupa: trauma akibat prosedur terapi, perjalanan menuju rumah sakit yang melelahkan, tinggal di tempat sementara. Perjalanan menuju rumah sakit yang jaraknya jauh dan membutuhkan waktu yang lama menyebabkan ketidaknyamanan fisik.

Rumah sakit pusat rujukan melayani klien kanker yang banyak jumlahnya sehingga menyebabkan partisipan harus berjuang untuk mengikuti antrian yang panjang dan membutuhkan waktu yang lama. Partisipan yang berasal dari daerah yang jauh memilih untuk mencari tempat tinggal sementara di sekitar rumah sakit tersebut. Namun, pada gilirannya, tempat tinggal sementara ini juga menimbulkan permasalahan baru.

Tempat tinggal yang diupayakan oleh partisipan yang mempunyai keterbatasan fisik dan/atau yang harus menempuh jarak yang jauh dapat berupa rumah singgah yang disediakan oleh pemerintah daerah asalnya, kost-kostan, ataupun rumah saudaranya.

Tema V: Beban psikologis selama proses pengobatan

Pengalaman menderita secara fisik akibat prosedur terapi sebagai pengalaman traumatis bagi partisipan. Penyebab ketidaknyamanan fisik dan psikologis selama menjalani proses pengobatan didapat dari situasi keterbatasan tingkat ekonomi partisipan dalam menanggulangi biaya pengobatan.

Tema VI: Harapan yang tertunda

Dampak penyakit kanker dan terapi yang menyertainya dirasakan oleh partisipan menjadi penyebab hilangnya kondisi-kondisi yang memungkinkannya untuk merealisasikan harapannya. Keseluruhan partisipan berharap untuk sebuah kesembuhan yang memungkinkannya kembali kepada kehidupannya yang sebelumnya.

Partisipan yang merencanakan untuk mempunyai anak terpaksa menunda keinginannya mengingat karena hal itu disebutkan sebagai hal yang tidak dimungkinkan terjadi dengan baik selama partisipan menderita penyakit kanker dan/atau sedang menjalani proses terapi kanker untuk fungsi tubuh dalam menghasilkan keturunan. Partisipan yang mempunyai harapan mempunyai keturunan ini mengekspresikan sebuah kontradiksi yang sekaligus dialaminya.

Tema VII: Pasrah pada ketentuan Tuhan

Partisipan mengakses fasilitas kesehatan agar penyakit kankernya dapat disembuhkan. Namun pada prosesnya, terapi tersebut yang justru malah membuatnya semakin menderita. Terapi yang diaksesnya itu dapat berupa terapi medis maupun non medis. Selain upaya mengakses terapi, partisipan pada akhirnya juga berharap pada 'Sang Maha Tinggi' yang diyakininya mampu mengatasi segala hal yang dialaminya tersebut. Keseluruhan partisipan memeluk agama Islam sebagai keyakinannya. Sementara Tuhan-lah yang menentukan semuanya.

Kondisi mengalami penyakit diyakini partisipan sebagai kondisi yang semakin mendekatkan dirinya kepada Tuhan. Pengalaman ketidakberdayaan partisipan

'di hadapan Tuhan' dalam kehidupan religiusnya, pada kondisi tertentu, semakin mendekatkannya pada Tuhan yang diyakininya adalah sebagai 'sumber kekuatan' baginya dalam menghadapi hidup dengan penyakit kanker.

Tema VIII: Merahasiakan penyakit dan keluhan yang dirasakan

Partisipan melakukan tindakan untuk merahasiakan kondisinya dari orang lain dengan mengadopsi sistem budaya yang ada di masyarakat sekitarnya sebagai sebuah pembenaran untuk tindakannya tersebut selama menanggung beban persoalan rumah tangga dan penyakit kankernya.

Tema IX: Defisit informasi tentang penyebab, terapi, dan pencegahan kanker

Penyakit kanker dan dampak yang ditimbulkannya memunculkan kebutuhan untuk memuaskan 'rasa ingin tahu' partisipan terkait informasi yang selengkap-lengkapnyanya. Informasi ini pulalah yang nanti dapat dijadikannya sebagai panduan untuk tindakan pencegahan maupun pengobatan.

