

BAB 2

LANDASAN TEORI

2. 1 *Coping*

2. 1. 1 *Definisi Coping*

Coping didefinisikan sebagai upaya kognitif dan perilaku yang berubah secara konstan untuk mengelola tuntutan eksternal dan/ atau internal tertentu yang dinilai berat dan melebihi sumber daya (kekuatan) seseorang (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping dapat juga dikatakan sebagai bentuk adaptasi karena *coping* merupakan bagaimana cara seseorang bereaksi terhadap sebuah stimulus yang didapat dari lingkungannya (Costa, Somerfield, & McCrae, 1996 dalam Primaldhi 2006).

Sejalan dengan Lazarus dan Folkman, Pearling dan Schooler, 1978 (dalam Ivancovich, 2004) mendefinisikan *coping* sebagai tanggapan terhadap ketegangan hidup yang berfungsi untuk mencegah, menghindari, atau mengendalikan gangguan emosi. *Coping* yang cukup baik ditandai dengan kemampuan seseorang untuk dapat tetap berdiri sendiri dalam menghadapi krisis hidup dan mengendalikan stres yang muncul dari masa krisis tersebut (Pearling dan Schooler, 1978 dalam Ivancovich, 2004).

2. 1. 2 Pembagian Coping

Lazarus dan Folkman (1984), membagi *coping* yang dilihat dari fungsinya menjadi dua bagian yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Secara umum, Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa *emotion-focused coping* muncul pada keadaan mengancam, berbahaya, dan menantang yang sudah tidak dapat diubah lagi kondisinya. Sedangkan *problem-focused* muncul saat kondisinya masih ada kemungkinan berubah dan dapat diperbaiki.

Problem-focused coping mengarah pada penyelesaian masalah, seperti mencari informasi mengenai suatu masalah, mengumpulkan solusi-solusi yang dapat dijadikan alternatif, mempertimbangkan alternatif dari segi biaya dan manfaatnya, memilih alternatif, dan menjalani alternatif yang dipilih (Lazarus & Folkman, 1984). Jadi dalam *problem-focused* tidak hanya berencana sebanyak mungkin, tapi segera melakukan rencana terbaik dari semua pilihan yang ada.

Emotion-focused coping menurut Lazarus dan Fokman (1984), merupakan sekumpulan proses kognitif yang diarahkan untuk mengurangi penderitaan emosional dan mencakup strategi seperti menghindari, meminimalisir, menjaga jarak, selektif memilih perhatian, perbandingan positif, dan mencari nilai positif dari sebuah peristiwa negatif. Orang menggunakan *emotion-focused* untuk mempertahankan harapan dan optimisme, menyangkal fakta dan implikasinya, menolak mengakui hal terburuk, bertindak seolah-olah hal yang terjadi bukan hal yang penting, dan lainnya di mana kesemua proses tersebut memberi sebuah

penipuan atau distorsi kenyataan pada diri mereka sendiri (Lazarus & Folkman, 1984).

Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, dan Becker (1985, dalam Primaldhi, 2006) dalam alat ukurnya yang merevisi alat ukur *Ways of Coping* dari Lazarus & Folkman (1984), membagi *emotion-focused coping* ke dalam tiga dimensi yaitu

1. *Self blame* merupakan cara seseorang mengatasi masalah dengan mengakui bahwa masalah yang ada merupakan akibat dari dirinya sendiri,
2. *Avoidance* merupakan cara seseorang mengatasi masalah dengan menghindar atau melarikan diri dari masalahnya, dan
3. *Wishful thinking* merupakan cara seseorang meredam masalahnya dengan membayangkan bahwa masalahnya tidak ada atau sudah selesai.

Pada umumnya pada situasi yang sangat *stressful* atau tak terkendali individu akan mengakui adanya sesuatu yang lebih berkuasa daripada dirinya (Pargament, 1997). Pargament (1997), mengemukakan jenis *coping* yang berfokus pada religi yaitu cara seseorang menyelesaikan masalah dengan meningkatkan ritual keagamaan karena percaya Tuhan akan membantu menyelesaikan masalah. Manfredi & Picket (1987, dalam Primaldhi 2006) menemukan bahwa sembahyang adalah *coping* yang paling sering dipakai oleh orangtua. Kebanyakan orang Indonesia menggunakan strategi *coping* berfokus religi saat menghadapi stresor tertentu (Dahlan, 2005).

