



**GAMBARAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DUTA PALIATIF
SEBAGAI *ROLE MODEL* PASIEN KANKER
DI RS BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

Oleh :

**Sri Purwandari
NIM 142110101013**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**GAMBARAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DUTA PALIATIF
SEBAGAI *ROLE* MODEL PASIEN KANKER
DI RS BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Sri Purwandari
NIM 142110101013**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Alm. Bapak Mariyadi dan Ibu Yatini.
2. Adik laki – laki saya Deni Dwi Cahyo.
3. Keluarga besar dari Ibu dan juga Bapak.
4. Guru – guru saya dari TK RA PERWANIDA Rejoso, SDN Rejoso 1, SMPN 1 Rejoso, SMAN 2 Nganjuk, serta almamater saya Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
5. Dua saudara saya di kota rantau Indah Ningtiyas Hidayati dan Innanii Durrotul Ummah.

MOTTO

Apakah manusia mengira bahwa mereka akan dibiarkan hanya dengan mengatakan “Kami telah beriman,” dan mereka tidak diuji?. Dan sungguh, Kami telah menguji orang – orang sebelum mereka, maka Allah pasti mengetahui orang – orang yang benar dan pasti mengetahui orang – orang yang dusta.

(Terjemahan Surat Al Ankabut Ayat 2-3)¹

Barangsiapa Kuambil dua kekasihnya (matanya) tetap bersabar, maka Aku akan mengganti kedua (mata)nya itu dengan surga (Al Hadits)²

Barangsiapa Kuambil orang yang dicintainya di dunia tetap mengharapkan ridha (Ku), niscaya Aku akan menggantinya dengan surga (Al Hadits)²

¹ Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Quran dan Terjemahnya*. Surabaya: CV Penerbit Fajar Mulya.

² Aidh Al-Qarni. 2014. *La Tahzan*. Jakarta : Qisthi Press.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sri Purwandari

NIM : 142110101013

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : “*Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif Sebagai Role Model Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember*” adalah benar – benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan karya ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Oktober 2018

Yang menyatakan,

Sri Purwandari
NIM 142110101013

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**GAMBARAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS DUTA PALIATIF
SEBAGAI *ROLE MODEL* PASIEN KANKER
DI RS BALADHIKA HUSADA JEMBER**

Oleh :

Sri Purwandari

142110101013

Pembimbing

Pembimbing Utama : Drs. Husni Abdul Gani, M.S.

Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “*Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif Sebagai Role Model Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

Tanggal : 29 Oktober 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Drs. Husni Abdul Gani, M.S. (.....)
NIP 195608101983031003

2. DPA : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP 198311132010122006

Tim Penguji

1. Ketua : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP 198310272010122003

2. Sekretaris : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP 197904112005011002

3. Anggota : Nadia Maria, S.Psi,M.Psi.,Psikolog (.....)
NIP

Mengesahkan,

Dekan

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP 198005162003122002

RINGKASAN

Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif Sebagai *Role Model* Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember; Sri Purwandari; 142110101013; 2018; 158 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kualitas hidup pasien kanker dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu pengobatan kanker yang dijalani, aspek psikologis, dan aspek ekonomi (Miranda, 2017: 29-30). Aspek psikologis dipilih oleh peneliti sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Prastiwi (2012:25) menyatakan bahwa aspek yang dominan dalam pembentukan kualitas hidup penderita kanker adalah aspek psikologis. Paliatif membantu meringankan penderitaan bagi penderita kanker untuk hidup lebih nyaman sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan kebutuhan kemanusiaan tercapai (Kemenkes RI, 2015:1). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007 menyatakan bahwa sejauh ini telah berkembang pelayanan paliatif di beberapa Rumah Sakit di Indonesia meskipun jumlahnya terbatas, seperti di ibu kota Provinsi Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, dan Makassar (Kemenkes RI, 2007:3). RS Baladhika Husada Jember merupakan salah satu rumah sakit yang baru saja mengembangkan perawatan paliatif bagi pasien kanker di unit onkologi RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute. Salah satu kegiatan yang mendukung perawatan paliatif tersebut adalah dengan membentuk Duta Paliatif sebagai *role model* bagi pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.

Penelitian ini bertujuan menggambarkan kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember. Penelitian dilaksanakan di RS Baladhika Husada Jember mulai Oktober 2017 sampai Agustus 2018 menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Informan utama dalam penelitian ini adalah 5 orang duta paliatif ; 7 orang informan tambahan berasal dari keluarga, relawan paliatif, dan tim medis RS Baladhika Husada Jember ; dan 1 orang informan kunci. Penentuan informan

dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, pengambilan data dilakukan menggunakan teknik wawancara mendalam, dokumentasi, dan observasi. Penelitian ini disajikan dalam bentuk kalimat serta uraian menggunakan teknik *thematic content analysis*. Berdasarkan hasil penelitian data paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian ini seluruhnya berjenis kelamin wanita; usia duta paliatif adalah ≥ 48 tahun - ≤ 60 tahun; sebagian besar duta paliatif adalah seorang muslim dan sebagian kecil adalah seorang non muslim; tingkat pendidikan terakhir duta paliatif beragam yaitu SD, SMP, dan Strata 1; sebagian besar duta paliatif berstatus menikah dan sebagian kecil berstatus janda.

Terdapat enam dimensi yang membangun kesejahteraan psikologis sebagai fokus penelitian ini, antara lain penerimaan diri, pertumbuhan pribadi, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, otonomi, dan hubungan positif dengan orang lain. Penelitian ini menunjukkan seluruh duta paliatif memiliki penerimaan diri positif berupa sikap menerima sakit yang diderita dan menerima perubahan bentuk tubuh pasca operasi pengangkatan payudara; pertumbuhan pribadi positif berupa sikap terbuka pada pengetahuan baru tentang penyakit kanker serta terbuka kepada orang di sekitarnya yang ingin berdiskusi tentang penyakit kanker; tujuan hidup positif berupa sikap meyakini ajaran agamanya bahwa semua yang dialami adalah ketentuan Allah sebagai tujuan hidupnya; penguasaan lingkungan positif berupa sikap mau dan mampu mengambil peran di lingkungan sosial yang diminati oleh duta paliatif; otonomi positif berupa sikap mandiri dalam mengerjakan tugas dan kewajibannya sebagai ibu rumah tangga bahkan masih mampu bekerja seperti membuat kue, berjualan alat jahit, dan menjalankan bisnis rumah makan; serta hubungan positif dengan orang lain positif berupa sikap memiliki empati pada orang lain yang membutuhkan serta memahami hubungan timbal balik sesama manusia.

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti bagi duta paliatif adalah terus mengikuti kegiatan sosial. Saran bagi instansi dan lembaga terkait yaitu membuat taman paliatif, *shelter*, edukasi ke sekolah menengah, *recreational therapy*, serta memperluas kerjasama dengan yayasan atau lembaga terkait. Peneliti selanjutnya

dapat melakukan penelitian secara kuantitatif mengenai efektivitas perawatan paliatif terhadap pencapaian kualitas hidup pada pasien kanker.



SUMMARY

Description of Psychological Well – Being in Palliative Ambassador as a Role Model for Cancer Patients at Baladhika Husada Hospital of Jember; Sri Purwandari; 142110101013; 2018; 158 pages; Part of Health Promotion and Behavioral Science from Faculty of Public Health – Jember University.

The quality of life of cancer patients is influenced by three factors, including cancer treatment, psychological aspects, and economic aspects (Miranda, 2017: 29-30). Psychological aspects are chosen by researchers as one of the factors that influence the quality of life of cancer patients. Based on research that conducted by Prastiwi (2012:25) said that the dominant aspect in the formation of quality of life for cancer patients is a psychological aspect. Psychological aspects have a very significant role in determining the quality of life. Palliative helps to relieved the suffering of cancer survivors to live more comfortably, so that they have a better quality of life. This is an important need humanity, especially for cancer survivors (Ministry of Health RI, 2015:1). Decree of the Minister of Health of the Republic of Indonesia No. 812/ Menkes/ SK/ VII/ 2007 said that so far palliative services have developed in several hospitals in Indonesia, although the numbers are limited, such as in the capitals of the Provinces of Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar and Makassar (Ministry of Health, 2007:3). The Baladhika Husada Hospital of Jember is one of the hospital that has just developed palliative care for cancer patients in the oncology unit of Baladhika Husada Hospital along with the Garwita Institute. One of the activities that supports palliative care is to form a Palliative Ambassador as a role model for cancer patients at Baladhika Husada Hospital of Jember.

This study aims to describe the psychological well-being of palliative ambassadors with palliative care by Baladhika Husada Hospital of Jember. The study was carried out at Baladhika Husada Hospital of Jember from October 2017 to August 2018 using descriptive research with a qualitative approach. The main informants in this study were 5 palliative ambassadors; 7 additional informants came from families, palliative volunteers and medical teams from Jember DKT

Hospital; and 1 key informant. Determination of informants in this study was using purposive sampling techniques, documentation, and observation. This research is presented in the form of sentences and a description using Thematic Content Analysis. Based on the results of the research, palliative ambassadors who were the main informants in this study were all female; the age of palliative ambassador is ≥ 48 years old - ≤ 60 years old; most palliative ambassadors are Muslims and a small percentage are Non-Muslims; the last level of education of diverse palliative ambassador, namely elementary, junior high school, and strata 1, most palliative ambassadors are married and a small proportion are widowed.

There are six dimensions that build psychological well-being as the focus of this research, including self-acceptance, personal growth, life goals, environmental mastery, autonomy, and positive relationships with others. This study shows that all palliative ambassadors have positive self-acceptance in the form of an acceptance for the pain suffered and receive changes in body shape after surgery for breast removal; positive personal growth in the form of an open minded about cancer and accept people around him who want to discuss about cancer; positive purpose in life in the form of believing in God that all experienced is the provision of God as the purpose of his life; positive environmental mastery in the form of willingness and ability to take a role in the social environment that desired by palliative ambassadors; positive autonomy in the form of an autonomy in carrying out tasks and obligations as a housewife even still able to work like making cakes, selling sewing tools, and running a restaurant business; and positive relation with other people in the form of have empathy for others who need and understand the mutual relations of fellow humans.

Suggestions that can be given by researchers for palliative ambassadors is going to continue to participated in social activities. For the palliative team, recommended to making schedule of activities for the Palliative Support Group (KDP), so that innovative activities can be scheduled and patients with cancer were not bored. Suggestions for relevant agencies and institutions is going to creat a palliative park, shelter, education for student in Junior High School and Senior High School, and expanding cooperation with related foundations or institutions.

The next researchers can also conduct quantitative research on the relationship of palliative support to the achievement of psychological well-being of cancer patients.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi dengan judul “*Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif Sebagai Role Model Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember*”. Skripsi ini disusun untuk melakukan penelitian guna memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyampaikan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bantuan, kerjasama, dan kontribusi pemikiran yang telah diberikan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Mury Ririanty, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Penguji serta Ketua Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada saya.
3. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Iken Nafikadini S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) menggantikan Alm. Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM.,M.Kes. yang telah memberikan motivasi serta ilmu dan bimbingan dalam menyusun skripsi ini.
4. Yunus Ariyanto, S.KM.,M.Kes., selaku sekretaris penguji untuk menggantikan dr. Pudjo Wahjudi, M.S., yang telah memberikan saran dan masukan agar skripsi ini dapat disusun dengan baik oleh penulis.
5. Kepala Rumah Sakit Baladhika Husada Jember beserta karyawan dan karyawan yang telah memberikan dukungan kepada saya berupa tempat, informan, maupun fasilitas lain yang telah membantu melancarkan penelitian saya.

6. Nadia Maria, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku anggota penguji dan Kepala Kantor Garwita Institute beserta seluruh staff dan relawan paliatif yang telah memberikan dukungan berupa tempat, waktu maupun fasilitas yang telah membantu melancarkan penelitian saya.
7. Seluruh duta paliatif yang telah meluangkan waktu untuk saya, memberikan dukungan berupa tempat serta memberikan kesan, pesan, dan pelajaran hidup bagi saya. Semoga senyum semangat serta kesehatan kalian selalu terjaga.
8. Kedua orang tua saya Alm. Bapak Mariyadi dan Ibu Yatini yang telah membimbing dan mendidik saya sehingga saya bisa melangkah sejauh ini. Ungkapan terimakasih tidak akan cukup menggantikan pengorbanan dan perjuangan Bapak dan Ibu yang begitu besar dan tak terhitung, saya harap saya mampu memuliakan Bapak dan Ibu bukan hanya di dunia namun juga di akhirat kelak. Adik saya Deni Dwi Cahyo yang selalu menjadi pendorong bagi saya untuk terus berjuang dalam mewujudkan cita – cita saya.
9. Keluarga besar yang selalu mendukung dan memotivasi saya dan membangkitkan semangat saya dalam menuntut ilmu dan memahami banyak pelajaran hidup.
10. Teman – teman satu organisasi BEM FKM UNEJ, ASH SHIHAH, dan Gita Pusaka yang telah membantu saya dalam rangka pengembangan diri saya dengan berorganisasi bersama orang – orang yang luar biasa hebat.
11. Semua teman – teman terbaik saya Innanii, Windy, Nia, Desy, Rizqi, Mita, Dhanny, Eva, Yohana, Indah, dan seluruh teman yang ada di PKIP serta teman – teman FKM angkatan 2014.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Atas perhatian dan dukungan semua pihak, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Oktober 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	viii
SUMMARY	xi
PRAKATA	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2. TINJUAN PUSTAKA	9

2.1 Kesejahteraan Psikologis	9
2.1.1 Pengertian dan Dimensi Kesejahteraan Psikologis	9
2.1.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis	13
2.1.3 Dampak Psikososial Kanker	14
2.2 Perawatan Paliatif	16
2.2.1 Definisi Perawatan Paliatif.....	16
2.2.2 Prinsip Perawatan Paliatif	18
2.2.3 Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif.....	19
2.2.4 Indikasi Pelayanan Paliatif.....	20
2.2.5 Langkah – Langkah Pelaksanaan Program Paliatif.....	20
2.2.6 Tim Paliatif	21
2.2.7 Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif	26
2.3 Perawatan Paliatif RS Baladhika Husada Jember.....	27
2.4 Teori Belajar Sosial (Teori Bandura)	32
2.5 Kerangka Teori.....	35
2.6 Kerangka Konsep	37
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Jenis Penelitian	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	39
3.2.1 Tempat Penelitian.....	39
3.2.2 Waktu Penelitian	40
3.3 Penentuan Informan Penelitian	40
3.4 Fokus Penelitian.....	41
3.5 Sumber Data Penelitian	42
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian	43
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	43
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	44
3.7 Teknik Penyajian Data.....	45

3.7.1 Teknik Penyajian Data	45
3.7.2 Proses Analisis Data.....	45
3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas.....	46
3.9 Alur Penelitian	47
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Karakteristik Informan Penelitian	51
4.2 Kesejahteraan Psikologis (<i>Psychological Well Being</i>)	64
4.3 Keterbatasan Penelitian	90
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	90
5.1 Kesimpulan	90
5.2 Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	95
LAMPIRAN.....	103

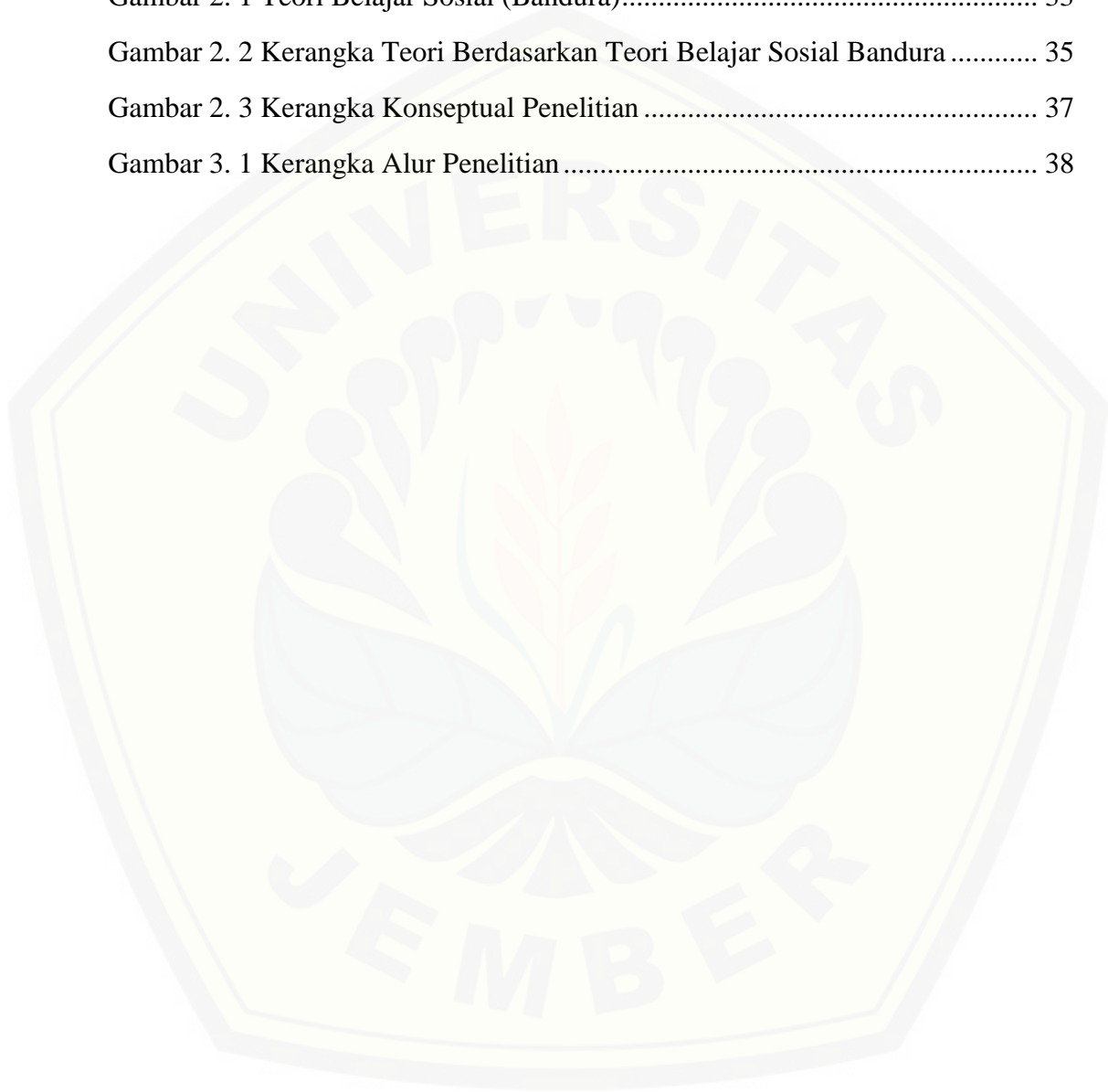
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1 Fokus Penelitian.....	41