Beberapa partisipan merasakan bahwa pengetahuan tentang penyakit bahkan membuatnya semakin cemas. Kondisi kecemasan ini pulalah yang menjadi alasan bagi partisipan untuk tidak berusaha mencari informasi tentang kanker lebih lanjut.

Partisipan tidak memiliki keberanian untuk mengungkapkan rasa ingin tahunya pada gilirannya akan menghadapi sebuah kondisi yang membuatnya mengalami defisit informasi. Beragam kondisi konflik, ansietas dan depresi yang dialami oleh partisipan yang menderita kanker yang didapatkan dari hasil observasi dan wawancara mendalam ini menggambarkan problematika psikososial yang rumit yang terkadang sulit untuk diurai, bahkan oleh partisipan itu sendiri.

PEMBAHASAN

Tema I: Kecemasan terhadap penyebaran dan kekambuhan penyakit

Kanker berpotensi untuk kambuh/*relaps*, menyebar ke bagian tubuh yang lain,

dan diwariskan. Sel kanker dapat menyusup ke jaringan sekitar dan dapat membentuk anak sebar (Risksedas, 2013). Bahan-bahan karsinogenik berupa zat fisik, kimia, biologi, dan radiasi dapat merusak struktur DNA sehingga memungkinkan terjadinya mutasi gen yang kemudian menyebabkan perubahan perkembangan dan fungsi sel tersebut menjadi tak terkontrol dan tidak mempunyai tujuan. Tanda dan gejala yang muncul berupa perasaan khawatir sepanjang waktu, *fatigue*, kesulitan berkonsentrasi, selalu merasa tidak nyaman pada kondisi sosial yang ada, ketakutan pada rasa nyeri yang tidak terkontrol, dan refleksi akan peristiwa kematian (ACS, 2013). Potensi kanker tersebut menimbulkan suasana ‘terancam’ bagi klien terkait gambaran situasi dan terapi yang selanjutnya akan dijalannya.

Tema II: Perubahan relasi dengan pasangan

Penyakit kanker dan dampak yang ditimbulkannya menghadirkan suasana baru yang ditanggapi secara berbeda oleh partisipan dan pasangannya. Hal ini erat hubungannya dengan kapasitas mekanisme koping, pandangan positif, kapasitas interpersonal, kualitas arah moral, dukungan sosial, kapasitas kognitif yang fleksibel (Stuart, 2013). Sebuah studi yang dilakukan di Philadelphia menyebutkan bahwa *self-compassion* (pandangan positif terhadap diri) terkait erat dengan usia (Werner, *et al.*, 2012). Kondisi ini tidak menimbulkan suasana konflik, ansietas dan depresi sehingga pada akhirnya membentuk tema sendiri, yaitu: ideal relasi.

Ideal relasi menggambarkan bahwa partisipan pada akhirnya mampu menjalani tugas perkembangan ‘*generativity*’-nya dengan berbagai adaptasi yang disesuaikan dengan kemampuannya.

Dampak dari penyakit kanker dan terapi yang menyertainya menghadirkan suasana yang ditanggapi sebagai situasi yang mengancam sehingga partisipan ataupun pasangannya dengan aktif ‘menciptakan’ jarak yang membuat keduanya semakin menjauh. Perubahan-perubahan tersebut dapat pula menjadi ancaman terhadap sistem kepribadiannya, seperti: identitas pribadi,

harga diri, dan terkait perannya sebagai anggota masyarakat (Stuart, 2013).

Tema III: ‘Labelling’ dari diri sendiri dan orang lain

Informasi terkait ‘label’ terhadap penyakit kanker tersebar di masyarakat. Pemberian ‘*label*’ pada penyakit kanker merupakan sebuah upaya menyalakan keadaan/situasi menderita sakit yang tidak dapat diterima dengan memproyeksikan penyakit sebagai ‘kambing hitam’ dengan metafora seperti pada ungkapan “kanker adalah penyakit ‘pembunuh’ nomor dua di dunia setelah penyakit jantung”. Banyaknya ‘*label*’ terhadap penyakit kanker yang terdapat di masyarakat, pada gilirannya dapat menggiring pemikiran pada paham fatalisme dan deterministik (keyakinan pada takdir) yang menciptakan sikap pesimis bahkan menyalahkan diri sendiri.

