

GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KANKER DI SAMARINDA

SKRIPSI



PROGRAM STUDI SI - KEPERAWATAN
INSTITUSI TEKNOLOGI KESEHATAN &
SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA

2021

GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KANKER DI SAMARINDA

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep) Pada Program
Studi S.1 Keperawatan Institusi Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda



PROGRAM STUDI SI - KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN &
SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA

2021

HALAMAN PENGESAHAN
GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KANKER
DI SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Novia Wardianti
1710810801

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 31 Agustus 2021

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns.Chrisyen Damanik, S.Kep.M.Kep
NIDN. 1124118301
2. Ns. Marina Kristi Iayun R. S.Kep., M.Kep
NIDN. 1129059301
3. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S
NIDN. 1117028802
4. Ns. Yusnita Sirait, S.Kep., M.Kep
NIDN. 8820490019



Handwritten signature

Handwritten signature

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wryata Husada Samarinda



Handwritten signature

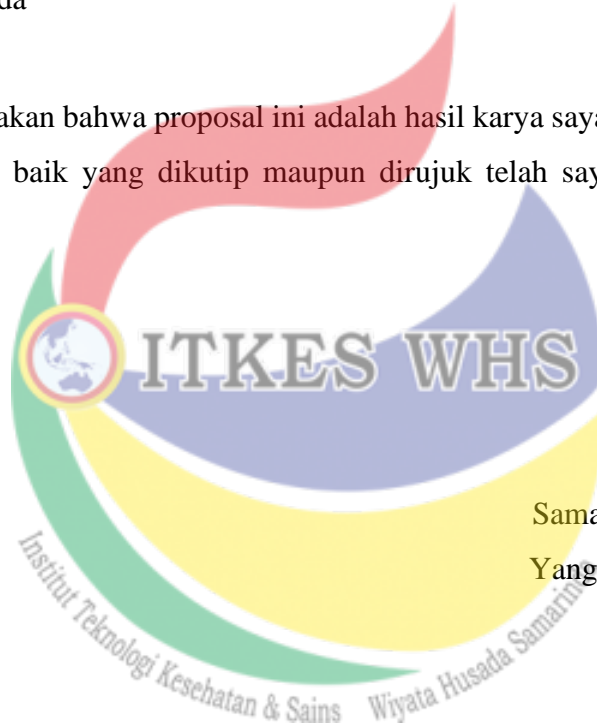
Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Novia Wardianti
NIM : 1710810801
Program Studi : SI Keperawatan
Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda

Menyatakan bahwa proposal ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 05 Maret 2021

Yang membuat pernyataan

Novia Wardianti

Nim : 17.108.108.01

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang mana atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan proposal yang berjudul **“Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda”** dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep) di ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Dalam pembuatan tugas akhir ini, saya sangat menyadari bahwa saya tidak dapat melakukannya sendiri tanpa bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak.

Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MD., MM selaku Ketua Yayasan ITKes Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Assoc.Prof.Dr. Eka Ananta Sidharta CA, CFA selaku rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep, M.S selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Ibu Ns. Yusnita Sirait, S. Kep M. Kep selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Bapak Ns. Chrisyen Damanik,. S.,Kep,. M.,Kep selaku dosen penguji I saya yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
7. Ibu Ns. Marina Kristy Layun R,. S,. Kep,. M,. Kep selaku dosen penguji II saya yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
8. Kepada kedua orang tua saya bapak Efron Kajan dan ibu saya Yuliati Gelung, yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moral dan material yang tidak ternilai harganya serta doa dan kasih sayangnya selama ini.

9. Kepada Kevin Kurniawan terimakasih atas support nya dan teman-teman semua keperawatan angkatan 2017 juga sahabat saya Yohana Inoq, Dinda Widya Putri, dan Tri Nadia C terimakasih selalu menyemangati saya selama ini.
10. Kepada seluruh Bapak dan Ibu dosen ITKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat bagi kehidupan peneliti serta seluruh staf pegawai yang telah banyak membantu.
11. Kepada semua pihak secara langsung dan maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan proposal penelitian ini.
12. Terimakasih juga kepada diri saya sendiri. Last but not least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting, for just being me at all times.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata dengan mengucapkan banyak terimakasih, penulis berharap semoga Tuhan senantiasa membalas kebaikan kita semua dan proposal skripsi ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam dunia keperawatan.

Samarinda, 05 Maret 2021

Penyusun

GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KAKER DI SAMARINDA

Novia Wardianti¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Yusnita Sirait³

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda
Email : noviawardianti801@student.stikeswhs.ac.id

²Dosen program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda
Email: wahyudewisulistyarini@itkeswhs.ac.id

³Dosen program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda
Email: chuanainggolan2015@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Kanker merupakan sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang cenderung menyerang organ tubuh lain. Selama proses penyakit dan penyembuhan kanker, terjadi proses perubahan baik fisik ataupun psikis. Perubahan psikologis tersebut secara langsung ataupun tidak dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Berbagai modalitas sering diterapkan pada pengobatan kanker. Salah satu usaha yang dilakukan pasien untuk menyembuhkan penyakit kanker adalah dengan melaksanakan kemoterapi. Koping adalah respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologis. **Tujuan :** untuk mengetahui gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda. **Metode :** Penelitian ini menggunakan penelitian Kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2021 dengan jumlah sampel 85 orang di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda, teknik pengambilan sample ini menggunakan teknik *total sampling*. Dalam pengambilan data penelitian ini menggunakan kuesioner *Cope Brief*. **Hasil :** Hasil dari penelitian ini didapatkan data bahwa koping dengan kategori buruk (56,5%) dan baik (43,5%) hasil tidak signifikan. Hasil *p value* yaitu 0.200 sehingga dapat disimpulkan bahwa koping dengan koping buruk dan baik tidak signifikan dikarenakan suatu penelitian dikatakan normal apabila hasil *p value* harus lebih besar dari nilai $\alpha > 0.05$. **Kesimpulan :** Untuk koping kategori buruk dan baik hasil tidak signifikan. **Saran :** untuk peneliti selanjut nya agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman serta berusaha memberikan informasi tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda.

Kata Kunci : Kanker, Koping,

¹⁻² Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

OVERVIEW OF COPING IN CANCER PATIENTS IN SAMARINDA

Novia Wardianti¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Yusnita Sirait³

¹Student of ITKES nursing science study program wiyata husada samarinda

Email : noviawardianti801@student.stikeswhs.ac.id

² Lecturer of the nursing science study program ITKES wiyata husada samarinda Email: Wahyudewisulistyarini@itkeswhs.ac.id

³ Lecturer of the nursing science study program ITKES wiyata husada samarinda Email: chuanainggolan2015@gmail.com

ABSTRACT

Background: Cancer is a type of abnormal cell proliferation that attacks other organs in the human body. There are physical and psychological changes that occur during the sickness and cancer healing process. These psychological alterations might affect the patient's quality of life, either directly or indirectly. In the therapy of cancer, various methods are frequently used. Chemotherapy is one of the ways in which patients try to cure cancer. Coping is a person's reaction to situations that physically and psychologically endanger him. **7. The study's goal:** To determine the coping domain's description of coping. **Methods:** This study employs a cross-sectional method to quantitative research. The study was conducted at the Dirgahayu Samarinda Hospital in June-July 2021 with a sample size of 85 participants. A comprehensive sampling strategy is used in this sampling method. In this study, data was collected utilizing a Cope Brief questionnaire. **Results:** The results of this study obtained data that coping with bad (56,5%) and good (43,5%) categories the results were not significant. The results of p value is 0.200 so it can be concluded that coping with bad and good categories is not significant because a study is said to be normal if the results of p value must be greater than a value >0,05. **Conclusion:** The results for dealing with the poor and good categories are not significant. **Suggestion:** More study is needed in order to get more knowledge and experience, as well as to try to provide information regarding the coping picture among cancer patients in Samarinda.

Keywords : Cancer, Coping

¹⁻² Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

BOSTON
English Language Center

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Novia Wardianti

NIM : 17.801.801.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda

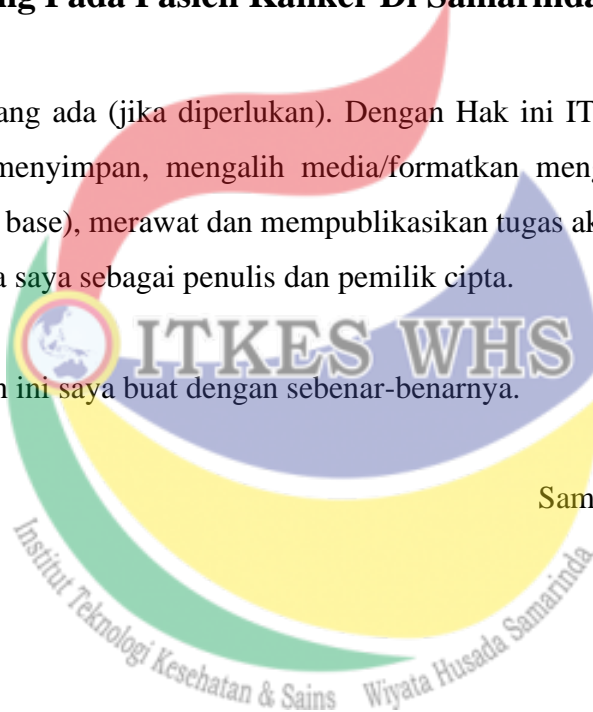
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak ini ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Agustus 2021

Yang menyatakan,

Novia Wardianti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTAK.....	vi
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Penelitian Terkait	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Telaah Pustaka	7
1. Konsep Kanker	7
a. Pengertian Kanker.....	7
b. Etiologi.....	8
c. Patofisiologi	8
d. Jenis-jenis kanker	9
e. Manifestasi klinis	12
f. Pengobatan kanker	12
g. Efek samping pengobatan	13
2. Konsep Mekanisme Koping	15
a. Pengertian Mekanisme Koping	15
b. Jenis mekanisme koping	15
c. Faktor yang mempengaruhi koping	1

d. Strategi koping	18
e. Penilaian koping	19
f. Hasil koping	20
B. Konsep Dasar Keperawatan	21
C. Kerangka Teori Penelitian	23
BAB III METODE PENELITIAN	24
A. Rancangan Penelitian	24
B. Kerangka Konsep Penelitian	24
C. Populasi Dan Sampel Penelitian	25
D. Variabel Penelitian	26
E. Definisi Operasional	26
F. Tempat dan Waktu Penelitian	27
G. Instrument Penelitian	27
H. Alat Ukur Koping dan Uji Coba Alat Ukur Koping	28
I. Metode Skoring Alat Ukur Koping	31
J. Prosedur Pengumpulan Data	31
K. Analisa Data	33
L. Etika Penelitian	37
M. Alur Penelitian	39
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	40
A. Hasil Penelitian	40
1. Lokasi penelitian	40
2. Data karakteristik responden	43
3. Hasil Analisa univariat	44
B. Pembahasan	47
1. Karakteristik responden	47
2. Hasil gambaran koping pasien kanker	47
C. Keterbatasan Penelitian	49

BAB V PENUTUP	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium Kanker	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional	27
Tabel 3.2 Kisi-kisi Alat Ukur Individual Coping (<i>Brief Coping</i>)	30
Tabel 3.3 Uji Revisi Item alat Ukur coping	31
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	43
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Gambaran Koping Pada Pasien Kanker	43
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Domain Koping	45



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Gambar Model Konsep Adaptasi Roy	22
Skema 2.2 Kerangka Teori Keperawatan Modifikasi Roy (1991)	23
Skema 3.1 Kerangka Konsep	24
Skema 3.2 Alur Penelitian	40



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2** : Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3** : Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 4** : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5** : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6** : Data Demografi
- Lampiran 7** : Kuesioner Strategi Koping
- Lampiran 8** : Biodata Peneliti
- Lampiran 9** : Lampiran Hasil Uji Univariat



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang cenderung menyerang organ tubuh lain. Berdasarkan studi yang sudah ada, pertumbuhan penyakit kanker akan meningkat setiap tahunnya. Peningkatan jumlah penderita kanker ini menjadikan sebuah permasalahan yang serius baik dari pasien penderita dan juga keluarga (Afiyah, 2018). Selama proses penyakit dan penyembuhan kanker, terjadi proses perubahan baik fisik ataupun psikis. Perubahan psikologis tersebut secara langsung ataupun tidak dapat menurunkan kualitas hidup pasien (Prastiwi, 2013). Pembatasan hidup dan dampak buruk lain dapat terjadi pada keluarga karena penyakit tersebut (Otto *et al.*, 2020).

Salah satu penyakit yang menjadi penyebab utama kematian masyarakat dunia adalah kanker. Kanker merupakan salah satu penyakit yang paling ditakuti dan dipandang sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia. *Union for International Cancer Control (UICC)*, memperkirakan jumlah penderita kanker di Negara berkembang pada tahun 2020 bisa mencapai 10 juta orang dengan 16 kasus baru setiap tahunnya. Berdasarkan data *Riskesdas*, prevalansi kanker di Indonesia tergolong tinggi yaitu 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 347.792 orang. Prevalansi penderita kanker di provinsi Aceh setara dengan nasional, yaitu 1,4 per 1000 penduduk (Maulina, bahri, 2016). Berdasarkan data yang di kaji oleh badan *World Health Organisasi (WHO)* kejadian penyakit penderita kanker meningkat dari 1,4 juta menjadi 12,7 juta. Data yang diambil dari *Internasional Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada tahun 2015 terdapat 13.067.894 kasus baru kanker dan 7.201.575 angka kejadian kematian

Penderita kanker banyak mengalami perubahan dalam dirinya dan kehidupan sehari-harinya, yang meliputi kondisi fisik dan kondisi psikologis. Kondisi fisik pasien seperti ; nyeri/sakit, kelelahan, kelemahan, istirahat tidur, penampilan. Sedangkan kondisi psikologis seperti ; kecemasan, depresi, kesedihan, emosional, stres, harga diri rendah (*self esteem*), keputusasaan, perasaan positif dan perasaan negatif. Hal tersebut berlangsung sejak proses di diagnosis hingga akhir hidupnya berfokus pada kesehatan, kehidupan penderita kanker dan pada saat menjalani pengobatan (Irawan *et al.*, 2017).

Stres sebagai salah satu efek psikologis merupakan faktor pemicu yang dapat memperburuk berbagai penyakit dan kondisi patologis, serta dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh dimana stres bisa menurunkan aktivitas sitotoksik sel limfosit T sebagai sel pembunuh alami yang dapat meningkatkan pertumbuhan sel ganas pada penderita kanker, ketidakstabilan genetik, dan ekspansi tumor yang dapat memperburuk kondisi pasien (Yaribeygi, H. *et al.*, 2017).

Berbagai modalitas sering diterapkan pada pengobatan kanker. Salah satu usaha yang dilakukan pasien untuk menyembuhkan penyakit kanker adalah dengan melaksanakan kemoterapi (Smeltzer dan Bare, 2001, p.326). Pasien kanker yang menjalani pengobatan kemoterapi biasanya mengalami efek samping atau komplikasi kemoterapi yang tidak menyenangkan. Efek samping dari kemoterapi berkaitan dengan toksisitas akibat agen kemoterapi itu sendiri. Reaksi fisik yang ditimbulkan berupa gangguan pada berbagai sistem tubuh yaitu sistem gastrointestinal, sistem hematopoietic, sistem ginjal, sistem kardiopulmonal, sistem reproduksi dan sistem neurologis (Smeltzer dan Bare, 2001, p.336). Reaksi emosional berupa ansietas, kemarahan, permusuhan, berduka dan berkabung serta harapan (Smeltzer dan Bare, 2010, p.145).

Koping merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologis. Menurut Riska Maulina dan Teuku Samsul Bahri (2016) Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang

dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Mekanisme koping menurut Lazzarus dan Folkman dalam (Riska Maulina dan Teuku Samsul Bahri, 2016) terdiri dari koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*) dan koping yang berfokus pada emosi (*emotion focused coping*). *Problem focused coping* mengarah pada penyelesaian masalah dan koping ini muncul saat kondisi yang mengancam, masih ada kemungkinan untuk berubah dan dapat diperbaiki. *Emotion focused coping* merupakan sekumpulan proses kognitif yang diarahkan untuk mengurangi penderitaan emosional (Lazarus dan Folkman, 1986 dalam Higgins dan Kruglanski, 2000, p.116- 118).

Berdasarkan Studi Pendahuluan wawancara terhadap 4 orang penderita kanker di RS Dirgahayu Samarinda Tahun 2021, 2 diantaranya mengatakan merasa cemas dan stress, dan 2 diantaranya lagi mengatakan takut dan khawatir akan masa depan yang akan dijalani. Berdasarkan hasil wawancara diatas perlu diketahui lebih jauh bagaimana pasien kanker menggunakan koping untuk menghadapi masalah pikiran seperti stress, cemas, khawatir, ketakutan, dan lingkungan disekitarnya yang dihadapi sehari-hari maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Saat didiagnosa kanker pasien akan mengalami penurunan fisik dan psikologis. Penurunan fisik seperti kelemahan, kelelahan, kurang tidur, penampilan dan penurunan psikologis seperti kecemasan, depresi, kesedihan, emosional, stres, harga diri rendah (*self esteem*), keputusasaan, perasaan positif dan perasaan negatif yang disebabkan oleh kanker dan berbagai pengobatan yang dijalani. Kondisi sulit yang dihadapi pasien kanker saat ini atau masa yang akan datang serta bayangan kanker tidak dapat sembuh membuat masalah penerimaan diri pasien kanker. Penerimaan diri pasien kanker selanjutnya akan mempengaruhi mekanisme koping pasien dalam menjalani pengobatan. Fenomena ini yang

menyebabkan peneliti tertarik meneliti tentang gambaran koping pada pasien kanker.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Gambaran Koping Pada Pasien Kanker” berdasarkan domain koping.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Mengetahui gambaran koping pada pasien kanker, sehingga rumah sakit semakin berupaya memaksimalkan program paliatif dan konseling pasien kanker .

2. Manfaat Teoritis

Menambah pembahasan terkait permasalahan penyakit kanker dari segi psikososial, melihat teori penerimaan pasien terhadap penyakit kanker.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mursyidah dan Teuku Samsul Bahri tentang Mekanisme Koping dan Kesiapan Diri Preoperatif Pada Pasien Kanker Payudara di RSUD dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui mekanisme koping dan kesiapan diri preoperatif pasien kanker payudara di rumah sakit umum daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh 2017. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 73 responden. Pengumpulan data dengan membagikan kuesioner yang terdiri dari 44 item pernyataan dalam bentuk skala *dichotomous*. Metode analisa data dilakukan secara univariat dengan menggunakan metode statistik deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan mekanisme koping pada pasien kanker payudara dalam kategori adaptif (63%) dan kesiapan diri preoperatif psikologi pada pasien kanker payudara dalam kategori baik (65.8%).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Riska Maulina dan Teuku Samsul Bahri tentang Mekanisme Koping Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi di RSUD dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH. Kanker merupakan salah satu penyakit yang paling ditakuti dan dipandang sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia. Berbagai modalitas sering diterapkan pada pengobatan kanker, salah satunya adalah kemoterapi. Kondisi tersebut dapat menimbulkan stres dan berdampak negatif terhadap kesejahteraan pasien sehingga diperlukan mekanisme koping yang baik untuk memecahkan masalah. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui mekanisme koping pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Jenis penelitian ini yaitu *deskriptif eksploratif* dengan design *cross sectional study*. Penelitian ini dilakukan di ruang mamplam III Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh pada tanggal 27 Juni – 5 Juli 2016 dengan teknik *purposive sampling* sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 62 responden. Alat pengumpul data berupa kuesioner yang terdiri dari 20 item pernyataan dalam bentuk skala *dichotomous choice*. Metode analisis data dilakukan secara univariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme koping pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi berada pada kategori adaptif yaitu sebanyak 38 responden (61,3%).
3. Penelitian yang dilakukan oleh Tati Murni Karokaro, Winardi Silaen, Abdi Lestari Sitepu, dan Dian Anggriyanti tentang pengaruh mekanisme koping terhadap kecemasan pasien kanker payudara di RS Grandmed Lubuk Pakam tahun 2020. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh mekanisme koping terhadap kecemasan kanker payudara pada RS Agung Lubuk Pakam. Jenis penelitian ini menggunakan *Quasy Metode Eksperimen* menggunakan penelitian *One-Group Pretest-Posttest Design* Design rancangan. Sampel ditentukan berdasarkan jumlah populasi, dengan jumlah sampel 30 orang. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *Paired Sample T Test* dengan α selang kepercayaan 95% dan nilai $= 0,05$, Hasil yang diperoleh dari penelitian ini menunjukkan adanya perubahan pada tingkat kecemasan pasien sebelum dan sesudah diberikan aplikasi mekanisme koping dengan *p-*

value = 0,001 ($\alpha < 0,05$). Di Kesimpulannya, ada pengaruh mekanisme koping terhadap kecemasan pasien kanker payudara yang dilakukan sesuai standar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kanker

a. Pengertian Kanker

Kanker merupakan sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang cenderung menyerang organ tubuh lain. Berdasarkan studi yang sudah ada, pertumbuhan penyakit kanker akan meningkat setiap tahunnya. Peningkatan jumlah penderita kanker ini menjadikan sebuah permasalahan yang serius baik dari pasien penderita dan juga keluarga (Afiyah, 2018). Selama proses penyakit dan penyembuhan kanker, terjadi proses perubahan baik fisik ataupun psikis. Perubahan psikologis tersebut secara langsung ataupun tidak dapat menurunkan kualitas hidup pasien (Prastiwi, 2013). Pembatasan hidup dan dampak buruk lain dapat terjadi pada keluarga karena penyakit tersebut (Otto *et al.*, 2020).

Kanker terjadi pada suatu sel tertentu ketika terjadinya penyimpangan dari pola perilaku sel yang normal, terutama pada perilaku sel yang normal, pembelahan dirinya. Sekarang telah diketahui bahwa kanker terjadi sebagai akibat dari akumulasi konsisi abnormal atau mutasi yang terjadi pada DNA atau gen-gen dan sel-sel tertentu. Mutasi ini terjadi secara-menerus sehingga sel tidak lagi berfungsi secara normal karena proses perlindungan dan perbaikan yang sangat penting fungsinya dalam sel-sel itu, yaitu proses-proses mengendalikan kegiatan sel dan mengendalikan apoptosis itu sendiri, menjadi kacau. Akibatnya sel tidak mati seperti yang seharusnya, justru terus melakukan pembelahan diri secara terus menerus, seringkali terjadi dengan kecepatan tinggi, sehingga menghasilkan kanker (Indrawati Maya, 2011).

Semua kanker pada mulanya berawal dari akumulasi perubahan-perubahan yang abnormal pada materi genetik dari sebuah sel dan dalam beberapa kasus yang terhitung jarang, kanker itu dikarenakan adanya gen tertentu yang menyimpang dan diwariskan dari orang tua. Namun sebagian besar kasus penyakit kanker adalah kanker sporadik dan penyebab dari mutasi genetik bukan turunan yang menghasilkan munculnya kanker telah lama diteliti secara intensif.

Sekarang diyakini bahwa 80-90% dari semua kanker dikarenakan faktor lingkungan atau karena masuknya zat karsinogen atau zat penyebab kanker ke dalam tubuh, dimana sebagian dari faktor “eksternal” atau biologis, meskipun sebenarnya ada perbedaan yang cukup mendasar antara keduanya (Indrawati Maya, 2011). Sampai sekarang belum diketahui secara pasti faktor tunggal yang menyebabkan terjadinya kanker. Namun, beberapa ahli sependapat bahwa kanker disebabkan oleh faktor (multifaktor).

b. Etiologi

Penyebab kanker yaitu tubuh yang sehat tidak mampu mempertahankan diri terhadap kanker, ini terjadi karena interaksi kompleks antara pajanan karsinogen dan mutasi yang sudah menumpuk dalam beberapa gen yang disebut onkogen, sehingga mengaktifkan pembelahan sel. Penyebab kerusakan gen yang didapat yaitu: virus, radiasi, karsinogen lingkungan serta makanan dan hormone. Faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker yaitu usia, status gizi, keseimbangan hormonal dan respons terhadap stress (Kowalak, 2011).

c. Patofisiologi

Sel abnormal membentuk sebuah kelompok dan mulai berproliferasi secara abnormal, membiarkan sinyal pengatur pertumbuhan dilingkungan sekitarnya sel. Sel mendapatkan karakteristik invasif sehingga terjadi perubahan jaringan dsekitar. Sel menginfiltrasi jaringan dan memperoleh akses

ke limfe dan pembuluh darah, yang membawa sel ke area tubuh yang lain. Kejadian ini dinamakan metastasis (kanker menyebar ke bagian tubuh lainnya).

Sel-sel kanker disebut neoplasma ganas/ maligna dan diklasifikasi serta diberi nama berdasarkan tempat jaringan yang tumbuhnya sel kanker tersebut. Kegagalan sistem imun untuk menghancurkan sel abnormal secara cepat dan tepat tersebut menyebabkan sel-sel tumbuh menjadi besar untuk dapat ditangani dengan menggunakan imun yang normal. Kategori agens atau faktor tertentu yang berperan dalam karsinogenesis (transformasi maligna) mencakup virus dan bakteri, agens fisik, agens kimia, faktor genetika atau familial, faktor diet, dan agens hormonal (Suddarth, 2016).

Neoplasma merupakan pertumbuhan baru. Menurut seorang ahli anatomi dari Inggris menemukan neoplasma sebagai masa jaringan yang abnormal, tumbuh berlebihan, dan tidak terkoordinasi dengan jaringan yang normal, dan selalu tumbuh meskipun rangsangan yang menimbulkan sudah hilang. Proliferasi neoplastik menimbulkan masa neoplasma sehingga menimbulkan pembengkakan atau benjolan pada jaringan tubuh, sehingga terbentuknya tumor. Istilah tumor digunakan untuk pembengkakan oleh sebab jaringan atau perdarahan. Tumor dibedakan menjadi dua yaitu jinak dan ganas. Jika tumor ganas dinamakan kanker (Padila, 2013).

Penyebaran sel kanker secara metastasis diakibatkan terjadinya pelepasan sel dari tumor primer melalui sirkulasi darah (metastasis hematogen) dan pembuluh limfe (metastasis limfatik) apabila sel-sel tersebut tersangkut dan keluar dari pembuluh darah atau limfe, akan melanjutkan proliferasi yang menyebabkan terbentuknya tumor sekunder di jaringan lainnya

d. Jenis-Jenis Kanker

World Health Organization (WHO) melaporkan lima besar jenis kanker yang ditemukan pada laki-laki di dunia pada 2012, yaitu kanker paru, prostat, kolorektum, kanker perut (*stomach cancer*), dan kanker hati. Sedangkan pada perempuan yang terbanyak adalah kanker payudara, kolorektum, paru-paru,

serviks, serta kanker perut (*stomach cancer*). Sepertiga kematian akibat kanker berhubungan dengan 5 kebiasaan gaya hidup dan pola makan. Kelima faktor tersebut yaitu obesitas, diet rendah sayur dan buah, kurang aktivitas fisik, penggunaan tembakau, dan penggunaan alkohol. Penggunaan tembakau merupakan faktor risiko penyebab kematian pada kanker secara umum (20%). Sedangkan untuk kanker paru, tembakau merupakan faktor risiko penyebab kematian pada kanker paru yang paling dominan (70%) (Makassari Dewi, 2017).

Adapun faktor risiko yang terkait dengan kanker paru-paru, kolorektum, lambung, dan kanker hati adalah penggunaan tembakau. Sedangkan yang berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik dan obesitas adalah kanker payudara serta kolorektal. Untuk faktor risiko infeksi berkaitan dengan kanker hati, lambung, dan kanker serviks uteri. Sebagian besar kasus kanker dan kematian dapat dicegah dengan menerapkan langkah-langkah pencegahan yang efektif, seperti pengendalian tembakau, vaksinasi, dan penggunaan tes deteksi dini (Makassari Dewi, 2017).