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Teori Belajar Sosial (Bandura).....	33
Gambar 2. 2 Kerangka Teori Berdasarkan Teori Belajar Sosial Bandura	35
Gambar 2. 3 Kerangka Konseptual Penelitian	37
Gambar 3. 1 Kerangka Alur Penelitian	38



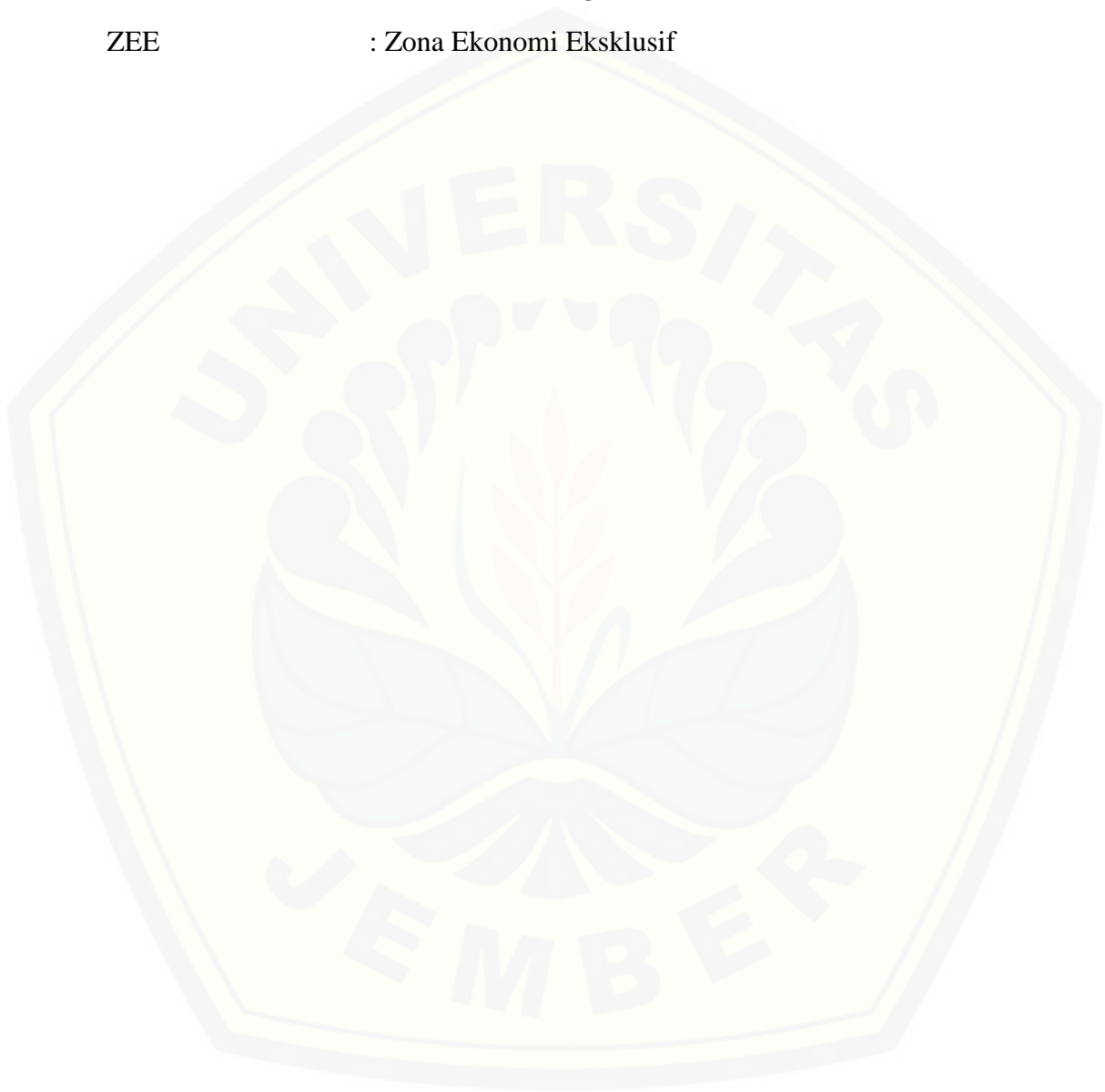
DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	101
Lampiran B. Angket Kesejahteraan Psikologis	102
Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama	106
Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Tambahan.....	110
Lampiran E. Panduan Wawancara Informan Kunci	112
Lampiran F. Lembar Observasi.....	114
Lampiran G. Surat Ijin Penelitian	115
Lampiran H. Analisis Data Kualitatif Penelitian	116
Lampiran I. Dokumentasi Penelitian	129
Lampiran J. Lembar Hasil Observasi.....	133

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adrenal Cortico Tropic Hormone</i>
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
D3	: Diploma 3
ECOG	: <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
IAPT	: <i>Improving Acces to Psychological Therapies</i>
IT	: Informan Tambahan
IU	: Informan Utama
KDP	: Kelompok Dukungan Paliatif
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kesmas	: Kesehatan Masyarakat
KPKN	: Komite Penanggulangan Kanker Nasional
LBHM	: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat
NHS	: <i>National Health Service</i>
NICE	: <i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NSID	: <i>Nonsteroid Antiinflammation Drug</i>
PNI	: Psikoneuroimunologi
Pusdatin	: Pusat Data dan Info
RI	: Republik Indonesia
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama

S1	: Strata 1
TOGA	: Tanaman Obat Keluarga
UU	: Undang - Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>
ZEE	: Zona Ekonomi Eksklusif



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

WHO tahun 1948 yang menyatakan bahwa sehat adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit dan kelemahan (WHO,1948). Sedangkan menurut UU Nomor 36 tahun 2009 Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kanker merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di dunia maupun di Indonesia. Kanker cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Pada tahun 2030 diperkirakan akan ada 26 juta orang menderita kanker dan 17 juta diantaranya diperkirakan akan meninggal (WHO,2012). Di Indonesia, prevalensi kanker tercatat 1,4 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013 : 1). Nyeri adalah keluhan yang paling banyak dialami oleh pasien kanker. Sekitar 40% pasien kanker mengalami nyeri ketika didiagnosis, sedangkan pada stadium terminal hal tersebut dirasakan oleh 70-90% pasien. Dari pasien kanker tersebut, 60% mengalami nyeri derajat sedang sampai berat sehingga memerlukan opioid. Nyeri yang tidak mendapat penatalaksanaan yang baik menimbulkan penderitaan yang akan sangat mempengaruhi kualitas hidup (Kemenkes RI, 2015 : 1).

Riset Kesehatan Dasar 2013 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Data Penduduk Sasaran, Pusdatin Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan, prevalensi penyakit kanker secara nasional pada penduduk semua umur di Indonesia tahun 2013 sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang. Estimasi jumlah penderita kanker Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Timur merupakan Provinsi dengan estimasi penderita kanker terbanyak, yaitu sekitar 68.638 dan 61.230 (Kemenkes RI, 2015:3). Penyakit kanker serviks dan payudara merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia. Pada tahun 2013 kanker serviks sebesar 0,8% dan payudara sebesar 0,5%. Estimasi jumlah

penderita kanker serviks dan kanker payudara terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Jawa Tengah (Kemenkes RI, 2015 : 4).

Angka kejadian kanker payudara berdasarkan hasil diagnosis di Indonesia tahun 2012 adalah sebesar 12%, angka tersebut merupakan tiga besar se-Asia Pasifik (Bhatia, 2016:1). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2014, angka kematian di Indonesia akibat kanker payudara mencapai 21,4% dari total 92.000 kematian yang terjadi akibat kanker. Jenis kanker terbanyak yang menyebabkan kematian adalah kanker payudara. Selain itu mulai tahun 2000-2012, rata – rata angka kematian kanker payudara di Indonesia berdasarkan standar umur adalah yang paling tinggi yaitu mencapai 20 per 100.000 kematian. Insiden kejadian penyakit kanker payudara di Indonesia hingga tahun 2014 mencapai 48.998 kasus dan merupakan jumlah kasus penyakit kanker terbanyak dibanding kanker serviks, colorectum, ovarium, dan paru – paru pada wanita (WHO,2014).

Provinsi Jawa Timur, khususnya Kabupaten Jember memiliki angka tertinggi pada kanker jenis kanker payudara yaitu sebesar 405 orang di daerah Kecamatan Sumbersari. Kecamatan Sumbersari berada pada urutan pertama, urutan kedua angka kanker payudara banyak ditemukan di daerah Tanggul yaitu 293 orang, kemudian urutan ketiga adalah daerah Ledokombo yaitu 187 orang (Profil Kesehatan Jember, 2014 : 200). Berdasarkan data jumlah pasien penderita kanker Rumah Sakit Baladhika Husada Jember, pada tahun 2014 jumlah pasien penderita kanker payudara sebesar 19 orang, pada tahun 2015 sebesar 304 orang, pada tahun 2016 sebesar 300 orang, dan pada tahun 2017 terus meningkat secara drastis yaitu sebesar 1009 orang.

Kualitas hidup pasien kanker dipengaruhi oleh tiga faktor, antara lain adalah pengobatan kanker yang dijalani, aspek psikologis, dan aspek ekonomi (Miranda, 2017:29-30). Aspek psikologis dipilih oleh peneliti sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Prastiwi (2012:25) menyatakan bahwa aspek yang dominan dalam pembentukan kualitas hidup penderita kanker adalah aspek psikologis. Aspek psikologis memiliki peran yang sangat signifikan dalam menentukan

kualitas hidup, individu mendapatkan kekuatan dan merasa lebih sehat walaupun tanpa obat, hal ini disebabkan karena adanya sugesti dalam diri individu tersebut untuk tetap sehat tanpa obat. Peningkatan kualitas hidup dapat dilakukan melalui kehidupan keluarga, kesehatan, kemampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial, pemanfaatan waktu luang, standart hidup maupun relasi sosial (Prastiwi, 2012:26).

Pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker terus meningkat, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif juga memerlukan perawatan paliatif (Kemenkes RI, 2007 : 3). Pada pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan perawatan secara kuratif dan rehabilitatif dikurangi dan perawatan secara paliatif ditingkatkan (Batsite dan Connor, 2017:56). Sedangkan kegiatan promotif dapat dilakukan untuk pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan agar tetap berperilaku hidup sehat dan preventif tetap bisa dijalankan untuk melaksanakan manajemen kasus (WHO,2016:15). Akan tetapi, pada saat ini pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana pelayanan tidak hanya menjadikan penyembuhan sebagai prioritas, tetapi juga perawatan agar tercapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya (Kemenkes RI, 2007 : 3). Oleh karena itu dibutuhkan perawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien untuk berobat bukan hanya dari pengobatan fisik akan tetapi juga pengobatan secara psikologis, sosial, dan spiritual yang biasa dikenal dengan perawatan paliatif.

Pasien dengan penyakit kanker mengalami penderitaan yang memerlukan pendekatan terintegrasi dari berbagai disiplin ilmu agar pasien memiliki kualitas hidup yang baik dan pada akhir hayatnya meninggal secara bermartabat. Paliatif membantu seorang penderita kanker untuk hidup lebih nyaman sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini merupakan kebutuhan penting bagi

kemanusiaan terutama untuk para penderita kanker (Kemenkes RI, 2015 : 1). Integrasi program paliatif ke dalam tata laksana kanker terpadu lama dianjurkan oleh *World Health Organization* (WHO) seiring dengan meningkatnya jumlah pasien kanker dan angka kematian akibat kanker. Paliatif merupakan suatu cara untuk meringankan atau mengurangi penderitaan (Kemenkes RI, 2015 : 1).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif menyatakan bahwa sejauh ini telah berkembang pelayanan paliatif di beberapa Rumah Sakit di Indonesia meskipun jumlahnya terbatas, seperti di ibu kota Provinsi Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, dan Makassar (Kemenkes RI, 2007 : 3). Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) merupakan Komite yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 02.02./MENKES/389/2014 pada 17 Oktober 2014. KPKN memiliki 5 tujuan utama salah satunya yaitu merencanakan dan mengimplementasikan program kerja secara paripurna dan berkesinambungan yang mencakup deteksi dini, tatalaksana, rehabilitatif, dan paliatif (Kemenkes RI, 2015:1). Di Provinsi Jawa Timur juga telah ada pelayanan paliatif, selain di ibu kota Provinsi yaitu Surabaya, di Kabupaten Jember juga telah ada pelayanan paliatif di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

Rumah Sakit Baladhika Husada Jember merupakan salah satu rumah sakit di Kabupaten Jember yang memiliki unit kemoterapi dan dokter spesialis onkologi. Selain itu Rumah Sakit Baladhika Husada Jember merupakan satu – satunya rumah sakit di kabupaten Jember yang memberikan perawatan paliatif bagi para pasien kanker. Perawatan paliatif ini dilaksanakan baik dengan cara kuratif maupun dari segi psikologi dan sosial. Perawatan paliatif dari segi kuratif dilaksanakan oleh tim medis Rumah Sakit Baladhika Husada Jember, sedangkan dari segi psikologi dan sosial dilaksanakan oleh Garwita Institute. Pelaksanaan perawatan paliatif Rumah Sakit Baladhika Husada Jember dijalankan bekerjasama dengan Garwita Institute sehingga terbentuk kerjasama lintas keilmuan dalam menangani pasien kanker. Garwita Institute kantor bersama Lembaga Bantuan

Hukum Masyarakat dan *Nadia Associates* yang merupakan kantor psikologi klinis yang berada di Kabupaten Jember.

Dukungan paliatif yang digagas oleh Garwita Institute berfokus pada dukungan paliatif yang diberikan untuk para pasien kanker. Dukungan tersebut antara lain terdiri dari kegiatan *Gathering* Pasien, Kelompok Dukungan Paliatif, *Home Visit*, Penyuluhan Komunitas, Duta Paliatif, serta Relaksasi / Konsultasi. Peneliti dalam hal ini mengambil kegiatan Duta Paliatif sebagai fokus penelitian. Duta paliatif yaitu seorang *role model* yang dipilih dari sejumlah pasien kanker yang dimiliki oleh RS Baladhika Husada Jember. Duta paliatif dipilih menjadi *role model* oleh Garwita Institute untuk menjadi motivator bagi pasien kanker yang lain dikarenakan mereka memiliki semangat dan optimis yang besar dalam menghadapi sakit kanker yang sedang dialami. Duta paliatif dalam hal ini tidak memerlukan dukungan sosial yang besar dari lingkungannya, akan tetapi mereka justru mampu memberikan semangat bagi para pasien kanker yang lain. Selama menjalani pengobatan kanker duta paliatif membangun semangat dan optimis mereka dari dalam diri mereka sendiri, sehingga mereka mampu menangani kondisi psikologis mereka sendiri sehingga tidak memperparah sakit fisik yang mereka alami.

Konsep psikoneuroimunologi (PNI) stress psikologis, sosial, dan spiritual selama menjalani perawatan di rumah sakit dapat mempengaruhi kerja hipotalamus, hypothalamus akan mempengaruhi hipofisis sehingga hipofisis akan mengekskresikan ACTH (*adrenal cortico tropic hormone*) yang dapat mempengaruhi kelenjar adrenal, dimana kelenjar ini menghasilkan kortisol. Apabila stress yang dialami pasien sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol dalam jumlah banyak sehingga dapat menekan sistem imun yang berakibat pada penghambatan proses penyembuhan (Nursalam, 2005:155). Dalam menghadapi hal ini pasien seringkali mengalami kondisi emosional yang tidak stabil, mudah marah, bahkan muncul keinginan untuk menghentikan pengobatan.

Fenomena ini mendorong peneliti untuk melaksanakan penelitian pada duta paliatif yang berjudul Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif

sebagai *Role Model* Pasien Kanker di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Selama ini Rumah Sakit Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute mengupayakan dukungan paliatif agar pasien mendapatkan dukungan psikologis yang mampu membantu pasien ikhlas menerima sakit yang di alami, agar pasien tetap mampu melanjutkan perannya dalam kehidupan sehari-hari dengan rasa nyaman tanpa harus mengucilkan diri dari lingkungan sosial, tetap produktif, tetap mampu mencapai tujuan hidup yang dimiliki dan mampu menjalin hubungan positif dengan orang lain. Semua hal tersebut merupakan bagian dari kesejahteraan psikologis yang merupakan salah satu indikator seseorang dinyatakan sehat.