Perubahan ini pada akhirnya memengaruhi kemampuan partisipan untuk melakukan mekanisme koping mengatasi respons ansietas dan depresi yang ditimbulkannya. Bila kondisi yang dihadapinya berada di luar batas kemampuan, maka hal ini akan menjadi *trigger* bagi munculnya ansietas yang lebih lanjut. Kapasitas *resilience* partisipan dalam menghadapi keadaan menderita kanker memegang peranan penting dalam kemungkinan terjadinya respons ansietas dan depresi. Hal ini erat hubungannya dengan kapasitas mekanisme koping, pandangan positif, kapasitas interpersonal, kualitas arah moral, dukungan sosial, kapasitas kognitif yang fleksibel (Stuart, 2013).

Tema IV: Beban fisik selama proses pengobatan

Beban fisik yang harus ditanggung oleh partisipan dapat berupa: kehilangan anggota tubuh, kelemahan fisik, keterbatasan biaya, perjalanan menuju rumah sakit yang melelahkan, adaptasi di tempat tinggal sementara. Peristiwa kehilangan ‘bagian tubuh’-nya yang bermakna menyebabkan klien kanker berada dalam rentang model adaptasi Kubler-Ross, yang meliputi: penyangkalan (*denial*), marah (*anger*), tawar-

menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), penerimaan (*acceptance*) (Videbeck, 2011). Kehilangan yang dialami partisipan dapat merupakan dampak langsung penyakit kanker dan terapinya atau hasil adaptasi dari proses kehilangan itu sendiri yang menghadirkan ketidaknyamanan fisik dan psikologis selama proses pengobatan yang dapat menimbulkan konflik tersendiri, berupa tindakan aktif untuk menunda atau membatalkan proses pengobatan.

Tema V: Beban psikologis selama proses pengobatan

Beban fisik yang ditanggung oleh partisipan selama menjalani proses pengobatan kanker pada gilirannya akan menimbulkan pengalaman traumatis pada saat ia akan mengingatnya, atau bahkan menjadi referensi yang selalu dirujuk oleh partisipan saat akan menjalani kondisi yang sama untuk kesekian kalinya. Beban psikologis yang dialami oleh partisipan dapat berupa kondisi pengulangan pengalaman yang dihasilkan dari keadaan traumatis sesaat ia akan mengalami kembali kehilangan anggota tubuh, kelemahan fisik, prosedur terapi, perjalanan yang melelahkan, dan adaptasi di tempat tinggal sementara.

Pengalaman traumatis ini akan senantiasa menghadirkan suasana yang ‘mengancam’ bagi partisipan sehingga dapat menimbulkan kondisi ansietas dan depresi yang berulang. Pengalaman traumatis ini yang menyebabkan munculnya beban psikologis yang lainnya. Perubahan ini pada akhirnya memengaruhi kemampuan partisipan untuk melakukan mekanisme koping dalam mengatasi respons ansietas dan depresi yang ditimbulkannya. Bila kondisi yang dihadapinya berada di luar batas kemampuan, maka hal ini akan menjadi *trigger* bagi munculnya ansietas yang lebih lanjut.

Kapasitas *resilience* partisipan dalam menghadapi keadaan menderita kanker memegang peranan penting dalam kemungkinan terjadinya respons ansietas dan depresi. Hal ini erat hubungannya dengan kapasitas mekanisme koping, pandangan positif, kapasitas interpersonal, kualitas arah moral, dukungan sosial, kapasitas kognitif

yang fleksibel (Stuart, 2013). Kondisi ini mengarah pada diagnosa keperawatan, yang meliputi: sindroma pascatrauma, ansietas, berduka antisipasi, gangguan citra tubuh, dan koping individu tidak efektif.