Pada sebagian besar kanker, tenaga kesehatan menggunakan sistem Staging yang berbeda disebut dengan TNM. Sistem TNM ini menilai terjadinya pertumbuhan kanker dan tersebar ditiga cara, yaitu sejauh mana tumor primer (T) ada atau tidaknya keterlibatan daerah kelenjar getah bening (N) dan ada atau tidaknya metastasis jauh (M). Setelah kategori T, N, dan M ditentukan, selanjutnya tahap 0, I, II, III, dan IV diberikan, dengan stadium 0 menjadi in situ, stadium I menjadi awal, dan sebagainya, kemudian stadium IV adalah stadium penyakit kanker yang paling lanjut (Otto, 2020). Apalagi stadium kanker sebagai berikut :

Stadium	Keterangan
I	Pada stadium ini, jaringan masih berupa kanker berukuran kecil, sehingga disebut sebagai kanker stadium awal. Ada beberapa pilihan pengobatan untuk kanker stadium I, pengobatan bisa di lakukan melalui operasi, radioterapi, kemoterapi, atau terapi hormone.

II	pada stadium II sel kanker sudah berkembang dan tumbuh lebih besar dibandingkan dengan stadium I. sel kanker pada stadium ini masih bertahan ditempat awal muncul dan belum menyebar ke bagian tubuh lainnya.
III	Pada stadium III kondisi sel kanker hampir sama dengan sel kanker stadium II. Namun, sel-sel tersebut sudah tumbuh lebih dalam ke jaringan tubuh. Ada yang sudah mulai menyebarkan ke kelenjar getah bening disekitarnya. Meskipun demikian, sel kanker belum sampai menyebar ke bagian tubuh lainnya.
IV	Pada stadium ini, sel kanker yang semula berada satu tempat sudah menyebar, setidaknya sampai ke 1 jaringan organ tubuh lain. Penyebaran sel kanker ini dikenal dengan istilah metastasis sel kanker. Ketika sudah menyebar, maka semakin sulit untuk mengendalikannya.

Tabel 2.1 Stadium Kanker

Adapun status performa pasien dapat diukur melalui ECOG. Ecog merupakan skala peringkat yang digunakan untuk menjamin penilaian objektif status klinis pasien. Status performa ECOG secara original didesain untuk menilai progresivitas penyakit pasien, menilai bagaimana penyakit mempengaruhi kemampuan aktivitas sehari-hari pasien, dan menentukan terapi yang paling cocok serta prognosinya. Saat ini ECOG kemungkinan merupakan instrument kualitas hidup terkait kesehatan yang paling sering digunakan. ECOG terdiri dari 6 skala, mulai dari 0 hingga 5. Skala 0 berarti aktif secara penuh, bisa melakukan aktivitas sebagaimana sebelum terkena penyakit tanpa hambatan. Skala 1 berarti terbatas dalam melakukan aktivitas berat tetapi masih bisa rawat jalan dan bisa melakukan pekerjaan yang ringan seperti pekerjaan rumah tangga atau pekerjaan kantor yang ringan. Skala 2 berarti bisa rawat jalan dan mampu merawat diri sendiri tetapi tidak mampu melakukan pekerjaan dan < 50% waktu harus berbaring. Skala 3 berarti hanya mampu merawat diri sendiri dan > 50% waktu harus berbaring. Skala 4 berarti harus berbaring terus menerus, dan 5 berarti meninggal. Beberapa kelemahan

adalah fakta bahwa skornya tidak tergantung pada penilaian pasien dan fakta bahwa status mental tidak dinilai.

e. Manifestasi Klinis

- 1) Sel-sel kanker menyebar dari suatu organ atau bagian tubuh yang lain melalui invasi dan bermetastase. Sehingga manifestasinya sesuai organ atau tubuh yang terkena.
- 2) Kanker menyebabkan anemia, kelemahan, penurunan berat badan (disfagia (kesulitan menelan), anoreksia, sumbatan), dan nyeri (seing kali distadium akhir).
- 3) Gejala disebabkan oleh penghancuran jaringan dan penggantian oleh jaringan kanker nonfungsional atau jaringan yang sangat produktif (misalnya gangguan sumsum tulannng dan anemia atau kelebihan produksi steroid adrenal), tekanan pada struktur sekitar, peningkatan kebutuhan metabolic, dan gangguan produksi sel-sek darah (Suddarth, 2016).

f. Pengobatan Kanker

1) Pembedahan

Sangat efektif bila dilakukan pada penderita kanker stadium awal sehingga mempunyai peluang sembuh.

2) Kombinasi

Pengobatan kombinasi memadukan antara kemoterapi, radioterapi dan pembedahan.

3) Radiasi

Radaiasi (penyinaran) bertujuan untuk menghancurkan jaringan yang terkena kanker.

4) Kemoterapi

Pengobatan kemoterapi bertujuan menjangkau sel-sel kanker yang menyebar kebagian tubuh lain dengan cara menghambat dan mengontrol pertumbuhan sel kanker (Ariani, 2015).

g. Efek Samping Pengobatan Kanker

1) Supresi sumsum tulang

Trombositopenia, anemia, dan leukopenia adalah kondisi yang terjadi sebagai efek samping kemoterapi yang mensupresi sumsum tulang. Sel-sel dalam sumsum tulang lebih cepat tumbuh dan membelah, sehingga sel-sel tersebut terkena efek kemoterapi.

2) Mual muntah

Mual dan muntah pada pasien yang mendapat kemoterapi digolongkan menjadi dua tipe yaitu akut, tertunda (*delayed*) dan antisipasi (*anticipatory*). Muntah akut terjadi pada 24 jam pertama setelah diberikan kemoterapi. Muntah yang terjadi setelah periode akut ini kemudian digolongkan dalam muntah tertunda (*delayed*). Sedangkan muntah antisipasi merupakan suatu respon klasik yang sering dijumpai pada pasien kemoterapi (10-40%) dimana muntah terjadi sebelum diberikannya kemoterapi atau tidak ada hubungannya dengan pemberian kemoterapi (Suryaningih & Bertiani, 2011).

3) Diare

Diare disebabkan karena kerusakan epitel saluran cerna sehingga absorpsi tidak adekuat. Obat golongan antimetabolit adalah obat yang sering menimbulkan diare. Pasien dianjurkan makan rendah serat, tinggi protein (seperti enteramin) dan minum cairan yang banyak. Obat anti diare diberikan dan dilakukan penggantian cairan dan elektrolit yang telah keluar (Brunner & Suddarth, 2001).

4) Alopesia

Kerontokan rambut atau alopesia sering terjadi pada kemoterapi akibat efek letal obat terhadap sel-sel folikel rambut. Pemulihan total akan terjadi setelah terapi dihentikan. Pada beberapa pasien rambut dapat tumbuh kembali pada saat kemoterapi masih berlangsung. Tumbuhnya kembali rambut dapat merefleksikan proses proliferasi kompensatif yang meningkatkan jumlah sel-sel induk atau mencerminkan perkembangan resistensi obat pada jaringan normal.

5) Mukositis

Mukositis dapat terjadi pada rongga mulut (stomatitis), lidah (glositis), tenggorok (esofagitis), usus (enteritis) dan rektum (proktitis). Umumnya mukositis terjadi pada hari ke-5 sampai 7 setelah kemoterapi. Satu kali mukositis muncul, maka siklus berikutnya akan terjadi mukositis Kembali, kecuali jika obat diganti atau dosis diturunkan. Mukositis dapat menyebabkan infeksi sekunder.

6) Nyeri

Obat kemoterapi dapat menyebabkan efek samping yang menyakit. Obat tersebut dapat merusak jaringan saraf, lebih sering pada persarafan jari tangan dan kaki. Sensasi yang dirasakan berupa rasa terbakar, mati rasa, geli, atau rasa nyeri.

7) Penurunan berat badan

Penurunan berat badan terjadi karena beberapa faktor diantaranya adalah penurunan nafsu makan, mual muntah, dan mukositis. Sebagian besar pasien kemoterapi mengalami penurunan sebanyak 5% dari berat badan sebelum menjalani kemoterapi.

8) Perubahan rasa

Pada pasien kemoterapi sering mengeluhkan perubahan dalam persepsi rasa, dan banyak dikeluhkan rasa pahit atau rasa metal. Kualitas rasa juga berkurang yang dideskripsikan sebagai rasa tidak enak dimulut atau mual. Faktor yang berpengaruh karena kurangnya perawatan mulut, infeksi, gastrointestinal reflux.

2. Konsep Koping

a. Pengertian Koping

Koping adalah cara yang dilakukan oleh individu untuk beradaptasi terhadap stress, menyelesaikan masalah, penyesuaian diri terhadap perubahan, dan respon terhadap situasi yang mengancam jiwa (*Stuart dan Sundeen, 2008*). Mekanisme koping bersifat konstruktif ketika ansietas digunakan sebagai tanda peringatan dan individu menerimanya sebagai tantangan untuk menyelesaikan

masalah. Dalam meningkatkan mekanisme koping dibutuhkan pemikiran aspek – aspek yang positif dan dukungan emosional oleh keluarga. Koping yang efektif akan membantu individu terbebas dari stres yang berkepanjangan. Setiap individu menggunakan koping berbeda untuk menghadapi masalah yang melibatkan perubahan dalam masyarakat dan sistem hidup dari kondisi yang dianggap tidak memuaskan kepada suatu keadaan yang lebih baik (Rosalina, 2018).

b. Jenis Koping

Koping ada dua, yaitu koping adaptif dan maladaptif.

- 1) Koping adaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat positif, rasional, dan konstruktif.

Mekanisme adaptif antara lain adalah berbicara dengan orang lain tentang masalah yang sedang dihadapi, mencoba mencari informasi lebih banyak tentang masalah yang dihadapi, berdoa, melakukan Latihan fisik untuk mengurangi ketegangan masalah, membuat berbagai alternative tindakan untuk mengurangi situasi, dan merasa yakin bahwa semua akan kembali stabil, mengambil pelajaran dari peristiwa atau pengalaman masa lalu.

- 2) Koping maladaptif adalah koping yang menghambat fungsi integritas, memecah pertumbuhan, menurunkan otonom dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan/tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

Perilaku maladaptif antara lain : agresif dan menarik diri, perilaku. Perilaku agresif dimana individu menyerang obyek, apabila dengan ini individu mendapat kepuasan, maka individu akan menggunakan agresi. Perilaku agresi (menyerang) terhadap sasaran atau obyek dapat merupakan benda, barang atau orang atau bahkan terhadap dirinya sendiri. Adapun perilaku menarik diri dimana perilaku menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis individu secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor

misalnya : individu melarikan diri dari sumber stress. Sedangkan reaksi psikologis individu menampilkan diri seperti apatis, pendiam dan munculnya perasaan tidak berminat yang menetap pada individu. perilaku yang dapat dilakukan adalah menggunakan alcohol atau obat-obatan, melamun dan fantasi, banyak tidur, menangis, beralih pada aktifitas lain agar dapat melupakan masalah.

Koping berfokus pada masalah adalah koping yang menunjukkan pada pemecahan masalah dan menghentikan stress. Sedangkan mekanisme koping berfokus pada emosi adalah koping yang digunakan untuk meredakan emosi individu yang ditimbulkan stress, tanpa berusaha untuk mengubah suatu situasi yang menjadi sumber stress secara langsung. Mekanisme koping merupakan cara mengatasi stress dan kecemasan dengan memperdayakan diri. individu biasanya menghadapi kecemasan menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada masalah, mekanisme koping yang berfokus pada kognitif, mekanisme koping yang berfokus pada emosi. Koping dapat diidentifikasi melalui respon manifestasi (tanda dan gejala) koping dapat dikaji melalui beberapa aspek yaitu fisiologi dan psikologis koping yang efektif menghasilkan adaptif sedangkan yang tidak efektif menyebabkan maladaptive (Stuart dalam Sumoked Adelina, 2019).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Koping

Dalam menentukan Koping yang akan digunakan seseorang untuk mengatasi masalahnya, terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi yaitu faktor individu dan faktor lingkungan (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Shera 2012).

1) Faktor individu

Pada faktor individu terdapat dua hal yang penting dalam menentukan pemilihan koping, yaitu komitmen dan kepercayaan. Komitmen mengekspresikan hal apa yang penting dan berarti bagi individu. Komitmen menentukan langkah seseorang dalam menghadapi

situasi penuh tekanan. Dengan adanya komitmen, maka seseorang akan mempertahankan keinginannya untuk mencapai tujuan akhir.

Keyakinan adalah pembentukan pribadi atau konfigurasi kognitif dari budaya budaya di lingkungan (*Wrubel* dalam Lazarus dan Folkman, 1984). Dalam pemilihan coping, keyakinan menentukan fakta-fakta apa yang harus individu percayai dan bagaimana mereka memaknai kondisinya. Keyakinan terdiri dari keyakinan terhadap kontrol personal dan keyakinan eksistensial (*existential belief*). Keyakinan terhadap kontrol personal adalah keyakinan seseorang pada kekuatan dirinya dapat mengatur kondisi sekitar diri. Keyakinan terhadap kontrol personal dapat mencakup dua hal, sebagai cara berpikir yang mendasar pada seseorang dan sebagai cara berpikir dalam situasi yang spesifik. Keyakinan kontrol personal sebagai cara pikir mendasar berarti melihat kontrol personal sebagai disposisi kepribadian yang stabil. Artinya pada kondisi apapun seseorang memiliki kecenderungan untuk memilih coping tertentu. Keyakinan eksistensial adalah keyakinan yang dapat menciptakan makna hidup dan menjaga adanya harapan dalam hidup walaupun berada pada situasi sulit, seperti: percaya pada Tuhan, agama, dan spritual.

2) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari: hal yang baru (kebaruan), dapat diprediksi atau tidaknya masalah tersebut (*predictability*), dan ketidakpastian (*event uncertainty*). Saat mengalami hal yang benar-benar baru (*novelty*) dan tidak ada pengalaman mengenai hal tersebut, seseorang cenderung tidak mempersiapkan coping apa yang harus digunakan. Dapat diprediksi atau tidaknya masalah terlihat dari adanya tanda-tanda pada lingkungan yang dapat ditemukan, dibedakan satu dengan lainnya, atau dipelajari. Dengan adanya tanda-tanda tersebut, seseorang akan berusaha mempersiapkan coping yang akan digunakan. *Event uncertainty* atau ketidakpastian merupakan langkah selanjutnya dari *predictability*. Saat seseorang sudah menemukan tanda-tanda yang mengindikasikan suatu kejadian, maka individu tersebut akan menyimpulkan probabilitas atau

kemungkinan terjadi atau tidaknya hal tersebut. Di dalam faktor lingkungan terdapat temporary faktor atau faktor sementara, yaitu kesegeraan, durasi, dan ketidakpastian sementara (*temporal incertanty*). Kesegeraan yaitu berapa banyak sisa waktu sebelum suatu hal terjadi. Biasanya, semakin sedikit waktu yang tersisa, maka akan lebih banyak coping yang dicoba. Durasi merujuk pada seberapa lama situasi yang sulit tersebut terjadi. Ketidakpastian sementara adalah ketidaktahuan kapan suatu hal akan terjadi. Faktor sementara akan dipertimbangkan saat seseorang sudah memikirkan faktor-faktor lingkungan yang utama.

d. Strategi Koping

Para ahli menggolongkan dua strategi koping, yaitu :

1) *Problem solving focused coping*

Merupakan mekanisme seseorang individu yang secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stress. Beberapa contoh pemecah masalah yang dapat digunakan di antara lain :

- a. Meminta bantuan kepada orang lain.
- b. Secara besar hati, mampu mengungkapkan perasaan sesuai situasi yang ada.
- c. Mencari lebih banyak informasi yang terkait dengan masalah yang dihadapi sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realistas.
- d. Menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah.

2) *Emoticon focused coping*

Melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan di timbulkan. Hasil penelitian membuktikan bahwa individu menggunakan kedua cara tersebut untuk mengatasi berbagai masalah yang menekan dalam berbagai ruang lingkup kehidupan sehari-hari.

Faktor yang menentukan strategi mana yang paling banyak atau sering digunakan sangat tergantung pada tipe kepribadian seseorang, dan sejauh

mana tingkat stress dari suatu kondisi atau masalah yang dialaminya. Contoh seseorang cenderung menggunakan *problem-solving focused coping* dalam menghadapi masalah-masalah yang menurutnya bisa dikontrol. Seperti, masalah-masalah yang berhubungan dengan sekolah atau pekerjaan. Sebaliknya seseorang akan cenderung menggunakan *strategi emoticon focused coping* Ketika dihadapkan pada masalah yang menurutnya sulit dikontrol (Yirina,2018).

e. Penilaian Koping

Ada beberapa skala pengukuran koping yang dapat digunakan, yakni sebagai berikut :

1) *The brief COPE*

Instrument ini dikembangkan oleh Carver (1997) dimana alat ukur ini merupakan adaptasi dari alat ukur COPE yang dibuat Carver, Scheir dan Weintraub (1989). Instrumen ini digunakan untuk melihat cara individu mengatasi masalah dan mengukur respon koping yang penting dan potensial dengan cepat. The Brief COPE terdiri dari 28 item yang mengukur 14 konsep (*venting, active coping, self-distraction, Denial, substance use, use of emotional support, behavioral disengagement, positif reframing, planning, humor, acceptance, religion, self-blame*) reaksi koping yang berbeda.

2) *Ways Of Coping Scale (WOC)*

Instrument ini dibuat oleh Folkman dan Lazarus (1986) memakai perbedaan *problem Focused coping* dan *emotional focused coping*. Terdiri dari 66 item pertanyaan mengandung berbagai pikiran dan Tindakan seseorang untuk dengan tuntutan internal dan eksternal stress. Biasanya untuk pengobatan medis atau pemeriksaan akademis (Yirina,2018).

f. Hasil Koping

Lazarus dan Folkman dalam Aris (2015) menyatakan koping yang efektif yaitu koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima

situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang dapat dikuasai. Sesuai dengan pernyataan tersebut, Chohen dan Lazarus dalam Aris (2015), menggunakan agar coping dilakukan dengan efektif, maka strategi coping perlu mengacu pada lima fungsi tugas coping yang dikenal dengan istilah *coping task*, yaitu sebagai berikut; a) Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya. b) menoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negative. c) mempertahankan gambaran diri yang positif, d) mempertahankan keseimbangan emosional. d) melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain.

Menurut Taylor dalam Aris (2015), efektivitas coping bergantung pada keberhasilan pemenuhan *coping task*. Individu tidak harus memenuhi semua *coping task* untuk dinyatakan berhasil melakukan coping dengan baik. Setelah coping dapat memenuhi sebagian atau semua fungsi tugas tersebut, maka dapat terlihat bagaimana coping outcome yang dialami tiap individe, hasil coping (*coping outcome*) merupakan kriteria hasil coping untuk menentukan keberhasilan coping. Beberapa kriteria dari *coping outcome* sebagai berikut; a) ukuran fisiologis, yaitu coping dinyatakan berhasil bisa coping yang dilakukan dapat mengurangi indicator dan membangkitkan stress seperti menurun nya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan system pernapasan. b) mengetahui apakah individu mampu Kembali kepada keadaan seperti sebelum nya dengan cepat. Coping dinyatakan berhasil apabila coping yang dilakukam dapat membawa individu Kembali pada keadaan semua seperti sebelum mengalami stress. c) efektifitas dalam mengurangi stress psikologis. Coping dinyatakan berhasil apabila coping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Berdasarkan adaptasi Callista Roy menyebutkan manusia adalah sistem adaptif yang *holistic* serta merupakan fokus dari keperawatan. Lingkungan baik internal maupun eksternal yang terdiri dari semua fenomena yang mengelilingi sistem adaptif manusia dan mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia. Perilaku yang terwujud dari adaptasi dapat dilihat dari empat *model adaptif*. Pertama mode fisiologi, berfokus pada respon fisik seseorang pada lingkungannya dan kebutuhan yang mendasarinya adalah integritas psikologi. Kedua mode konsep diri, berfokus pada perasaan, keyakinan serta pemikiran seseorang mengenai dirinya dalam waktu tertentu. Kebutuhan mode konsep diri ini yaitu integritas psikologi dan spiritual. Ketiga mode fungsi peran, berfokus pada peran mengetahui perilaku apa yang harus ditunjukkan di lingkungan sekitar atau masyarakat. Keempat mode adaptif interdependensi, berfokus pada hubungan dan orang-orang di sekitar. Kebutuhan dasar mode adaptif interdependensi yaitu integritas sosial untuk memberi serta menerima rasa cinta, hormat dan nilai dari seseorang terdekat (Alligood, 2017).

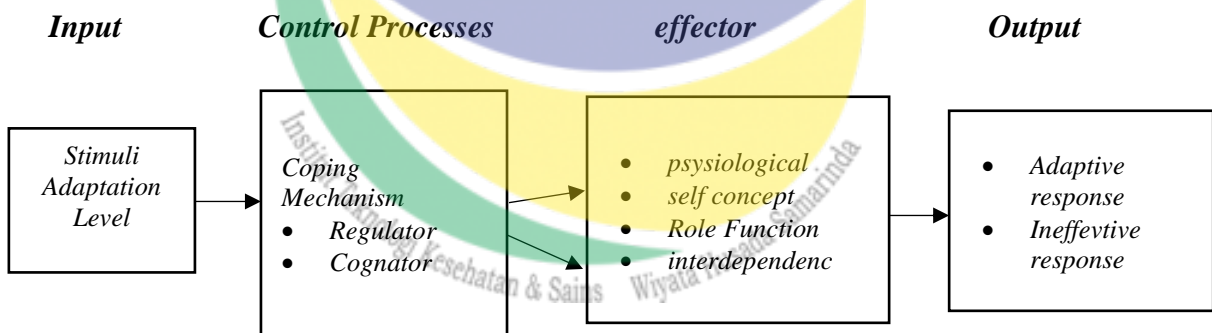
Manusia merupakan sistem *holistic* dan adaptif. Sebagai sebuah sistem adaptif, manusia digambarkan sebagai suatu keseluruhan dengan sebagian-sebagiannya yang berfungsi sebagai satu kesatuan untuk tujuan masing-masing. Sistem manusia meliputi manusia sebagai individu atau dalam kelompok termasuk keluarga, organisasi, komunitas, dan masyarakat sebagai satu keseluruhan. Sistem manusia memiliki kemampuan berfikir dan merasakan, yang berakar dari kesadaran dan makna, dimana keduanya menyesuaikan diri secara efektif terhadap perubahan lingkungan yang pada akhirnya akan mempengaruhi lingkungan tersebut (Alligood, 2017).

Roy mengartikan keperawatan secara luas sebagai profesi pelayanan Kesehatan yang berfokus pada proses kehidupan manusia beserta polanya dan menekankan pada promosi Kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan, serta memperluas kemampuan adaptif dan meningkatkan transformasi manusia dan lingkungan. Aktivitas keperawatan sebagai pengkajian perilaku dan stimulus yang dapat mempengaruhi adaptasi, pengkajian

sebagai penilaian keperawatan, intervensi yaitu perencanaan yang disusun untuk mengelola stimulus tersebut (Alligood, 2017).

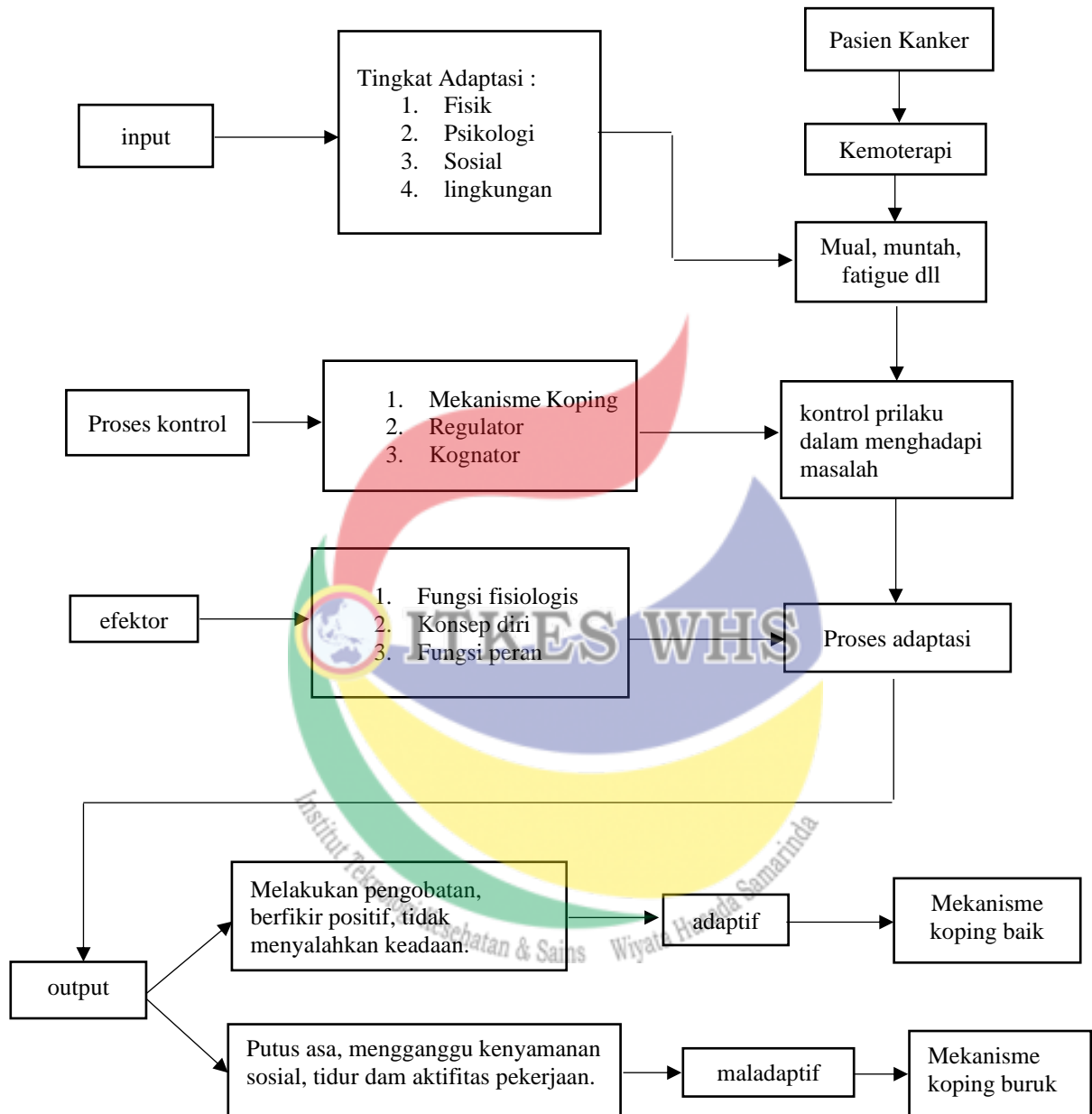
Roy mendefinisikan manusia sebagai fokus dalam pelayanan keperawatan sebagai sistem adaptif yang hidup dan kompleks dengan proses-proses internalnya (kognator dan regulator) yang bekerja untuk mempertahankan adaptasi dalam keempat mode adaptif (fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi). Adaptasi didefinisikan yaitu mengacu pada suatu proses luaran dimana manusia yang berfikir dan merasa, sebagai individu maupun kelompok, menggunakan kesadaran dan pilihan untuk menciptakan keterpaduan antara manusia dan lingkungan. Manusia bukan hanya suatu sistem yang berjuang menghadapi stimulus lingkungan untuk mempertahankan integritasnya, setiap kehidupan manusia memiliki tujuan dalam semesta ini yang bersifat kreatif dan setiap orang tidak dapat dipisahkan dari lingkungannya (Alligood, 2017).

Sistem Adaptasi menurut Roy dapat digambarkan sebagai berikut :



Skema : 2.1 Model Konsep Teori Menurut Sister Callista Roy

C. Kerangka Teori Penelitian



Skema : 2.2 Model Kerangka Teori Keperawatan Modifikasi Roy (1991).