Kesejahteraan psikologis antara lain memiliki enam dimensi, yaitu *Self Acceptance* (penerimaan diri), *Personal Growth* (pertumbuhan pribadi), *Purpose in Life* (tujuan hidup), *Environmental Mastery* (penguasaan lingkungan), *Autonomy* (otonomi), dan *Positive Relations with Others* (hubungan positif dengan orang lain) (Fakhitah *et.al.*,2015 : 652). Dalam penelitian ini penulis meneliti enam dimensi kesejahteraan psikologis, antara lain *Self Acceptance* (penerimaan diri), *Personal Growth* (pertumbuhan pribadi), *Purpose in Life* (tujuan hidup), *Environmental Mastery* (penguasaan lingkungan), *Autonomy* (otonomi), dan *Positive Relations with Others* (hubungan positif dengan orang lain). Penulis akan meneliti gambaran kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember yang akan disajikan dalam bentuk narasi pada hasil penelitian.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif sebagai *Role Model* Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik duta paliatif (jenis kelamin, usia, agama, pendidikan, dan status perkawinan) sebagai *role model* bagi pasien kanker RS Baladhika Husada Jember.
- b. Menggambarkan penerimaan diri (*Self Acceptance*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- c. Menggambarkan pertumbuhan pribadi (*Personal Growth*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- d. Menggambarkan tujuan hidup (*Purpose in Life*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- e. Menggambarkan penguasaan lingkungan (*Environmental Mastery*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- f. Menggambarkan otonomi (*Autonomy*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- g. Menggambarkan hubungan positif dengan orang lain (*Positive Relations with Others*) duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini dapat memberikan informasi pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang promosi kesehatan dan ilmu perilaku, khususnya

yang berkaitan dengan kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan mengenai gambaran kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker.

b. Bagi Masyarakat

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan terkait perawatan paliatif pada pasien kanker.
- 2) Sebagai referensi mengenai proses pengobatan dan penanganan pasien kanker.

c. Bagi RS Baladhika Husada Jember dan Garwita Institute

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan tolak ukur keberhasilan program perawatan paliatif yang telah dilaksanakan sehingga dapat memperbaiki dan semakin menyempurnakan program perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute.

d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dibidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku mengenai kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.

BAB 2. TINJUAN PUSTAKA

2.1 Kesejahteraan Psikologis

2.1.1 Pengertian dan Dimensi Kesejahteraan Psikologis

Teori kesejahteraan psikologis dikembangkan oleh Ryff pada tahun 1989. Kesejahteraan psikologis merujuk pada perasaan seseorang mengenai aktivitas hidup sehari – hari. Segala aktivitas yang dilakukan oleh individu yang berlangsung setiap hari dimana dimulai dari kondisi mental negative sampai pada kondisi mental positif, misalnya dari trauma sampai penerimaan hidup dinamakan kesejahteraan psikologis (Bradburn dalam Fakhitah, 2015:651). *Psychological well being* dipopulerkan oleh Ryff dengan konsep pemikiran awal adanya keyakinan bahwa kesehatan yang positif bukan hanya sekedar tidak adanya penyakit fisik, akan tetapi juga berkaitan dengan kebutuhan untuk merasa baik secara psikologis (*psychological-well*).

Carol D. Ryff seorang penggagas teori kesejahteraan psikologis menjelaskan bahwa setiap individu dapat menjadi sejahtera dengan menerima diri, memiliki tujuan hidup, mengembangkan relasi yang positif dengan orang lain, menjadi pribadi yang mandiri, mampu mengendalikan lingkungan, dan terus bertumbuh secara personal. Berdasarkan hasil – hasil penelitian tentang *psychological well being* yang didasarkan pada teori Ryff diketahui bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis pada individu adalah kepribadian (Fitriani, 2016:3). Kesejahteraan psikologis memiliki enam dimensi pendukung. Masing – masing dimensi dalam kesejahteraan psikologis menjelaskan tantangan – tantangan yang berbeda yang dihadapi individu untuk dapat berfungsi secara penuh dan positif (Ryff dalam Fakhitah,2015:652). Dimensi – dimensi tersebut antara lain :

a. Penerimaan Diri

Dimensi Penerimaan diri (*Self Acceptance*) adalah sikap yang positif terhadap diri sendiri dan kehidupan di masa lalu, serta mampu menerima kekurangan dan kelebihan serta batasan – batasan yang dimiliki dalam aspek diri individu. Penerimaan diri individu dapat dilihat dari bagaimana individu memandang keadaan dirinya secara positif serta bisa menerima keadaan masa lalunya secara bijak tanpa harus menyalahkan diri sendiri maupun menjadikan orang lain sebagai kambing hitam atas permasalahan yang dialaminya (Fitriani,2016:8). Individu dengan dimensi penerimaan diri yang baik memiliki karakteristik mengakui dan menerima berbagai aspek yang ada dalam dirinya baik yang bersifat baik maupun buruk, memiliki sikap positif terhadap dirinya, merasa positif dengan kehidupan masa lalu yang dimiliki. Sedangkan individu dengan dimensi penerimaan diri yang belum baik memiliki karakteristik merasa tidak puas dengan dirinya, kecewa terhadap apa yang telah terjadi di masa lalu, mengalami hambatan dalam kualitas kepribadian, merasa berbeda dari apa yang ada pada dirinya (Kartikasari, 2013:309).

b. Pertumbuhan Pribadi (*Personal Growth*)

Pertumbuhan Pribadi (*Personal Growth*) adalah kemampuan potensial yang dimiliki seseorang, perkembangan diri, serta keterbukaan terhadap pengalaman – pengalaman baru. Individu yang memiliki pertumbuhan diri akan mampu menyadari kemampuannya dalam merencanakan dan melakukan berbagai kegiatan yang dapat membantunya untuk mengembangkan diri, belajar dari kesalahannya untuk melakukan perbaikan yang positif secara berkelanjutan (Fitriani, 2016:12). Individu dengan dimensi pertumbuhan pribadi yang baik memiliki karakteristik mampu melihat diri sebagai individu yang tumbuh dan berkembang, memiliki perasaan akan perkembangan yang terus berlanjut, terbuka untuk suatu pengalaman baru, menyadari akan terealisasinya potensi – potensi yang dimilikinya, adanya perubahan yang menggambarkan peningkatan pengetahuan pribadi, mampu memahami pengembangan dalam diri dan perilakunya sepanjang waktu. Sedangkan individu yang belum memiliki dimensi

pertumbuhan pribadi yang baik menunjukkan karakteristik adanya perasaan yang terhenti (*stagnation*), kurangnya keinginan untuk terus tumbuh dan berkembang, merasa bosan dan tidak adanya ketertarikan dalam hidup, merasa tidak mampu untuk mengembangkan sikap dan kebiasaan yang baru (Kartikasari, 2013:311).

c. Tujuan Hidup (*Purpose in Life*)

Tujuan hidup (*Purpose in Life*) adalah dimensi yang menekankan pentingnya memiliki keterarahan dalam hidup dan percaya bahwa hidup memiliki tujuan dan makna. Individu dalam menjalani kehidupannya harus memiliki tujuan hidup yang harus ditempuhnya untuk mencapai suatu harapan yang didambakan, sehingga dengan begitu individu dapat merasakan makna hidup yang dijalannya yang bisa membuatnya menjadi lebih menghargai diri sendiri secara proporsional (Fitriani, 2016:11). Individu dengan dimensi tujuan hidup yang baik memiliki karakteristik merasa bahwa terdapat makna di kehidupan sekarang dan kehidupan di masa lalu, berpegang teguh pada keyakinan yang memberikan makna pada kehidupannya, memiliki tujuan dan perasaan terarah dalam hidupnya, memiliki tujuan dan sasaran akhir dalam hidup. Sedangkan individu yang belum memiliki dimensi tujuan hidup yang baik memiliki karakteristik kurang dalam memberikan kebermaknaan dalam hidup, memiliki sedikit tujuan, kurangnya perasaan keberkahan, tidak mampu melihat maksud atau tujuan dari kehidupan dari masa lalu, tidak memiliki harapan atau keyakinan yang dapat memberikan makna bagi kehidupannya (Kartikasari, 2013:310).

d. Penguasaan lingkungan (*Environmental Mastery*)

Penguasaan lingkungan (*Environmental Mastery*) adalah kemampuan individu untuk memilih atau menciptakan lingkungan yang cocok atau untuk mengatur lingkungan yang kompleks. Penguasaan lingkungan merupakan kemampuan individu untuk memilih atau mengubah lingkungan sehingga sesuai dengan kebutuhannya. Individu dapat dikatakan memiliki penguasaan lingkungan yang baik apabila mampu memahami keadaan lingkungannya dan berusaha untuk dapat mengatur situasi sekitarnya sesuai dengan apa yang sedang dibutuhkannya, dan berusaha agar kehidupannya tidak dikuasai secara dominan oleh orang lain

(Fitriani, 2016:11). Individu dengan dimensi penguasaan lingkungan yang baik memiliki karakteristik mampu untuk menguasai dan berkompeten mengatur lingkungannya, mampu memanfaatkan secara efektif terhadap kesempatan yang ada, mampu memilih dan menciptakan hubungan – hubungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai – nilai pribadinya, mampu mengendalikan aturan yang berasal dari aktifitas eksternal. Individu yang belum memiliki penguasaan lingkungan yang baik memiliki karakteristik merasa kesulitan dalam mengatur hidupnya sehari – hari, merasa tidak mampu untuk merubah atau meningkatkan hal – hal disekitarnya, kurangnya perhatian akan kesempatan yang ada di sekitarnya, kurangnya pengendalian akan dunia sekitarnya (Kartikasari, 2013:310).

e. Otonomi (*Autonomy*)

Otonomi (*Autonomy*) adalah individu mampu menampilkan sikap kemandirian, memiliki standard internal dan menolak tekanan sosial yang tidak sesuai. Otonomi merupakan kemampuan individu dalam mengambil keputusan sendiri dan mandiri, mampu melawan tekanan sosial untuk berfikir dan bersikap dengan cara yang benar, berperilaku sesuai dengan standar nilai individu itu sendiri, dan mampu mengevaluasi diri sendiri dengan standar personal (Fitriani, 2016:10). Individu dengan dimensi otonomi yang baik memiliki karakter yang mampu mandiri dan tidak menunjukkan ketergantungan, mampu bertahan dalam tekanan sosial untuk berfikir dan bertindak dalam suatu cara tertentu, mengatur perilaku yang disesuaikan dari dalam dirinya, mengevaluasi diri sendiri menggunakan standar pribadinya. Individu yang belum memiliki otonomi menunjukkan karakter yang tergantung pada harapan dan evaluasi orang lain, berpijak pada keputusan orang lain untuk membuat suatu keputusan yang penting, menyesuaikan diri dengan tekanan sosial untuk berfikir dan bertindak dalam suatu cara tertentu (Kartikasari, 2013:309-310).

f. Hubungan positif dengan orang lain (*Positive Relations with Others*)

Hubungan positif dengan orang lain (*Positive Relations with Others*) adalah adanya hubungan yang hangat, memuaskan, saling percaya dengan orang lain serta memungkinkan untuk timbulnya empati dan intimasi. Hubungan positif

dengan orang lain juga dapat diartikan sebagai kemampuan dalam mengadakan hubungan interpersonal yang hangat dan saling mempercayai dengan orang lain, memiliki empati, afeksi, dan keintiman yang kuat, memahami pemberian dan penerimaan dalam suatu hubungan. Individu dengan kemampuan yang baik dalam dimensi ini akan mampu menghilangkan kejenuhan, kepenatan, kesepian, dan akan dapat mengurangi ketegangan jiwa dan emosi individu (Fitriani, 2016:9). Individu dengan dimensi hubungan positif dengan orang lain yang baik memiliki karakteristik perhatian terhadap kesejahteraan orang lain, mempunyai kehangatan dan kepuasan, berhubungan berdasarkan kepercayaan, mempunyai empati yang kuat, memiliki afek dan kedekatan, memahami aspek saling memberi dan menerima pada suatu hubungan. Individu yang belum memiliki hubungan positif dengan orang lain memiliki karakteristik merasa dirinya adalah individu yang sukar akrab, sulit terbuka, dan tidak peduli dengan orang lain, tidak berkeinginan untuk membuat satu kesepakatan atau kompromi untuk menjaga keterkaitan oleh orang lain, serta memiliki sedikit hubungan yang akrab dan saling percaya dengan orang lain (Kartikasari, 2013:309).

2.1.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis

Faktor – faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis pada diri seseorang yaitu :

a. Faktor Demografis

1) Usia

Ryff dan Keyes (dalam Fakhitah, 2015: 652) menyatakan bahwa perbedaan usia mempengaruhi perbedaan dalam dimensi – dimensi kesejahteraan psikologis. Ryff dan Keyes menemukan bahwa dimensi penguasaan lingkungan dan dimensi otonomi mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia, terutama dari dewasa muda hingga dewasa madya.

2) Jenis Kelamin

Wanita menunjukkan *psychological well being* yang lebih positif jika dibandingkan dengan pria. Ryff (dalam Fakhitah, 2015:652) menyatakan bahwa

pada dimensi relasi positif, wanita menunjukkan skor yang lebih tinggi dibandingkan pria.

3) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi berhubungan dengan dimensi penerimaan diri, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, dan pertumbuhan diri. Individu yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah cenderung membandingkan dirinya dengan orang lain yang memiliki status sosial ekonomi yang lebih baik dari dirinya (Ryff dalam Fakhitah, 2015: 653).

4) Budaya

Ryff (dalam Fakhitah, 2015: 653) menyatakan bahwa sistem nilai individualisme atau kolektivisme memberi dampak terhadap kesejahteraan psikologis yang dimiliki suatu masyarakat. Budaya Barat memiliki nilai yang tinggi dalam dimensi penerimaan diri dan otonomi, sedangkan Budaya Timur yang menjunjung tinggi nilai kolektivisme memiliki nilai yang tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain.

5) Dukungan Sosial

Individu dengan dukungan sosial memiliki tingkat kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi. Dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber, diantaranya pasangan, keluarga, teman, rekan kerja, dokter, maupun organisasi sosial.

2.1.3 Dampak Psikososial Kanker

Terlepas dari prognosinya, diagnosis awal kanker masih dirasakan oleh banyak pasien sebagai peristiwa yang mengancam jiwa. Lebih dari sepertiga pasien mengalami berbagai kecemasan dan / atau depresi klinis (Epping-Jordan dalam WHO, 2002:21). Ketika pasien dan dokter memutuskan untuk dilakukan mastektomi, seringkali hanya aspek fisik yang menjadi pertimbangan. Padahal sebenarnya mastektomi ini tidak hanya akan menyebabkan timbulnya dampak secara fisik tetapi juga akan memunculkan dampak psikologis yang lebih

mendalam seperti depresi, stress, kecemasan, dan masalah – masalah psikologis lainnya yang akan menyertai pasien pasca melakukan tindakan operasi (Guntari dan Suariyani, 2016:26). Akan tetapi, hanya pasien yang bisa merasakan makna dalam apa yang terjadi pada mereka, dan hanya individu yang bisa mencapai penguasaan atas penyakitnya yang bisa menyesuaikan diri dengan kanker yang dialaminya (Epping-Jordan dalam WHO, 2002:21). Denial dan isolasi diri, kemarahan, pengharapan, depresi dan penerimaan-telah diterapkan pada individu yang ditinggalkan serta mereka yang sedang dalam kondisi kritis (Buckley, 2008:24).

Pendekatan psikologis memungkinkan pasien untuk mengekspresikan pikiran, perasaan dan kekhawatiran yang berkaitan dengan penyakit mereka, menilai kebutuhan individu dan sumber daya, serta memastikan bahwa dukungan psikologis dan emosional tersedia. Berbagai intervensi formal yang ditanamkan pada pasien dapat digunakan untuk meringankan tekanan psikologis, misalnya kecemasan, kemarahan, suasana hati rendah dan pikiran yang mengganggu. Beberapa orang juga membuat pengakuan, bahwa mereka membutuhkan konseling maupun relaksasi untuk mengurangi tingkat depresi (Buckley, 2008:22).

Kanker tidak menimbulkan kerepotan bagi individu lain untuk beberapa kasus, akan tetapi pada tingkat keparahan tertentu kanker dapat menyusahkan keluarga dan teman. Kanker dapat menyebabkan kehilangan pendapatan keluarga, isolasi sosial, ketegangan keluarga, dan efek buruk pada aktivitas sehari-hari serta peran individu dalam keluarga dapat terganggu akibat kanker yang dialami (Fitzgerald dalam WHO, 2002:21). Berdasarkan penelitian Guntari dan Suariyani tahun 2016 membuktikan bahwa 97,6% penderita kanker payudara mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas berat, kesulitan berolahraga 85,4%, dan 73,2% merasa cepat lelah dibandingkan dengan keadaan sebelum sakit. Sebanyak 61% penderita mengeluh nyeri pada bagian yang dioperasi, 41,5% merasa kesakitan dan 34,1% merasakan mual. Berbagai keluhan tersebut berkaitan dengan kondisi pemulihan dan terapi yang dijalani penderita pasca tindakan mastektomi dan kemoterapi. Akan tetapi, hanya 17,1% yang membutuhkan

pertolongan saat makan, mandi atau berpakaian. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan kondisi demikian, sebagian besar penderita masih bisa melakukan aktivitas ringan tanpa bantuan orang lain (Guntari & Suariyani, 2016:28).