Tema VI: Harapan yang tertunda

Keadaan mempunyai ‘harapan’ merupakan indikator bahwa partisipan mampu menggunakan koping yang tepat dalam mengatasi perubahan respons, *mood*, dan kondisi konflik yang dialaminya terkait realisasi tugas perkembangan ‘*generativity*’ yang tertunda. Dampak penyakit kanker dan terapinya tidak jarang memengaruhi konsep diri partisipan sebagai akibat dari berbagai peristiwa kehilangan yang dialaminya. Berbagai peristiwa kehilangan tersebut dapat mengganggu ideal diri dan gambaran diri partisipan.

Jenis kehilangan yang terjadi terkait dampak langsung dari penyakit kanker dan terapinya meliputi: kehilangan akibat tindakan pembedahan untuk mengangkat/ mengamputasi organ atau bagian tubuh yang ‘terinfeksi’ sel kanker, misalnya: *mastectomy* pada payudara dan *hysterectomy* pada rahim. Kehilangan jenis ini membuat gambaran diri partisipan menjadi berubah. Jenis kehilangan ini membuat ideal diri partisipan tidak dapat terealisasi sebagaimana yang ia pernah bayangkan.

‘Mempunyai harapan’ itu sendiri tidak ditujukan untuk memiliki kembali ‘bagian tubuh’ atau kesempatan yang sudah hilang tersebut tetapi pada usaha untuk menggantikan atau mensubstitusi jenis kehilangan itu dengan sesuatu ‘yang menyerupai’. Mekanisme adaptif ‘mempunyai harapan’ yang dimungkinkan untuk jenis kehilangan sebagai aktivitas dimaksudkan adalah pada masing-masing tahapan dari proses kehilangan ini menjadi indikator kemampuan klien dalam melakukan kegiatan refleksi atas peristiwa kehilangan yang dialaminya sendiri sebagai sebuah proses kehilangan yang ‘normal’ adanya.

Keterbatasan biaya pada gilirannya menjadi hal yang menghadirkan kecemasan pada partisipan yang terkait erat dengan keberlanjutan proses terapi yang diharapkannya

menjadi peluang untuk menyembuhkan penyakitnya. Pengadaan biaya yang berada di luar batas kemampuan pada akhirnya menjadi konflik tersendiri yang mengancam. Perjalanan menuju rumah sakit yang melelahkan dan konsekuensi lanjut untuk memilih tinggal di tempat sementara menjadi konflik tersendiri mengingat partisipan harus berada dari orang-orang yang selama ini mendukungnya dan menjadi motivasinya untuk tetap melanjutkan proses pengobatan. Kemampuan partisipan untuk melakukan adaptasi pada situasi ini akan berbanding lurus dengan keberadaan konflik ini.

Tema VII: Pasrah pada ketentuan Tuhan

Sikap yang sering muncul dari keyakinan ini meliputi: pasrah dengan ketetapan Tuhan, meyakini bahwa ‘penyakit’ justru sebagai jalan yang mendekatkan diri kepada Tuhan, atau penyakit sebagai ‘penggugur dosa’. Perubahan cara dalam memandang penyakit juga dimungkinkan dari nilai-nilai yang ada di dalam keyakinan tersebut. Keyakinan kepada Tuhan pada gilirannya dapat menggugurkan paham fatalisme dan determinisme hingga pada akhirnya klien kanker dapat secara aktif ‘memelihara hidupnya’ walau dengan kanker (Flórez *et al.*, 2009). Perubahan cara memandang penyakit dengan cara yang lebih positif merupakan salah satu sumber koping yang bersumber dari diri klien kanker (Stuart, 2013).

Tema VIII: Merahasiakan penyakit dan keluhan yang dirasakan

Kehidupan sosial budaya memengaruhi kemampuan partisipan dalam memilih koping yang sesuai untuk mengatasi perubahan *mood* dan konflik yang dialaminya. Riwayat sosial budaya yang dimiliki oleh partisipan meliputi konstruksi tiap-tiap sosial budaya mempunyai norma dan cara pandang tertentu dalam mengekspresikan respons ansietas serta cara mengatasinya (Videbeck, 2011). Akhirnya, faktor sosial budaya memengaruhi tingkat derajat ansietas.