BAB III

METODE PENELITIAN

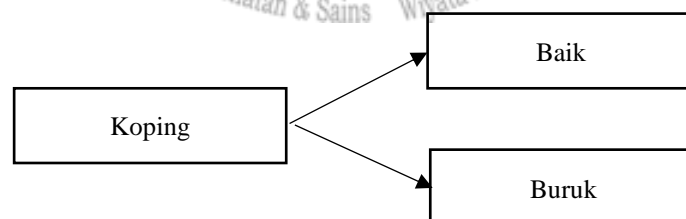
A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Jenis metode penelitian yang dipilih adalah Deskriptif pengertian dari suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran objektif yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisa dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono, 2011). Dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu dimana suatu peneliti menekankan pada pengukuran atau observasi data pada satu waktu untuk mengetahui Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah alat bantu peneliti untuk dapat menghubungkan hasil temuan dengan kerangka teori. Kerangka konsep dipakai sebagai landasan untuk berfikir dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Dalam penelitian ini, dari uraian konsep diatas maka kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut :

Variabel Penelitian



Skema : 3.1 Kerangka Konsep

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang memenuhi kriteria dan mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpilannya (Sugiyono, 2013). Adapun populasi yang di gunakan dalam penelitian ini adalah pasien kanker dengan lama perawatan kurang dari 6 bulan di RS Dirgahayu Samarinda berjumlah 85 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, karena keterbatasan dana, tenaga, dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut (Sugiyono, 2013). Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi (Dharma, 2012). Adapun kriteria sampel penelitian yaitu :

a) Inklusi

1. Pasien kanker usia dewasa 18-60 tahun yang sedang menjalani pengobatan kemoterapi, radioterapi, radiasi, pembedahan.
2. Bersedia menjadi responden.
3. Yang bisa berkomunikasi dengan baik.

b) Eksklusi

1. Pasien kanker yang *droup out* dari gejala tertentu seperti mual, muntah akibat kemoterapi yang tidak terkontrol.
2. Tidak bersedia menjadi responden.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah Teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2017). Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relative kecil, kurang dari 100 orang atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil, dengan merujuk pendapat Sugiyono tersebut, maka peneliti bermaksud menjadikan seluruh populasi sebagai sampel penelitian karena jumlah populasi yang akan diteliti kurang dari 100. Sampel yang diambil dari penelitian ini adalah 85 orang.

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap suatu (benda, manusia, dan lainnya) menurut Soeparto, dkk dalam (Nursalam, 2017). Adapun variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2017). Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen Mekanisme Koping.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan. Karakteristik yang diamati (diukur) merupakan kunci definisi operasional, yang dapat diamati artinya memungkinkan penelitian untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek fenomena yang kemudian dapat diulangi oleh orang lain (Nursalam, 2017).

Tabel : 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Koping	Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu. Koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya (Lazarus dan Folkman (1984) dalam Nasir dan Muhith, (2011).	Kuesioner <i>Cope Brief</i> dengan 28 item, menggunakan skala likert. <i>Favorable</i> : 1 = belum pernah 2 = kadang-kadang 3 = sering 4 = sangat sering <i>Unfavorable</i> : 1 = sangat 2 = sering 3 = kadang-kadang 4 = belum pernah	Baik > Median, (74) Buruk < Median, (74)	Ordinal

F. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda, Jl. Gunung Merbabu No. 62.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian mulai dilaksanakan pada bulan Juni – Juli 2021.

G. Instrument Penelitian

Pengambilan data dapat dilakukan dengan beberapa teknik, yaitu observasi, wawancara, dan kuesioner (Kumar, 2005). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner untuk mengumpulkan data. Kuesioner adalah alat ukur dengan sejumlah pertanyaan tertulis dimana dalam proses pengerjaannya responden diminta untuk membaca setiap pertanyaan yang tertera kemudian menginterpretasikan pertanyaan-pertanyaan tersebut dan menuliskan sendiri jawabannya pada lembar kuesioner (Bastian, 2012).

Penelitian ini menggunakan alat ukur Koping, dan alat ukur ini menggunakan skala Likert, sehingga subyek memilih satu dari beberapa pilihan respon yang ada. Alat ukur tersebut dibentuk menjadi sebuah kuesioner. Berikut adalah uraian dari instrumen yang digunakan dalam proses pengumpulan data penelitian (Bastian, 2012).

H. Alat Ukur Koping dan Uji Coba Alat Ukur Koping

Dalam melakukan pengukuran terhadap koping, terdapat beberapa alat ukur yang dikembangkan dari waktu ke waktu contohnya *Ways of Coping* oleh Folkman dan Lazarus (1985), *The Cope Inventory* yang dikembangkan oleh Carver, Scheier dan Weintraub (1989), *The Brief Cope* oleh Carver (1997) dan lain-lain. Alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *The Brief Cope* yang merupakan adaptasi dari *The Cope Inventory* yang sebelumnya dikembangkan berdasarkan teori stress dan coping dari Lazarus dan Folkman (1984) serta model tingkah laku regulasi diri dari Carver dan Scheier (1981 dalam 1990). Alat ukur yang terdiri dari 60 item yang dikelompokkan ke dalam beberapa skala ini dinilai terlalu Panjang dan cenderung membuat partisipannya tidak sabar dalam mengerjakan (Carver, 1997). Maka pada studi selanjutnya alat ukur ini dipersingkat menjadi 14 skala dimana masing-masingnya memiliki dua item dan diberi nama *The Brief Cope* (Carver, 1997).

Pengembangan alat ukur *The Brief Cope* ini diawali dengan mengurangi dua skala yang hasilnya telah terbukti tidak diperlukan pada pengukuran sebelumnya. Adapun skala tersebut adalah *restrain coping* dan *suppression of competing activities*. Kemudian terdapat tiga skala yang diubah namanya untuk mempertajam fokus dari alat ukur ini yaitu positif *reinterpretation and growth* menjadi *positif reframing* untuk menghilangkan sebutan “*growth*”, skala *focus on* dan *venting of emotions* menjadi *venting* karena terlalu berfokus pada pengalaman tertekan sehingga tekanan diubah menjadi hanya sebagai hasilnya. Serta skala *mental disengagement* menjadi *self-distraction* supaya lebih fokus pada indakan apa yang dilakukan seseorang untuk menjauhkan pikiran dari pemicu stress. Selanjutnya terdapat penambahan satu skala yang sebelumnya tidak digunakan

dalam *Cope* yakni *self-blame* yang ditemukan oleh Bolger (1990 dalam Carver, 1997) sebagai faktor predictor akan penyesuaian diri saat menghadapi stres dalam berbagai penelitian tentang *coping* lainnya.

Pada akhirnya The Brief Cope memiliki 28 item yang terbagi dalam 14 subskala dari kedua jenis coping yaitu dari jenis problem-focused coping : *active coping, planning, positif reframing, behavioral disengagement* dan *use of instrumental support*, sementara itu dari jenis emotional-focused coping : *acceptance, humor, religion, using emotional support, self distraction, denial, venting, substance use, dan self-blame*. Seluruh skala ini digolongkan ke dalam dua bentuk umum dari *coping* menurut Lazarus dan Folkman (1984), yaitu problem-focused coping yakni menyelesaikan masalah atau melakukan sesuatu mengatasi sumber stres dan emotional-focused coping yakni mengurangi atau mengatasi tekanan emosional yang diakibatkan oleh stress.

Pengujian awal alat ukur ini dilakukan Carver (1997) pada korban dari bencana alam badai Andrew yang tinggal dalam suatu tempat pemulihan. Setelah melakukan pengujian sebanyak tiga kali dengan melibatkan 168 partisipan, pengujian tahap kedua dilakukan dengan melibatkan 124 partisipan. Pada tahun berikutnya Carver melakukan pengujian ketiga dengan melibatkan 126 partisipan. Seluruh assessment ini digunakan terpisah untuk mengevaluasi reliabilitas dari setiap subscales. Hasil uji reliabilitas dengan menggunakan Cronbach Alpha menunjukkan bahwa hampir semua subscales menghasilkan koefisien reliabilitas diatas 0,6, kecuali venting, denial, dan acceptance. Namun demikian, dikarenakan pada setiap subscales hanya terdiri atas dua item, menurut Nunnally (1978), koefisien reliabilitas yang dapat diterima adalah minimal 0,5 (Carver, 1997). Adapun koefisien reliabilitas dari masing-masing subscales adalah sebagai berikut: *Active Coping (0.68), Planning (0.73), Positive Reframing (0.64), Acceptance (0.57), Humor (0.73), Religion (0.82), Using Emotional Support (0.71), Using Instrumental Support (0.64), Self-Distraction (0.71), Denial (0.54), Venting (0.50), Substance Use (0.90), Behavioral Disengagement (0.65), dan Self-Blame (0.69)*.

Pengukuran coping dengan menggunakan *The Brief cope* menurut Taylor (2012) akan memperlihatkan strategi coping yang biasa digunakan individu untuk menghadapi kejadian yang mengakibatkan stres. Selain itu alat ukur ini dapat melihat respon coping yang penting dan potensial dengan cepat. *The Brief Cope* telah digunakan sebelumnya pada penelitian mengenai pasien kanker payudara, korban bencana alam dan berbagai sampel lainnya. Alat ukur ini pun telah di terjemahkan oleh peneliti sebelumnya keberbagai bahasa seperti perancis, spanyol, bahkan Indonesia.

Selanjutnya berikut ini adalah tabel kisi-kisi dari alat ukur *The Brief Cope* (Carver, 1997) :

Tabel 3.2 Kisi-kisi Alat Ukur Coping (*Brief Cope*)

Jenis coping	Subscales	No. Item	Contoh item
Problem-focused coping	Active coping(P)	2 dan 7	Saya mengambil tindakan untuk mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik.
	Use of instrumental support(P)	10 dan 23	Saya mendapatkan bantuan dan saran dari orang lain.
	Behavioral disengagement(P)	6 dan 16	Saya menyerah dalam upaya mengatasi masalah ini.
	Positif reframing(P)	12 dan 17	Saya mencoba melihat masalah ini dari sudut pandang yang berbeda agar membuatnya tampak lebih positif.
	Planning(P)	14 dan 15	Saya berusaha membuat strategi untuk dapat menyelesaikan masalah ini.
Emotional-focused coping	Venting(E)	9 dan 21	Saya dapat mengekspresikan perasaan negative saya.
	Self-distraction(E)	1 dan 19	Saya mengalihkan pikiran saya dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain,
	Denial(E)	3 dan 8	Saya tidak percaya bahwa masalah ini telah terjadi.
	Substance use(E)	4 dan 11	Saya menggunakan alkohol atau obat-obatan lain agar merasa lebih baik.
	Use of emotional support(E)	5 dan 15	Pada kenyataan, saya mendapatkan hiburan dan pengertian dari orang lain.
	Humor(E)	18 dan 28	Saya membuat lelucon mengenai masalah yang sedang saya hadapi ini.
	Acceptance(E)	20 dan 24	Saya menerima fakta bahwa masalah ini telah terjadi.
	Religion(E)	22 dan 27	Saya berdoa dan bermeditasi
Self-blame	13 dan 26	Saya menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang saya hadapi ini.	

Alat ukur ini telah diadaptasi dan digunakan dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Styorini (2012). Uji reliabilitas alat ukur yang dilakukan dengan metode coefficient-alpha (*Cronbach's alpha*) menunjukkan hasil koefisien reliabilitas sebesar 0,821, yang menurut Kaplan dan Saccuzzo (2005) tergolong cukup baik karena telah melewati 0,7 – 0,8. Sementara itu pada uji validitas yang dilakukan Setyorini ditemukan beberapa item dengan nilai validitas yang kurang baik yakni dibawah 0,2 yaitu item no 3 dan 8 (subscales denial), 4 dan 11 (subscales substance use), 6 dan 16 (subscales behavioral disengagement), serta item 13 dan 26 (subscales self-blame).

Peneliti sebelumnya kemudian melakukan uji coba alat ukur dan menemukan koefisien reliabilitas yang baik yakni sebesar 0,843. Sementara itu, uji validitas alat ukur dilakukan dengan menggunakan metode internal consistency. Berdasarkan teknik tersebut, ditemukan beberapa item memiliki skor dibawah batas minimal pada indeks validitas untuk yaitu 0,2 menurut Aiken dan Groth-Marnat (2006). Adapun item tersebut adalah item nomor 3 dan 8 (subscales denial), 4 dan 11 (subscales substance use), 6 dan 16 (subscales behavioral disengagement), serta item 13 dan 26 (subscales self-blame).

Oleh karena itu, peneliti sebelumnya melakukan expert judgement yakni mendiskusikan hasil uji coba alat ukur dengan pembimbing hingga kemudian memutuskan untuk melakukan revisi pada pemilihan kata yang digunakan dalam ketujuh item tersebut. Peneliti sebelumnya memutuskan untuk tidak membuang item karena dikhawatirkan akan mempengaruhi validitas keseluruhan. Berikut ini merupakan revisi item yang telah disebutkan sebelumnya :

Tabel 3.3 Revisi item alat ukur Coping (Brief cope)

No	Item sebelumnya	Item revisi
5.	Saya mendapatkan dukungan emosional dari orang lain.	Pada kenyataannya, saya mendapat dukungan emosional dari orang lain.
11.	Untuk membantu saya melewati masalah ini, saya lari ke minuman beralkohol atau obat-obatan.	Untuk membantu saya melewati masalah ini, saya mengalihkannya pada minuman alkohol (contoh : bir, mixmax dsb) dan obat-obatan (contoh; Pereda rasa sakit diluar resep dokter)
15.	Saya mendapatkan penghiburan dan pengertian dari orang lain.	Pada kenyataan, saya mendapat penghiburan dan pengertian dari orang lain.

16.	Saya “angkat tangan” dalam upaya mengatasi kondisi ini.	Saya menyerah dalam melakukan upaya mengatasi kondisi ini.
21.	Saya dapat mengekspresikan perasaan negative saya.	Saya dapat mengekspresikan perasaan negative saya seperti : marah, sedih, takut, dsb.
26.	Saya menyalahkan diri sendiri karena penyakit yang saya hadapi ini.	Saya menyalahkan diri sendiri atas munculnya penyakit ini.
28.	Saya tertawa saja pada kondisi yang saya hadapi ini.	Saya menertawakan kondisi yang saya hadapi.

I. Metode Skoring Alat Ukur Koping

Skala yang digunakan dalam alat ukur ini terbentang dari 1 sampai empat yakni sesuai dengan empat pilihan jawaban yang ada. Adapun pilihan jawaban tersebut adalah: (1) “belum pernah memiliki skor 1, (2) “kadang-kadang” yang memiliki skor 2, (3) “sering” yang memiliki skor 3, dan (4) “sangat sering” yang memiliki skor 4. Sementara itu, Carver (1997) tidak memaparkan cara pengategorisasian dari skor total yang didapatkan partisipan pada alat ukur The Cope Brief ini. Oleh karena itu, kategorisasi skor dilakukan dengan melakukan perhitungan rata-rata skor coping yang dimiliki partisipan dan standar deviasi.

J. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur penelitian terdiri dari tiga tahap, yaitu: tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap pengolahan dan analisis, interpretasi data.

1. Protokol Kesehatan

- a) Melakukan test rapid/swab antigen sebelum melakukan prosedur pengumpulan data
- b) Usahakan menggunakan pakaian yang dapat menutupi area kulit, bisa menggunakan aksesoris seperti baju lengan panjang, tidak menggunakan aksesoris seperti gelang, cincin dan lainnya.
- c) Selalu membawa hand sanitaizer, tisu antiseptic dan peralatan untuk mengantisipasi jika tidak ada tempat untuk mencuci tangan.
- d) Wajib menggunakan masker dan *faceshield*.
- e) Cek suhu tubuh.
- f) Mencuci tangan 6 langkah/ sesuai prosedur cuci tangan yang baik dan benar

- g) Jika batuk atau bersin, lakukan etika batuk yang benar.
- h) Jaga jarak aman dengan orang lain min. 1 meter.

2. Tahap Persiapan

Penelitian mempersiapkan dalam melakukan pengajuan judul penelitian kepada pembimbing, hingga judul di setuju oleh pembimbing. Setelah itu, dilakukan dengan membuat proposal (Bab I,II dan III) dan mendapatkan bimbingan dan arahan dari pembimbing. Pada studi pednahuluan peneliti mengajukan surat permohonan kepada bagian akademik untuk mendapatkan surat penelitian di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda. Kemudian proposal tersebut di seminarkan jika telah mendapatkan persetujuan dari pembimbing. Peneliti juga mempersiapkan proposal, perizinan dari Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda dan para responden penelitian.

3. Tahap Pelaksanaan

Peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut. Kemudian peneliti dengan cara memberikan informasi atau penjelasan kepada responden. Setelah itu, peneliti mengumpulkan data dengan suatu alat ukur. Data yang di gunakan oleh peneliti berupa kuesioner.

4. Tahap Pengolahan

Setelah data terkumpul semua dari responden kemudian peneliti melakukan pengecekan ulang terhadap data-data yang didapatkan dalam kegiatan Analisa data. Setelah data dilihat layak untuk diikutdertakan dalam kegiatan analisa data tahap berikutnya adalah melakukan pemberian *coding* dan *scoring* kemudian data dikategorikan sesuai dengan menggunakan jasa bantuan program *software* computer, sehingga didapatkan nilai hubungan atau asosiasi dari data tersebut.

K. Analisa Data

Dalam tahap analisa data, data-data dianalisa dengan teknik tertentu. Teknik Analisa data menurut (Notoatmojo, 2013) adalah sebagai berikut :

1. Teknik Pengolahan Data

a) *Editing* (memeriksa)

Kuesioner dari penelitian harus dilakukan pemeriksaan (*editing*) terlebih dahulu yaitu kehiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner penelitian. Dilakukan *editing* dengan melakukan pengecekan ulang apakah sudah lengkap atau belum, jika belum perbaiki kembali untuk mengisi yang belum terisi.

b) *Coding* (memberi kode)

Setelah semua kesioner di edit atau periksa, selanjut nya dilakukan pengkodean atau memberikan kode, yakni mengubah data berbentuk kaliaat atau huruf menjadi angka atau bilangan. *Coding* atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukan data (*data entry*).

Kode Individual Koping :

Belum pernah	: 1
Kadang-kadang	: 2
Sering	: 3
Sangat sering	: 4

c) *Data Entry* (memasukan data)

Data jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau bilangan) dimasukan ke dalam program computer.

d) *Cleaning* (pembersihan data)

Apabila dari semua data setiap sumber atau responden selesai dimasukan, maka perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkap, dan sebagainya, kemudian dilakukan perbaikan atau koreksi.

2. Analisa Data

Analisa yang dilakukan untuk tujuan melihat distribusi frekuensi dan persentase dari variable yang di kehendaki dari tabel distribusi.

a. Uji Normalitas

Untuk mengetahui data dilakukan untuk mengetahui apakah data tersebut mengikuti distribusi normal atau tidak. Uji normalitas merupakan bagian dari uji persyaratan analisis statistik asumsi dasar. Penelitian ini dalam uji normalitas yang digunakan adalah Uji Kolmogorov-Smirnov. Uji ini digunakan dikarenakan sampel lebih dari 50 responden. Diperoleh hasil indikator koping adalah dengan hasil uji *p value* 0.200 lebih besar dari nilai normal (*alpha*) $\alpha = 0,05$ karena *p value* hasil uji harus lebih besar dari 0.05. dikatakan normal apabila nilai signifikan lebih dari 0.05 pada ($p > 0,05$). Sebaliknya, apabila nilai signifikan lebih kecil dari 0.05 pada ($p > 0,05$), maka data dikatakan tidak normal (Dahlan, 2014). Berdasarkan uji normalitas dengan Kolmogorov-smirnov pada tabel 3.3 diperoleh nilai signifikan variable koping yaitu $0.200 > 0.05$, maka distribusi data dinyatakan normal maka nilai yang digunakan adalah median.

Tabel 3.3 Uji Normalitas

Variabel	Kolmogorov-Smirnov
Koping	0.200

b. Analisa Univariat

Data yang telah diolah kemudian dianalisa menggunakan metode Analisa data univariat yaitu cara Analisa data untuk variabel tunggal (Lapau, 2015). Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistic, table, grafik (Setyawan, 2015). Data yang dilihat pada Analisa univariat adalah distribusi frekuensi, nilai mean, mendian, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% confident interval mean.

- 1) Mean, merupakan nilai rata-rata secara aritmatik dari semua nilai dari variable yang diukur (Sitoyo & Sodik, 2015). Rumus menghitung menggunakan nilai mean yaitu :

$$X = \sum X_n / N$$

Keterangan :

X : Nilai mean/rata-rata hitung

\sum : jumlah (apabila ada X_1 ini berarti dari X pertama sampai ke X_n)

X_n : merupakan lambing untuk yang terakhir dalam N data tersebut.

N : jumlah populasi dalam distribusi
(Yusuf, 2016)

- 2) Mendian, merupakan nilai tengah dari nilai-nilai pengamatan yang disusun secara teratur mulai dari data terkecil sampai terbesar. Median membagi data menjadi dua yaitu 50% terletak dibawah mendian dan 50% terletak di atas median. Median dapat digunakan bila skala pengukuran datanya minimal ordinal sehingga terhadap nilai-nilai pengamatan dapat dilakukan pemeringkat untuk menemukan nilai tengahnya. Median dapat digunakan untuk data yang belum dikelompokkan dan data yang sudah dikelompokkan. Rumus median untuk data yang sudah di kelompokkan yaitu:

Keterangan :

Me : nilai median

b : tepi batas bawah kelas median

P : Panjang kelas/ interval

F : jumlah frekuensi sebelum kelas median

f : Frekuensi kelas median

n : Jumlah seluruh frekuensi (Muchson, 2017).

$$Me = b + P \left[\frac{1/2 n - F}{f} \right]$$

- 3) Modus, adalah nilai yang sering muncul dari suatu nilai-nilai pengamatan. Modus dapat digunakan untuk semua skala pengukuran data nominal, ordinal, interval dan rasio. Modus dibedakan menjadi dua yaitu data yang belum dikelompokkan dan data yang sudah dikelompokkan. Rumusnya untuk data yang sudah dikelompokkan yaitu :

$$Mo = b + P \left(\frac{b1}{b1 + b2} \right)$$

Keterangan :

Mo : Modus

b : tepi batas bawah kelas modus

P : Panjang kelas/ interval

b1 : frekuensi kelas modus dikurangi kelas sebelumnya

b2 : frekuensi kelas modus dikurangi kelas berikutnya (Muchson, 2017).

- 4) Standar deviasi, adalah sebaran yang merefleksikan distribusi nilai di sekitar mean (Apriningsih, Widyastuti, & Fauziah, 2010). Deviasi simpangan baku atau penyimpangan baku, merupakan ukuran penyebaran yang terbaik karena dapat digunakan untuk membandingkan suatu rangkaian data dengan yang lainnya. Selain itu, standar deviasi akan tetap dapat dihitung dari data asli meskipun beberapa sampel dikombinasikan dengan sampel lain. Standar deviasi juga memiliki deviasi kuadrat yang kecil (Santoso, 2010). Rumus yang digunakan untuk menghitung standar deviasi terbagi dua yaitu (Swarjana, 2016) :

$$SD = \sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x})^2}{N}}$$

Standar deviasi pada populasi

$$SD = \sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Standar deviasi pada sampel

Keterangan :

SD : Standar Deviasi

X : nilai data

\bar{x} : nilai rata-rata atau mean

N : jumlah frekuensi

L. Etika Penelitian

Menurut Dahlan (2014) etika penelitian menjelaskan masalah etika penelitian yang merupakan hal penting dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan :

1. *Informed Consent* (penyampaian informasi)

Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang Gambaran Koping Pada Pasien Kanker. Jika responden bersedia di teliti maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika responden menolak untuk di teliti oleh peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya. Responden yang bersedia diteliti menandatangani lembar persetujuan, pada penelitian ini ada responden yang menolak untuk di teliti.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya berupa inisial dari nama responden.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah di kumpulkan di jamin kerahasiaanya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat,2010).

Adapun status hubungan dalam antara peneliti dan orang yang diteliti masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban yang harus diakui dan dihargai.

Hak dan kewajiban bagi peneliti dan orang yang diteliti adalah :

a) Hak kewajiban responden

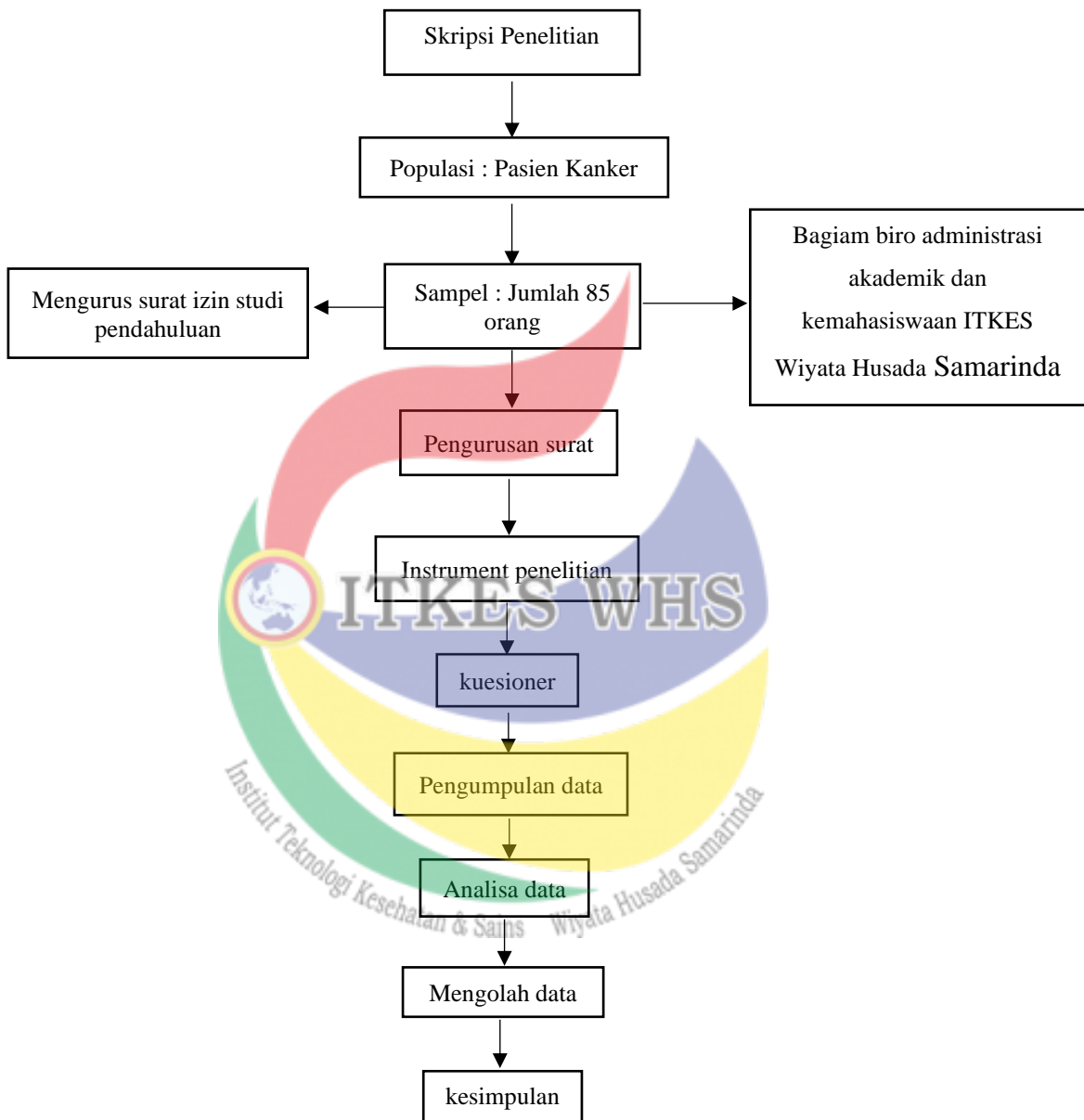
Hak-hak responden antara lain : hak untuk dihargai *privacy*, hak merasahasiakan informasi yang diberikan, hak memperoleh jaminan keamanan akibat dari informasi yang diberikan. Kewajiban bagi responden adalah memberikan informasi yang diperlukan oleh peneliti setelah adanya persetujuan *inform consent*.

b) Hak kewajiban peneliti

Peneliti banyak memperoleh informasi yang diperlukan sejujur-jujurnya dan selengkap-lengkapnyanya dari responden. Kewajiban peneliti adalah menjaga *privacy* responden.



M. Alur Penelitian



Skema : 3.2 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pemaparan hasil penelitian dan pembahasan yang berkaitan dengan penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian yang tertulis disertai dengan interpretasi dari data-data tersebut. Pada bagian selanjutnya akan dibahas mengenai analisis univariat dengan memaparkan pembahasan serta teori-teori yang mendukung hasil penelitian ini.