Dukungan masyarakat untuk dukungan emosional dan psikologis harus didukung dan dikembangkan. Ini harus mencakup akses ke intervensi psikologis singkat melalui *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). Kerja kolaboratif yang mampu mendukung dalam hal menyediakan pengawasan oleh spesialis tingkat 3 dan 4 dari pusat kanker. Pertimbangan khusus harus diberikan untuk penyediaan akses bagi orang-orang dengan mobilitas terbatas atau housebound (orang yang tidak tinggal pada satu tempat, biasanya karena sakit atau usia tua) (NHS, 2017: 23). Beberapa populasi kelompok kurang terwakili dalam keterlibatan dan penerimaan dukungan psikologis. Biasanya, seorang pria cenderung untuk tidak mencari dukungan dan informasi, dan menunjukkan adaptasi psikologis terhadap kanker daripada wanita. Hal ini juga terjadi untuk jenis tumor tertentu (misalnya paru-paru, prostat) (NHS, 2015:20).

2.2 Perawatan Paliatif

2.2.1 Definisi Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002). Berdasarkan pernyataan dari *National Institute for Health and Clinical and Excellence* (NICE) perawatan paliatif adalah perawatan secara holistik bagi pasien penyakit kronis. Hal yang terpenting dalam perawatan paliatif adalah manajemen rasa nyeri dan gejala lain serta penyediaan dukungan secara psikologis, sosial dan spiritual (Buckley, 2008:9). Apabila menurut *World Health Organization* (WHO) (2004:14), perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan yang memiliki tujuan

meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri serta masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual.

Perawatan paliatif merupakan upaya perawatan kesehatan khusus untuk individu dengan penyakit serius. Perawatan ini berfokus pada memberikan bantuan untuk pasien agar pulih dari rasa sakit dan gejala, dan stres maupun akibat diagnosis penyakit yang diderita (Smith, *et al.*, 2012:881). Perawatan paliatif juga membantu pasien untuk menganggap kematian sebagai suatu proses yang normal dan tidak berniat untuk mempercepat atau untuk memperpanjang kematian. Perawatan paliatif mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dalam upaya perawatan pasien, dan menawarkan dukungan untuk membantu pasien untuk tetap hidup produktif sampai menjelang kematian. Selain itu, perawatan paliatif juga memberi dukungan untuk keluarga pasien dalam merawat pasien selama sakit dan dukungan atas dukacita yang dirasakan oleh keluarga pasien saat pasien meninggal. Dengan pendekatan secara holistik, perawatan paliatif membahas kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk konseling dukacita jika diperlukan (Maria, 2015:9).

Perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup, dan dapat memberikan dampak positif bagi kemungkinan kesembuhan pasien. Hal ini dapat terjadi jika perawatan paliatif telah dilakukan sejak awal perjalanan penyakit yang dilakukan bersama – sama dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau radioterapi. Perawatan paliatif harus ditawarkan sebagai suatu kebutuhan yang diterapkan sejak awal penyakit, sebelum penyakit menjadi tidak terkendali. Perawatan paliatif tidak harus dilakukan secara khusus oleh tim perawatan paliatif. Layanan perawatan paliatif dapat juga ditawarkan ketika pengobatan lainnya sudah tidak dijalankan lagi. Hal tersebut harus terintegrasi dengan perawatan yang telah dijalani sebelumnya (Davies dan Higginson, 2004).

Secara umum, definisi perawatan paliatif adalah perawatan kesehatan terpadu yang bersifat aktif dan menyeluruh, dengan pendekatan multidisiplin yang terintegrasi, yaitu terkait bidang medis, psikologis, sosial, dan spiritual yang ditujukan untuk pasien dan keluarga pasien penyakit kronis. Seperti penyakit apapun yang diderita pasien dalam jangka waktu panjang, penyakit yang terus berkembang, penyakit yang membuat kondisi fisik pasien memburuk tanpa penanganan yang tepat serta mengancam keselamatan jiwa pasien (Maria, 2015:10).

2.2.2 Prinsip Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif berfokus kepada perawatan pada pasien yang menderita penyakit kronis. Perawatan dilakukan dengan cara menggunakan komunikasi yang terbuka dan jujur pada pasien dan keluarga pasien, memberikan penilaian dan kontrol atas gejala penyakit yang diderita secara tepat. Perawatan paliatif dapat dilakukan pada semua usia pasien dan semua stadium penyakit kronis dan dapat dilakukan secara bersama – sama dengan terapi kuratif yang sedang dijalankan (Smith, *et al.*, 2012:881). Secara garis besar, prinsip dari perawatan paliatif menurut *World Health Organization* (WHO) (2004:15) adalah sebagai berikut:

- a. Mengurangi rasa nyeri dan meredakan tingkat *distress* pasien.
- b. Memperkuat dan membuat pasien memandang kematian sebagai suatu proses normal.
- c. Tidak berintensi memperpendek atau memperpanjang usia.
- d. Mengintegrasikan perawatan paliatif adalah pada aspek medis, psikologis, sosial, dan spiritual.
- e. Menawarkan sistem *support* yang membantu pasien tetap hidup seaktif mungkin dan meningkatkan kualitas hidupnya sampai hari kematiannya tiba.
- f. Memberi sistem *support* untuk membantu keluarga pasien.

- g. Dapat diaplikasikan sejak awal penyakit dideteksi, sebagai pendamping terapi lainnya.

Sedangkan menurut Chairn dan Yates (2003) dalam Suryani (2013), hal - hal yang merupakan prinsip dalam pelaksanaan perawatan paliatif antara lain :

- a. Pasien dan keluarga merupakan *unit of care*.
- b. Penderita dilihat sebagai *whole person*.
- c. Menggunakan pendekatan interdisiplin.
- d. Memberikan dukungan pada pasien dan keluarga termasuk melewati proses berduka, misalnya dukungan dalam menghadapi kematian dengan damai.
- e. Spirit untuk menerima penyakit yang diderita.
- f. Mengatasi nyeri dan keluhan fisik lainnya.
- g. Penggunaan terapi alternatif yang memungkinkan untuk dijalani.

2.2.3 Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif Tahun 2007 menyatakan bahwa lingkup kegiatan perawatan paliatif antara lain sebagai berikut (Kemenkes RI, 2007:5) :

- a. Kegiatan perawatan paliatif antara lain meliputi :
 - 1) Melakukan penatalaksanaan nyeri
 - 2) Melakukan penatalaksanaan keluhan fisik lain
 - 3) Praktik asuhan keperawatan
 - 4) Memberikan dukungan psikologis
 - 5) Memberikan dukungan sosial
 - 6) Memberikan dukungan kultural dan spiritual
 - 7) Memberikan dukungan berupa persiapan selama masa dukacita (*bereavement*).
- b. Perawatan paliatif dapat dilakukan melalui penanganan dengan rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah.

2.2.4 Indikasi Pelayanan Paliatif

Program paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan serta bila didapatkan satu atau lebih kondisi dibawah ini (Kemenkes RI, 2015: 13).

- a. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang belum dapat diatasi.
- b. Gangguan psikologis terkait dengan diagnosis atau terapi kanker.
- c. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang dakibatkannya.
- d. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan.
- e. Pasien/keluarga meminta untuk rujuk ke perawatan paliatif (sesuai dengan prosedur rujukan)
- f. Angka harapan hidup < 12 bulan (ECOG > 3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, sindromvena cava superior, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan, yaitu kompresi tulang belakang, bilirubin \geq 2,5 mg/dl, kreatinin \geq 3 mg/dl) (tidak berlaku bagi pasien kanker anak).
- g. Pasien kanker stadium lanjut tidak memberikan respon dengan terapi yang diberikan.

2.2.5 Langkah – Langkah Pelaksanaan Program Paliatif

Langkah – langkah pelaksanaan program paliatif antara lain terdiri dari (Kemenkes RI, 2015: 13-14) :

- a. Melakukan penilaian aspek fisik, psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual.
- b. Menentukan pengertian dan harapan pasien dan keluarga.
- c. Menentukan tujuan perawatan pasien.
- d. Memberikan informasi dan edukasi perawatan pasien.
- e. Melakukan tata laksana gejala, dukungan psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual.

- f. Memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya : penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dan lain – lain).
- g. Membantu pasien dalam membuat *Advanced Care Planning* (wasiat atau keinginan terakhir).
- h. Pelayanan terhadap pasien dengan stadium terminal.

2.2.6 Tim Paliatif

Tim paliatif dibentuk berdasarkan ketersediaan sumber daya pada tempat layanan paliatif. Dalam mencapai tujuan program paliatif pasien kanker, yaitu upaya mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu, termasuk keluarga. Menggunakan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis bersama pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan dan rencana Program Paliatif pasien kanker serta melakukan monitoring. Komposisi tim paliatif terdiri dari (Kemenkes RI, 2014:15).

a. Dokter

Dokter umum memiliki peran penting terutama pada perawatan pasien terminal di tingkat layanan primer (di puskesmas dan di rumah pasien) sehingga tata laksana gejala fisik dan kebutuhan psikososial dan spiritual dapat berjalan baik. Tugas dari dokter umum antara lain sebagai berikut :

- 1) Mengkoordinir tim paliatif di tingkat layanan primer
- 2) Mengantisipasi dan mencegah timbulnya gejala dengan obat dan modalitas lain
- 3) Mengidentifikasi gejala secara dini dan masalah psikologis, sosial dan spiritual
- 4) Mengatur penggunaan obat sehingga kepatuhan pasien dapat terjaga
- 5) Menggunakan modalitas non farmakologi
- 6) Menyusun program paliatif

- 7) Membangun hubungan kerja dengan tim paliatif di tingkat sekunder dan melayani konsultasi bagi pasien yang memerlukan
- 8) Membangun kerjasama dan menggunakan sumber daya yang tersedia di wilayah layanan primer untuk mengembangkan program paliatif

b. Dokter Paliatif

Di tingkat layanan sekunder dan tersier dokter paliatif memiliki tugas antara lain sebagai berikut :

- 1) Bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan pasien paliatif
- 2) Melakukan penatalaksanaan nyeri dan gejala apabila terapi kausatif belum atau tidak dilakukan
- 3) Mengkoordinasikan dengan tim penatalaksanaan nyeri dan gejala lain yang memerlukan keahlian spesialis lain
- 4) Melakukan tatalaksana gejala pada pasien stadium terminal fase menjelang akhir kehidupan
- 5) Mengkoordinasikan kasus dengan dokter primer
- 6) Memberikan konsultasi dari layanan primer

c. Dokter Spesialis

Dokter spesialis dalam menangani perawatan paliatif memiliki tugas antara lain sebagai berikut :

- 1) Dokter spesialis berbagai disiplin melakukan identifikasi dan pasien dalam stadium terminal dan mengkonsulkan kepada dokter paliatif
- 2) Melakukan tatalaksana gejala sesuai dari dokter paliatif apabila modalitas diperlukan (misalnya radioterapi untuk penatalaksanaan nyeri dan perdarahan, gangguan psikiatri, tindakan bedah, fungsi paru, dan ascites, dll).
- 3) Dokter berperan penting dalam tim paliatif yang bersifat interdisipliner. Dokter tersebut harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif bertanggungjawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan pasien paliatif.

d. Perawat Paliatif

Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif. Dalam perawatan paliatif perawat paliatif memiliki tugas antara lain sebagai berikut :

- 1) Perawat sebagai koordinator layanan paliatif
 - a) Menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah
 - b) Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan
 - c) Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau ke unit layanan lain
 - d) Menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan
 - e) Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif
- 2) Perawat sebagai tenaga pelaksana
 - a) Menerima permintaan asuhan keperawatan dari coordinator program paliatif
 - b) Berkoordinasi dengan anggota tim lain
 - c) Menganalisa, menegakkan dan melakukan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien
 - d) Menginformasikan dan mengedukasi pelaku rawat atau penanggung jawab pasien
 - e) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif
 - f) Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan secara langsung atau tidak langsung melalui laporan harian pelaku rawat
 - g) Mengusulkan asuhan keperawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau koordinator bila diperlukan
 - h) Merubah asuhan keperawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter penanggung jawab menginformasikan kepada pelaku rawat
 - i) Melakukan pencatatan dan pelaporan
 - j) Mengontrol pemakaian obat dan pemeliharaan alat medis

e. Perawat *Homecare*

Perawat *homecare* dalam pelaksanaan perawatan paliatif memiliki tugas antara lain :

- 1) Menerima permintaan perawatan *homecare* dari dokter penanggung jawab pasien melalui koordinator program paliatif
- 2) Berkoordinasi dan menganalisa program *homecare* dan dokter penanggung jawab dan koordinator koordinator paliatif
- 3) Melakukan asuhan keperawatan sesuai program yang direncanakan
- 4) Reevaluasi atau evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
- 5) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab pasien
- 6) Mengusulkan asuhan keperawatan baru bila diperlukan
- 7) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan

f. Pelaku rawat (*caregiver*)

Pelaku rawat dalam pelaksanaan perawatan paliatif memiliki tugas antara lain sebagai berikut :

- 1) Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari (memandikan, memberi makan, beraktifitas sesuai kemampuan pasien, dan lain-lain)
- 2) Memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter
- 3) Melaporkan kondisi pasien kepada perawat
- 4) Mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat

g. Apoteker

Terapi obat merupakan komponen utama dari penatalaksanaan gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker dibutuhkan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping dan interaksi obat-obatan kanker, morfin dan anti nyeri lainnya yang diberikan kepada pasien untuk menjalani terapi paliatifnya.

h. Pekerja sosial dan psikolog

Pekerja sosial dan psikolog dalam perawatan paliatif memiliki peran membantu pasien mengatasi masalah pribadi dan sosial akibat kanker, dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional selama perjalanan penyakit dan proses berkabung. Tugas pekerja sosial medik antara lain :

- 1) Menerima dan menganalisis masalah ekonomi pasien dan keluarga
- 2) Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial (misalnya pendidikan dan masalah di tempat kerja) dan memberikan alternatif pemecahan masalah sosial ekonomi.
- 3) Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administrasi untuk klaim asuransi.
- 4) Bekerjasama dengan institusi atau badan sosial untuk memecahkan masalah sosial yang dihadapi pasien dan keluarga
- 5) Evaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan.

Psikolog dalam menjalankan perawatan paliatif memiliki peran antara lain sebagai berikut :

- 1) Menerima permintaan penanganan psikologi
- 2) Menganalisa dan menegakkan diagnose gangguan psikologi
- 3) Melakukan pendekatan psikologi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga
- 4) Melakukan evaluasi pendekatan yang telah diberikan
- 5) Berkoordinasi dengan anggota tim paliatif

i. Rohaniawan

Rohaniawan membantu mengatasi pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Rohaniawan, berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lainnya, diharapkan mampu menganalisa kebutuhan rohani dan keagamaan bagi pasien dan keluarga serta memberikan dukungan dalam tradisi keagamaan, mengorganisir ritual keagamaan yang dibuthkan oleh pasien kanker dan keluarganya.

j. Terapis

Terapis dalam menjalankan perawatan paliatif memiliki tugas antara lain sebagai berikut :

- 1) Melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik
- 2) Berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan anggota tim paliatif lainnya, mengatasi keterbatasan fisik untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan pasien dan mengatasi gejala fisik yang timbul akibat penyakit dan terapi kanker yang dijalankan.

k. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan. Relawan dapat terlibat dalam perawatan di rumah sakit, atau di rumah. Relawan berasal dari semua sector masyarakat, diharapkan menjembatani antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administrasi, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

2.2.7 Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif Tahun 2007 menyatakan bahwa perawatan paliatif bisa dilakukan di berbagai tempat antara lain (Kemenkes RI, 2007:7) :

a. Tempat untuk Melakukan Perawatan Paliatif

Tempat untuk melakukan perawatan paliatif adalah :

- 1) Rumah Sakit : Rumah Sakit digunakan untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus.
- 2) Puskesmas : Puskesmas digunakan untuk pasien yang memerlukan pelayanan rawat jalan.

- 3) Rumah singgah/panti (hospis) : Rumah singgah/ panti digunakan untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.
- 4) Rumah pasien : Rumah pasien digunakan untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus atau ketrampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.

b. Organisasi Perawatan Paliatif

Organisasi perawatan paliatif berdasarkan tempat pelayanan/sarana kesehatannya antara lain terdiri dari :

- 1) Kelompok Perawatan Paliatif, kelompok perawatan paliatif biasanya dibentuk di tingkat puskesmas.
- 2) Unit Perawatan Paliatif, unit perawatan paliatif biasanya dibentuk di rumah sakit kelas D, kelas C dan kelas B non pendidikan.
- 3) Instalasi Perawatan Paliatif, instalasi perawatan paliatif biasanya dibentuk di Rumah sakit kelas B Pendidikan dan kelas A.
- 4) Tata kerja organisasi perawatan paliatif bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait.