Tema IX: Defisit informasi tentang penyebab, terapi, dan pencegahan kanker

Informasi merupakan panduan bagi klien kanker untuk dapat melakukan sesuatu terkait dengan penyakit kanker yang dideritanya. Demikian seterusnya diungkapkan partisipan bahwa minimnya pengetahuan yang dimilikinya juga menghadirkan kondisi ansietas. Namun, kapasitas ‘memiliki informasi’ yang cukup/tidak cukup berpengaruh pada kapasitas klien dalam melakukan mekanisme koping dalam mengatasi respons ansietas yang dialaminya demi upaya dalam mendapatkan informasi yang dibutuhkannya.

Kondisi partisipan yang memiliki keterbatasan untuk mencari informasi disebutkan terkait kemampuannya memaknai informasi tersebut. Ketidaktahuan untuk mendapatkan informasi pada kenyataannya disebutkan oleh partisipan dipengaruhi oleh faktor-faktor umur, tingkat pendidikan, dan lingkungan tempat tinggal.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Pengalaman konflik, ansietas, dan depresi yang dialami klien kanker meliputi: kecemasan terhadap penyebaran dan kekambuhan penyakit, perubahan relasi dengan pasangan, ‘labelling’ dari diri sendiri dan orang lain, ketidaknyamanan fisik dan psikologis selama proses pengobatan, konsep diri, religius/spiritual, dan ketidaktahuan cara mencari informasi. Hal ini dapat menggambarkan bahwa pada kenyataannya kondisi yang dialami klien kanker dapat merupakan kontribusi dari kondisi konflik, ansietas, dan depresi atau hasil kombinasi di antaranya.

Saran

Diperlukan ketersediaan fasilitas pemberian informasi berupa penyuluhan maupun kegiatan konseling di poliklinik rumah sakit umum terkait upaya deteksi

dini/upaya antisipasi, pengenalan tentang kanker, proses, efek samping terapi, fasilitas yang dimungkinkan untuk mengakses penanggulangan biaya pengobatan, dan ketersediaan terapi keperawatan jiwa untuk mengatasi dampak psikososial yang terjadi.

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan untuk *urgensi* pelaksanaan terapi keperawatan jiwa disediakan di poliklinik kanker untuk meningkatkan coping klien, pasangan, dan keluarganya dalam mengatasi permasalahan psikososial yang mungkin terjadi, misalnya: *cognitive therapy* (CT), *Self Help Group* (SHG), *supportive therapy*, dan lain-lain.

Pengalaman konflik, ansietas, dan depresi menjadi dasar bagi pengembangan sistem manajemen pelayanan dan penyediaan fasilitas terapi keperawatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara berkesinambungan.

KEPUSTAKAAN

- Aaronson, N.K., *et al.* 2014. Beyond treatment- psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of cancer*. 2014; 12: 54–64.
- Alacacioglu, A., *et al.* 2014. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-Izmir oncology group study. *Asia pacific journal of cancer prevention*. 2014; 15 (24): 10631–10636.
- American Cancer Society. 2015. *Cancer Fact and Figure 2015*.
- Dowling, M. 2007. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International journal of nursing studies*. 2007; 44: 131–142.
- Florez, K.R., *et al.* 2009. Fatalism or destiny? A Qualitative study and interpretative framework on Dominican women's breast cancer belief. *J.Immigr Minor Health* 2009;11(4): 291–301.
- Mayer, B. 2000. *The Dynamics of Conflict Resolution*. John Wiley & Sons. United States of America.
- Polomano, R.C., Farrar, J.T. 2006. Pain and neuropathy in cancer survivor surgery, radiation, and chemotherapy can cause pain; research could improve its detection and treatment. *The American journal of nursing*. 106: 39–47.
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013.
- Stuart. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Viedebeck. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Werner, K.H., *et al.* 2012. Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, stress & coping*. 2012; 25 (5): 543–558.