A. Hasil Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Pada bab IV ini peneliti menyajikan hasil penelitiannya mengenai Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 16 Juli 2021 sampai 23 Juli 2021. Lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Dirgahayu yang beralamat di Jl Gn. Merbabu No. 62 Samarinda.

Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda merupakan salah satu karya Kerasulan Gereja Katolik Keuskupan Agung Samarinda (KASRI) secara khusus di bidang Kesehatan. Pada tahun 1920, tiga orang biarawati dari Kongregasi St. Fransiskus Veghel tiba di Laham. Setelah melihat dan mengalami sendiri kondisi masyarakat yang cukup memprihatinkan dan kesulitan karya kerasulan yang dikerjakan oleh para Pastor di mana di samping harus membina mental religious, tapi juga harus “mengantongi obat yang dibutuhkan masyarakat setempat, ketiga biarawati tersebut merintis pembukaan poliklinik” Pada Tahun 1923, para suster tersebut mulai membuka sebuah poliklinik kecil. Oleh karena itu, Tahun 1923 tonggak sejarah karya Kesehatan katolik mulai tertanam di Kalimantan Timur.

Pada tanggal 4 Mei 1963 berdiri lah Balai Pengobatan “Keluarga Sutji”, di kompleks keuskupan, Kampung Jawa, Samarinda. Balai Pengobatan ini merupakan tonggak awal pembangunan dan pengembangan karya Kesehatan katolik dalam bentuk rumah sakit dan sekolah perawat di Samarinda. Di dorong meningkatnya kebutuhan akan pelayanan maka pada tanggal 26 Desember 1964 dibuka sebuah Rumah Sakit Bersalin “Keluarga Suci Sumber Cinta Kasih” di dalam kompleks keuskupan Samarinda. Sebagai dokter pengawas pada saat itu adalah Dr. Oey Thian Tjay. Pada tanggal 3 Mei 1971, para pengelola pihak-pihak yang terkait dengan rumah sakit Bersalin “Keluarga Sutji Sumber Cinta Kasih”, merubah namanya menjadi Rumah Sakit Bersalin “Dirgahayu”. Kata “Dirgahayu” merupakan ide dan jasa Al. Mgr. Yulius Aloysius Husin MSF (Uskup Keuskupan Palangkaraya), Bersama dengan beberapa orang lain, antara lain P. GA. Bong MSF dan P. FX. Huvang Hurang MSF. Kata “Dirgahayu” ini merupakan sebuah kata yang populer dan mudah diingat. Kata ini mengungkapkan harapan akan keselamatan dan kesembuhan bagi orang yang datang ke Rumah Sakit, dan juga mengungkapkan tekad untuk melayani dengan cinta kasih semua orang tanpa terkecuali, kegiatan di Rumah Sakit Dirgahayu semakin mengalami perkembangan yang cukup berarti. Tuntutan yang ada semakin berkembang kondisi menuntut ada suatu pengelola khusus yang akan membawa Rumah Sakit Bersalin Dirgahayu ke arah yang stabil, concern dan inovatif. Menyadari hal tersebut, maka dibentuk suatu badan yang khusus mengelola karya Kesehatan Keuskupan Samarinda yaitu YAYASAN SETIA BUDI pada tanggal 26 Desember 1974. Dengan demikian RS. Bersalin Dirgahayu secara langsung berada di bawah naungan Yayasan tersebut.

Pangkal tolak perkembangan RS. Dirgahayu Samarinda adalah dengan keluar nya SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.232/P.Kes/1/0/75, tertanggal 4 April 1975, perihal peningkatan status nya menjadi Rumah Sakit Umum Dirgahayu. Lewat surat keputusan ini status Rumah Sakit Bersalin ditingkat kan menjadi Rumah Sakit Umum Katolik “ DIRGAHAYU”. Akhirnya pada tahun 1975 di adakan peresmian penggunaan gedung RS. Dirgahayu oleh Wali Kotamadya Samarinda Bp. Kadri Oening.

2. Data Karakteristik Responden

Berikut ini adalah hasil tabulasi data karakteristik responden sebagai berikut :

Table 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Kategori	Frekuensi (F)	Persentase(%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	12,9%
Perempuan	74	87,1%
Total	85	100,0%

Sumber Data Primer, 2021

Berdasarkan Tabel 4.1 didapatkan untuk tiap kategori responden jenis kelamin mayoritas perempuan (87,1%) dilihat pada tabel di atas responden terbanyak adalah perempuan karena dilihat dari jenis kanker terbanyak adalah Ca mammae. Mammae merupakan salah satu mahkota kebanggaan bagi wanita, bila mammae mengalami sakit dan harus diangkat ataupun mengalami perlukaan akibat kanker dapat meningkatkan rasa stress pada individu tersebut. Penelitian pada 100 pasien kanker payudara pasca mastektomi didapatkan hasil bahwa mayoritas pasien mengalami harga diri rendah dan depresi (Ghodusi & Heidari, 2015).

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia

Kategori	Frekuensi(F)	Persentase(%)
Usia		
Dewasa (20-60 thn)	75	88,2%
Lansia (>60 thn)	10	11,8%
Total	85	100,0%

Sumber Data Primer, 2021

Kategori usia 20-60 tahun lebih banyak (82%), menurut Wardani (2014) mengatakan bahwa orang dengan usia dewasa sudah terbiasa menghadapi masalah pada dirinya.

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan.

Kategori	Frekuensi(F)	Persentase(%)
Pekerjaan		
IRT	36	42,4%
PNS	16	18,8%
Swasta	15	17,6%
Lain-lain	18	21,4%
Total	85	100,0%

Sumber Data Primer, 2021

Pada Tabel 4.3 dapatkan hasil untuk kategori pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga) lebih banyak (42,4%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarwan, (2010) menyatakan bahwa mayoritas pasien dengan kanker ditemukan

pada jenis pekerjaan IRT yaitu sebanyak 17 orang (42,5%) dan minoritas ditemukan wanita bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 9 orang (22,5%).

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kanker

Kategori	Frekuensi(F)	Persentase(%)
Jenis Kanker		
Ca Mammae	67	78,8%
Ca Tiroid	8	9,5%
Ca Serviks	1	1,2%
Ca Torax	1	1,2%
Ca Sarcoma	1	1,2%
Tumor	2	2,4%
Parotis	1	1,2%
Kanker Nasofaring	4	4,7%
Total	85	100,0%

Data Primer, 2021

Pada Tabel 4.4 didapatkan hasil untuk kategori kanker diatas, Ca mammae lebih banyak (78,8%). Menurut Wardani (2014) kanker payudara adalah *body image* bagi seseorang yang menderitanya dan dapat menyebabkan pasien berbeda persepsi, ada seorang pasien dengan kanker payudara dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari dengan baik, tetapi banyak juga pasien yang depresi saat mengetahui penyakit yang dideritanya.

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan stadium kanker

Kategori	Frekuensi(F)	Persentase(%)
Stadium Kanker		
Stadium I	8	9,4%
Stadium II	35	41,2%
Stadium III	41	48,2%
Stadium IV	1	1,2%
Total	85	100,0%

Data Primer, 2021

Pada Tabel 4.5 didapatkan hasil untuk kategori stadium kanker, stadium III lebih banyak (48,2%). Stadium kanker dengan proporsi varian yang tertinggi adalah stadium III karena lamanya masa perawatan, pasien yang sudah mencapai stadium III menjalani masa perawatan yang cukup lama. Ini dapat menyebabkan malasnya pasien untuk Kembali berobat kerumah sakit (Wardani, 2014).

3. Hasil Analisa Univariat

Hasil Analisa univariat pada penelitian ini menggambarkan skor gambaran koping pada pasien kanker di samarinda. Gambaran distribusi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

a. Variabel independent (Koping)

Tabel 4.6 distribusi frekuensi berdasarkan gambaran koping pada pasien kanker di samarinda.

Kategori	Frekuensi (F)	Persentase (%)
Buruk	48	56,5
Baik	37	43,5
Total	85	100,0

Sumber Data Primer, 2021

Hasil dari tabel data diatas menunjukkan bahwa perbedaan tidak signifikan yaitu koping dengan kategori buruk (56,5%) dan koping dengan kategori baik (43,5%), hanya ada sedikit perbedaan antara kedua koping.

Tabel 4.7 distribusi frekuensi berdasarkan domain koping pada pasien kanker di samarinda

Kategori	Frekuensi (F)	Persentase (%)
<i>Venting</i>		
Buruk	57	67,1
Baik	28	32,9
Total	85	100,0
<i>Active coping</i>		
Buruk	41	48,2
Baik	44	51,8
Total	85	100,0
<i>Self-distraction</i>		
Buruk	80	94,1
Baik	5	5,9
Total	85	100,0
<i>Denial</i>		
Buruk	26	30,6
Baik	59	69,4
Total	85	100,0
<i>Substance use</i>		
Buruk	81	95,3
Baik	4	4,7
Total	85	100,0
<i>Use of emotional support</i>		
Buruk	23	27,1
Baik	62	72,9
Total	85	100,0
<i>Use of instrumental support</i>		
Buruk	79	92,9
Baik	6	7,1
Total	85	100,0
<i>Behavioral disengagemen</i>		
Buruk	8	9,4
Baik	77	90,6
Total	85	100,0
<i>Positif Reframing</i>		

Buruk	85	100,0
Planning		
Buruk	34	40,0
Baik	51	60,0
Total	85	100,0
Humor		
Buruk	74	87,1
Baik	11	12,9
Total	85	100,0
Acceptance		
Buruk	83	97,6
Baik	2	2,4
Total	85	100,0
Religion		
Buruk	71	83,5
Baik	14	16,5
Total	85	100,0
Self-blame		
Buruk	84	98,8
Baik	1	1,2
Total	85	100,0

Sumber Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.7 didapat kan hasil frekuensi terbesar adalah skala *Positif Reframing* dimana hasil frekuensi nya 85 dengan presentase nya (100%).

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Dari hasil data yang didapat tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda. Penelitian ini melibatkan 85 responden, dimana responden diambil dari Kota Samarinda Dirumah Sakit Dirgahayu. Didapatkan hasil tiap kategori responden jenis kelamin mayoritas perempuan lebih banyak (87,1%) dimana dilihat dari jenis kanker terbanyak yaitu Ca mammae (78,8%). Hasil penelitian dilokasi penelitian menunjukkan bahwa responden dengan berbagai tingkat umur menunjukkan bahwa responden yang berumur 20-60 tahun banyak mengalami stres. Wawancara sekilas kepada responden yang berusia 20-60 tahun menyatakan bahwa responden merasa takut dan cemas apabila kanker tersebut semakin bertambah buruk. Gambaran responden mengalami stress didukung dengan pendapat Amir (2015) yang menyatakan bahwa stress lebih sering terjadi pada usia muda. Umur awal terjadi rata-rata 20-40 tahun. Faktor sosial sering menempatkan seseorang yang berusia muda pada resiko tinggi. Predisposisi biologic seperti faktor genetik juga memberikan pengaruh pada seseorang yang berusia lebih muda, walaupun demikian depresi juga

dapat terjadi pada anak-anak dan lanjut usia. Untuk kategori pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga) lebih banyak (42,4%), sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarwan, (2010) menyatakan bahwa mayoritas pasien dengan kanker ditemukan pada jenis pekerjaan IRT yaitu sebanyak 17 orang (42,5%) dan minoritas ditemukan wanita bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 9 orang (22,5%). Untuk kategori stadium, stadium III lebih banyak (48,2%). Stadium kanker dengan proporsi varian yang tertinggi adalah stadium III karena lamanya masa perawatan, pasien yang sudah mencapai stadium III menjalani masa perawatan yang cukup lama. Ini dapat menyebabkan malasnya pasien untuk Kembali berobat kerumah sakit (Wardani, 2014).

2. Hasil Gambaran Koping pasien kanker

Penderita kanker yang mempunyai keterbatasan dalam wawasan dan pengetahuan cenderung mengatasi masalah dengan koping buruk. Mereka mengatasi berdasarkan apa yang mereka pahami benar, namun pada kenyataannya tidak selamanya benar. Mereka takut atau malu jika harus mengumpulkan informasi atau bertanya kepada yang sudah memahaminya misalnya masalah kesehatan maka harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan seperti perawat atau dokter. Rendahnya informasi yang dikumpulkan tersebut menyebabkan pemahaman mereka terhadap suatu masalah juga rendah yang pada akhirnya menyebabkan keputusan ataupun pemecahan masalah yang diambil kurang tepat atau dapat dikatakan maladaptive (Wiwik, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dari item kuesioner gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda menunjukkan bahwa hasil didapat dengan subskala *venting* pada item pertanyaan nomor 9 dan 21 nilai buruknya 67,1% dimana saat wawancara beberapa responden mengatakan tidak dapat mengekspresikan perasaan negative yang dialaminya. Subskala *active coping* dengan item pertanyaan nomor 2 dan 7 nilai baiknya 51,8% saat melakukan wawancara kepada beberapa responden selanjutnya mengatakan individu mengambil tindakan untuk mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik. Pada subskala *self-distraction* dengan item pertanyaan nomor 1 dan 19 nilai buruknya 94,1% beberapa responden mengatakan tidak berusaha mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lainnya. Subskala *denial* dengan item pertanyaan nomor 3 dan 8 nilai baiknya 69,4% pada item ini responden mengatakan bahwa dirinya percaya masalah yang dihadapinya telah terjadi. Subskala *substance use* dengan item pertanyaan nomor 4 dan 11

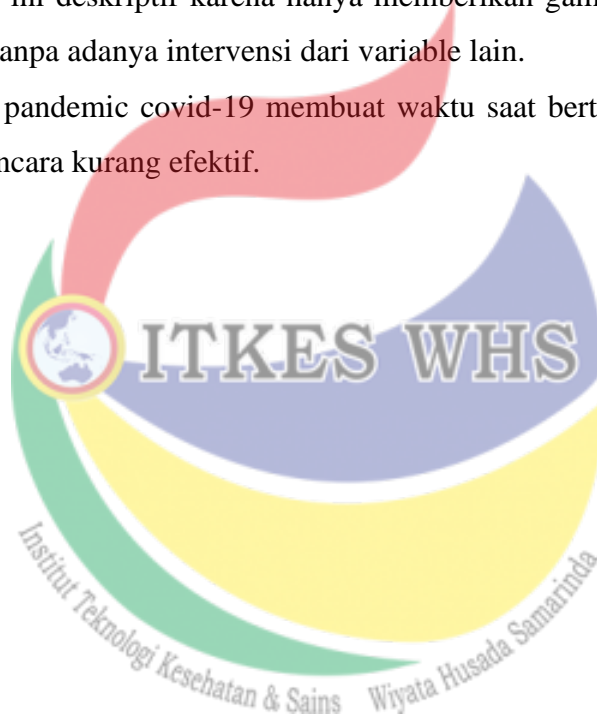
nilai buruk nya 95,3% dimana responden mengatakan menggunakan obat-obatan diluar resep dokter agar membuat perasaan nya menjadi lebih baik. Pada subskala *use of emotional support* dengan item pertanyaan nomor 5 dan 15 nilai baik nya 72,9% pada item ini responden mengatakan lebih mendapatkan hiburan dan pengertian dari teman dan keluarga. Subs kala *use of instrumental support* dengan item pertanyaan nomor 10 dan 23 nilai buruk nya 92,9% pada item ini responden mengatakan tidak mendapatkan bantuan atau saran dari orang lain atau keluarga. Subs kala *behavioral disengagement* dengan item pertanyaan nomor 6 dan 16 nilai baik nya 90,6% pada item ini individu tidak menyerah dan tetap berusaha mengatasi masalah yang dihadapi. Subs kala *positif reframing* dengan item pertanyaan nomor 12 dan 17 nilai buruk nya 100% dimana responden mengatakan bahwa responden tidak melihat masalah yang dihadapi dari sudut pandang yang berbeda agar dapat membuat masalah nya lebih tampak positif. Subs kala *planning* dengan item pertanyaan nomor 14 dan 25 nilai baik nya 60,0% pada item ini responden mengatakan bahwa responden membuat sebuah strategi untuk menyelesaikan masalah yang ia dihadapi. Subs kala *humor* dengan item pertanyaan nomor 18 dan 28 nilai buruk nya 87,1% pada item ini responden mengatakan bahwa merasa masalah yang dihadapi tidak pantas dijadikan lelucon. Subs kala *acceptance* dengan item pertanyaan nomor 20 dan 24 nilai buruk nya 97,6% dimana responden mengatakan tidak berusaha menerima fakta bahwa masalah yang dihadapi telah terjadi. Subs kala *religion* dengan item pertanyaan nomor 22 dan 27 nilai buruk nya 83,5% responden mengatakan jarang berdoa dan bermeditasi untuk membuat masalah nya lebih positif. Subs kala *self-blame* dengan item pertanyaan nomor 13 dan 26 nilai buruk nya 98,8% pada item ini responden mengatakan menyalahkan diri sendiri karena masalah yang dihadapi nya.

Berdasarkan kuesioner strategi koping didapatkan nilai terendah dari jawaban rata-rata responden yaitu subskala *positife reframing* dengan item pertanyaan 12 dan 17, dapat dilihat pada pemaparan diatas bahwa respnden tidak berusaha menyelesaikan masalah nya tersebut dan tidak berusaha membuat masalahnya ini lebih menyenangkan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Gumus (2011), mengatakan terdapat korelasi positif antara perasaan tidak menerima sakit dengan respon kehilangan mempunyai. Respon psikologis yang buruk terhadap sakit maka akan meningkatkan tingkat kehilangan sehingga mungkin sebagian responden merasa keluarga atau teman nya tidak dapat membantu dalam menyelesaikan masalah tersebut. Dan untuk nilai tertinggi didapatkan rata-rata jawaban responden subskala

use of instrumental support dengan item pertanyaan nomor 10 dan 23 dimana responden mengatakan sering mencari kenyamanan dan pengertian dari orang lain dan sering mengkritik diri sendiri. Menurut Mardiana (2013), seseorang yang menderita kanker akan menunjukkan kesadaran tinggi dalam menyelesaikan masalahnya. Dalam mengatasi stress nya individu akibat kondisi yang dialaminya. Koping sangat lah penting untuk menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dari perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam. Masalah yang muncul pada penderita kanker meliputi psikososial, bodi image, penurunan harga diri.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Jenis penelitian ini deskriptif karena hanya memberikan gambaran terhadap variable penelitian saja tanpa adanya intervensi dari variable lain.
2. Karena adanya pandemic covid-19 membuat waktu saat bertemu responden singkat, sehingga wawancara kurang efektif.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini ingin mengetahui bagaimana gambaran koping pada pasien kanker, dan didapatkan hasil berdasarkan penelitian dan pembahasan, maka kesimpulan yang didapatkan adalah koping dengan kategori buruk yaitu sebanyak 48 responden (56,5%) dan koping kategori baik sebanyak 37 responden (43,5%). Dimana perbedaan antara koping buruk dan koping baik tidak signifikan. Berdasarkan paparan yang diatas bahwa koping buruk sedikit lebih banyak, dimana koping buruk ini dapat mempengaruhi cara pandang dan tingkah laku seseorang. Terutama seseorang yang mengalami penyakit seperti kanker. Dari analisa data yang telah dilakukan maka didapatkan bahwa mayoritas individu kurang mampu mengatasi situasi stress ketika menghadapi penyakit kanker, baik dengan individu maupun lingkungan. Dalam menghadapi diagnosis kanker itu sendiri pasien kanker dapat menghadapi existential stressor seperti permasalahan dalam kontrol diri, kehilangan martabat, berkurangnya kepuasan hidup, kehilangan harapan, dan kekhawatiran akan masa depan. Selain itu pasien juga dapat merasakan ketidaknyamanan dan peningkatan kesadaran akan kematian.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda

Diharapkan skripsi ini bisa menjadi masukan untuk lebih meningkatkan pelayanan dan penanganan yang diberikan kepada pasien kanker.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat terus meningkatkan pengalaman dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker serta membantu mengevaluasi dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien kanker.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan untuk Pasien dapat mengekspresikan perasaan negative yang di alaminya dan berusaha mengalihkan pikiran dari masalah yang dihadapi dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain. Dan jangan menjadikan masalah yang

dihadapi untuk mengkonsumsi alkohol dan obat-obatan. Mintalah saran kepada keluarga terkait masalah yang dihadapi. Lihatlah masalah yang kalian hadapi dari sudut pandang yang berbeda agar masalah yang dihadapi tampak positif. Bercandalah sesekali agar masalah yang dihadapi tidak terlalu tegang. Berusahalah menerima fakta bahwa masalah yang dihadapi telah terjadi. Seringlah berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa masalah yang dihadapi lebih positif dan jangan menyalahkan diri sendiri pada masalah apa yang di hadapi.

4. Bagi Peneliti

Agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman serta berusaha memberikan informasi tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda.



DAFTAR PUSTAKA

- Adelina Sumoked, (2019) “Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kecemasan Pada Mahasiswa Semester III Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Yang Akan Mengikuti Praktek Klinik Keperawatan” , e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 7 Nomor 1, Februari 2019.
- Afiyah, R. K. (2018) ‘Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur’, *Journal of Health Sciences*, 10(1), pp. 96–105. doi: 10.33086/jhs.v10i1.150.
- Alligood, (2014) “*The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study*”.
- Alligood, Martha Raile. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan karya Mereka. Edisi Indonesia Ke-8 Volume 1*. Singapore Elsevier.
- Clarissa Rizky Rosyani (2012), *Hubungan Antara Resiliensi dan Coping Pada Pasien Kanker Dewasa*.
- Cheng, L. et al. (2019) ‘*Symptom Experience of Children With Cancer Younger Than Eight Years of Age: An Integrative Review*’, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc, 58(1), pp. 157–166. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.03.021.
- Dyanti, G. A. R. and Suariyani, N. L. P. (2016) ‘*Faktor-Faktor Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Dalam Melakukan Pemeriksaan Awal Ke Pelayanan Kesehatan*’, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), p. 276. doi: 10.15294/kemas.v11i2.3742.
- Folkman, S., Lazarus, R.S.(1986).*The Dinamic of a Stressfull Encouter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcoumes. Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Ghodusi, M., & Heidari, M. (2015). The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian Journal Of Palliative Care*, 21(2), 198. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156500>
- Gumus, A.B., Cam, O. & Malak A.T., (2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian pacific journal of cancer prevention*. April 28, 2013. (Proquest) database.
- Howlader et al., (2013) *Cancer incidence and survival trends by subtype using data from the surveillance epidemiology and end results program, 1992-2013.*
- Indrawati Maya. (2011) Persentase Diagnosa Kanker Payudara Berdasarkan Usia Dan Rentang Waktu Kejadian Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Periode 2017-2018.

- Irawan, E., Hayati, S., & Purwaningsih, D. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Kanker Payudara. *Jurnal Keperawatan BSI*, V(2), 121–129.
- Kamaladewi (2017), Mengenal dan Mencegah 7 Kanker Pada Wanita: Cara Alami Deteksi Dini.
- Kemendes. (2016). Infodatin: Bulan Peduli Kanker Payudara Jakarta Kemendes.
- Laili Rahayuwati, (2017). Pilihan Pengobatan Pasien Kanker Payudara Masa Kemoterapi: Studi Kasus.
- Makassari Dewi, (2017). Sebaran Kanker di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2007.
- Maria Komariah, (2020). Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Dengan Kanker Stadium Akhir. *Jurnal Keperawatan*, DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1221>.
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta; Rineka Cipta.
- Nurhayati, N. et al. (2020) ‘Gambaran Symptoms pada Perempuan dengan Kanker Ginekologi’, *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 3(3), p. 173. doi: 10.32419/jppni.v3i3.168.
- Otto, A. K. et al. (2020) ‘*Communication between Advanced Cancer Patients and Their Family Caregivers: Relationship with Caregiver Burden and Preparedness for Caregiving*’, *Health Communication*. Routledge, 00(00), pp. 1–8. doi: 10.1080/10410236.2020.1712039.
- Prastiwi, T. F. (2013) ‘KUALITAS HIDUP PENDERITA KANKER’, *Journal Psychology Universitas Negeri Semarang*, 1(1), pp. 21–27.
- Rano K. Sinuraya, (2017) *Terapi Kanker dengan Radiasi: Konsep Dasar Radioterapi dan Perkembangannya di Indonesia*.
- Riska Maulina, (2016) ‘Mekanisme Koping Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi di Rsd dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Rasmun. (2011). *Stres, Koping dan Adaptasi: Teori dan Masalah Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Shera Ditriya Bastian, (2012). Hubungan Antara Resiliensi Dan Coping Pada Istri Yang Mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8, Volume 1. Jakarta: EGC.
- Teuku Samsul Bahri, (2017). Mekanisme Koping dan Kesiapan Diri Preoperatif Pada Pasien Kanker Payudara di RSUD dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH
- Tirta Artha Wardani, (2014). Pengaruh Harapan dan Coping Stres Terhadap Resiliensi Pada Caregiver Kanker.

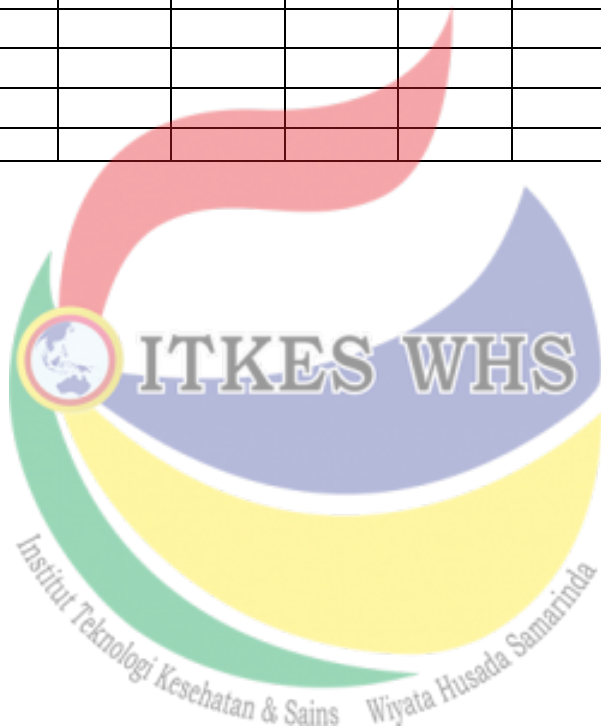
- Tita Febri Prastiwi , 1550407004 (2012) *KUALITAS HIDUP PENDERITA KANKER*. Under Graduates thesis, Universitas Negeri Semarang.
- Wulandari, N., Bahar, H., & Ismail, C. S. (2017). Gambaran Kualitas Hidup Pada Penderita Kanker Payudara Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*, 2(6), 1–9.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, P, T., Sahebkar, A. (2017). *The Impact Of Stress On Body Function: A Review*. EXCLI Journal. ISSN 1611-2156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles> Di akses 12 Oktober 2019.
- Yuni Aris, (2015). “Hubungan Tingkat Stres dengan Strategi Koping Pada Mahasiswa Keperawatan Universitas Andalas Padang Tahun 2015” Fakultas Keperawatan Universitas Adalas Januari 2016.
- Zulpadjri, (2019). Perbedaan *Coping Stress* Ditinjau Dari Jenis Kelamin Pada Penderita Kanker.





PLAN ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR AKADEMIK 2021/2022

NO	Keterangan	NOV	DES	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEPT
1	Bimbingan Proposal										
2	Ujian Proposal										
3	Revisi Proposal										
4	Izin Penelitian										
5	Penelitian										
6	Ujian Skripsi										
7	Batas Akhir Ujian Skripsi										
8	Batas Akhir Revisi										
9	Pendaftaran Yudisium										
10	Yudisium										
11	Publikasi										



Lampiran 2

Samarinda, 15 Desember 2020

Nomor : -
Lamp : -
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

Kepada Yth.
Wakil Ketua Rektor 1 ITKES Wiyata Husada Samarinda
di-
tempat

Dengan hormat

Teriring salam dan doa semoga ALLAH SWT selalu memberikan Rahat dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon ijin kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada saya untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun identitas saya yang melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Novia Wardianti
Nim : 1710810801
Semester : VII
Program studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda**

Demikian saya sampaikan, atas perhatian dan kesediaanya Bapak/ibu saya ucapkan terima kasih.