2.3 Perawatan Paliatif RS Baladhika Husada Jember

a. Operasi

Pembedahan atau operasi merupakan seluruh tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh, dan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, pada bagian tubuh yang akan ditangani, lalu dilakukan tindakan perbaikan dan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Pembedahan biasanya dilakukan karena beberapa alasan seperti diagnostik (biopsi, laparotomi eksplorasi), kuratif (eksisi massa tumor, pengangkatan apendiks yang mengalami inflamasi), reparatif (memperbaiki luka multiplex), rekonstruksi dan paliatif. Pembedahan berdasarkan jenisnya dibedakan menjadi dua jenis yaitu bedah mayor dan bedah minor, bedah mayor merupakan

tindakan bedah yang menggunakan anastesi umum/*general anasthesi* yang merupakan salah satu bentuk dari pembedahan yang sering dilakukan. Indikasi yang dilakukan dengan tindakan bedah mayor antara lain kolesistektomi, nefrektomi, kolostomi, histerektomi, mastektomi, amputasi, operasi akibat trauma, laparotomy dan *sectio caesarea* (Apriansyah *et al.*,2015:2). Operasi minor merupakan operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor. Pasien yang menjalani operasi minor biasanya dapat pulang pada hari yang sama (Parker *et al.* dalam Sriati *et al.*, 2017:1-2).

b. Kemoterapi

Kemoterapi (sering disebut “kemo”) merupakan penggunaan obat pembunuh kanker. Obat ini bisa dimasukkan melalui infus vena, suntikan, dikonsumsi dalam bentuk pil atau cairan (Yudissanta dan Ratna, 2012:114). Pengertian kemoterapi secara umum yaitu pemberian senyawa kimia untuk mencegah dan mengobati suatu penyakit, sedangkan pengertian kemoterapi secara khusus yaitu pemberian zat kimia tertentu pada pasien kanker untuk membunuh atau menghambat proliferasi sel kanker (Shinta R. dan Surarso, 2016:74-75). Obat kemoetrapi tersebut dimasukkan melalui aliran darah dan mengalir ke seluruh tubuh. Kemoterapi biasanya dilakukan untuk kanker yang sudah menyebar ke organ yang jauh. Meskipun obat ini membunuh sel – sel kanker, akan tetapi obat ini juga mampu merusak sel normal yang juga mampu menimbulkan adanya efek samping (Yudissanta dan Ratna, 2012:114). Pelaksanaan kemoterapi memiliki tujuan untuk mengurangi gejala kanker dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker dengan tingkat survival yang lebih lama.

c. Paliatif

Pelaksanaan paliatif di RS Baladhika Husada Jember bekerjasama dengan sebuah lembaga yang bergerak dibidang paliatif yaitu Garwita Institute. Hal ini bertujuan agar pasien tidak hanya mendapatkan perawatan secara fisik, akan tetapi juga didampingi dan diberdayakan agar lebih kuat dalam mengatasi masalah psikologisnya. Para ahli dari beberapa bidang bekerjasama untuk perawatan

paliatif RS Baladhika Husada Jember, antara lain meliputi kerjasama antara dokter spesialis bedah onkologi, perawat, ahli gizi, farmasi, psikolog, dan juga para relawan. Melalui perawatan paliatif, pasien mendapatkan layanan krusial yang meringankan beban fisik dan psikologis mereka. Pemberian dukungan secara psikologis dan sosial Garwita Institute memiliki enam kegiatan yang membantu berjalannya perawatan paliatif di RS Baladhika Husada Jember, kegiatan tersebut antara lain :

1) Duta Paliatif

Duta Paliatif merupakan kelompok pasien yang memiliki semangat besar untuk menjadi lebih baik serta mampu menularkan semangat yang dimiliki pada pasien lainnya melalui berbagai kegiatan, seperti home visit, penyuluhan komunitas, dan gathering pasien. Setiap pasien bisa bergabung menjadi duta paliatif. Sedangkan untuk proses seleksi dari pengadaan duta paliatif merupakan sebuah proses seleksi yang terjadi secara alami diantara para pasien kanker. Tidak terdapat seleksi khusus dalam penetapan duta paliatif, akan tetapi melalui proses seleksi alam tersebut didapatkan pasien kanker yang memiliki semangat yang tinggi dalam melawan sakit kanker yang dialami, selain itu mereka mampu untuk memberikan motivasi bagi pasien kanker yang lain. Peran duta paliatif dalam perawatan paliatif di RS Baladhika Husada adalah sebagai role model bagi pasien kanker lainnya dalam menjalani pengobatan.

Duta paliatif adalah pasien kanker dari RS Baladhika Husada Jember yang memiliki semangat tinggi dalam melawan sakit kanker yang diderita serta memiliki sikap yang terbuka terhadap pengetahuan baru maupun orang – orang baru. Duta paliatif mampu membentuk dirinya menjadi pribadi yang tangguh serta memiliki konsistensi yang baik dalam menjaga semangatnya dalam berobat. Hal ini dapat terbangun dalam diri duta paliatif karena memiliki kemampuan yang baik dalam menguatkan diri sendiri. Kemampuan ini terbentuk melalui proses belajar yang ada dalam proses perawatan paliatif, antara lain ketika menjalani pengobatan secara medis dari tim medis,

mengikuti *home visit*, Kelompok Dukungan Paliatif (KDP), serta wisata sehat dimana duta paliatif biasa bersosialisasi selama menjalani perawatan paliatif.

2) Kelompok Dukungan Paliatif

Kelompok Dukungan Paliatif (KDP) merupakan sebuah kegiatan yang bertujuan memberikan informasi yang bermanfaat mengenai kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien. Kelompok dukungan paliatif dilaksanakan pada hari yang sama dengan hari praktik onkologi dokter ahli kanker, yaitu hari Senin, Rabu, dan Jumat, dalam pelaksanaannya kelompok dukungan paliatif hanya mengambil salah satu hari saja dikarenakan adanya kendala dengan kegiatan berbenturan dengan kegiatan para relawan serta keterbatasan waktu yang ada.

3) *Gathering* Pasien

Gathering pasien merupakan pertemuan dan diskusi pasien, keluarga pasien, dan narasumber yang ahli dibidangnya (kesehatan, gizi, psikologi) yang bertujuan memperluas pengetahuan dan pengalaman pasien mengenai kondisi kesehatannya. Kegiatan ini sekarang dikemas dalam bentuk wisata sehat paliatif, dimana dalam kegiatan ini pasien bersama dengan narasumber dan tim paliatif melaksanakan perjalanan wisata serta diskusi seputar topik yang berkaitan dengan penyakit kanker, pasien mengikuti serangkaian kegiatan outbond untuk melepaskan ketegangan selama menjalani pengobatan.

4) *Home Visit*

Home visit merupakan kegiatan tim paliatif bersama dengan duta paliatif untuk mengunjungi rumah pasien yang sedang dalam keadaan down ataupun penderita kanker yang belum memiliki keinginan untuk pergi berobat ke pelayanan kesehatan. Selain itu kegiatan home visit juga memberikan semangat dan dukungan kepada pasien dan keluarga agar tetap kuat bertahan menghadapi penyakit yang dialami pasien.

5) Penyuluhan Komunitas

Penyuluhan komunitas merupakan kegiatan yang memiliki tujuan untuk memberikan informasi yang bermanfaat seputar kesehatan bagi masyarakat,

misalnya mengenai risiko penyakit kanker, pengurusan BPJS, dan pola makan sehat. Kegiatan ini dilaksanakan oleh tim paliatif dan pasien yang ingin ikut berpartisipasi.

6) Konseling dan Relaksasi

Konseling dan relaksasi merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya yang membutuhkan dukungan psikologis. Selain konseling, tim paliatif juga menawarkan relaksasi bagi pasien menjelang atau setelah menjalankan kemoterapi. Tujuan dari pemberian relaksasi ini adalah untuk meredakan stres dan membantu mengatasi ketidaknyamanan karena efek samping dari pelaksanaan kemoterapi.

d. Penanganan nyeri

The International Study of Pain mendefinisikan nyeri sebagai perasaan sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan yang telah atau akan terjadi atau digambarkan seperti mengalami kerusakan jaringan (Farastuti dan Windiastuti, 2005:154). Nyeri ringan dapat berespons baik dengan pemberian asetaminofen dan ini merupakan pilihan pertama untuk mengobati nyeri pada pasien yang sudah lanjut. Nyeri tulang atau otot, obat antiinflamasi nonsteroid (*nonsteroid antiinflammation drug*) atau biasa dikenal dengan NSID seperti ibuprofen sering berguna. Nyeri neuropatik (terbakar, sensasi memerah, listrik) sering diobati dengan antikonvulsan (seperti gabapentin) dikombinasi dengan analgesik lainnya (Campbell, 2013:76-77). Penggunaan opioid sering dipakai untuk nyeri sedang atau berat. Opioid yang menginduksi konstipasi dapat dihindari dengan pemberian obat saluran cerna ketika opioid diresepkan, seperti obat pelembut dan obat pencahar (laktasif) sekali atau dua kali tiap hari. Sebagai tambahan, pasien harus banyak minum jika mampu (Campbell, 2013:77).

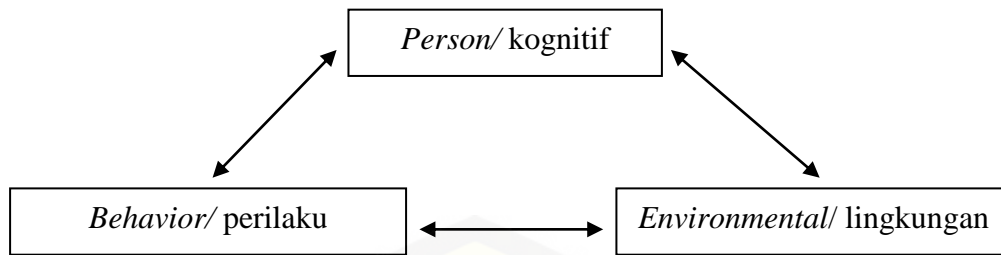
World Health Organization (WHO) telah memberikan pedoman terapi farmakologis untuk nyeri yang digambarkan sebagai *stepladder* (anak tangga). Pada nyeri ringan, digunakan obat anti inflamasi non steroid (AINS) dan parasetamol. Jika nyeri tidak teratasi, maka dapat diberikan opioid lemah, seperti

tramadol dan AINS. Jika nyeri tetap tidak teratasi, maka perlu dipertimbangkan pemberian opioid seperti morfin (Farastuti dan Windiastuti, 2005:153-154). Intervensi lain yang dapat diberikan pada pasien untuk mengurangi nyeri adalah dengan mengatur keadaan lingkungan dengan mengurangi cahaya, suara, bau yang tidak sedap, dan kepadatan. Metode tambahan atau alternatif dapat berguna jika dikombinasikan dengan obat – obatan, antara lain sebagai berikut (Campbell, 2013:78) :

- 1) Menghangatkan atau mendinginkan
- 2) Pijatan
- 3) Terapi
- 4) Akupresur
- 5) Akupuntur
- 6) Relaksasi
- 7) Visualisasi, dengan panduan gambar
- 8) Mengalihkan
- 9) Terapi musik

2.4 Teori Belajar Sosial (Teori Bandura)

Bandura mengemukakan bahwa manusia merupakan makhluk yang sanggup mengatur dirinya, proaktif, reflektif dan mengorganisasikan dirinya. Selain itu, manusia juga memiliki kekuatan untuk mempengaruhi tindakan mereka sendiri demi menghasilkan konsekuensi yang diinginkan. Bandura menyatakan bahwa manusia juga dapat mengatur lingkungan, menciptakan dukungan kognitif, dan mengadakan konsekuensi bagi tingkah lakunya sendiri. Maka dari itu, Bandura mengembangkan model teori belajar sosial yang terdiri dari tiga faktor utama, antara lain :



Gambar 2. 1 Teori Belajar Sosial (Bandura)

Sumber : Rokhmah, *et al.*, (2014:71)

a. *Behaviour/* Faktor perilaku

Faktor *behavior* (perilaku) dalam hal ini adalah perilaku duta paliatif dalam melaksanakan perawatan paliatif. Duta paliatif melaksanakan perawatan paliatif secara rutin dan teratur, kegiatan tersebut antara lain operasi pengangkatan payudara, kemoterapi, konsumsi obat secara teratur dan rutin, mengikuti kegiatan wisata sehat, *home visit*, dan Kelompok Dukungan Paliatif (KDP).

b. *Person/* Kognitif

Faktor *person* (kognitif) dalam hal ini adalah penerimaan diri (*Self acceptance*), pertumbuhan pribadi (*Personal growth*), tujuan hidup (*Purpose in life*), penguasaan lingkungan (*Environmental mastery*), otonomi (*Autonomy*), serta hubungan positif dengan orang lain (*Positive relation with others*) yang merupakan dimensi – dimensi yang mendukung terwujudnya kesejahteraan psikologis pada duta paliatif.

c. *Environmental/* Lingkungan

Environmental (lingkungan) dalam hal ini dibagi menjadi 3, antara lain :

- 1) Lingkungan fisik, lingkungan fisik terdiri dari tempat pelayanan kesehatan, peralatan medis, media pengenalan perawatan paliatif, serta alat yang mendukung kegiatan *out bond* maupun *games*.
- 2) Lingkungan sosial, lingkungan sosial terdiri dari teman sesama pasien kanker, teman sesama duta paliatif dan tim paliatif.

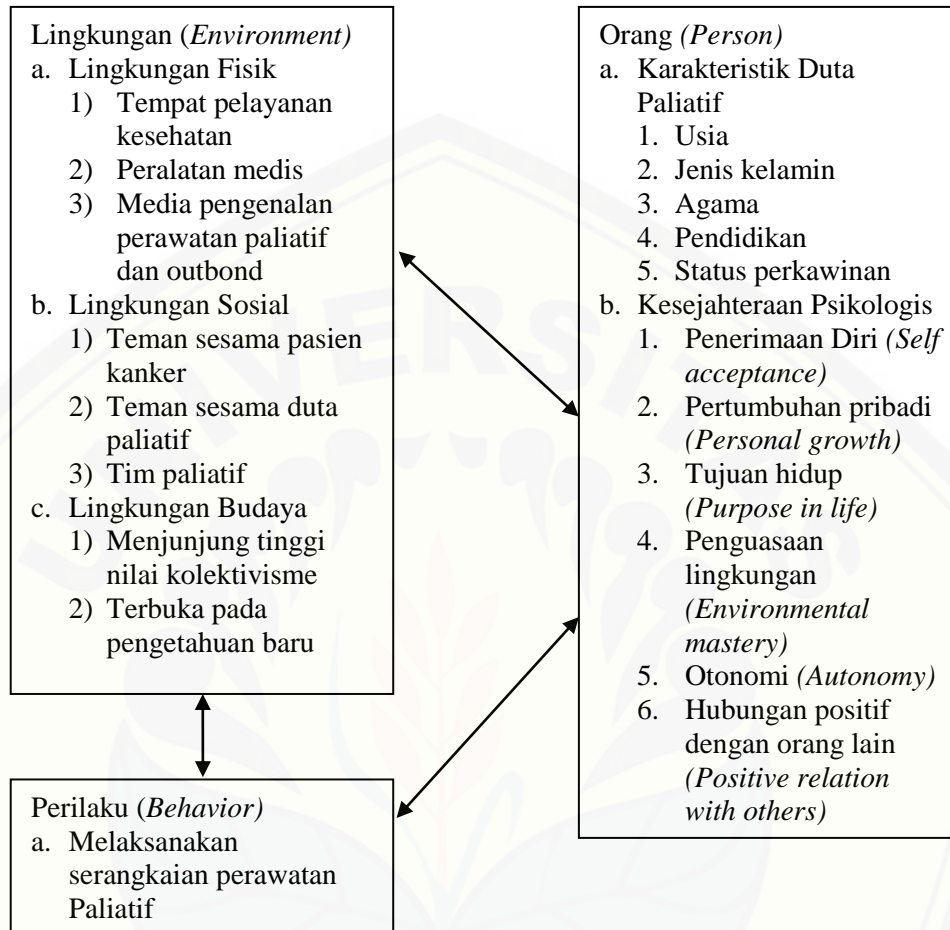
- 3) Lingkungan budaya, lingkungan budaya dalam hal ini adalah duta paliatif sebagai orang timur sangat menjunjung tinggi nilai kolektivisme, selain itu duta paliatif memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit kanker dan tidak lagi menganggap penyakit kanker sebagai penyakit kutukan seperti yang dipercaya oleh masyarakat awam.

Teori Bandura menjelaskan perilaku manusia dalam konteks interaksi timbal balik yang berkesinambungan antara kognitif, perilaku dan pengaruh lingkungan. Hal yang paling penting dalam teori ini adalah pengaruh tingkah laku pada tingkah laku peniru. Menurut Bandura dan Walter, pengaruh tingkah laku model terhadap tingkah laku peniru ini dibedakan menjadi tiga macam, antara lain :

- a. Efek modeling (*modeling effect*), adalah peniru melakukan tingkah laku – tingkah laku baru melalui asosiasi sehingga sesuai dengan tingkah laku model. Efek modeling dalam penelitian ini tidak diteliti
- b. Efek penghambat (*inhibition*) dan penghapus hambatan (*disinhibition*), adalah tingkah laku – tingkah laku yang tidak sesuai dengan tingkah laku model dihambat timbulnya, sedangkan tingkah laku – tingkah laku yang sesuai dengan tingkah laku model dihapuskan hambatannya, sehingga timbul tingkah laku yang dapat menjadi nyata.
- c. Efek kemudahan (*facilitation effects*), adalah tingkah laku – tingkah laku yang sudah pernah dipelajari oleh peniru lebih mudah muncul kembali dengan mengamati tingkah laku model.

Akhirnya Bandura dan Walter menyatakan bahwa teori proses pengganti ini dapat pula menjelaskan gejala timbulnya emosi pada peniru dengan emosi yang ada pada model (Luthvatin *et.al*, 2012:35-36). Penelitian ini tidak menggambarkan bagaimana pasien kanker yang tidak bergabung dalam duta paliatif (sebagai peniru) meniru duta paliatif (sebagai *role model*) dalam menghadapi sakit kanker, akan tetapi lebih menekankan pada proses duta paliatif sebagai role model dalam pelaksanaan perawatan paliatif mampu memberikan rangsangan – rangsangan yang mampu memicu pasien kanker lain untuk bereaksi melakukan hal positif yang dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis mereka.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori Berdasarkan Teori Belajar Sosial Bandura
 Sumber : Teori Belajar Sosial Bandura (*Social Learning Theory*) dalam (Rokhmah, *et.al.*, 2014:71).