Dinamika dan perubahan yang menjadi ciri *coping* sebagai proses bukanlah sesuatu yang acak, mereka adalah fungsi dari penilaian terus-menerus dan perubahan dalam hubungan antara orang dan lingkungannya (Lazarus & Folkman, 1984). Strategi *coping* dipilih berdasarkan penilaian kognitif terhadap stresor dan penilaian pada sumber daya, kemudian individu menetapkan strategi *coping* yang dirasa efektif melalui identifikasi terhadap sumber daya yang dimilikinya (Lazarus & Folkman, 1984).

2. 1. 3 Hubungan Coping dengan Anticipatory grief

Penelitian sebelumnya tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara *problem-focused coping* dengan depresi, kecemasan, stres, dan kesehatan orangtua yang merupakan gejala dari *anticipatory grief* (Barrera, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, 2003). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lazarus & Folkman (1984) bahwa orang akan menggunakan *problem-focused coping* apabila masalah yang dihadapi masih dapat diubah dan diperbaiki.

Penelitian menemukan adanya hubungan yang positif antara *emotion-focused coping* dengan stres pada orangtua yang memiliki anak dengan kanker. Penelitian yang dilakukan Barrera, et. al. (2003) menemukan bahwa penggunaan *emotion-focused coping* berkorelasi positif dengan depresi, kecemasan, stres, dan kesehatan orangtua yang kesemua itu merupakan simtom-simtom *anticipatory grief*. Penggunaan *emotion-focused coping* lebih banyak ditemukan pada orangtua yang memiliki anak dengan kanker dibandingkan dengan orangtua yang memiliki anak berpenyakit akut lainnya. Hal ini membuat tantangan tersendiri bagi orangtua yang

memiliki anak kanker untuk mengatur respon emosinya (Barrera et al., 2003). Respon emosi sangat penting untuk dikendalikan pada masa *anticipatory grief* karena akan berdampak pada emosi anak juga. Seperti yang ditemukan Spinetta, Rigler & Karon, 1974 (dalam Rando, 1984), bahwa anak dapat merasakan perbedaan emosional pada orang dewasa di sekitarnya yang pada akhirnya mempengaruhi tingkah laku anak tersebut. Orangtua yang memiliki anak dengan penyakit kanker juga mengalami depresi lebih besar serta mendapat dukungan lebih banyak daripada orangtua yang memiliki anak dengan penyakit akut lainnya (Barrera et al., 2003).

2. 2 *Anticipatory grief*

2. 2. 1 *Definisi*

Menurut Lebow (1976 dalam Rando, 1984) *anticipatory grief* merupakan sekumpulan set kognitif, reaksi afektif, budaya, dan sosial mengenai kematian yang dirasakan oleh pasien penyakit terminal dan keluarganya, tetapi kematian tersebut belum terjadi. Proses dalam *anticipatory grief* meliputi hal-hal yang dilakukan oleh keluarga pasien untuk membantu mereka beradaptasi dengan keadaan yang ada.

Eric Lindemann adalah orang pertama yang mengeluarkan konsep *anticipatory grief* pada tahun 1944. Eric Lindemann menggunakan konsep ini pada saat Perang Dunia kedua, dimana ia membuat penelitian pada keluarga yang ditinggalkan anggota keluarganya yang pergi ke medan perang. Lindemann menemukan keluarga yang ditinggalkan melewati masa berduka sebelum kematian

anggota keluarganya benar-benar terjadi, bahkan menimbulkan masalah saat anggota keluarganya tersebut kembali ke rumah dengan selamat karena mereka sudah menganggap anggotanya tersebut telah tiada (Fulton & Fulton, 1971 dalam Lane, 2005).