Mahasiswa,

Novia Wardianti
NIM. 1710810801



Nomor : 1249/ITKES-WHS/LT/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

14 Juli 2021

Kepada Yth.
Direktur RS Dirgahayu Samarinda
Cq. Diklit RS Dirgahayu Samarinda

di -
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan Penelitian di tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : NOVIA WARDIANTI
NIM : 1710810801
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda**

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistvorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075





PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr.Wb

Selamat Pagi/Siang/Sore

Nama Saya Novia Wardianti, mahasiswa semester 8 Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian ini mengenai Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda dengan pembimbing Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini.,S.Kep.,M.S dan Ns. Yusnita Sirait S., Kep M., Kep Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda saat ini.

Dengan Kuesioner ini, Sdr/I diminta untuk mengisi data demografi dan memberikan jawaban sesuai dengan penjelasan yang ada. Saya berharap sdr/imemberikan keterangan yang sesuai dengan keadaan yng sdr/i alami, tidak ada jawaban yang benar atau salah..

Sebelumnya saya mengucapkan terima kasih atas Kesediaan Sdr/I untuk turut serta dalam penelitian ini. Setiap data yang sdr/I berikan akan berarti dalam penelitian ini. Data yang sdr/I berikan akan dijamin kerahasiaanya dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan penelitian ini. Bilamana saudara/I membutuhkan informasi yang belum jelas bisa langsung menghubungi saya melalui no telepon 0852-5211-8147.

Peneliti

Novia Wardianti

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Alamat :
No. Telp :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneleti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul *Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda*.

Adapun bentuk kesediaan say aini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.

Keikutsertaan say aini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda,.....2021

Mengetahui

Peneliti

Yang membuat pernyataan,

Novia Wardianti

(.....)

Nama & Tanda Tangan

INSTRUMEN A
DATA DEMOGRAFI
GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KANKER DI SAMARINDA

PETUNJUK KUESIONER

1. Kerjakan seluruh pertanyaan yang ada.
2. Menjawab setiap pertanyaan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (v) pada tempat yang disediakan.

Keterangan:

- a) Tidak Pernah
 - b) Jarang
 - c) Sering
 - d) Selalu
3. Semua pertanyaan harus dijawab
 4. Setiap pertanyaan diisi dengan satu jawaban
 5. Bila ada yang kurang mengerti silahkan bertanya kepada peneliti.

IDENTITAS RESPONDEN

1. Inisial Nama : _____
2. Usia : _____ Tahun
3. Jenis Kelamin : () Laki- Laki () Perempuan
4. Pekerjaan : _____

INSTRUMEN B

GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KANKER DI SAMARINDA

1. Bacalah dengan teliti setiap jawaban yang telah disediakan.
2. Berilah tanda centang (✓) Pada kolom yang telah disediakan.
3. Jika terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakan ke pihak kami.

KUESIONER STRATEGI KOPING (*Cope Brief*)

Keterangan

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1. Tidak Pernah | 3. Sering |
| 2. Jarang | 4. Selalu |

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Saya berusaha memikirkan melakukan sesuatu untuk mengatasi masalah yang saya alami				
2.	Saya mengambil Tindakan untuk mencoba membuat situasi ini menjadi lebih baik				
3.	Saya berdiskusi dengan orang lain untuk mencari solusi dari masalah yang saya alami				
4.	Saya meminta saran atau bantuan dari orang lain tentang apa yang harus saya lakukan dalam menghadapi masalah				
5.	Saya berusaha membuat strategi tentang apa yang sebaiknya saya lakukan untuk mengatasi masalah				
6.	Saya memikirkan tentang langkah-langkah apa yang harus saya lakukan				
7.	Saya menerima kenyataan bahwa masalah tersebut telah terjadi				
8.	Saya belajar untuk terbiasa dengan masalah				
9.	Saya mencari dukungan emosional dari orang lain				

10.	Saya mencari kenyamanan dan pengertian dari orang lain.				
11.	Saya tidak serius menanggapi masalah ini				
12.	Saya berusaha membuat masalah ini lebih menyenangkan				
13.	Saya berusaha melihat situasi ini dengan cara yang berbeda, agar masalah tersebut tampak positif				
14.	Saya mencari sesuatu yang positif dari masalah yang terjadi				
15.	Saya berusaha untuk menemukan kenyamanan dalam agama atau keyakinan spiritual saya				
16.	Saya berdoa untuk mengatasi masalah				
17.	Saya tidak berusaha untuk menyelesaikan masalah				
18.	Saya mengatakan untuk mengatasi masalah				
19.	Saya mengatakan kepada diri sendiri bahwa ini tidak nyata				
20.	Saya tidak percaya tentang kondisi saya saat ini				
21.	Saya berusaha bekerja atau melakukan kegiatan lain untuk mengisi pikiran saya				
22.	Saya melakukan sesuatu untuk mengurangi pikiran tentang kondisi saya seperti pergi ke bioskop, menonton tv, membaca, melamun, tidur atau belanja				
23.	Saya mengeringkan diri sendiri				
24.	Saya menyalahkan diri sendiri untuk hal-hal yang terjadi				
25.	Saya membuat perasaan saya menjadi lebih baik atau perasaan lega dalam menghadapi masalah dengan mengonsumsi alkohol dan obat-obatan.				
26.	Saya mencoba melupakan atau melalui masalah yang saya hadapi dengan mengonsumsi alkohol dan obat-obatan				
27.	Saya menyatakan kepada diri sendiri masalah yang saya hadapi ringan dan tidak perlu memikirkannya				

28.	Saya berusaha mengungkapkan perasaan-perasaan negative saya				
-----	---	--	--	--	--

Sumber : Kuesiner ini telah diadopsi dari Carver, Scheier, dan Weintraub (1989) tentang strategi koping (Clarissa Rizky Rosyani, 2012). Hubungan Antara Resiliensi Dan Coping Pada Pasien Kanker.





**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA
HUSADA SAMARINDA**



BIODATA DIRI PENELITI

A. Keterangan Diri

Nama : Novia Wardianti
NIM : 17.108.108.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Tempat Tanggal Lahir : Marah Kenyah, 16 November 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Suku : Dayak Kayan
Email : noviawardianti801@student.stikeswhs.ac.id
Alamat Rumah : Desa Lung Melah Kec. Telen Kab. Kutai Timur
Alamat Institusi : Jl. Kadrie Oening Gg. Monalisa No. 77
Riwayat Pendidikan : SDN 002 Telen
SMP Negeri 3 Telen
SMK Kesehatan Samarinda
Judul Skripsi : Gambaran Koping Pada Pasien Kanker Di Samarinda.

B. Riwayat Keluarga

1. Nama Orang Tua
 - a. Ayah : Efron Kajan
 - b. Ibu : Yuliati Gelung

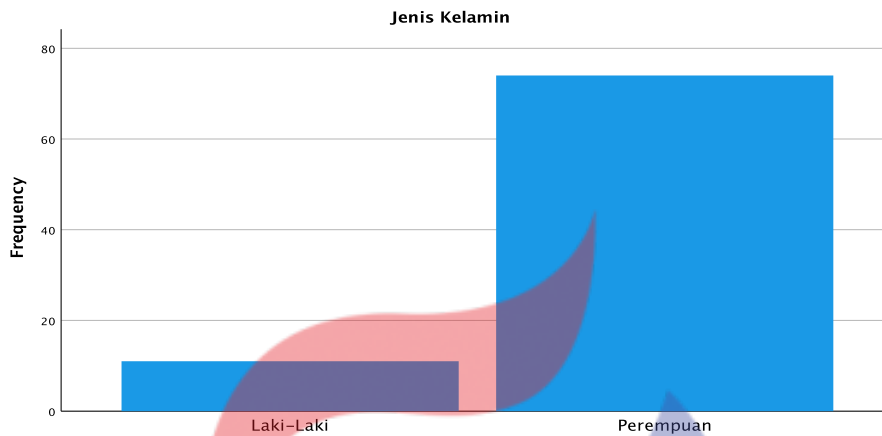
2. Pekerjaan Orang Tua

- a. Ayah : Wiraswasta
- b. Ibu : Ibu Rumah Tangga



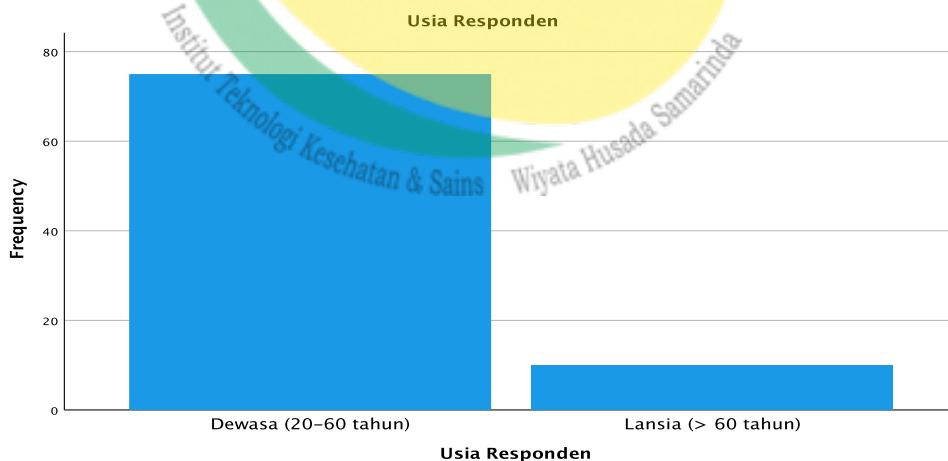
Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	11	12.9	12.9	12.9
	Perempuan	74	87.1	87.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	



Usia Responden

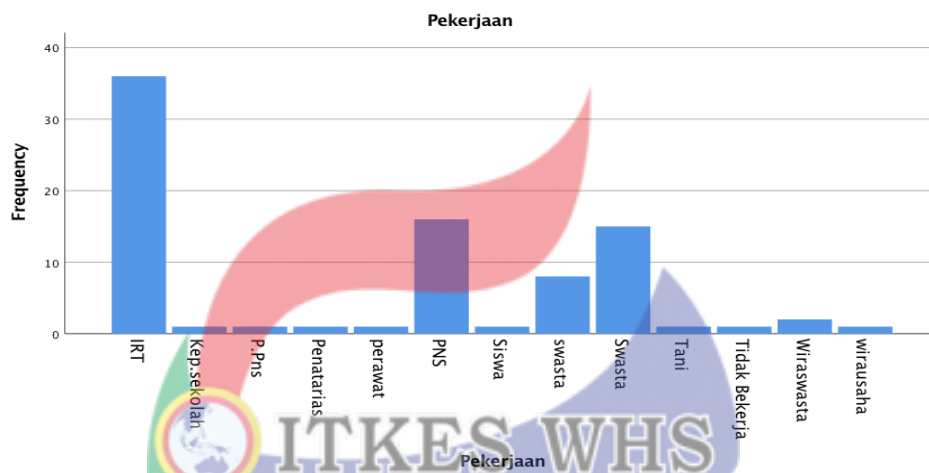
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dewasa (20-60 tahun)	75	88.2	88.2	88.2
	Lansia (> 60 tahun)	10	11.8	11.8	100.0
	Total	85	100.0	100.0	



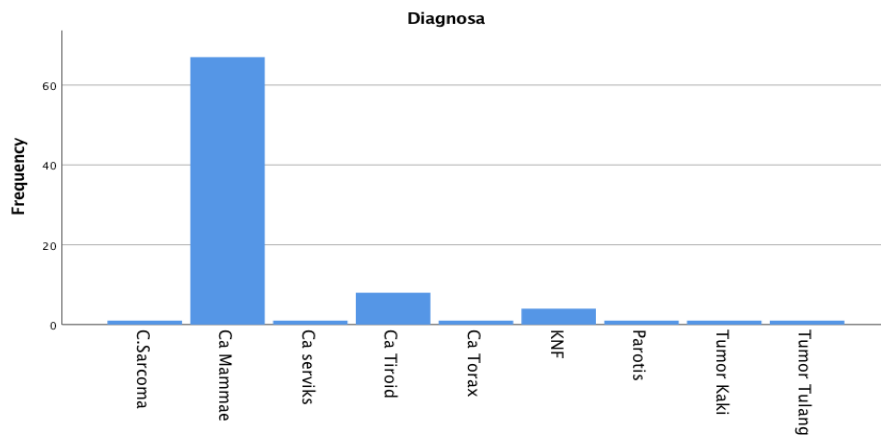
Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	36	42.4	42.4	42.4
	Kep.sekolah	1	1.2	1.2	43.5
	P.Pns	1	1.2	1.2	44.7
	Penatarias	1	1.2	1.2	45.9

perawat	1	1.2	1.2	47.1
PNS	16	18.8	18.8	65.9
Siswa	1	1.2	1.2	67.1
swasta	8	9.4	9.4	76.5
Swasta	15	17.6	17.6	94.1
Tani	1	1.2	1.2	95.3
Tidak Bekerja	1	1.2	1.2	96.5
Wiraswasta	2	2.4	2.4	98.8
wirusaha	1	1.2	1.2	100.0
Total	85	100.0	100.0	

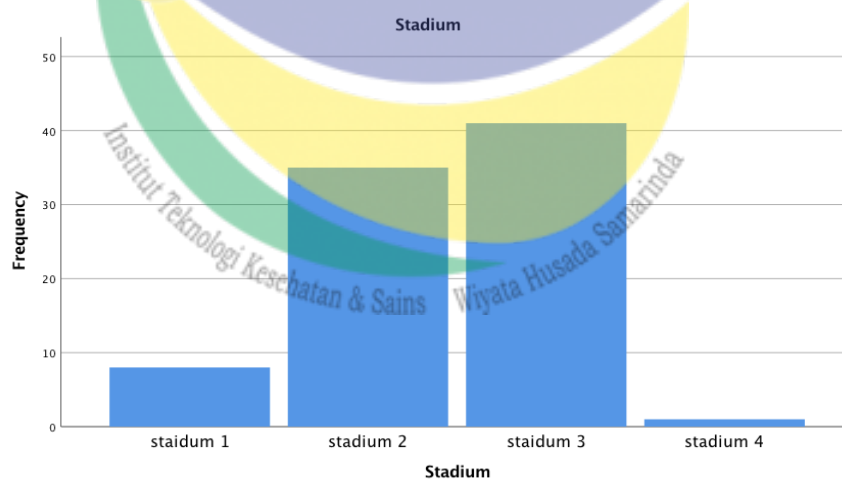


		Diagnosa			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	C.Sarcoma	1	1.2	1.2	1.2
	Ca Mammae	67	78.8	78.8	80.0
	Ca serviks	1	1.2	1.2	81.2
	Ca Tiroid	8	9.4	9.4	90.6
	Ca Torax	1	1.2	1.2	91.8
	KNF	4	4.7	4.7	96.5
	Parotis	1	1.2	1.2	97.6
	Tumor Kaki	1	1.2	1.2	98.8
	Tumor Tulang	1	1.2	1.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	



Stadium

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid staidum 1	8	9.4	9.4	9.4
staidum 2	35	41.2	41.2	50.6
staidum 3	41	48.2	48.2	98.8
staidum 4	1	1.2	1.2	100.0
Total	85	100.0	100.0	



Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Venting	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
active coping	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
self-distraction	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
Denial	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
substance use	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
use of emotional support	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
use of instrumental support	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
behavioral disengagemen	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
positife reframing	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
Planning	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
Humor	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
Acceptance	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
Religion	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%
self-blame	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Venting	Mean	6.31	.112	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.08	
		Upper Bound	6.53	
	5% Trimmed Mean	6.35		
	Median	6.00		
	Variance	1.072		
	Std. Deviation	1.035		
	Minimum	3		
	Maximum	8		
	Range	5		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.187	.261	
	Kurtosis	.713	.517	
	active coping	Mean	6.80	.108
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	6.58	
		Upper Bound	7.02	
5% Trimmed Mean		6.84		
Median		7.00		
Variance		.995		
Std. Deviation		.998		
Minimum		4		
Maximum		8		
Range		4		
Interquartile Range		2		
Skewness		-.100	.261	
Kurtosis		-.938	.517	
self-distraction		Mean	4.87	.106
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.66	
		Upper Bound	5.08	
	5% Trimmed Mean	4.79		
	Median	5.00		

	Variance		.947	
	Std. Deviation		.973	
	Minimum		3	
	Maximum		8	
	Range		5	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		1.376	.261
	Kurtosis		3.484	.517
Denial	Mean		6.84	.116
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.61	
		Upper Bound	7.07	
	5% Trimmed Mean		6.93	
	Median		7.00	
	Variance		1.139	
	Std. Deviation		1.067	
	Minimum		4	
	Maximum		8	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-1.106	.261
	Kurtosis		1.241	.517
substance use	Mean		5.02	.112
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.80	
		Upper Bound	5.25	
	5% Trimmed Mean		5.02	
	Median		5.00	
	Variance		1.071	
	Std. Deviation		1.035	
	Minimum		3	
	Maximum		8	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.018	.261
	Kurtosis		-.105	.517
use of emotional support	Mean		6.86	.101
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.66	
		Upper Bound	7.06	
	5% Trimmed Mean		6.94	
	Median		7.00	
	Variance		.861	
	Std. Deviation		.928	
	Minimum		3	
	Maximum		8	
	Range		5	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-1.269	.261
	Kurtosis		3.212	.517
use of instrumental support	Mean		4.56	.151
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.26	
		Upper Bound	4.87	
	5% Trimmed Mean		4.52	
	Median		5.00	
	Variance		1.939	
	Std. Deviation		1.393	
	Minimum		2	
	Maximum		8	

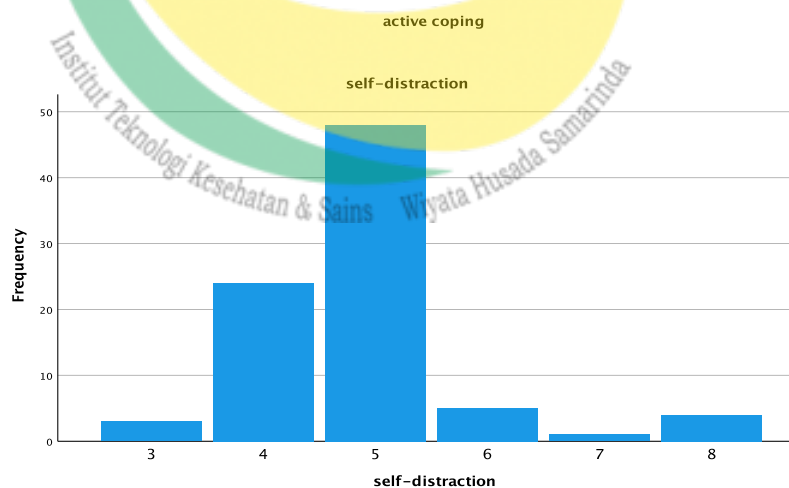
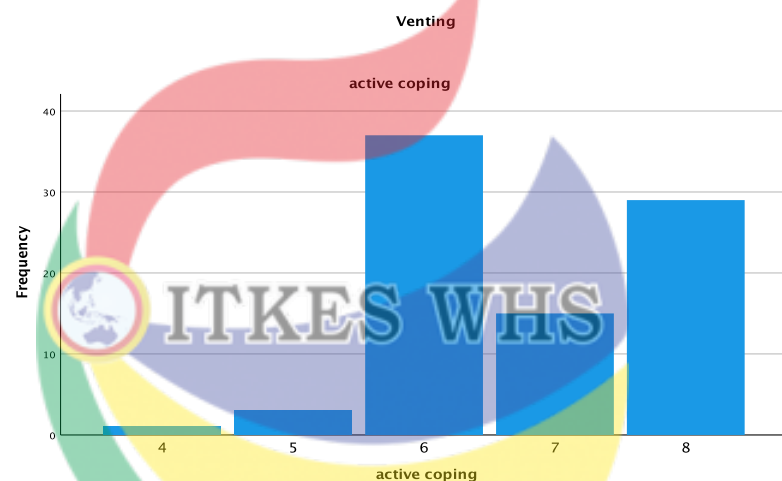
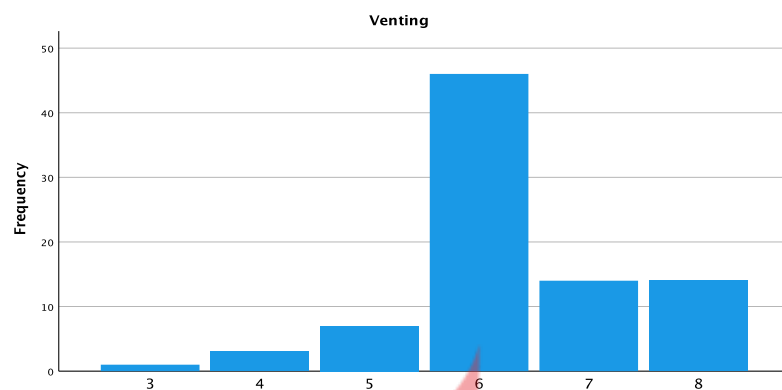
	Range		6	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		.500	.261
	Kurtosis		.533	.517
behavioral disengagemen	Mean		7.21	.069
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.07	
		Upper Bound	7.35	
	5% Trimmed Mean		7.25	
	Median		7.00	
	Variance		.407	
	Std. Deviation		.638	
	Minimum		5	
	Maximum		8	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.494	.261
	Kurtosis		.714	.517
	positife reframing	Mean		4.41
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.24	
		Upper Bound	4.58	
5% Trimmed Mean			4.46	
Median			4.00	
Variance			.626	
Std. Deviation			.791	
Minimum			2	
Maximum			6	
Range			4	
Interquartile Range			1	
Skewness			-.883	.261
Kurtosis			1.528	.517
Planning		Mean		6.92
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.71	
		Upper Bound	7.13	
	5% Trimmed Mean		6.96	
	Median		7.00	
	Variance		.934	
	Std. Deviation		.966	
	Minimum		4	
	Maximum		8	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.319	.261
	Kurtosis		-.704	.517
	Humor	Mean		4.74
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.45	
		Upper Bound	5.04	
5% Trimmed Mean			4.66	
Median			4.00	
Variance			1.885	
Std. Deviation			1.373	
Minimum			3	
Maximum			8	
Range			5	
Interquartile Range			2	
Skewness			.878	.261
Kurtosis			.018	.517

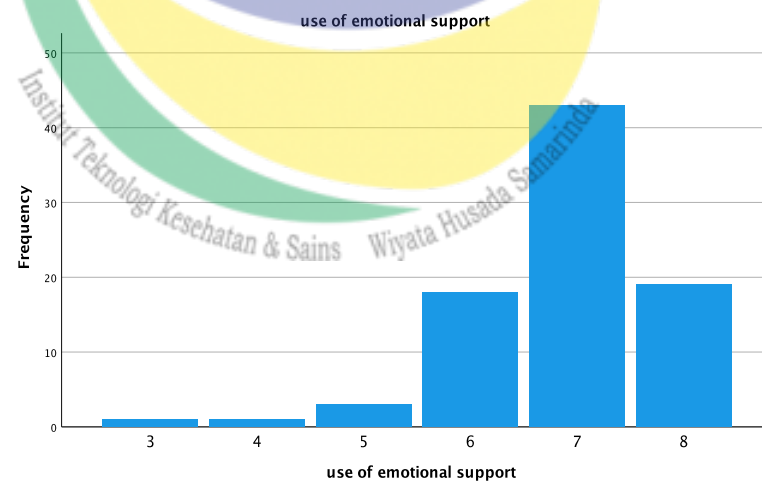
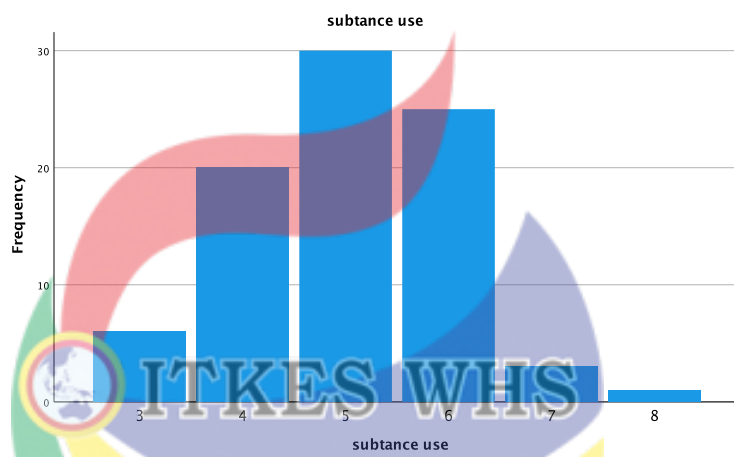
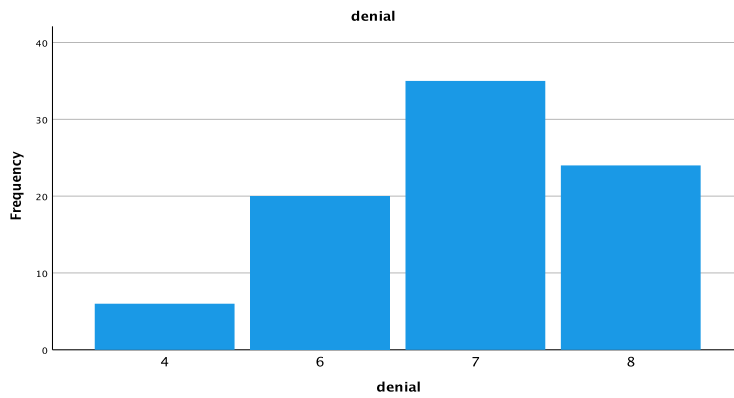
Acceptance	Mean		2.62	.140
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.35	
		Upper Bound	2.90	
	5% Trimmed Mean		2.49	
	Median		2.00	
	Variance		1.666	
	Std. Deviation		1.291	
	Minimum		1	
	Maximum		7	
	Range		6	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		1.795	.261
	Kurtosis		2.602	.517
	Religion	Mean		4.75
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.39	
		Upper Bound	5.12	
5% Trimmed Mean			4.70	
Median			5.00	
Variance			2.879	
Std. Deviation			1.697	
Minimum			2	
Maximum			8	
Range			6	
Interquartile Range			3	
Skewness			.248	.261
Kurtosis			-1.196	.517
self-blame		Mean		4.51
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.36	
		Upper Bound	4.65	
	5% Trimmed Mean		4.55	
	Median		5.00	
	Variance		.467	
	Std. Deviation		.684	
	Minimum		2	
	Maximum		7	
	Range		5	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.365	.261
	Kurtosis		2.661	.517

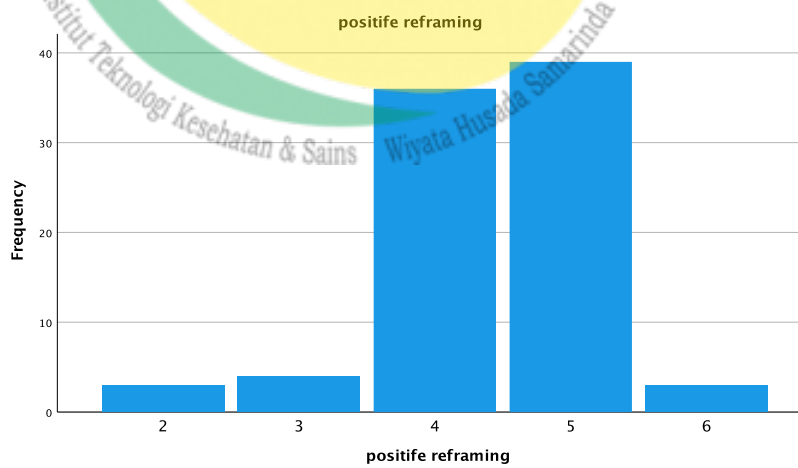
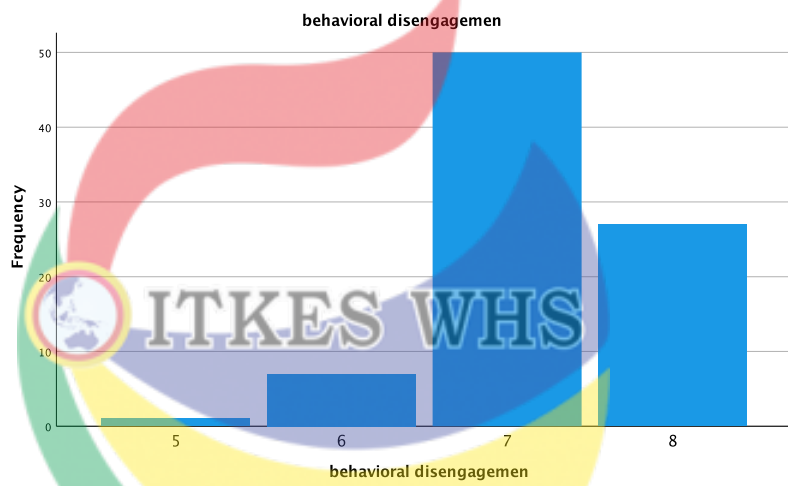
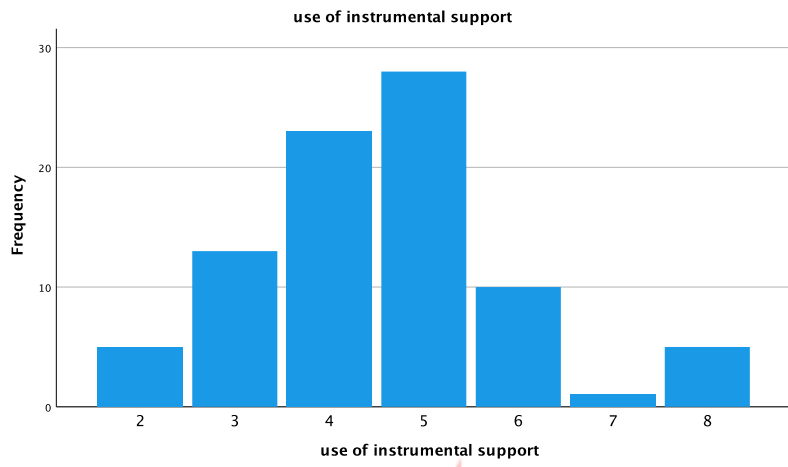
Tests of Normality