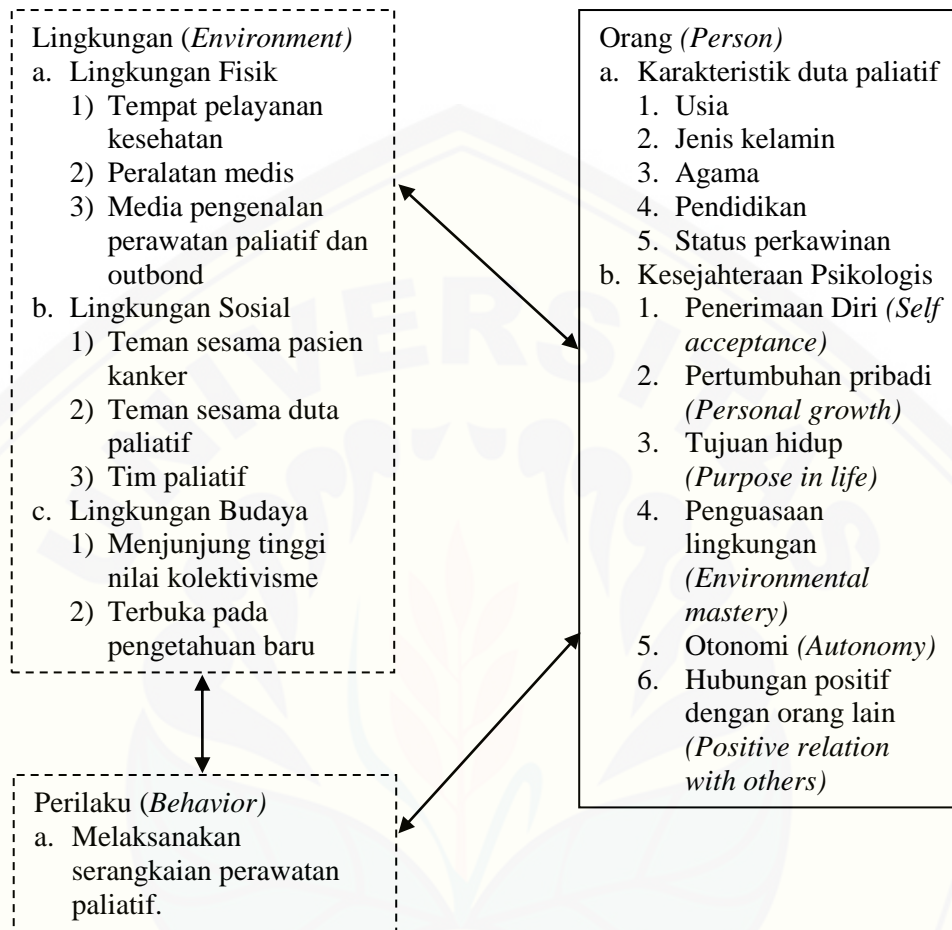
Teori kognitif sosial berpendapat bahwa manusia merupakan hasil dari pengaruh interaksi yang dinamis dari pribadi, perilaku, dan lingkungan. Meskipun mengakui bagaimana lingkungan membentuk perilaku, teori ini terfokus pada kemampuan masyarakat untuk mengubah dan membangun lingkungan sesuai dengan tujuan yang mereka rancang untuk diri mereka sendiri. Teori ini tidak hanya memfokuskan pada pembentukan perilaku secara otomatis oleh kekuatan lingkungan secara otomatis. Teori ini mementingkan proses pemikiran (informasi,

penerimaan, penyimpanan, dan pembenaran) dan kontrol diri dalam menunjukkan perilaku (Amalia, 2012:29).

Teori Bandura menyatakan bahwa apabila seseorang melihat suatu rangsang dan orang tersebut melihat model bereaksi secara tertentu terhadap rangsang itu, maka dalam imajinasi orang tersebut terjadi rangkaian simbol – simbol yang menggambarkan rangsang dari tingkah laku tersebut. Rangkaian simbol – simbol ini merupakan pengganti dari hubungan rangsang balas yang nyata, melalui proses asosiasi orang lain sebagai peniru akan melakukan tingkah laku yang sama dengan tingkah laku model. Terlepas dari ada tidaknya rangsang, proses asosiasi yang tersembunyi ini sangat dibantu oleh kemampuan verbal seseorang. Selain itu, didalam proses ini tidak ada cara coba dan ralat (*trial and error*) yang berupa tingkah laku nyata, karena semuanya berlangsung secara tersembunyi dalam diri individu (Luthviatin *et.al.*,2012:35).

Teori Belajar Sosial Bandura juga menjelaskan bahwa reaksi – reaksi yang ditunjukkan oleh individu lain sebagai peniru akan memberikan penilaian tersendiri terhadap individu sebagai *role model*, serta karakteristik dari individu sebagai *role model* tersebut akan memberikan penilaian tersendiri pada orang lain. Penelitian ini menggambarkan duta paliatif sebagai *role model* bagi pasien kanker yang lain dalam menghadapi penyakit kanker yang diderita. Penelitian ini menekankan bagaimana duta paliatif mampu menjalankan proses pemikiran (informasi, penerimaan, penyimpanan, dan pembenaran) dan kontrol diri dalam menunjukkan sikap dan perilaku mereka dalam menghadapi sakit kanker yang diderita, sehingga secara tidak langsung duta paliatif mampu memberikan motivasi bagi pasien kanker lain yang tidak masuk dalam duta paliatif agar tetap semangat berobat, mampu beraktivitas dan tidak bergantung pada orang lain, serta memiliki semangat yang tinggi dalam menjalani hidupnya.

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 2. 3 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, peneliti ingin menggambarkan kesejahteraan psikologis duta paliatif yang aktif mengikuti perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada bersama *Garwita Institute* sebagai *role model* bagi pasien kanker yang lain di RS Baladhika Husada Jember. Teori kognitif sosial berpendapat bahwa manusia merupakan hasil dari pengaruh interaksi yang dinamis dari pribadi, perilaku, dan lingkungan. Meskipun mengakui bagaimana lingkungan membentuk perilaku, teori ini terfokus pada kemampuan masyarakat untuk mengubah dan membangun lingkungan sesuai dengan tujuan yang mereka rancang untuk diri mereka sendiri. Teori ini tidak hanya memfokuskan pada pembentukan perilaku secara otomatis oleh kekuatan lingkungan. Teori ini mementingkan proses pemikiran (informasi, penerimaan, penyimpanan, dan pembenaran) dan kontrol diri dalam menunjukkan perilaku (Amalia, 2012:29).

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan oleh Bandura, peneliti mengambil fokus penelitian pada faktor *person/* kognitif. *Person/* kognitif dalam penelitian ini berupa kesejahteraan psikologis duta paliatif yang terdiri dari enam dimensi, antara lain penerimaan diri (*Self acceptance*), pertumbuhan pribadi (*Personal growth*), tujuan hidup (*Purpose in life*), penguasaan lingkungan (*Environmental mastery*), otonomi (*Autonomy*), serta hubungan positif dengan orang lain (*Positive relation with others*). Faktor *Behaviour/* perilaku dan *Environmental/* lingkungan tidak menjadi fokus penelitian karena peneliti fokus pada proses dalam diri pasien kanker yang pada akhirnya menjadi duta paliatif untuk bertahan dan tetap semangat dalam menjalani aktivitas dan pekerjaannya meskipun sedang dalam keadaan sakit, bahkan masih mampu untuk memberikan motivasi bagi pasien kanker lain yang tidak tergabung dalam duta paliatif. Berdasarkan hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa duta paliatif mampu membangun motivasi secara mandiri dari dalam diri mereka sendiri dan mereka tidak memerlukan dukungan yang terlalu besar dari lingkungannya untuk bisa menjaga kondisi psikologis mereka.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Pada penelitian deskriptif peneliti hanya melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan. Hasil penelitian disajikan secara apa adanya, sering dikelompokkan tergantung pada sifat topik yang diteliti, akan tetapi tidak dilakukan analisis mengapa fenomena tersebut terjadi. Pada studi deskriptif tidak diperlukan rumusan hipotesis (uji statistika) (Sastroasmoro, 2014:108). Definisi lain menyatakan bahwa pendekatan kualitatif mengkaji kualitas hubungan, kegiatan, situasi, atau material dengan penekanan yang kuat pada deskripsi yang menyeluruh dalam menggambarkan rincian segala sesuatu yang terjadi pada suatu kegiatan atau situasi tertentu (Sastroasmoro, 2014:290). Penelitian ini menggambarkan kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember. RS Baladhika Husada Jember bekerjasama dengan Garwita Institute dalam melaksanakan perawatan paliatif, dimana RS Baladhika Husada Jember memberikan perawatan dari sisi kuratif sedangkan Garwita Institute memberikan perawatan dari sisi psikologis dan sosial.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS Baladhika Husada Jember yang beralamat di Jl. PB Sudirman No. 49 Jember. RS Baladhika Husada Jember dalam melaksanakan perawatan paliatif bekerjasama dengan Garwita Institute. Garwita Institute merupakan satu – satunya lembaga yang bergerak dibidang paliatif di Kabupaten Jember yang kemudian membangun kerjasama dibidang paliatif dengan RS Baladhika Husada Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan mulai studi pendahuluan pada bulan Oktober 2017 sampai akhir penelitian yaitu bulan Agustus 2018. Sedangkan pengambilan data dilakukan bulan Juli 2018.

3.3 Penentuan Informan Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2015 : 218-219). Pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat – sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010:124-125). Informan penelitian adalah orang yang berbeda di dalam latar penelitian. Menurut Suyanto dan Sutinah (2005:171), informan dibedakan menjadi 3, yaitu informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Pada penelitian ini, informasi didapatkan dari informan kunci, informan utama, dan informan tambahan, antara lain sebagai berikut :

- a. Informan utama pada penelitian ini adalah duta paliatif yang menjalani perawatan paliatif di RS Baladhika Husada Jember. Duta Paliatif adalah pasien kanker dari RS Baladhika Husada Jember yang memiliki semangat besar dalam berjuang melawan kanker yang kemudian dipilih menjadi duta paliatif dengan pertimbangan tertentu oleh Garwita Institute selaku lembaga yang memberikan dukungan secara psikososial bagi para pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember.
- b. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah keluarga duta paliatif, relawan paliatif, dan tim medis yang terdiri dari perawat, bagian farmasi, dan dokter spesialis onkologi RS Baladhika Husada Jember.
- c. Informan kunci dari penelitian ini adalah Kepala Kantor Garwita Institute selaku pendiri Garwita Institute dan juga pembimbing relawan paliatif

sekaligus psikolog yang melayani konsultasi bagi pasien kanker yang mengalami tekanan, kecemasan maupun putus pengobatan.

3.4 Fokus Penelitian

Tabel 3. 1 Fokus Penelitian

No.	Fokus Penelitian	Keterangan
a.	Karakteristik Informan	Ciri khas yang dimiliki oleh seorang duta paliatif yang menjalani perawatan paliatif di RS Baladhika Husada Jember.
	1) Usia	Lama waktu hidup duta paliatif yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir sesuai kartu identitas atau pengakuan.
	2) Jenis Kelamin	Karakteristik duta paliatif yang digunakan untuk membedakan laki – laki dan perempuan berdasarkan ciri fisik dan biologis.
	3) Agama	Kepercayaan yang dimiliki oleh duta paliatif.
	4) Pendidikan	Tahapan pendidikan yang telah ditempuh duta paliatif di berbagai jenjang dan dinyatakan lulus.
	5) Status perkawinan	Ikatan lahir dan batin seorang laki – laki dan wanita pada duta paliatif.
b.	Kesejahteraan Psikologis	Perasaan duta paliatif dalam menjalani aktivitas sehari – hari.
	1) Penerimaan Diri (<i>Self acceptance</i>)	Sikap positif duta paliatif terhadap diri sendiri dan kehidupan di masa lalu, serta mampu menerima kekurangan dan kelebihan serta batasan – batasan yang dimiliki dalam aspek diri individu.
	2) Pertumbuhan Pribadi (<i>Personal Growth</i>)	Pertumbuhan Pribadi (<i>Personal Growth</i>) adalah kemampuan potensial yang dimiliki duta paliatif, perkembangan diri, serta keterbukaan terhadap pengalaman – pengalaman baru.
	3) Tujuan Hidup (<i>Purpose in life</i>)	Dimensi yang menekankan pentingnya memiliki keterarahan dalam hidup dan percaya bahwa hidup memiliki tujuan dan makna pada duta paliatif.

No.	Fokus Penelitian	Keterangan
4)	Penguasaan Lingkungan (<i>Environmental mastery</i>)	Kemampuan duta paliatif untuk memilih atau menciptakan lingkungan fisik maupun sosial yang cocok atau untuk mengatur lingkungan yang kompleks.
5)	Otonomi (<i>Autonomy</i>)	Otonomi (<i>Autonomy</i>) adalah duta paliatif mampu menampilkan sikap kemandirian, memiliki standard internal dan menolak tekanan sosial yang tidak sesuai dengan apa yang dikehendaki atau dicita-citakan.
6)	Hubungan Positif dengan Orang Lain (<i>Positive relations with other</i>)	Adanya hubungan yang hangat, memuaskan, saling percaya dengan orang lain, serta memungkinkan untuk timbulnya empati dan intimasi duta paliatif terhadap orang – orang di lingkungan sekitarnya.

3.5 Sumber Data Penelitian

Data adalah segala bentuk informasi, fakta dan realita yang terkait atau relevan dengan apa yang dikaji atau diteliti. Pada penelitian kualitatif data dapat berupa simbol ataupun situasi dan kondisi nyata yang terkait dengan penelitian. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan jenis data :

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari sumber pertama baik dari hasil pengukuran maupun observasi langsung (Gani dan Amalia, 2015:2). Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Pada penelitian ini data primer yang akan digali adalah kesejahteraan psikologis duta paliatif yang mendapatkan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember. Peneliti menggambarkan kesejahteraan psikologis yang terdiri dari enam dimensi antara lain *Self Acceptance* (penerimaan diri), *Personal Growth* (pertumbuhan pribadi), *Purpose in Life* (tujuan hidup), *Environmental Mastery* (penguasaan lingkungan), *Autonomy* (otonomi), dan *Positive Relations with Others* (hubungan positif dengan orang lain).

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat bukan dari sumber pertama (Gani dan Amalia, 2015:2). Data sekunder dapat berupa dokumen, baik dalam bentuk tulisan maupun foto. Pada penelitian ini, data sekunder diperoleh melalui data pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember, hasil penelitian, hasil survei kesehatan dan jurnal penelitian yang terkait dengan kesejahteraan psikologis duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara Mendalam

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden) (Notoatmodjo, 2010:139). Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan juga apabila peneliti ingin mengetahui hal – hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil.

Wawancara mendalam merupakan interaksi sosial informal antara seorang peneliti dengan para informannya. Teknik wawancara digunakan pada penelitian ini untuk mendapatkan informasi terkait kesejahteraan psikologis duta paliatif sebagai *role model* pasien kanker di RS Baladhika Husada Jember. Peneliti menggunakan pertanyaan – pertanyaan yang bersifat terbuka agar mampu memperoleh informasi yang mendalam terkait fokus penelitian. Peneliti ingin menggali proses terbentuknya kesejahteraan psikologis pasien kanker yang kemudian mampu menjadi duta paliatif.

b. Dokumentasi

Dokumentasi adalah sesuatu yang berkenaan dengan peristiwa yang sudah berlalu. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi

dan wawancara dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian juga akan semakin kredibel apabila didukung oleh sejarah pribadi kehidupan di masa kecil, di sekolah, di tempat kerja, di masyarakat, dan autobiografi (Sugiyono, 2015:240). Sugiyono (2015:240) membedakan jenis dokumen menjadi beberapa bentuk, seperti tulisan, gambar atau karya – karya monumental dari seseorang. Penelitian ini menggunakan dokumen berbentuk gambar seperti foto ketika melakukan wawancara mendalam, foto ketika melakukan observasi tentang bagaimana subjek mengikuti kegiatan – kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute.

c. Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan (Notoatmodjo, 2010:131). Observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi non partisipan. Observasi non partisipan yaitu observasi dimana peneliti tidak terlibat langsung dalam aktivitas orang – orang yang sedang diamati, melainkan hanya sebagai pengamat independen (Sugiyono, 2015:145). Observasi dilakukan terhadap duta paliatif dengan cara mengamati bahasa tubuh dan mimik wajah dari duta paliatif ketika proses wawancara serta selama pelaksanaan kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute menggunakan lembar observasi.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Ibrahim (2015:133) mengartikan instrumen sebagai alat yang digunakan dalam penelitian, baik alat yang melekat pada peneliti ataupun yang terpisah dengan peneliti. Instrumen yang melekat pada peneliti disebut sebagai instrument utama (*key instrument*) dan yang terpisah dengan peneliti ada yang bersifat keras (*hard instrument*) dan ada yang bersifat lunak (*soft instrument*). Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen utama atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015: 222). Sedangkan instrument keras yang dibutuhkan adalah kelengkapan catatan lapangan seperti alat tulis, alat perekam seperti *Hand*

Phone, tape recorder, dan kamera. Selain instrument utama dan instrumen keras, instrumen lunak juga dibutuhkan dalam penelitian kualitatif seperti pedoman wawancara, angket, dan lembar observasi. Instrumen keras yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kamera, *handphone, tape recorder* dan alat tulis.

Instrumen keras dalam penelitian ini adalah *Hand Phone* sebagai alat dokumentasi dua dimensi berupa foto dan sebagai perekam suara ketika proses wawancara. Instrumen lunak penelitian ini yaitu panduan wawancara, lembar observasi, dan angket. Panduan wawancara digunakan ketika proses wawancara mendalam, lembar observasi digunakan ketika proses wawancara mendalam dan selama peneliti mengamati duta paliatif dalam kegiatan – kegiatan paliatif, sedangkan angket digunakan sebelum proses wawancara mendalam. Angket diisi sendiri oleh informan utama sesuai dengan subjektifitas informan utama.