Anticipatory grief menurut Rando, 2000 (dalam Al-Gamal dan Long, 2010), merupakan fenomena yang meliputi proses berkabung, *coping*, interaksi, perencanaan, dan reorganisasi psikologis yang dirangsang dan dimulai saat menanggapi kehilangan orang yang dicintai pada masa mendatang dan pengakuan kehilangan yang terkait di masa lalu, sekarang dan masa depan.

Worden, 2003 (dalam Al-Gamal dan Long, 2010), memberikan definisi *anticipatory grief* sebagai proses aktif dari masa berduka yang muncul sebelum terjadi kehilangan yang sesungguhnya.

Marwit & Meuser (2004) dalam alat ukurnya membagi *anticipatory grief* ke dalam tiga dimensi, yaitu

1. *Personal sacrifice burden* merupakan dimensi yang menggambarkan pengorbanan seseorang,
2. *Heartfelt sadness & longing* merupakan dimensi yang menggambarkan kesedihan seseorang, dan
3. *Worry & felt isolation* merupakan dimensi yang menggambarkan kecemasan dan perasaan terisolasi.

2. 2. 2 Gejala

Gejala yang terjadi saat *anticipatory grief* sama dengan gejala yang terjadi saat masa berduka namun saat *anticipatory grief* kematian belumlah terjadi. Gejala psikis dan fisik yang ditemukan saat *anticipatory grief*, seperti yang dikemukakan Lindemann (1944 dalam Rando, 1984) antara lain adalah gangguan makan dan pencernaan, susah tidur, menangis, lemah, lelah fisik yang luar biasa, merasa kosong dan berat, merasa ada yang mengganjal di tenggorokan, kecemasan, gugup, kehilangan atau kelebihan gairah seksual, berkurangnya energi dan kemunduran psikomotorik, gelisah dan mencari-cari kegiatan, serta bernapas cepat.

Fulton dan Fulton (1971 dalam Rando, 1984), menggambarkan empat aspek dari *anticipatory grief*, yaitu: depresi, peduli yang berlebihan kepada pasien, latihan menjelang kematian, dan berusaha menyesuaikan diri terhadap konsekuensi kematian. *Anticipatory grief* juga meliputi: menyerap kenyataan bahwa kematian merupakan proses kehilangan selamanya, menyelesaikan urusan yang belum terselesaikan, mulai mengubah asumsi mengenai kehidupan dan identitas, dan membuat rencana masa depan sehingga mereka tidak akan merasa mengkhianati kematian.

2. 2. 3 Dampak

Anticipatory grief menurut Rando (1984) dapat memiliki efek positif, yaitu dapat mempercepat pengasuh membantu pasien dengan penyakit kronis mengantisipasi masa berduka mereka sehingga saat kehilangan mendekat mereka dapat lebih mempersiapkannya. Fulton dan Fulton, 1971 (dalam Rando, 1984)

menambahkan bahwa periode antisipasi dapat mengurangi kesedihan yang ditampilkan oleh keluarga yang ditinggalkan pada masyarakat umum setelah kematian benar-benar datang.

Selain efek positif, *anticipatory grief* juga memiliki efek negatif. Fulton dan Fulton, 1971 (dalam Rando, 1984) menggambarkan empat aspek *anticipatory grief*, yaitu depresi, perhatian terlalu terfokus pada pasien, dibayangi oleh kematian, berusaha dan menyesuaikan diri pada kematian. Rando (1984) menambahkan bahwa terdapat efek yang paling utama pada *anticipatory grief* yaitu dukacita mendalam, depresi, dan kecemasan yang terus-menerus dirangsang oleh penderitaan sehari-hari, perubahan dan pemisahan fisik yang ditimbulkan penyakit. Ketidakmampuan untuk mengontrol situasi yang kurang menguntungkan tersebut dapat menimbulkan frustrasi hebat. Seiring berkembangnya rasa cemas dan ketidakpastian, berkembang pula perasaan negatif serta mengaktifkan kembali permasalahan yang belum terselesaikan baik di dalam maupun antar keluarga (Rando, 1984).