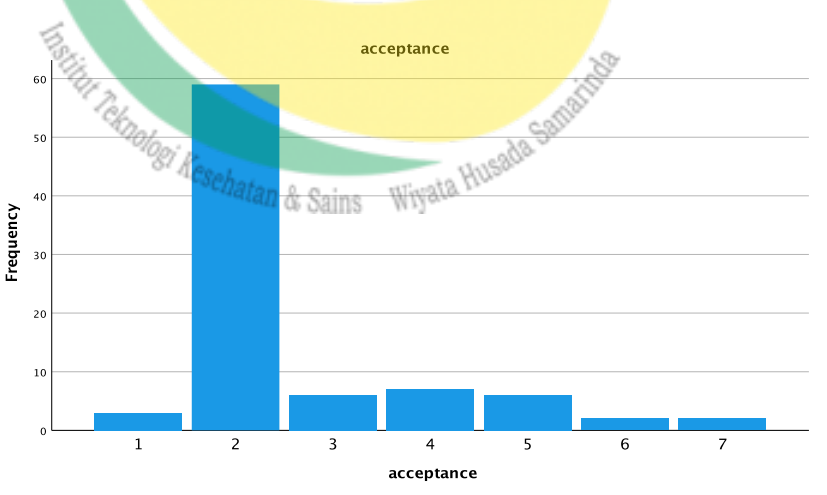
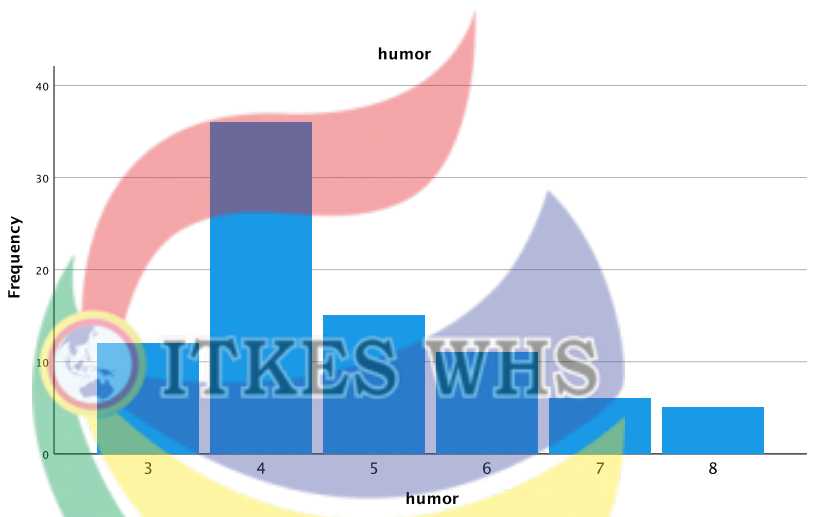
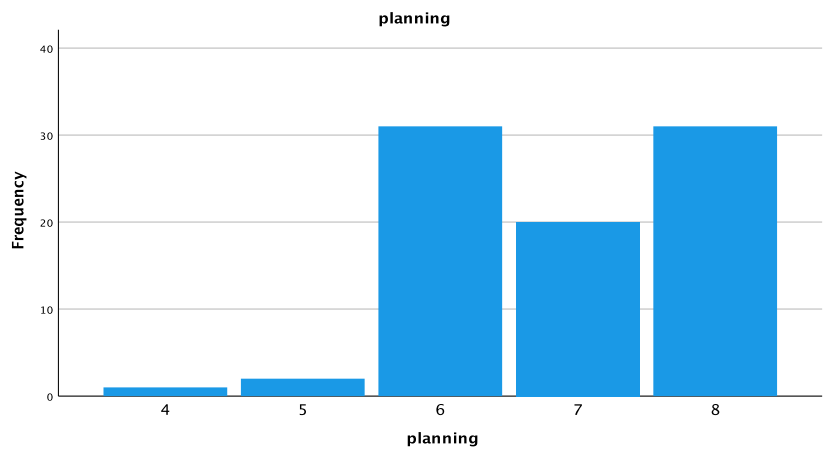
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Venting	.287	85	.000	.853	85	.000
active coping	.271	85	.000	.815	85	.000
self-distraction	.329	85	.000	.769	85	.000
Denial	.255	85	.000	.817	85	.000
substance use	.185	85	.000	.913	85	.000
use of emotional support	.290	85	.000	.820	85	.000
use of instrumental support	.189	85	.000	.921	85	.000
behavioral disengagemen	.312	85	.000	.768	85	.000
positife reframing	.266	85	.000	.809	85	.000
Planning	.233	85	.000	.824	85	.000
Humor	.270	85	.000	.865	85	.000
Acceptance	.415	85	.000	.659	85	.000

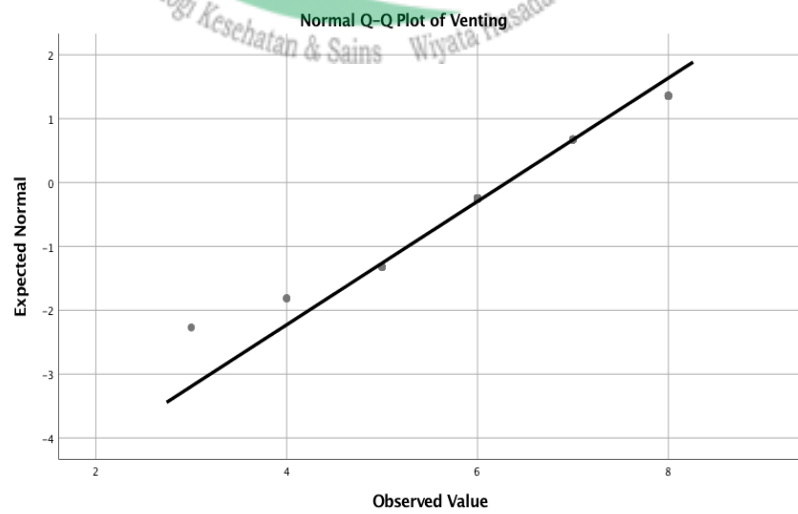
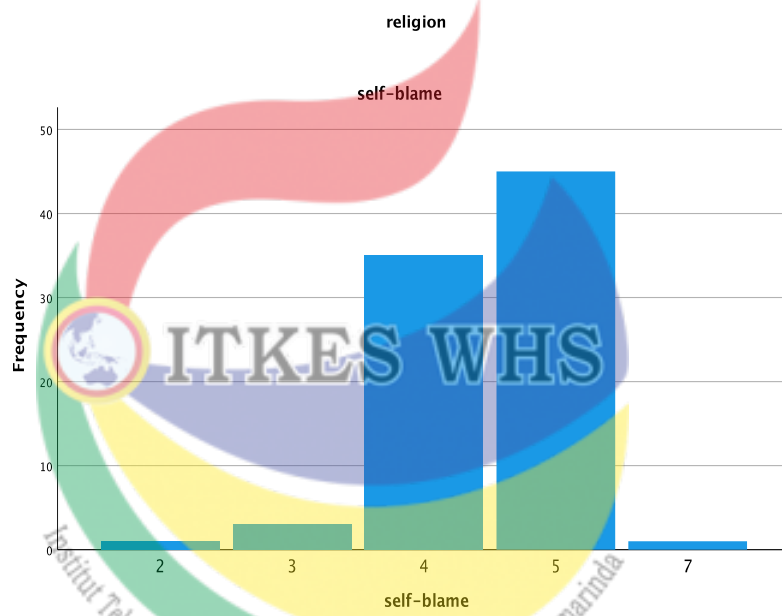
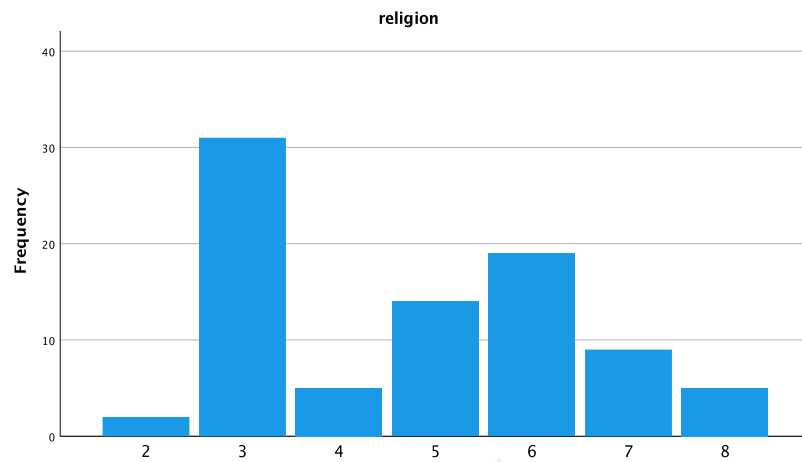
Religion	.237	85	.000	.881	85	.000
self-blame	.306	85	.000	.753	85	.000

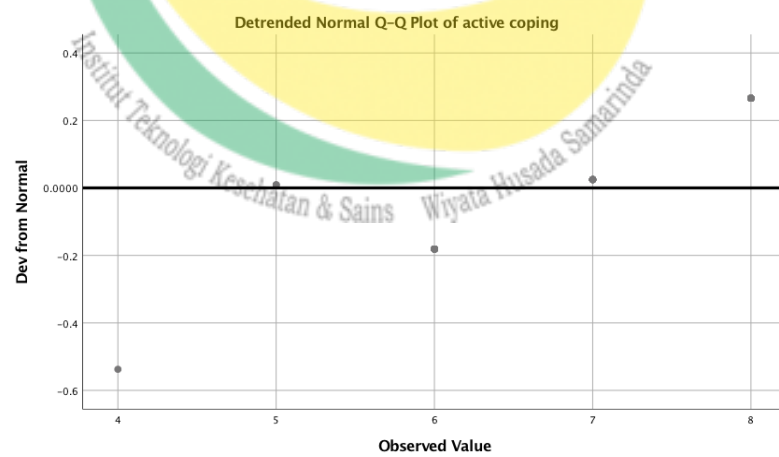
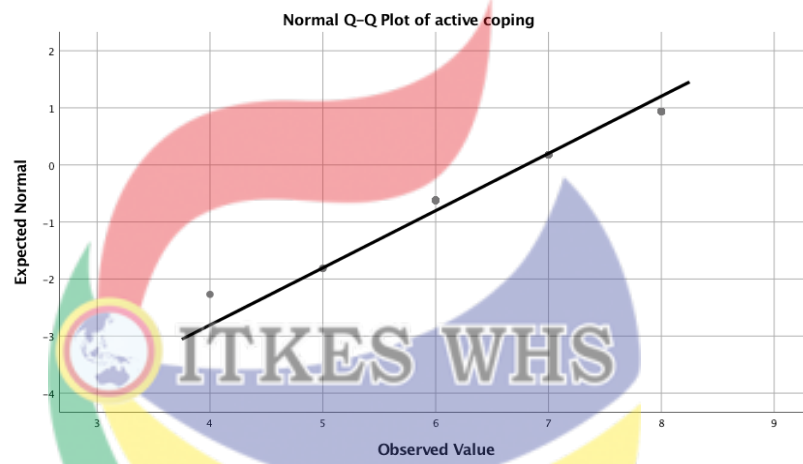
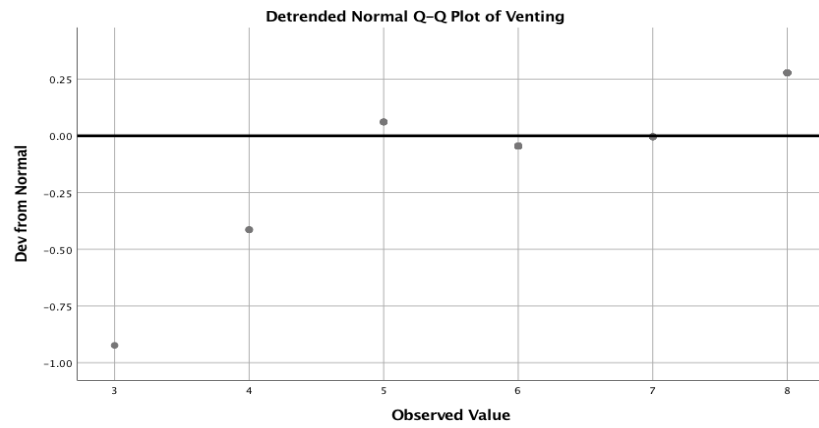


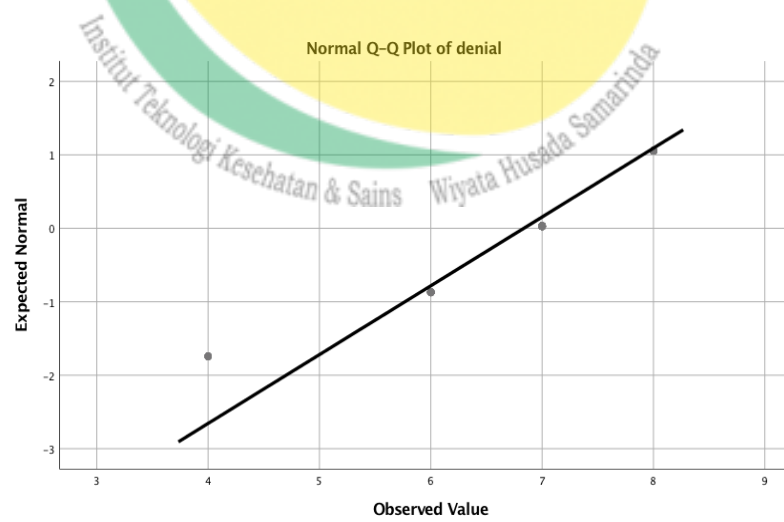
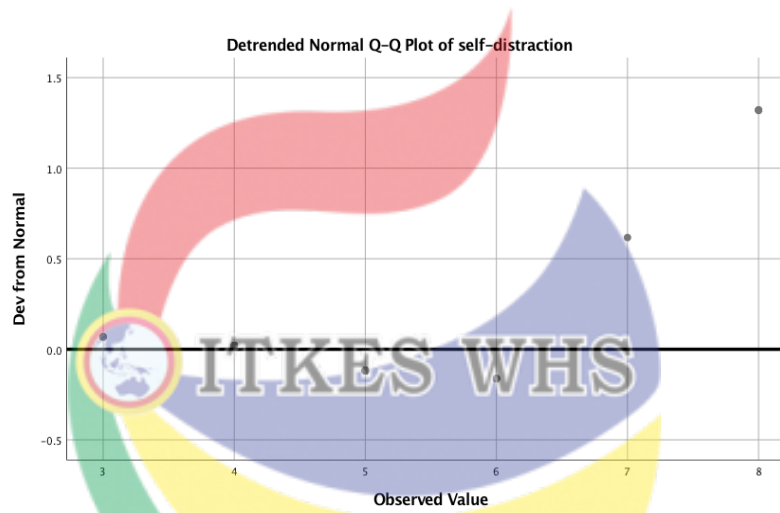
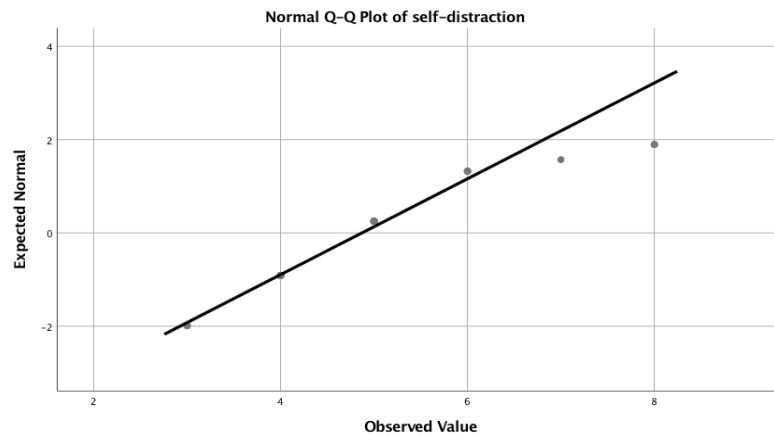


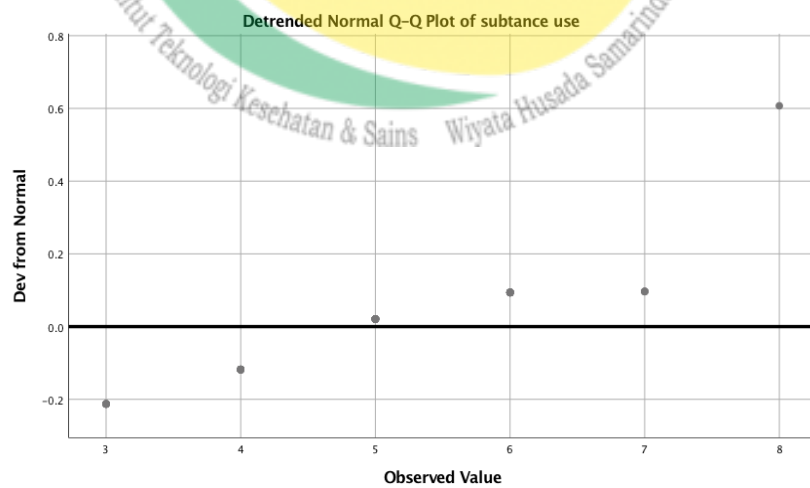
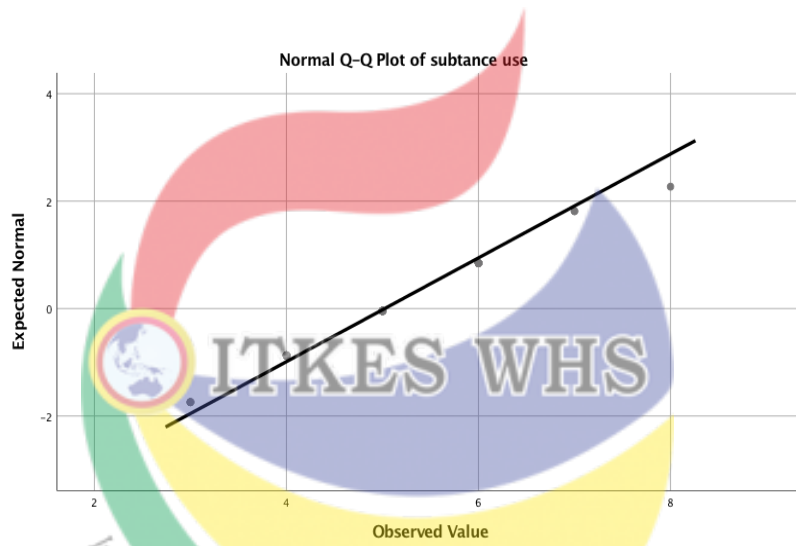
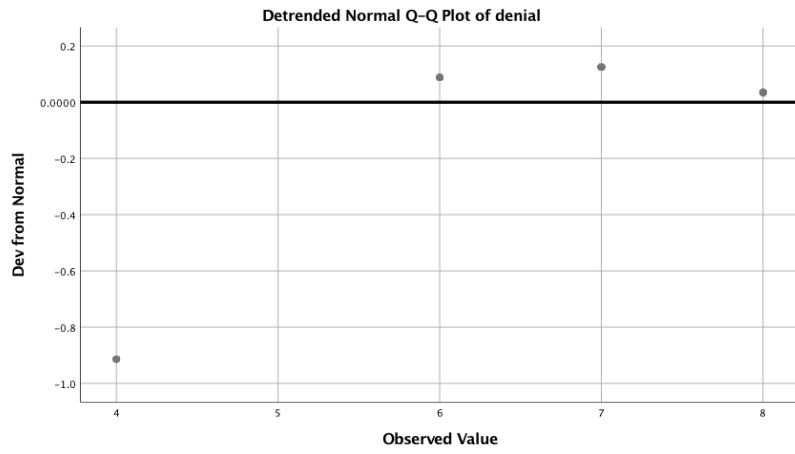


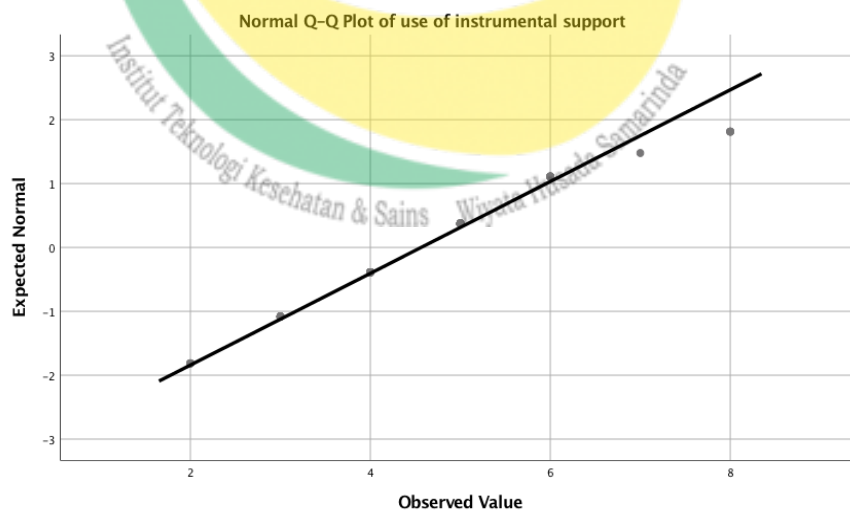
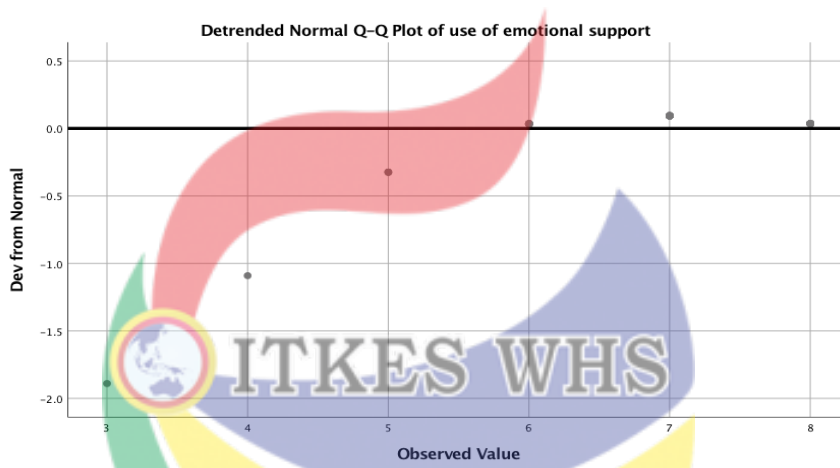
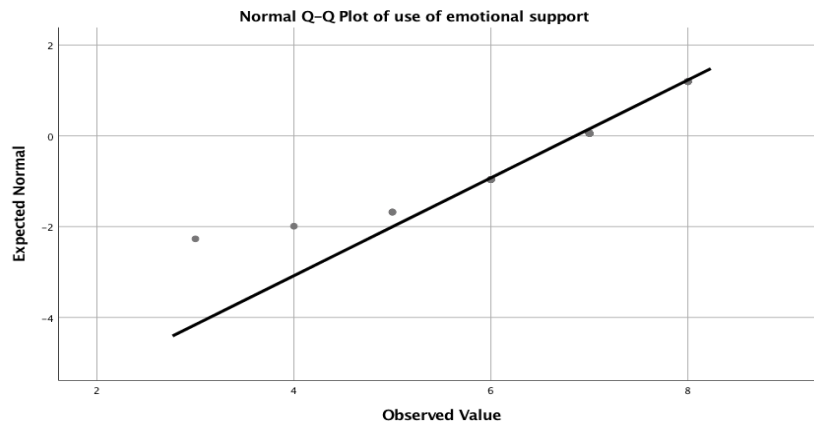


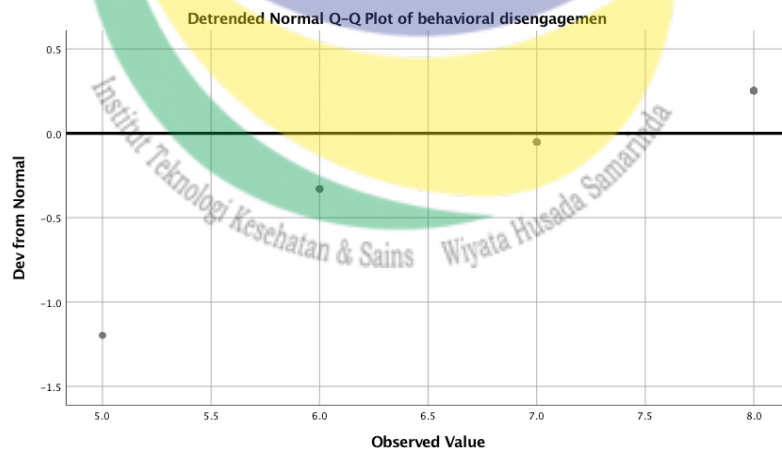
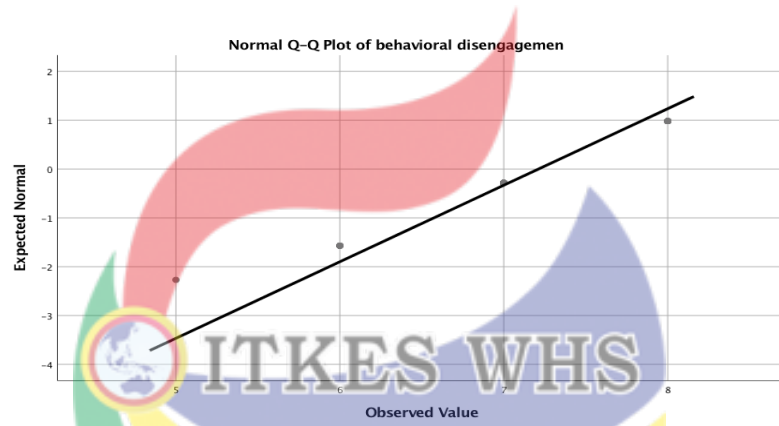
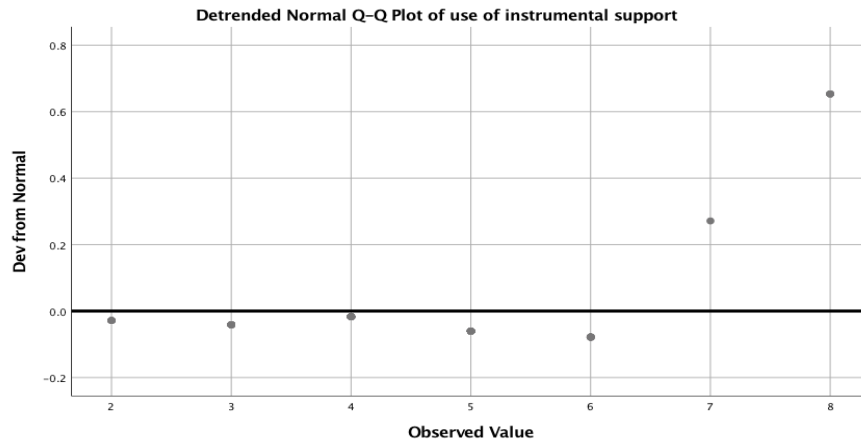


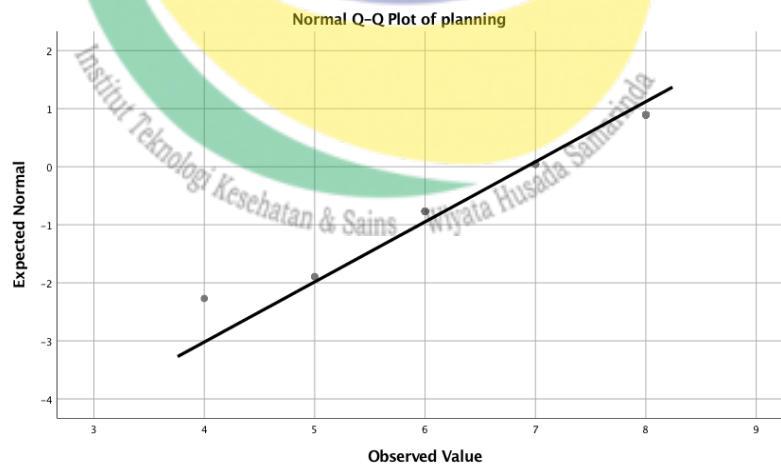
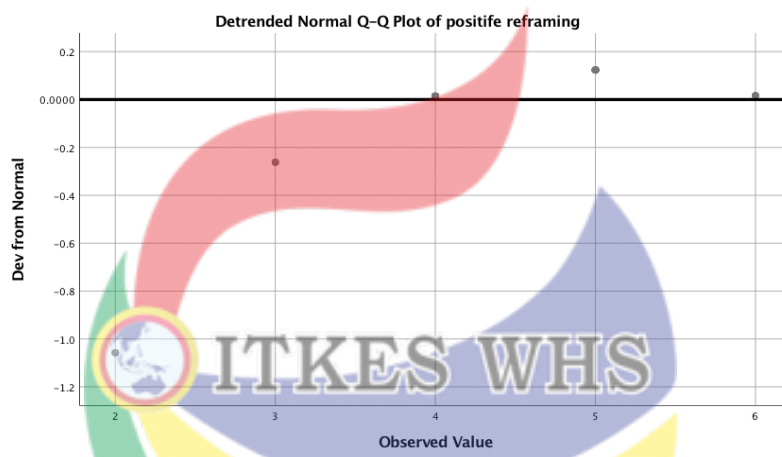
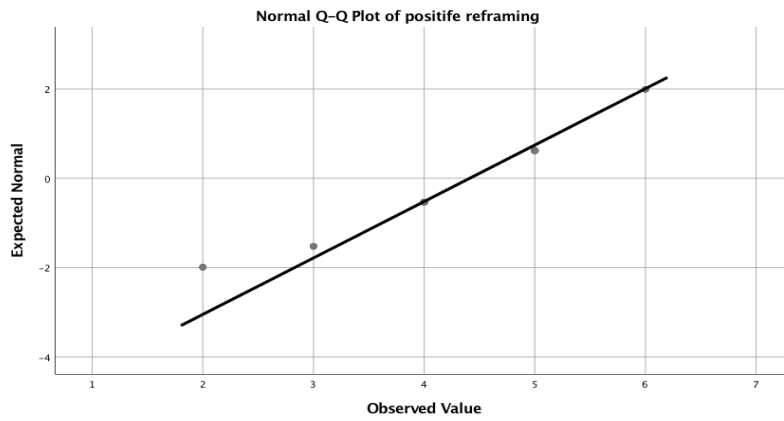


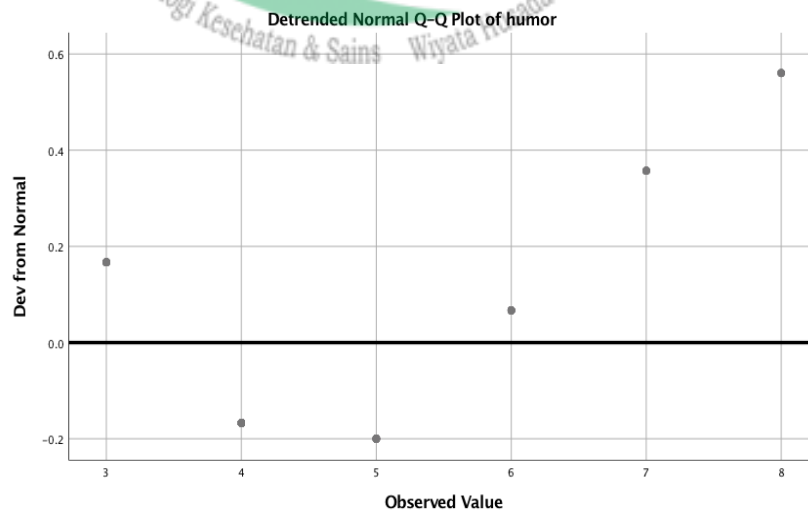
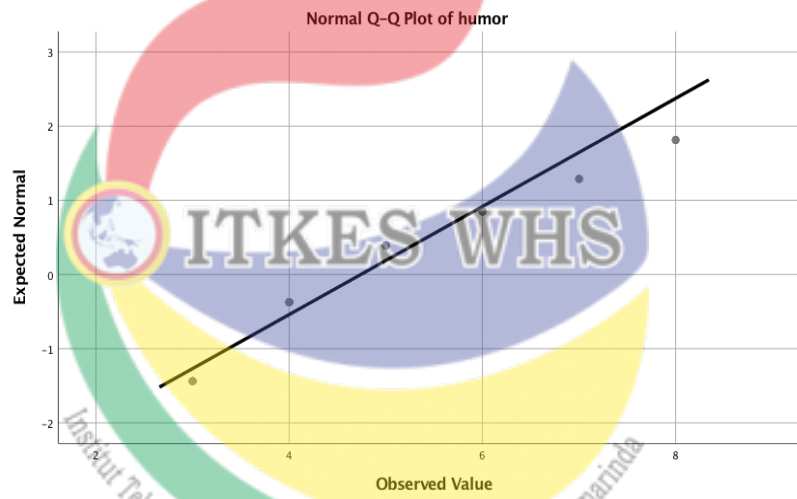
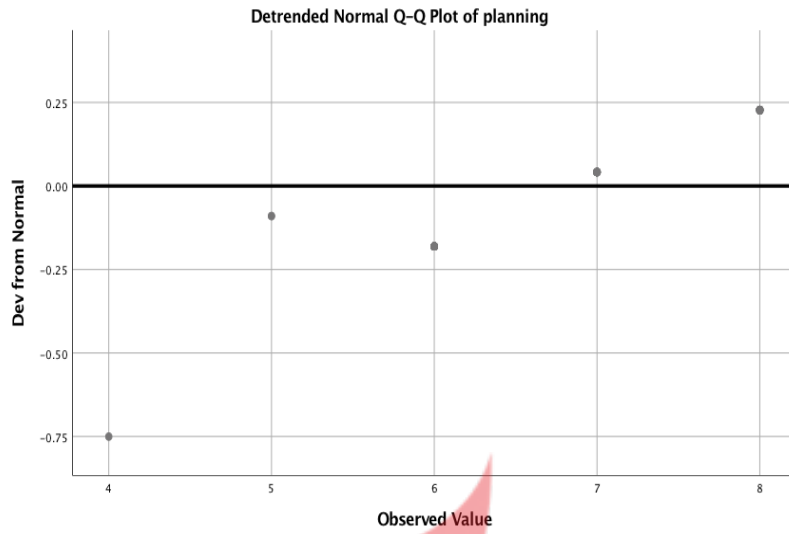


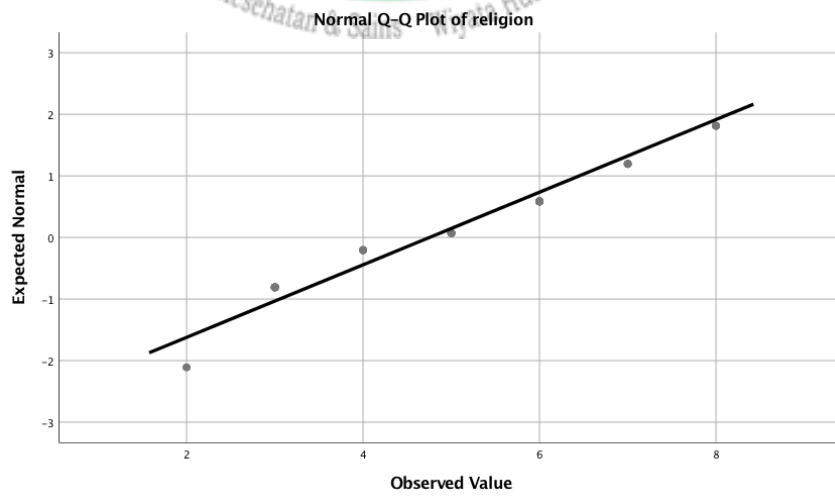
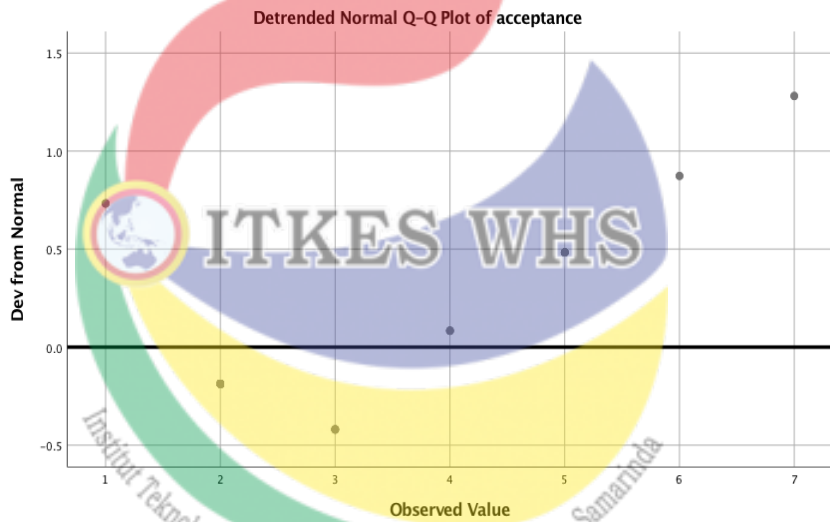
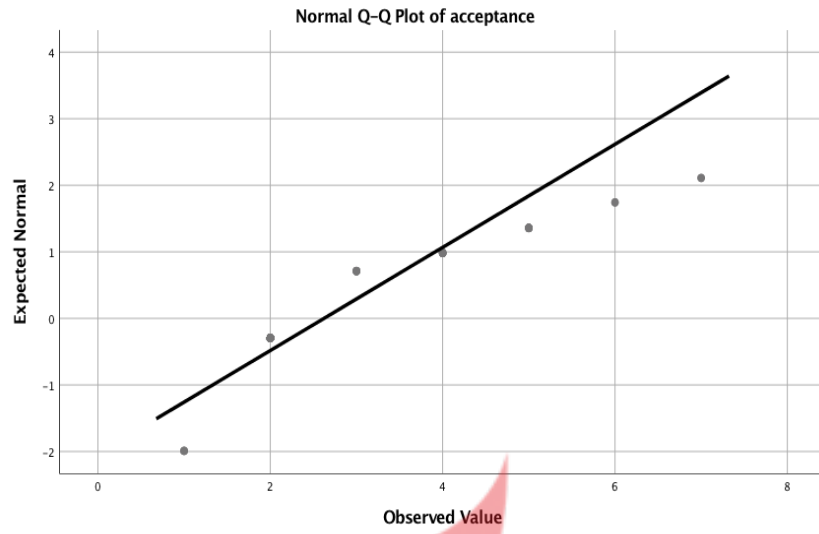


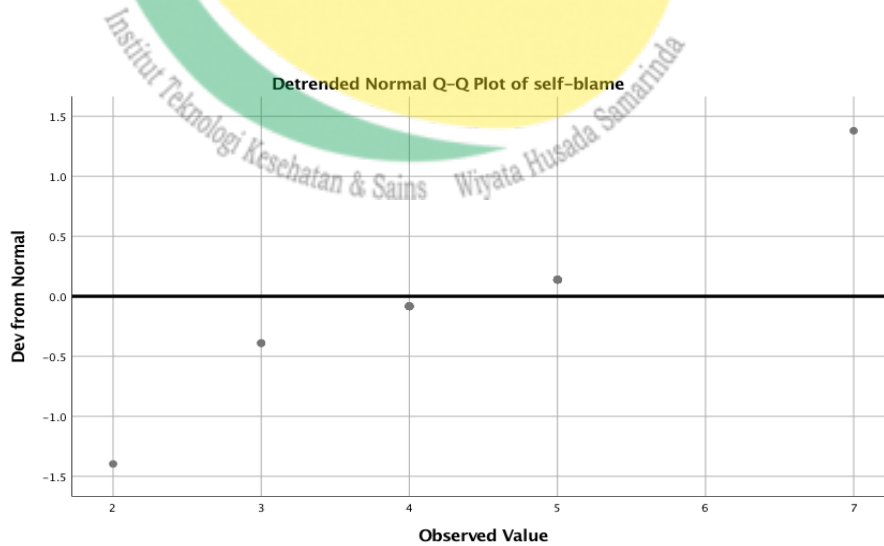
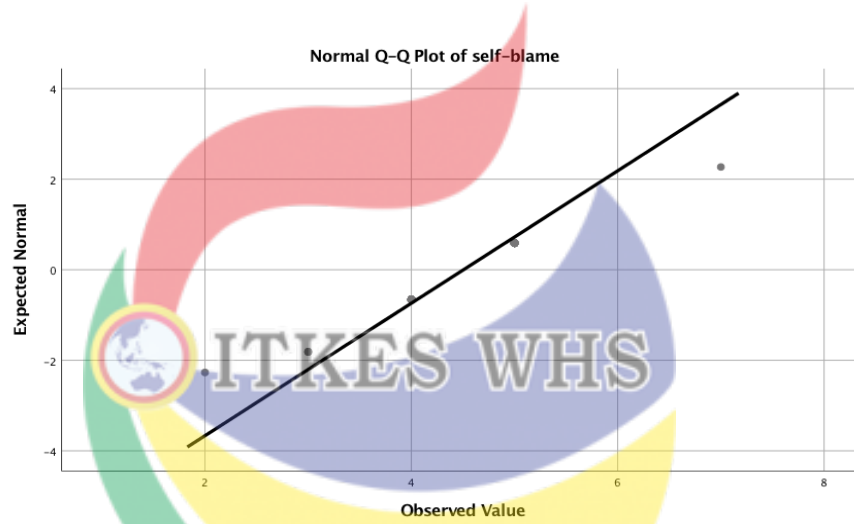
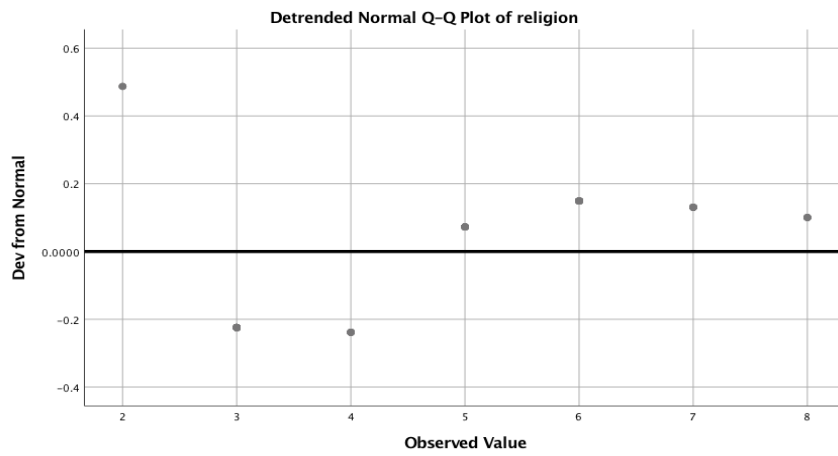












Statistics

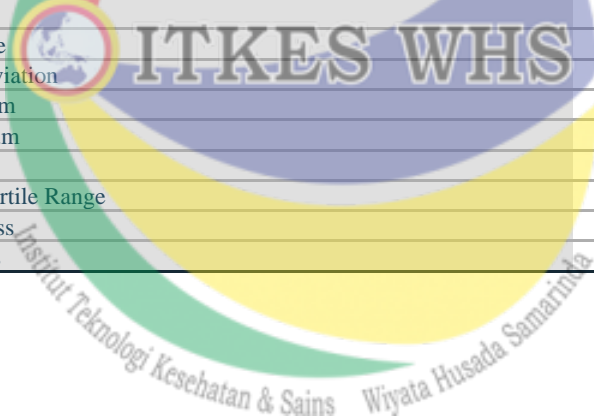
		Total	mekanisme koping
N	Valid	85	85
	Missing	0	0

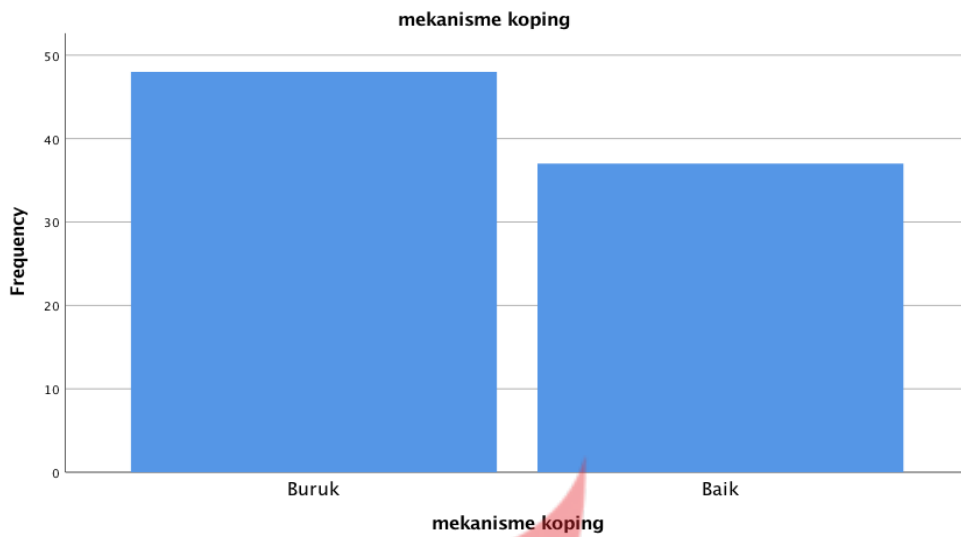
mekanisme koping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	48	56.5	56.5	56.5
	Baik	37	43.5	43.5	100.0
Total		85	100.0	100.0	

Descriptives

Total	Mean	74.08	.849	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	72.39	
		Upper Bound	75.77	
	5% Trimmed Mean	73.97		
	Median	74.00		
	Variance	61.291		
	Std. Deviation	7.829		
	Minimum	56		
	Maximum	94		
	Range	38		
	Interquartile Range	10		
	Skewness	-.297	.261	
	Kurtosis	175	.517	





Case Processing Summary

	Valid		Missing		Cases	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mekanisme koping	85	100.0%	0	0.0%	85	100.0%

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Total	.069	85	.200	.983	85	.309

GAMBARAN KOPING PADA PASIEN KAKER DI SAMARINDA

Novia Wardianti¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Yusnita Sirait³

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda

Email : noviawardianti801@student.stikeswhs.ac.id

²Dosen program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda

Email: wahyudewisulistyarini@itkeswhs.ac.id

³Dosen program studi ilmu keperawatan ITKES wiyata husada samarinda

Email: chuanaingolan2015@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Kanker merupakan sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang cenderung menyerang organ tubuh lain. Selama proses penyakit dan penyembuhan kanker, terjadi proses perubahan baik fisik ataupun psikis. Perubahan psikologis tersebut secara langsung ataupun tidak dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Berbagai modalitas sering diterapkan pada pengobatan kanker. Salah satu usaha yang dilakukan pasien untuk menyembuhkan penyakit kanker adalah dengan melaksanakan kemoterapi. Koping adalah respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologis. **Tujuan :** untuk mengetahui gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda. **Metode :** Penelitian ini menggunakan penelitian Kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2021 dengan jumlah sampel 85 orang di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda, teknik pengambilan sample ini menggunakan teknik *total sampling*. Dalam pengambilan data penelitian ini menggunakan kuesioner *Cope Brief*. **Hasil :** Hasil dari penelitian ini didapatkan data bahwa koping dengan kategori buruk (56,5%) dan baik (43,5%) hasil tidak signifikan. Hasil *p value* yaitu 0.200 sehingga dapat disimpulkan bahwa koping dengan koping buruk dan baik tidak signifikan dikarenakan suatu penelitian dikatakan normal apabila hasil *p value* harus lebih besar dari nilai $\alpha > 0.05$. **Kesimpulan :** Untuk koping kategori buruk dan baik hasil tidak signifikan. **Saran :** untuk peneliti selanjut nya agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman serta berusaha memberikan informasi tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda.

Kata Kunci : Kanker, Koping,

¹⁻² Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

OVERVIEW OF COPING IN CANCER PATIENTS IN SAMARINDA

Novia Wardianti¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Yusnita Sirait³

¹Student of ITKES nursing science study program wiyata husada samarinda

Email : noviawardianti801@student.stikeswhs.ac.id

² Lecturer of the nursing science study program ITKES wiyata husada samarinda Email: Wahyudewisulistyarini@itkeswhs.ac.id

³ Lecturer of the nursing science study program ITKES wiyata husada samarinda Email: chuanainggolan2015@gmail.com

ABSTRACT

Background: Cancer is a type of abnormal cell proliferation that attacks other organs in the human body. There are physical and psychological changes that occur during the sickness and cancer healing process. These psychological alterations might affect the patient's quality of life, either directly or indirectly. In the therapy of cancer, various methods are frequently used. Chemotherapy is one of the ways in which patients try to cure cancer. Coping is a person's reaction to situations that physically and psychologically endanger him. **The study's goal:** To determine the coping domain's description of coping. **Methods:** This study employs a cross-sectional method to quantitative research. The study was conducted at the Dirgahayu Samarinda Hospital in June-July 2021 with a sample size of 85 participants. A comprehensive sampling strategy is used in this sampling method. In this study, data was collected utilizing a Cope Brief questionnaire. **Results:** The results of this study obtained data that coping with bad (56,5%) and good (43,5%) categories the results were not significant. The results of p value is 0.200 so it can be concluded that coping with bad and good categories is not significant because a study is said to be normal if the results of p value must be greater than a value >0,05. **Conclusion:** The results for dealing with the poor and good categories are not significant. **Suggestion:** More study is needed in order to get more knowledge and experience, as well as to try to provide information regarding the coping picture among cancer patients in Samarinda.

Keywords : Cancer, Coping

¹⁻² Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

BOSTON
English Language Center

PENDAHULUAN

Kanker merupakan sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang cenderung menyerang organ tubuh lain. Berdasarkan studi yang sudah ada, pertumbuhan penyakit kanker akan meningkat setiap tahunnya. Peningkatan jumlah penderita kanker ini menjadikan sebuah permasalahan yang serius baik dari pasien penderita dan juga keluarga (Afiyah, 2018). Selama proses penyakit dan penyembuhan kanker, terjadi proses perubahan baik fisik ataupun psikis. Perubahan psikologis tersebut secara langsung ataupun tidak dapat menurunkan kualitas hidup pasien (Prastiwi, 2013). Pembatasan hidup dan dampak buruk lain dapat terjadi pada keluarga karena penyakit tersebut (Otto *et al.*, 2020).

Salah satu penyakit yang menjadi penyebab utama kematian masyarakat dunia adalah kanker. Kanker merupakan salah satu penyakit yang paling ditakuti dan dipandang sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia. *Union for International Cancer Control (UICC)*, memperkirakan jumlah penderita kanker di Negara berkembang pada tahun 2020 bisa mencapai 10 juta orang dengan 16 kasus baru setiap tahunnya. Berdasarkan

data Riskesdas, prevalansi kanker di Indonesia tergolong tinggi yaitu 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 347.792 orang. Prevalansi penderita kanker di provinsi Aceh setara dengan nasional, yaitu 1,4 per 1000 penduduk (Maulina, Bahri, 2016). Berdasarkan data yang di kaji oleh badan *World Health Organisasi (WHO)* kejadian penyakit penderita kanker meningkat dari 1,4 juta menjadi 12,7 juta. Data yang diambil dari *Internasional Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada tahun 2015 terdapat 13.067.894 kasus baru kanker dan 7.201.575 angka kejadian kematian.

Penyebab kanker yaitu tubuh yang sehat tidak mampu mempertahankan diri terhadap kanker, ini terjadi karena interaksi kompleks antara paparan karsinogen dan mutasi yang sudah menumpuk dalam beberapa gen yang disebut onkogen, sehingga mengaktifkan pembelahan sel. Penyebab kerusakan gen yang didapat yaitu: virus, radiasi, karsinogen lingkungan serta makanan dan hormone. Faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker yaitu usia, status gizi, keseimbangan hormonal dan respons terhadap stress (Kowalak, 2011).

Sel abnormal membentuk sebuah kelompok dan mulai berproliferasi secara abnormal, membiarkan sinyal pengatur pertumbuhan dilingkungan sekitarnya sel. Sel mendapatkan karakteristik invasif sehingga terjadi perubahan jaringan d sekitarnya. Sel menginfiltrasi jaringan dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh darah, yang membawa sel ke area tubuh yang lain. Kejadian ini dinamakan metastasis (kanker menyebar ke bagian tubuh lainnya).

Sel-sel kanker disebut neoplasma ganas/ maligna dan diklasifikasi serta diberi nama berdasarkan tempat jaringan yang tumbuhnya sel kanker tersebut. Kegagalan sistem imun untuk menghancurkan sel abnormal secara cepat dan tepat tersebut menyebabkan sel-sel tumbuh menjadi besar untuk dapat ditangani dengan menggunakan imun yang normal. Kategori agens atau faktor tertentu yang berperan dalam karsinogenesis (transformasi maligna) mencakup virus dan bakteri, agens fisik, agens kimia, faktor genetika atau familial, faktor diet, dan agens hormonal (Suddarth, 2016).

Penyebab kanker yaitu tubuh yang sehat tidak mampu mempertahankan diri

terhadap kanker, ini terjadi karena interaksi kompleks antara paparan karsinogen dan mutasi yang sudah menumpuk dalam beberapa gen yang disebut onkogen, sehingga mengaktifkan pembelahan sel. Penyebab kerusakan gen yang didapat yaitu: virus, radiasi, karsinogen lingkungan serta makanan dan hormone. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker yaitu usia, status gizi, keseimbangan hormonal dan respons terhadap stress (Kowalak, 2011).

World Health Organization (WHO) melaporkan lima besar jenis kanker yang ditemukan pada laki-laki di dunia pada 2012, yaitu kanker paru, prostat, kolorektum, kanker perut (*stomach cancer*), dan kanker hati. Sedangkan pada perempuan yang terbanyak adalah kanker payudara, kolorektum, paru-paru, serviks, serta kanker perut (*stomach cancer*). Sepertiga kematian akibat kanker berhubungan dengan 5 kebiasaan gaya hidup dan pola makan. Kelima faktor tersebut yaitu obesitas, diet rendah sayur dan buah, kurang aktivitas fisik, penggunaan tembakau, dan penggunaan alkohol. Penggunaan tembakau merupakan faktor risiko penyebab kematian pada kanker secara umum

(20%). Sedangkan untuk kanker paru, tembakau merupakan faktor risiko penyebab kematian pada kanker paru yang paling dominan (70%) (Makassari Dewi, 2017).

Adapun faktor risiko yang terkait dengan kanker paru-paru, kolorektum, lambung, dan kanker hati adalah penggunaan tembakau. Sedangkan yang berhubungan dengan kurangnya aktivitas fisik dan obesitas adalah kanker payudara serta kolorektal. Untuk faktor risiko infeksi berkaitan dengan kanker hati, lambung, dan kanker serviks uteri. Sebagian besar kasus kanker dan kematian dapat dicegah dengan menerapkan langkah-langkah pencegahan yang efektif, seperti pengendalian tembakau, vaksinasi, dan penggunaan tes deteksi dini (Makassari Dewi, 2017).