2. 3 Kanker

2. 3. 1 Definisi Kanker

Sel-sel dalam tubuh manusia berkembangbiak secara berurutan dan terkontrol. Ketidakteraturan dalam hal tersebut dapat membuat pertumbuhan sel yang tidak terbatas dan biasanya membentuk tumor yang disebut neoplasma (Tortora & Derrickson, 2006, dalam Sarafino, 2008). Menurut Sarafino (2008)

oncoogenes mengatur pembelahan sel, tetapi proses genetik dan karsinogen dapat merusak mereka sehingga menyebabkan pertumbuhan yang tidak terbatas. Beberapa neoplasma tidak berbahaya, atau jinak, tapi yang lainnya ganas. Kanker adalah penyakit sel yang dikarakteristikan dengan perkembangan sel yang tidak terkontrol yang biasanya membentuk neoplasma ganas (Sarafino, 2008).

2. 3. 2 Kanker pada Anak

Kanker pada anak secara garis besar terus mengalami peningkatan. Diperkirakan ada 4100 kasus kanker baru yang ditemukan pada anak di Indonesia (Tehuteru, 2009). Data dari Rumah Sakit Kanker “Dharmais” pada tahun 2006 menyatakan bahwa sekitar 50% pasien yang datang sudah dalam keadaan stadium lanjut, hal ini menurut penelitian disebabkan oleh kurangnya informasi mengenai kanker kepada orangtua pasien (Tehuteru, 2009).

Kanker pada anak secara garis besar dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu kanker cair (darah atau leukemia) dan padat. Kanker padat dapat ditemukan pada hampir seluruh organ tubuh anak. Kanker padat ini berupa benjolan yang dapat diraba dan biasanya terdapat di daerah mata, leher, paru, perut, kelamin, tangan, kaki, dan otak (Tehuteru, 2009).

Data dari RSK Dharmais pada tahun 2010 menyebutkan kanker yang paling banyak didapat pada anak adalah *leukemia* sebanyak 31 kasus, *lymphoma* sebanyak 9 kasus, *retinoblastoma* sebanyak 4 kasus, *wilm’s tumor* sebanyak 3 kasus, *osteosarcoma* sebanyak 3 kasus, *rhabdomyosarcoma* sebanyak 2 kasus,

neuroblastoma sebanyak 1 kasus, *nasopharyngeal cancer* sebanyak 1 kasus, dan lainnya sebanyak 9 kasus.

2. 3. 3 Pengobatan dan Efek Sampingnya

Menurut Laszlo, 1987 (dalam Sarafino, 2008) tujuan dari pengobatan kanker adalah merawat penyakitnya hingga membebaskan pasien dari penyakitnya. Hal tersebut dapat terjadi jika semua neoplasma ditemukan dan dapat dihilangkan. Bila tidak semua dapat dihilangkan, maka penyakit tersebut dapat hilang sementara namun akan muncul lagi suatu saat.

Menurut Sarafino (2008), terdapat tiga tipe pengobatan kanker yaitu pembedahan, radiasi, dan kemoterapi (diberi obat dosis tinggi, baik diminum maupun disuntik). Dampak kemoterapi pada anak dapat menyebabkan rasa sakit yang lebih besar daripada yang dirasakan orang dewasa, seperti mual dan muntah. Menurut Spinetta (1982) kehilangan rambut karena proses kemoterapi dapat menimbulkan trauma hebat dan merupakan pengalaman yang paling memalukan bagi kebanyakan anak walaupun rambut itu dapat tumbuh kembali (dalam Sarafino, 2008). Menurut Sarafino (2008) efek yang dapat ditimbulkan dari pengobatan antara lain: mual, muntah, iritasi, rasa sakit seperti dibakar, rambut rontok, dan lain-lain. Laszlo (1987, dalam Sarafino, 2008) menerangkan bahwa kanker dapat membunuh secara tidak langsung dengan dua cara yaitu penyakit tersebut yang memperlemah kondisi pasien dan baik penyakit maupun pengobatannya dapat merusak nafsu makan pasien serta kemampuannya untuk melawan infeksi.