Koping adalah cara yang dilakukan oleh individu untuk beradaptasi terhadap stress, menyelesaikan masalah, penyesuaian diri terhadap perubahan, dan respon terhadap situasi yang mengancam jiwa (Stuart dan Sundeen, 2008). Mekanisme koping bersifat konstruktif ketika ansietas digunakan sebagai tanda peringatan dan individu menerimanya

sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Dalam meningkatkan mekanisme koping dibutuhkan pemikiran aspek – aspek yang positif dan dukungan emosional oleh keluarga. Koping yang efektif akan membantu individu terbebas dari stress yang berkepanjangan. Setiap individu menggunakan koping berbeda untuk menghadapi masalah yang melibatkan perubahan dalam masyarakat dan sistem hidup dari kondisi yang dianggap tidak memuaskan kepada suatu keadaan yang lebih baik (Rosalina, 2018).

Koping ada dua, yaitu koping adaptif dan maladaptif.

1) Koping adaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat positif, rasional, dan konstruktif.

Mekanisme adaptif antara lain adalah berbicara dengan orang lain tentang masalah yang sedang dihadapi, mencoba mencari informasi lebih banyak tentang masalah yang dihadapi, berdoa, melakukan Latihan fisik untuk mengurangi ketegangan masalah, membuat berbagai alternative

tindakan untuk mengurangi situasi, dan merasa yakin bahwa semua akan kembali stabil, mengambil pelajaran dari peristiwa atau pengalaman masa lalu.

2) Koping maladaptif adalah koping yang menghambat fungsi integritas, memecah pertumbuhan, menurunkan otonom dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan/tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar. Perilaku maladaptif antara lain : agresif dan menarik diri, perilaku. Perilaku agresif dimana individu menyerang obyek, apabila dengan ini individu mendapat kepuasan, maka individu akan menggunakan agresi. Perilaku agresi (menyerang) terhadap sasaran atau obyek dapat merupakan benda, barang atau orang atau bahkan terhadap dirinya sendiri. Adapun perilaku menarik diri dimana perilaku menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi

secara fisik dan psikologis individu secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor misalnya : individu melarikan diri dari sumber stress. Sedangkan reaksi psikologis individu menampilkan diri seperti apatis, pendiam dan munculnya perasaan tidak berminat yang menetap pada individu. perilaku yang dapat dilakukan adalah menggunakan alcohol atau obat-obatan, melamun dan fantasi, banyak tidur, menangis, beralih pada aktifitas lain agar dapat melupakan masalah. Koping berfokus pada masalah adalah koping yang menunjukkan pada pemecahan masalah dan menghentikan stress. Sedangkan mekanisme koping berfokus pada emosi adalah koping yang digunakan untuk meredakan emosi individu yang ditimbulkan stress, tanpa berusaha untuk mengubah suatu situasi yang menjadi sumber stress secara langsung. Mekanisme koping merupakan

cara mengatasi stress dan kecemasan dengan memperdayakan diri. individu biasanya menghadapi kecemasan menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada masalah, mekanisme koping yang berfokus pada kognitif, mekanisme koping yang berfokus pada emosi. Koping dapat diidentifikasi melalui respon manifestasi (tanda dan gejala) koping dapat dikaji melalui beberapa aspek yaitu fisiologi dan psikologis koping yang efektif menghasilkan adaptif sedangkan yang tidak efektif menyebabkan maladaptive (Stuart dalam Sumoked Adelina, 2019).

Dalam menentukan Koping yang akan digunakan seseorang untuk mengatasi masalahnya, terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi yaitu faktor individu dan faktor lingkungan (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Shera 2012).

1) Faktor individu

Pada faktor individu terdapat dua hal yang penting dalam

menentukan pemilihan koping, yaitu komitmen dan kepercayaan. Komitmen mengekspresikan hal apa yang penting dan berarti bagi individu. Komitmen menentukan langkah seseorang dalam menghadapi situasi penuh tekanan. Dengan adanya komitmen, maka seseorang akan mempertahankan keinginannya untuk mencapai tujuan akhir.

Keyakinan adalah pembentukan pribadi atau konfigurasi kognitif dari budaya budaya di lingkungan (Wrubel dalam Lazarus dan Folkman, 1984). Dalam pemilihan coping, keyakinan menentukan fakta-fakta apa yang harus individu percayai dan bagaimana mereka memaknai kondisinya. Keyakinan terdiri dari keyakinan terhadap kontrol personal dan keyakinan eksistensial (*existential belief*). Keyakinan terhadap kontrol personal adalah keyakinan seseorang pada kekuatan dirinya dapat mengatur kondisi sekitar diri. Keyakinan terhadap kontrol personal dapat mencakup dua hal, sebagai cara berpikir yang mendasar pada seseorang dan

sebagai cara berpikir dalam situasi yang spesifik. Keyakinan kontrol personal sebagai cara pikir mendasar berarti melihat kontrol personal sebagai disposisi kepribadian yang stabil. Artinya pada kondisi apapun seseorang memiliki kecenderungan untuk memilih coping tertentu. Keyakinan eksistensial adalah keyakinan yang dapat menciptakan makna hidup dan menjaga adanya harapan dalam hidup walaupun berada pada situasi sulit, seperti: percaya pada Tuhan, agama, dan spiritual.

2) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari: hal yang baru (kebaruan), dapat diprediksi atau tidaknya masalah tersebut (*predictability*), dan ketidakpastian (*event uncertainty*). Saat mengalami hal yang benar-benar baru (*novelty*) dan tidak ada pengalaman mengenai hal tersebut, seseorang cenderung tidak mempersiapkan coping apa yang harus digunakan. Dapat diprediksi atau tidaknya masalah terlihat dari adanya tanda-tanda pada lingkungan yang dapat ditemukan, dibedakan satu dengan lainnya, atau dipelajari.

Dengan adanya tanda-tanda tersebut, seseorang akan berusaha mempersiapkan coping yang akan digunakan. *Event uncertainty* atau ketidakpastian merupakan langkah selanjutnya dari *predictability*. Saat seseorang sudah menemukan tanda-tanda yang mengindikasikan suatu kejadian, maka individu tersebut akan menyimpulkan probabilitas atau kemungkinan terjadi atau tidaknya hal tersebut. Di dalam faktor lingkungan terdapat temporary faktor atau faktor sementara, yaitu kesegeraan, durasi, dan ketidakpastian sementara (*temporal incertanty*). Kesegeraan yaitu berapa banyak sisa waktu sebelum suatu hal terjadi. Biasanya, semakin sedikit waktu yang tersisa, maka akan lebih banyak coping yang dicoba. Durasi merujuk pada seberapa lama situasi yang sulit tersebut terjadi. Ketidakpastian sementara adalah ketidaktahuan kapan suatu hal akan terjadi. Faktor sementara akan dipertimbangkan saat seseorang sudah memikirkan faktor-faktor lingkungan yang utama.

Berdasarkan Studi Pendahuluan wawancara terhadap 4 orang penderita kanker di RS Dirgahayu Samarinda Tahun 2021, 2 diantaranya mengatakan merasa cemas dan stress, dan 2 diantaranya lagi mengatakan takut dan khawatir akan masa depan yang akan dijalani. Berdasarkan hasil wawancara diatas perlu diketahui lebih jauh bagaimana pasien kanker menggunakan koping untuk menghadapi masalah pikiran seperti stress, cemas, khawatir, ketakutan, dan lingkungan disekitarnya yang dihadapi sehari-hari maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Jenis metode penelitian yang dipilih adalah Deskriptif pengertian dari suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran objektif yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisa dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono, 2011). Dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu dimana suatu peneliti menekankan pada pengukuran

atau observasi data pada satu waktu untuk mengetahui Gambaran Koping Pada Pasien Kanker di Samarinda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Data karakteristik responden

Tabel 4.1 distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin.

kategori	frekuensi	persentase
laki	11	12,9%
perempuan	74	87,1%
total	85	100,0%

Sumber Data primer, 2021

Berdasarkan Tabel 4.1 didapatkan untuk tiap kategori responden jenis kelamin mayoritas perempuan (87,1%) dilihat pada tabel di atas responden terbanyak adalah perempuan karena dilihat dari jenis kanker terbanyak adalah *Ca mammae*. *Mammae* merupakan salah satu mahkota kebanggan bagi wanita, bila *mammae* mengalami sakit dan harus diangkat ataupun mengalami perlukaan akibat kanker dapat meningkatkan rasa stress pada individu tersebut. Penelitian pada 100 pasien kanker payudara pasca mastektomi didapatkan hasil bahwa mayoritas pasien mengalami harga diri rendah dan depresi (Ghodusi & Heidari, 2015).

Tabel 4.2 distribusi frekuensi berdasarkan usia.

kategori	frekuensi	Persentase
----------	-----------	------------

Dewasa (20-60 tahun)	75	88,2%
Lansia (60> tahun)	10	11,8%
total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Kategori usia 20-60 tahun lebih banyak (82%), menurut Wardani (2014) mengatakan bahwa orang dengan usia dewasa sudah terbiasa menghadapi masalah pada dirinya.

Tabel 4.3 distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan.

kategori	Frekuensi	Persentase
IRT	36	42,4%
PNS	16	18,8%
swasta	15	17,6%
Lain-lain	18	21,4%
total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Pada Tabel 4.3 didapatkan hasil untuk kategori pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga) lebih banyak (42,4%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarwan, (2010) menyatakan bahwa mayoritas pasien dengan kanker ditemukan pada jenis pekerjaan IRT yaitu sebanyak 17 orang (42,5%) dan minoritas ditemukan wanita bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 9 orang (22,5%).

Tabel 4.4 distribusi frekuensi berdasarkan jenis kanker.

kategori	frekuensi	Persentase
Ca Mammae	67	78,8%
Ca Tiroid	8	9,5%
Ca Serviks	1	1,2%
Ca Torax	1	1,2%
Ca sarcoma	1	1,2%
Tumor	2	2,4%
Parotis	1	1,2%
Kanker nasofaring	4	4,7%
Total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Pada Tabel 4.4 didapatkan hasil untuk kategori kanker diatas, Ca mammae lebih banyak (78,8%). Menurut Wardani (2014) kanker payudara adalah *body image* bagi seseorang yang menderitanya dan dapat menyebabkan pasien berbeda persepsi, ada seorang pasien dengan kanker payudara dapat menjalankan aktivitas nya sehari-hari dengan baik, tetapi banyak juga pasien yang depresi saat mengetahui penyakit yang dideritanya.

Tabel 4.5 distribusi frekuensi berdasarkan stadium kanker.

kategori	frekuensi	Persentase
Stadium I	8	9,5%
Stadium II	35	41,2%
Stadium III	41	48,2%
Stadium IV	1	1,2%
Total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Pada Tabel 4.5 didapatkan hasil untuk kategori stadium kanker, stadium

III lebih banyak (48,2%). Stadium kanker dengan proporsi varian yang tertinggi adalah stadium III karena lamanya masa perawatan, pasien yang sudah mencapai stadium III menjalani masa perawatan yang cukup lama. Ini dapat menyebabkan malasnya pasien untuk Kembali berobat kerumah sakit (Wardani, 2014).

B. Hasil Univariat

Tabel 4.6 distribusi frekuensi berdasarkan koping.

kategori	frekuensi	Persentase
Buruk	48	56,5%
baik	37	43,5%
total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Hasil dari tabel data diatas menunjukkan bahwa perbedaan tidak signifikan yaitu koping dengan kategori buruk (56,5%) dan koping dengan kategori baik (43,5%), hanya ada sedikit perbedaan antara kedua koping.

Tabel 4.7 distribusi frekuensi berdasarkan domain koping.

kategori	frekuensi	Persentase
<i>Venting</i>		
Buruk	57	67,1%
Baik	28	32,9%

Kageori	Frekuensi	Persentase
Total	85	100,0%
<i>Active coping</i>		
Buruk	41	48,2%
Baik	44	51,8%
Total	85	100,0%
<i>Self-distraction</i>		
Buruk	80	94,1%
Baik	5	5,9%
Total	85	100,0%
<i>Denial</i>		
Buruk	26	30,6%
Baik	59	69,4%
Total	85	100,0%
<i>Substance use</i>		
Buruk	81	95,3%
Baik	4	4,7%
Total	85	100,0%
<i>Use of emotional support</i>		
Buruk	23	27,1%
Baik	62	72,9%
Total	85	100,0%

<i>Use of instrumental support</i>		
buruk	79	92,9%
Baik	6	7,1%
Total	85	100,0%
<i>Behavioral disengagement</i>		
buruk	8	9,4%
Baik	77	90,6%
Total	85	100,0%
<i>Positif reframing</i>		
Buruk	85	100,0%
<i>planning</i>		
buruk	34	40,0%
baik	51	60,0%
total	85	100,0%
<i>humor</i>		
buruk	74	87,1%
baik	11	12,9%
Total	85	100,0%
<i>acceptance</i>		
buruk	83	97,6%
baik	2	2,4%
Total	85	100,0%

Kategori	Frekuensi	Persentase
<i>Religion</i>		
Buruk	71	83,5%
Baik	14	16,5%
total	85	100,0%
<i>Self-blame</i>		
buruk	84	98,8%
baik	1	1,2%
Total	85	100,0%

Sumber data primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.7 didapat kan hasil frekuensi terbesar adalah skala *Positif Reframing* dimana hasil frekuensi nya 85 dengan presentase nya (100%).

PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Dari hasil data yang didapat tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda. Penelitian ini melibatkan 85 responden, dimana responden diambil dari Kota Samarinda Dirumah Sakit Dirgahayu. Didapatkan hasil tiap kategori responden jenis kelamin mayoritas perempuan lebih banyak (87,1%) dimana dilihat dari jenis kanker terbanyak yaitu Ca mammae (78,8%).

Hasil penelitian dilokasi penelitian menunjukkan bahwa responden dengan berbagai tingkat umur menunjukkan bahwa responden yang berumur 20-60 tahun banyak mengalami stres. Wawancara sekilas kepada responden yang berusia 20-60 tahun menyatakan bahwa responden merasa takut dan cemas apabila kanker tersebut semakin bertambah buruk. Gambaran responden mengalami stress didukung dengan pendapat Amir (2015) yang menyatakan bahwa stress lebih sering terjadi pada usia muda. Umur awal terjadi rata-rata 20-40 tahun. Faktor sosial sering menempatkan seseorang yang berusia muda pada resiko tinggi. Predisposisi biologic seperti faktor genetik juga memberikan pengaruh pada seseorang yang berusia lebih muda, walaupun demikian depresi juga dapat terjadi pada anak-anak dan lanjut usia. Untuk kategori pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga) lebih banyak (42,4%), sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarwan, (2010) menyatakan bahwa mayoritas pasien dengan kanker ditemukan pada jenis pekerjaan IRT yaitu sebanyak 17 orang (42,5%) dan minoritas ditemukan wanita bekerja sebagai wiraswasta

yaitu sebanyak 9 orang (22,5%). Untuk kategori stadium, stadium III lebih banyak (48,2%). Stadium kanker dengan proporsi varian yang tertinggi adalah stadium III karena lamanya masa perawatan, pasien yang sudah mencapai stadium III menjalani masa perawatan yang cukup lama. Ini dapat menyebabkan malasnya pasien untuk Kembali berobat kerumah sakit (Wardani, 2014).

1. Hasil Gambaran koping pasien kanker

Penderita kanker yang mempunyai keterbatasan dalam wawasan dan pengetahuan cenderung mengatasi masalah dengan koping buruk. Mereka mengatasi berdasarkan apa yang mereka pahami benar, namun pada kenyataannya tidak selamanya benar. Mereka takut atau malu jika harus mengumpulkan informasi atau bertanya kepada yang sudah memahaminya misalnya masalah kesehatan maka harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan seperti perawat atau dokter. Rendahnya informasi yang dikumpulkan tersebut menyebabkan pemahaman mereka terhadap suatu masalah juga rendah yang pada akhirnya menyebabkan

keputusan ataupun pemecahan masalah yang diambil kurang tepat atau dapat dikatakan maladaptive (Wiwik, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dari item kuesioner gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda menunjukkan bahwa hasil didapat dengan subskala *venting* pada item pertanyaan nomor 9 dan 21 nilai buruk nya 67,1% dimana saat wawancara beberapa responden mengatakan tidak dapat mengekspresikan perasaan negative yang di alaminya. Subskala *active coping* dengan item pertanyaan nomor 2 dan 7 nilai baik nya 51,8% saat melakukan wawancara kepada beberapa responden selanjutnya mengatakan individu mengambil tindakan untuk mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik. Pada subskala *self-distraction* dengan item pertanyaan nomor 1 dan 19 nilai buruk nya 94,1% beberapa responden mengatakan tidak berusaha mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lainnya. Subskala *denial* dengan item pertanyaan nomor 3 dan 8 nilai baik nya 69,4% pada item ini responden mengatakan bahwa dirinya

percaya masalah yang dihadapi nya telah terjadi. Subskala *substance use* dengan item pertanyaan nomor 4 dan 11 nilai buruk nya 95,3% dimana responden mengatakan menggunakan obat-obatan diluar resep dokter agar membuat perasaan nya menjadi lebih baik. Pada subskala *use of emotional support* dengan item pertanyaan nomor 5 dan 15 nilai baik nya 72,9% pada item ini responden mengatakan lebih mendapatkan hiburan dan pengertian dari teman dan keluarga. Subskala *use of instrumental support* dengan item pertanyaan nomor 10 dan 23 nilai buruk nya 92,9% pada item ini responden mengatakan tidak mendapatkan bantuan atau saran dari orang lain atau keluarga. Subskala *behavioral disengagement* dengan item pertanyaan nomor 6 dan 16 nilai baik nya 90,6% pada item ini individu tidak menyerah dan tetap berusaha mengatasi masalah yang dihadapi. Subskala *positif reframing* dengan item pertanyaan nomor 12 dan 17 nilai buruk nya 100% dimana responden mengatakan bahwa responden tidak melihat masalah yang dihadapi dari sudut pandang yang berbeda agar dapat membuat masalah nya lebih tampak

positif. Subskala *planning* dengan item pertanyaan nomor 14 dan 25 nilai baiknya 60,0% pada item ini responden mengatakan bahwa responden membuat sebuah strategi untuk menyelesaikan masalah yang ia dihadapi. Subskala *humor* dengan item pertanyaan nomor 18 dan 28 nilai buruknya 87,1% pada item ini responden mengatakan bahwa merasa masalah yang dihadapi tidak pantas dijadikan lelucon. Subskala *acceptance* dengan item pertanyaan nomor 20 dan 24 nilai buruknya 97,6% dimana responden mengatakan tidak berusaha menerima fakta bahwa masalah yang dihadapi telah terjadi. Subskala *religion* dengan item pertanyaan nomor 22 dan 27 nilai buruknya 83,5% responden mengatakan jarang berdoa dan bermeditasi untuk membuat masalahnya lebih positif. Subskala *self-blame* dengan item pertanyaan nomor 13 dan 26 nilai buruknya 98,8% pada item ini responden mengatakan menyalahkan diri sendiri karena masalah yang dihadapinya.

Berdasarkan kuesioner strategi koping didapatkan nilai terendah dari jawaban rata-rata responden yaitu subskala *positife reframing* dengan

item pertanyaan 12 dan 17, dapat dilihat pada pemaparan diatas bahwa respnden tidak berusaha menyelesaikan masalahnya tersebut dan tidak berusaha membuat masalahnya ini lebih menyenangkan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Gumus (2011), mengatakan terdapat korelasi positif antara perasaan tidak menerima sakit dengan respon kehilangan mempunyai. Respon psikologis yang buruk terhadap sakit maka akan meningkatkan tingkat kehilangan sehingga mungkin sebagian responden merasa keluarga atau temannya tidak dapat membantu dalam menyelesaikan masalah tersebut. Dan untuk nilai tertinggi didapatkan rata-rata jawaban responden subskala *use of instrumental support* dengan item pertanyaan nomor 10 dan 23 dimana responden mengatakan sering mencari kenyamanan dan pengertian dari orang lain dan sering mengritik diri sendiri. Menurut Mardiana (2013), seseorang yang menderita kanker akan menunjukkan kesadaran tinggi dalam menyelesaikan masalahnya. Dalam mengatasi stressnya individu akibat kondisi yang dialaminya. Koping sangatlah penting untuk

menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dari perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam. Masalah yang muncul pada penderita kanker meliputi psikososial, bodi image, penurunan harga diri.

KESIMPULAN

Penelitian ini ingin mengetahui bagaimana gambaran koping pada pasien kanker, dan didapatkan hasil berdasarkan penelitian dan pembahasan, maka kesimpulan yang didapatkan adalah koping dengan kategori buruk yaitu sebanyak 48 responden (56,5%) dan koping kategori baik sebanyak 37 responden (43,5%). Dimana perbedaan antara koping buruk dan koping baik tidak signifikan. Berdasarkan paparan yang diatas bahwa koping buruk sedikit lebih banyak, dimana koping buruk ini dapat mempengaruhi cara pandang dan tingkah laku seseorang. Terutama seseorang yang mengalami penyakit seperti kanker. Dari analisa data yang telah dilakukan maka didapatkan bahwa mayoritas individu kurang mampu mengatasi situasi stress ketika menghadapi penyakit kanker, baik dengan individu maupun lingkungan. Dalam menghadapi diagnosis kanker

itu sendiri pasien kanker dapat menghadapi existential stressor seperti permasalahan dalam kontrol diri, kehilangan martabat, berkurangnya kepuasan hidup, kehilangan harapan, dan kekhawatiran akan masa depan. Selain itu pasien juga dapat merasakan ketidaknyamanan dan peningkatan kesadaran akan kematian.

SARAN

1. Bagi Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda

Diharapkan skripsi ini bisa menjadi masukan untuk lebih meningkatkan pelayanan dan penanganan yang diberikan kepada pasien kanker.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat terus meningkatkan pengalaman dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker serta membantu mengevaluasi dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien kanker.

3. Bagi pasien dan keluarga

Di harapkan untuk pasien dapat mengekspresikan perasaan negative yang dialaminya dan berusaha mengalihkan pikiran dari

masalah yang dihadapi dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain. Dan jangan menjadikan masalah yang dihadapi untuk mengonsumsi alkohol atau obat-obatan. Dan mintalah saran kepada keluarga terkait masalah yang dihadapi. Lihatlah masalah yang kalian hadapi dari sudut pandang yang berbeda agar masalah tersebut lebih positif. Bercandalah sesekali agar masalah yang dihadapi tidak terlalu tegang. Berusahalah menerima fakta bahwa masalah yang dihadapi telah terjadi. Seringlah berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa agar masalah yang dihadapi lebih positif dan jangan menyalahkan diri sendiri pada masalah apa yang dihadapi.

4. Bagi Peneliti

Agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman serta berusaha memberikan informasi tentang gambaran koping pada pasien kanker di Samarinda.

DAFTAR PUSTAKA

Adelina Sumoked, (2019)
“Hubungan Mekanisme
Koping Dengan Kecemasan

- Pada Mahasiswa Semester III Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Yang Akan Mengikuti Praktek Klinik Keperawatan” , e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 7 Nomor 1, Februari 2019.
- Afiyah, R. K. (2018) ‘Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur’, *Journal of Health Sciences*, 10(1), pp. 96–105. doi: 10.33086/jhs.v10i1.150.
- Alligood, (2014) “*The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study*”.
- Alligood, Martha Raile. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan karya Mereka. Edisi Indonesia Ke-8 Volume 1*. Singapore Elsevier.
- Clarissa Rizky Rosyani (2012), Hubungan Antara Resiliensi dan Coping Pada Pasien Kanker Dewasa.
- Cheng, L. et al. (2019) ‘*Symptom Experience of Children With Cancer Younger Than Eight Years of Age: An Integrative Review*’, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc, 58(1), pp. 157–166. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.03.021.
- Dyanti, G. A. R. and Suariyani, N. L. P. (2016) ‘Faktor-Faktor Keterlambatan Penderita Kanker Payudara Dalam Melakukan Pemeriksaan Awal Ke Pelayanan Kesehatan’, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), p. 276. doi: 10.15294/kemas.v11i2.3742.
- Folkman, S., Lazarus, R.S.(1986).*The Dinamic of a Stressfull Encouter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcoumes. Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

- Ghodusi, M., & Heidari, M. (2015). The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian Journal Of Palliative Care*, 21(2), 198. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156500>
- Gumus, A.B., Cam, O. & Malak A.T., (2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian pacific journal of cancer prevention*. April 28, 2013. (Proquest) database.
- Howlader et al., (2013) *Cancer incidence and survival trends by subtype using data from the surveillance epidemiology and end results program, 1992-2013.*
- Indrawati Maya. (2011) *Persentase Diagnosa Kanker Payudara Berdasarkan Usia Dan Rentang Waktu Kejadian Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Periode 2017-2018.*
- Irawan, E., Hayati, S., & Purwaningsih, D. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Kanker Payudara. *Jurnal Keperawatan BSI*, V(2), 121–129.
- Kamaladewi (2017), *Mengenal dan Mencegah 7 Kanker Pada Wanita: Cara Alami Deteksi Dini.*
- Kemenkes. (2016). Infodatin: Bulan Peduli Kanker Payudara Jakarta Kemenkes.
- Laili Rahayuwati, (2017). Pilihan Pengobatan Pasien Kanker Payudara Masa Kemoterapi: Studi Kasus.
- Makassari Dewi, (2017). Sebaran Kanker di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2007.
- Maria Komariah, (2020). Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Dengan Kanker Stadium Akhir. *Jurnal Keperawatan*, DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1221>.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta; Rineka Cipta.

- Nurhayati, N. et al. (2020) 'Gambaran Symptoms pada Perempuan dengan Kanker Ginekologi', *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 3(3), p. 173. doi: 10.32419/jppni.v3i3.168.
- Otto, A. K. et al. (2020) '*Communication between Advanced Cancer Patients and Their Family Caregivers: Relationship with Caregiver Burden and Preparedness for Health Communication*'. *Routledge*, 00(00), pp. 1–8. doi: 10.1080/10410236.2020.1712039.
- Prastiwi, T. F. (2013) 'KUALITAS HIDUP PENDERITA KANKER', *Journal Psychology Universitas Negeri Semarang*, 1(1), pp. 21–27.
- Rano K. Sinuraya, (2017) *Terapi Kanker dengan Radiasi: Konsep Dasar Radioterapi dan Perkembangannya di Indonesia*.
- Riska Maulina, (2016) 'Mekanisme Coping Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi di Rsud dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Rasmun. (2011). *Stres, Coping dan Adaptasi: Teori dan Masalah Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Shera Ditriya Bastian, (2012). *Hubungan Antara Resiliensi Dan Coping Pada Istri Yang Mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga*.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8, Volume 1. Jakarta: EGC.
- Teuku Samsul Bahri, (2017). *Mekanisme Coping dan Kesiapan Diri Preoperatif Pada Pasien Kanker Payudara di RSUD dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH*
- Tirta Artha Wardani, (2014). *Pengaruh Harapan dan Coping Stres Terhadap Resiliensi Pada Caregiver Kanker*.

- Tita Febri Prastiwi ,
1550407004 (2012) *KUALI
TAS HIDUP PENDERITA
KANKER*. Under Graduates
thesis, Universitas Negeri
Semarang.
- Wulandari, N., Bahar, H., &
Ismail, C. S. (2017).
Gambaran Kualitas Hidup
Pada Penderita Kanker
Payudara Di Rumah Sakit
Umum Bahteramas Provinsi
Sulawesi Tenggara Tahun
2017. *Jurnal Ilmiah
Mahasiswa Kesehatan
Masyarakat Unsyiah*, 2(6),
1–9.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei,
H., Johnston, P, T.,
Sahebkar, A. (2017). *The
Impact Of Stress On Body
Function: A Review*. *EXCLI
Journal*. ISSN 1611-2156.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles> Di akses 12
Oktober 2019.
- Yuni Aris, (2015). “Hubungan Tingkat
Stres dengan Strategi Koping Pada
Mahasiswa Keperawatan
Universitas Andalas Padang
Tahun 2015” Fakultas
Keperawatan Universitas Adalal
Januari 2016.
- Zulpadjri, (2019). *Perbedaan Coping
Stress Ditinjau Dari Jenis Kelamin
Pada Penderita Kanker*.