3.7 Teknik Penyajian Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2012:64). Teknik penyajian data pada penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata dan kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Penyajian data berupa kutipan langsung dituliskan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari – hari dan pilihan kata atau konsep asli informan. Peneliti juga menggunakan tabel untuk mempersingkat deskripsi dan keterangan pendek agar mudah dibaca dan mudah dalam melakukan penarikan kesimpulan baik bagi peneliti sendiri maupun bagi pembaca.

3.7.2 Proses Analisis Data

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan

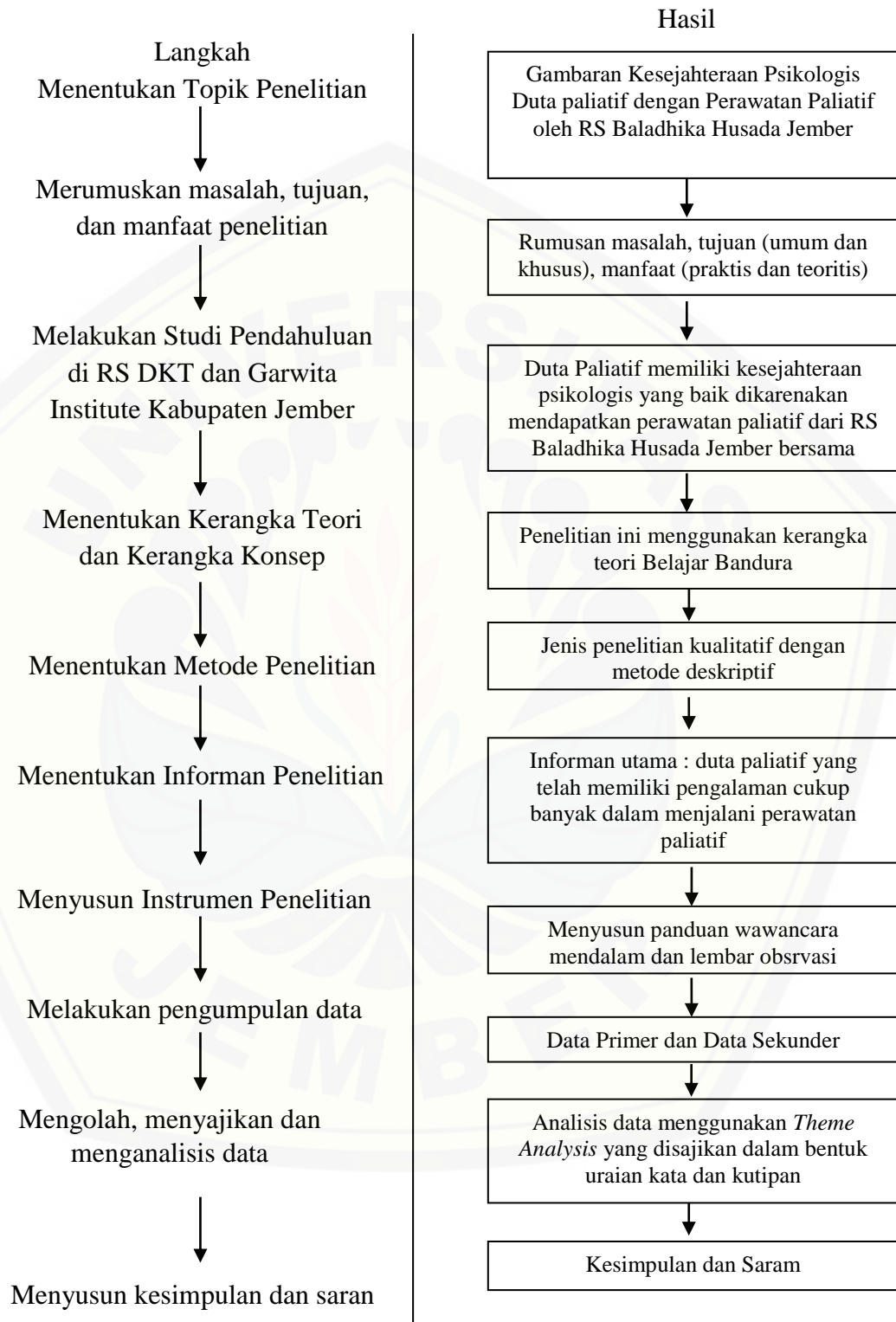
dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data (Moleong, 2011:280). Menurut Sugiyono (2015:245) analisis data kualitatif bersifat induktif, yaitu suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh, selanjutnya dikembangkan menjadi hipotesis. Pada penelitian ini peneliti menganalisis data menggunakan metode *thematic content analysis* (analisis isi berdasarkan tema), yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola – pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul (Moleong, 2009:48). Proses analisis data dimulai dengan melakukan reduksi data, *display data* (penyajian data), dan penarikan kesimpulan serta verifikasi.

3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas

Kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negative, dan *member check* (Sugiyono, 2015:270-276). Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang didapat. Menurut Sugiyono (2015:241), pengumpulan data menggunakan triangulasi dibedakan menjadi 2, yaitu triangulasi teknik dan triangulasi sumber. Pada penelitian ini, triangulasi yang digunakan adalah triangulasi teknik, yaitu peneliti menggabungkan beberapa teknik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi.

Reliabilitas data pada penelitian kualitatif dilakukan melalui dependabilitas yang dapat dicapai dengan meneliti kedalaman informasi yang diungkapkan informan dengan memberi umpan balik kepada informan sehingga peneliti bisa melihat apakah mereka memberikan informasi yang benar atau tidak. Suatu penelitian yang reliabel adalah apabila orang lain dapat mengulangi/ mereplikasi proses penelitian tersebut. Dalam penelitian kualitatif, uji dependability dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian (Sugiyono, 2015: 277).

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Kerangka Alur Penelitian

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti mengenai gambaran kesejahteraan psikologis duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember menunjukkan bahwa :

- a. Duta paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian ini seluruhnya adalah wanita; usia duta paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian ini adalah ≥ 48 tahun - ≤ 60 dan seluruhnya memiliki kesejahteraan psikologis yang baik; sebagian besar duta paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian adalah muslim dan sebagian kecil adalah non muslim; tingkat pendidikan terakhir duta paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian ini beragam, antara lain SD, SMP, dan strata 1; sebagian besar duta paliatif yang menjadi informan utama dalam penelitian ini berstatus menikah dan sebagian kecil berstatus janda.
- b. Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki kesejahteraan psikologis yang baik diwujudkan dengan tercapainya seluruh dimensi dalam kesejahteraan psikologis. Kesejahteraan psikologis ini dapat dicapai oleh duta paliatif karena mereka sering mengikuti kegiatan – kegiatan paliatif yang diadakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute. Gambaran kesejahteraan psikologis duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember dapat disimpulkan sebagai berikut :
 - 1) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi penerimaan diri yang baik. Penerimaan diri duta paliatif ditunjukkan dengan sikap yang beragam, alasan terbesar yang mendukung tercapainya penerimaan diri informan utama adalah karena informan utama memiliki religiusitas yang baik. Selain itu, dimensi penerimaan diri yang baik ini juga didukung dengan konsistensi duta paliatif dalam mengikuti

kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute.

- 2) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi pertumbuhan pribadi yang baik. Dimensi pertumbuhan pribadi duta paliatif ditunjukkan dengan sikap yang beragam, alasan terbesar dari tercapainya pertumbuhan pribadi informan utama adalah karena informan utama memiliki sikap terbuka terhadap pengetahuan baru yang masuk, terbuka terhadap orang lain yang ingin bertukar pengalaman khususnya ketika mengikuti kegiatan paliatif, serta menyadari potensi yang mereka miliki untuk memberi motivasi kepada pasien kanker yang lain. Selain itu, dimensi pertumbuhan pribadi yang baik ini juga didukung oleh konsistensi duta paliatif dalam mengikuti kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute.
- 3) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi tujuan hidup yang baik. Dimensi tujuan hidup yang baik ini ditunjukkan dengan sikap yang beragam, alasan terbesar tercapainya tujuan hidup informan utama adalah karena sebagian besar informan utama yakin bahwa segala sesuatu yang terjadi dalam hidupnya semua sudah diatur oleh Allah dan semua karena Allah, sehingga mereka memiliki tujuan hidup yang jelas yaitu Allah sebagai tempat kembali dan berserah diri. Selain itu, dimensi tujuan hidup yang baik ini juga didukung oleh konsistensi duta paliatif dalam mengikuti kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute.
- 4) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi penguasaan lingkungan yang baik. Dimensi penguasaan lingkungan yang baik ini ditunjukkan dengan sikap yang beragam, alasan terbesar yang mendukung tercapainya penguasaan lingkungan informan utama adalah karena informan utama memiliki kemampuan untuk memilih lingkungan yang memberikan dampak positif bagi diri mereka, mampu memanfaatkan peluang yang ada dengan mengikuti kegiatan – kegiatan paliatif dari RS Baladhika Husada Jember sebagai wadah pengembangan diri. Kegiatan

wisata sehat, *home visit*, dan kelompok dukungan paliatif adalah kegiatan yang paling disukai oleh duta paliatif dan menjadi pendorong terbesar dalam membentuk penguasaan lingkungan pada duta paliatif.

- 5) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi otonomi yang baik. Dimensi otonomi yang baik ini ditunjukkan dengan sikap berusaha untuk tetap mandiri dan tetap mampu membuat keputusan secara mandiri meskipun sedang sakit, alasan dari tercapainya dimensi otonomi ini adalah karena mereka selalu mendapat motivasi dari lingkungan sosial yang memberi dampak positif, seperti keluarga, teman, dan tim paliatif RS Baladhika Husada Jember bersama dengan Garwita Institute.
- 6) Duta paliatif dengan perawatan paliatif oleh RS Baladhika Husada Jember memiliki dimensi hubungan positif dengan orang lain yang baik. Dimensi hubungan positif dengan orang lain yang baik ini ditunjukkan dengan sikap informan utama dalam memberikan kepercayaan kepada orang di sekitarnya, baik itu keluarga, teman, maupun tim paliatif RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute. Kegiatan paliatif yang memberikan peran terbesar dalam membentuk hubungan positif dengan orang lain pada duta paliatif adalah wisata sehat, kelompok dukungan paliatif, dan *home visit*. Duta paliatif mampu memberi motivasi kepada pasien kanker yang lain untuk terus berjuang menjalani pengobatan, bentuk motivasi itu diberikan secara langsung melalui kegiatan KDP; wisata sehat; *home visit*; pembuatan buku “Berjuang, Menerima, dan Bahagia”, serta buku motivasi “Dari Mereka untuk Saling Menguatkan”.

5.2 Saran

a. Bagi Duta Paliatif

Duta paliatif dapat menjaga kesejahteraan psikologis pada dirinya dengan terus mengikuti kegiatan – kegiatan sosial di sekitarnya. Hal ini penting untuk dilakukan agar duta paliatif bisa terus mengembangkan diri mereka baik

melalui lingkungan sekitar rumah maupun melalui kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan oleh tim paliatif di RS Baladhika Husada Jember. Kegiatan positif di lingkungan sosial duta paliatif dapat membantu duta paliatif untuk terus bersemangat dan memotivasi pasien kanker yang lain untuk berjuang demi kesembuhan mereka.

b. Bagi Instansi dan Lembaga Terkait

Karya tulis ini dapat digunakan sebagai evaluasi bagi RS Baladhika Husada Jember dan Garwita Institute dalam menjalankan perawatan paliatif. RS Baladhika Husada Jember dan Garwita Institute dapat mengadakan taman paliatif di RS Baladhika Husada Jember untuk membuat acara *outbond* atau *mini game*, melaksanakan *recreational therapy*, pengadaan shelter bagi pasien dari luar kota Jember, mengadakan kegiatan edukasi ke sekolah menengah agar remaja waspada terhadap kanker sehingga resiko penyakit kanker dapat diturunkan, mengadakan jadwal kegiatan kelompok dukungan paliatif sehingga kegiatan – kegiatan inovatif dapat diberikan secara terjadwal, melakukan pengukuran hasil perawatan paliatif yang telah dilaksanakan untuk mengetahui kondisi kesejahteraan psikologis pasien kanker sebelum dan sesudah mendapatkan dukungan secara psikologis. Selain itu dapat diberikan pelatihan dan studi banding bagi tim paliatif untuk memperkaya ide inovatif dalam kegiatan paliatif RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute. Memperluas kerjasama dengan lembaga yang mendukung kegiatan paliatif seperti Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia, Love Pink, Pita Kuning, serta bekerjasama dengan beberapa stasiun TV atau radio untuk mengenalkan kegiatan paliatif ke masyarakat.

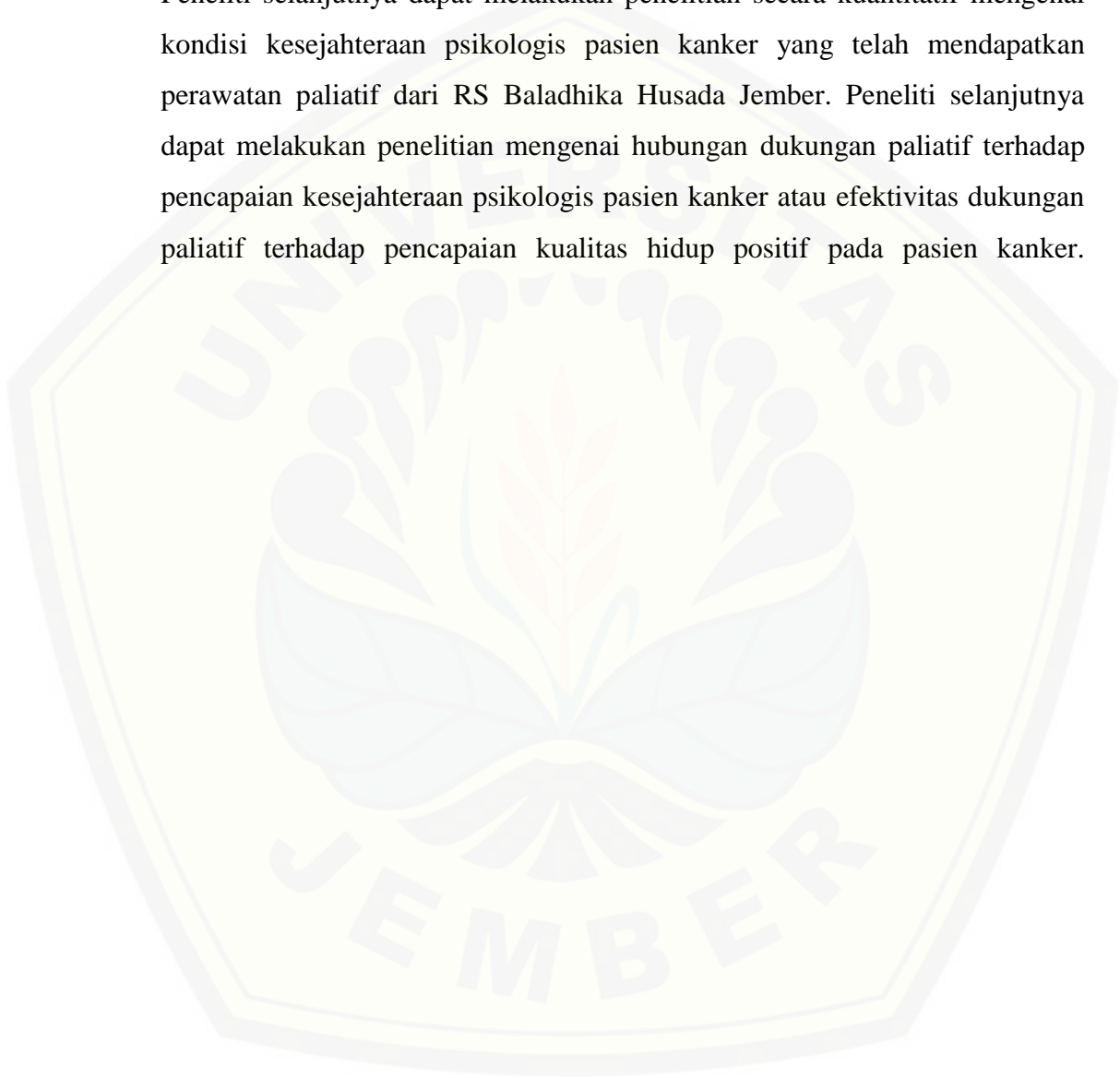
c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terutama divisi Pengabdian Masyarakat Badan Eksekutif Mahasiswa, bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, bagian Epidemiologi dapat bekerjasama dengan RS Baladhika Husada Jember dan Garwita Institute untuk memberikan edukasi kesehatan mengenai pencegahan penyakit kanker sehingga resiko

terjadinya kanker dapat diturunkan. Kerjasama ini dapat dilakukan sebagai bentuk pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu pengabdian masyarakat.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian secara kuantitatif mengenai kondisi kesejahteraan psikologis pasien kanker yang telah mendapatkan perawatan paliatif dari RS Baladhika Husada Jember. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian mengenai hubungan dukungan paliatif terhadap pencapaian kesejahteraan psikologis pasien kanker atau efektivitas dukungan paliatif terhadap pencapaian kualitas hidup positif pada pasien kanker.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, Retno, Lestari, Sriati. 2017. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pre Operasi pada Pasien *Seccio Caesarea* di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang, *Jurnal Keperawatan*, 8(1):1-12.
- Ainiyah, Qurrorul. 2017. *Social Learning Theory* dan Perilaku Agresif Anak dalam Keluarga. *Jurnal Ilmu Syari'ah dan Hukum*, 2(1) : 91-104.
- Al – Qarni, Aidh. 2014. *La Tahzan*. Jakarta : Qisthi Press.
- Apriansyah, Akbar, Siti, Romadoni, Desy Andrianovita. 2015. Hubungan antara Tingkat Kecemasan Pre-Operasi dengan Derajat Nyeri Pasien Post *Seccio Caesarea* di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014, *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(1):1-9.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi revisi VI*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah. 2013. *Letak dan Kondisi Geografis Kabupaten Jember*. Jember : Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.
- Bhatia, H., 2016. *Breast Cancer in Asia*, Asia: Gen Re. [serial online]. <http://media.genre.com/documents/ri16-4-en.pdf>. [25 Oktober 2017].
- Batiste, Xavier Gomez dan Connor, Stephen. 2017. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Catalonia : Liberduplex.
- Buckley, Jenny. 2008. *Palliative Care : An Integrated Approach*. Mankato : Wiley-Blackwell.
- Bungin, Burhan. 2012. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Bustan, M.N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Campbell, Margaret L. 2013. *Nurse to Nurse : Perawatan Paliatif*. Jakarta : Salemba Medika.
- Davies dan Higginson, J., 2004. *Better Palliative Care for Older People*. Geneva : World Health Organization.
- Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Quran dan Terjemahnya*. Surabaya : CV Penerbit Fajar Mulya.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Fakhitah, Hany dan Djamhoer, Temi Damayanti, 2015. *Kesejahteraan Psikologis pada Survivor Kanker di Bandung Cancer Society (BCS)*. *Prosiding Psikologi*. Prosiding Penelitian Sivitas Akademika Unisba (Sosial dan Humaniora): 1: 24-35.
- Farastuti, Damayani dan Windiastuti, Endang. 2005. Penanganan Nyeri pada Keganasan. *Sari Pediatri*. 7(3):153-159.
- Ferrel, Betty R. dan Grant, Marcia. 1995. *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Patient Version*. Duarte : City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute.
- Fitriani, Annisa. 2016. Peran Religiusitas dalam Meningkatkan Psychological Well Being, *Al-AdYaN*, 11(1):1-24.
- Gani, I., Amalia, S. 2015. *Alat Analisis Data*. Yogyakarta : Andi Offset.
- Guntari, Gusti Agung Sri dan Suariyani, Ni Luh Putu. 2016. Gambaran Fisik dan Psikologis Penderita Kanker Payudara Post Mastektomi di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2014, *Arc. Com. Health*, 3(1):24-35. Infodatin Kemenkes RI. 2015. *Stop Kanker*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kartikasari, Nina Yunita. 2013. Body Dissatisfaction Terhadap Psychological Well Being pada Karyawati, *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1(2):304-323.

Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Program Paliatif Kanker*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kholid, Ahmad. 2015. *Promosi Kesehatan : Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta : Rajawali Pers.

Komite Penanggulangan Kanker Nasional. Tanpa Tahun. *Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Latifah, Nurul. 2014. *Kesejahteraan Psikologis Pada Wanita Dewasa Muda yang Belum Menikah*. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Yogyakarta : Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta.

Mabruri, Moh. Iqbal. 2009. Hubungan antara Kepribadian Tangguh dan Religiusitas dengan Kesehatan Psikologis pada Korban Bencana Alam di Yogyakarta, *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 1(2):109-117.

Mangan, Yelia. 2003. *Cara Bijak Menaklukkan Kanker*. Jakarta : Agro Media Pustaka.<https://www.google.com/books>. [13 Maret 2018].

Maria, N. 2015. *Modul Pendampingan Paliatif dari Sudut Pandang Psikologi*. Jember : Garwita Institute.

Marzali, Amri. 2016. Agama dan Kebudayaan, *Indonesian Journal of Anthropology*, 1(1):57-75.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

- Merril, Ray M. 2010. *Epidemiologi Reproduksi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Moleong, J., 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosda Karya.
- Natasya, Miranda. 2017. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- NHS. 2015. *Psychological Support for People Living With Cancer : Commissioning Guidance for Cancer in London*. London : NHS.
- Prastiwi, Tita Febri. 2012. Kualitas Hidup Penderita Kanker, *Developmental and Clinical Psychologi*, 1(1):21-27.
- Pusat Data dan Informasi. 2017. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Ramli, Muchlis. 2015. *Update Breast Cancer Management Diagnostic and Treatment*. Majalah Kedokteran Andalas. <http://jurnalmka.fk.unand.ac.id>. [13 Maret 2018]
- Rasiji, Imam. 2010. *100 Question & Answer Kanker Pada Wanita*. Jakarta : Elex Media Komputindo. <https://www.google.com/books>. [13 Maret 2018].
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- Rokhmah, Dewi, Nafikadini, Iken & Istiaji, Erdi. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jember : Jember University Press.
- Sarafino, Edward P. 2008. *Health Psychology*. Amerika : United States of Amerika.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Ismael, Sofyan. 2014. *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.
- Shinta R., Nindya dan Surarso, Bakti. 2016. Terapi Mual Pasca Kemoterapi, *Jurnal THT-KL*, 9(2):74-83.
- Smith, Temin, Alesi, Abernethy, Balboni, Basch, Ferrell, Loscalzo, Meier, Paice, Peppercorn, Somerfield, Stovall, dan Roenn. 2012. *American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care*. *J Clin Oncol*, 30(8): 880-887.
- Sugiyono. 2015. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : CV. Alfabeta.
- Suryani. 2013. *Palliative Care : Improving Quality of Life Patients with Terminal Illness*. Orasi Ilmiah. Pidato HUT PPNI Ke 39 Tanggal 30 Maret 2013. Ketapang. [serial online]. <http://repository.unpad.ac.id/21501/1/Palliative-care.pdf>. [25 Oktober 2017].
- Suyanto, B dan Sutinah. 2005. *Metode Penelitian Sosial : berbagai alternatif pendekatan*. Jakarta : Prenada Media.
- Suyatno dan T. Pasaribu, Emir. 2014. *Bedah Onkologi : Diagnosis dan Terapi*. Jakarta : Sugeng Seto.
- Undang – Undang Republik Indonesia. Nomor 1. Tahun 1974. Tentang Perkawinan.
- Undang – Undang Republik Indonesia. Nomor 20. Tahun 2003. Tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Wikanestri, Winilis dan Prabowo, Adhyatman. 2015. *Psychological Well Being pada Pelaku Wirausaha, Psychology Forum UMM*. Malang: Seminar Psikologi & Kemanusiaan. 13-14 Februari 2015.

World Health Organization. 2002. *National Cancer Programmes*. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization. 2004. *Better Palliative Care for Older People*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2014. *Cancer Country Profile Indonesia*. Geneva: World Health Organization. [serial online]. http://www.who.int/cancer/country-profiles/idn_en.pdf. [18 Desember 2017].

World Health Organization. 2016. *Integrated Care Models : an overview*. Geneva : World Health Organization.

Yudissanta, Arief dan Ratna, Madu. 2012. Analisis Pemakaian Kemoterapi pada Kasus Kanker Payudara dengan Menggunakan Metode Regresi Logistik Multinomial (Studi Kasus Pasien di Rumah Sakit “X” Surabaya), *Jurnal SAINS dan Seni ITS*, 1(1):112-117.

Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No HP :

Status Pernikahan :

Bersedia untuk menjadi informan dalam pengambilan data skripsi yang berjudul “Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif sebagai *Role Model* Pasien Kanker di RS Baladhika Husada Jember”. Prosedur pengambilan data ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada informan. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang telah diberikan dijamin sepenuhnya oleh pengambil data.

Jember..... 2018

Informan

(.....)

Lampiran B. Angket Kesejahteraan Psikologis**Angket Kesejahteraan Psikologis**

Judul : Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif sebagai
Role Model Pasien Kanker di RS Baladhika Husada
Jember

Tanggal observasi :

Waktu observasi :

Tempat observasi :

Gambaran situasi :

Nama :

Umur :

QOL Scale / Breast Cancer (National Medical Center and Beckman Research
Institute)

1. Seberapa sulitkah Anda mengatasi hari ini akibat penyakit Anda?
Sama sekali tidak sulit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat sulit
2. Seberapa sulitkah Anda mengatasi hari ini sebagai hasil dari perawatan Anda?
Sama sekali tidak sulit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat sulit
3. Sebarapa baik kualitas hidup Anda?
Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat besar
4. Seberapa besar kebahagiaan yang Anda rasakan?
Tidak ada sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat besar
5. Apakah Anda merasa situasi dalam hidup Anda dalam kendali?
Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat
6. Seberapa memuaskan hidup anda?
Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat
7. Bagaimana kemampuan Anda saat ini untuk berkonsentrasi atau mengingat
sesuatu?
Sangat buruk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat baik

8. Seberapa bergunakah yang Anda rasakan?
 Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat
9. Apakah penyakit atau perawatan Anda menyebabkan perubahan penampilan Anda?
 Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat
10. Apakah penyakit atau perawatan Anda menyebabkan perubahan dalam konsep diri Anda (cara Anda melihat diri sendiri)?
 Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

Seberapa menyulitkan aspek berikut terhadap penyakit dan perawatan Anda?

11. Diagnosis awal
 Sangat tidak menyulitkan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat menyulitkan
12. Kemoterapi kanker
 Sangat tidak menyulitkan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat menyulitkan
13. Radiasi kanker
 Sangat tidak menyulitkan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat menyulitkan
14. Operasi kanker
 Sangat tidak menyulitkan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat menyulitkan
15. Penyelesaian pengobatan
 Sangat tidak menyulitkan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat menyulitkan
16. Seberapa banyak kecemasan yang Anda miliki?
 Tidak ada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat banyak

Sampai sejauh mana Anda takut akan :

17. Tes diagnostik masa depan

Tidak takut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat takut

18. Kanker kedua

Tidak takut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat takut

19. Kambuhnya kanker

Tidak takut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat takut

20. Penyebaran (metastasis) kanker Anda

Tidak takut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat takut

21. Sampai sejauh mana perasaan Anda bahwa hidup Anda kembali normal?

Tidak ada sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

Kepedulian Sosial

22. Seberapa menyulitkan penyakit Anda terhadap keluarga Anda?

Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

23. Apakah jumlah dukungan yang Anda terima dari orang lain cukup untuk memenuhi kebutuhan Anda?

Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

24. Apakah perawatan kesehatan Anda terus mengganggu hubungan pribadi Anda?

Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

25. Apakah seksualitas Anda dipengaruhi oleh penyakit Anda?

Tidak sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat

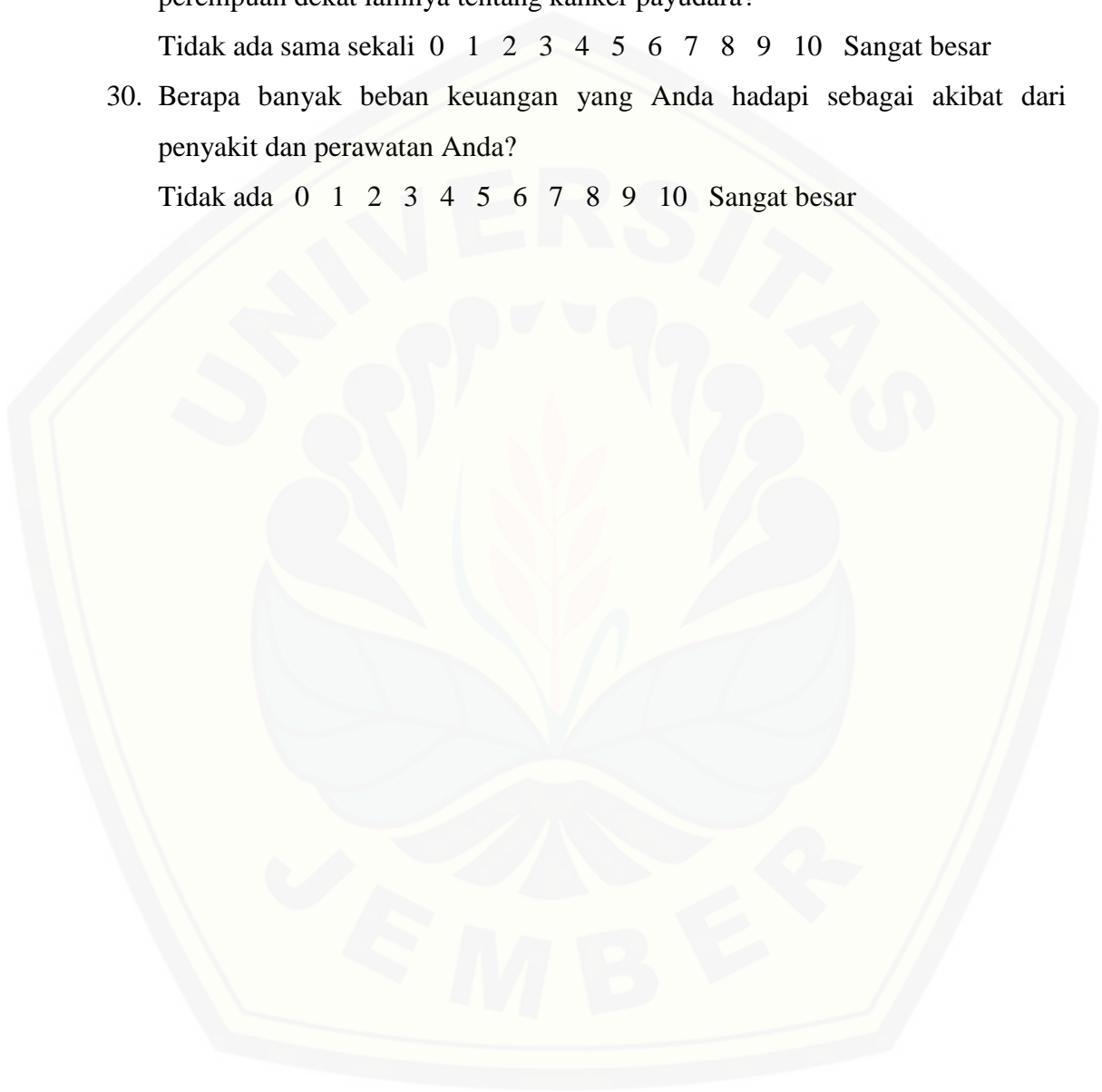
26. Sampai sejauh mana penyakit dan perawatan Anda mengganggu pekerjaan Anda?

Tidak masalah 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Masalah berat

27. Sampai sejauh mana penyakit dan pengobatan Anda mengganggu aktivitas Anda di rumah?

Tidak masalah 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Masalah berat

28. Seberapa besar isolasi yang Anda rasakan disebabkan oleh penyakit Anda?
Tidak ada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat
29. Seberapa besar kepedulian Anda terhadap anak perempuan Anda atau saudara perempuan dekat lainnya tentang kanker payudara?
Tidak ada sama sekali 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat besar
30. Berapa banyak beban keuangan yang Anda hadapi sebagai akibat dari penyakit dan perawatan Anda?
Tidak ada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat besar



Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN UTAMA**

Hari :

Waktu :

Tempat Wawancara :

Gambaran Situasi :

A. Karakteristik Informan Utama

Nama :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :

Pekerjaan :

No HP :

Perawatan terakhir yang dilakukan :

I. Penerimaan Diri (*Self Acceptance*)

1. Bagaimana perasaan Anda ketika pertama kali Anda divonis menderita kanker?
2. Bagaimana tindakan Anda lakukan setelah tahu bahwa Anda menderita kanker?
3. Apakah penyakit atau perawatan yang Anda jalani menyebabkan perubahan pada penampilan Anda? Jika ada, bagaimana Anda menanggapi perubahan tersebut?
4. Apakah penyakit atau perawatan Anda menyebabkan perubahan bagi Anda dalam menilai diri Anda?
5. Bagaimana perasaan Anda atas perubahan penampilan Anda?
6. Bagaimana Anda kembali membangun percaya diri Anda?
7. Bagaimana Anda bisa menerima sakit yang Anda alami beserta segala perubahan yang terjadi pada tubuh Anda?

II. Pertumbuhan Pribadi (*Personal Growth*)

1. Apakah Anda masih sering mengerjakan banyak hal atau mencoba hal baru atau mengikuti kegiatan baru meskipun dalam keadaan sakit?
2. Apa saja kegiatan yang membuat Anda sangat tertarik untuk mengikutinya? Bagaimana perasaan Anda ketika mengikuti kegiatan tersebut?
3. Apakah Anda pernah mengikuti edukasi atau sosialisasi seputar kanker dari RS Baladhika Husada dan Garwita Institute?
4. Apa yang Anda dapatkan dari kegiatan tersebut?
5. Bagaimana perasaan Anda ketika mengikuti dalam kegiatan tersebut?
6. Bagaimana perasaan Anda ketika dalam kegiatan paliatif ada orang yang memberikan pendidikan kesehatan seputar sakit Anda?
7. Bagaimana perasaan Anda ketika ada pasien baru meminta Anda bercerita seputar perjalanan Anda menjalani pengobatan kanker?
8. Apa yang mendorong Anda untuk bergabung menjadi duta paliatif?
9. Bagaimana Anda mampu meyakini bahwa Anda bisa untuk memberikan dukungan kepada pasien kanker yang lain yang masih berjuang melawan sakit mereka?

III. Tujuan Hidup (*Purpose in Life*)

1. Apa yang ingin Anda lakukan di tengah – tengah sakit yang sedang Anda alami?
2. Mengapa Anda sangat menginginkan hal tersebut?
3. Apakah Anda membutuhkan bantuan orang lain dalam mewujudkan apa yang Anda harapkan?
4. Bagaimana perasaan Anda jika hal tersebut dapat tercapai dan bagaimana jika tidak dapat tercapai?
5. Keyakinan seperti apa yang membuat Anda mampu bertahan menghadapi sakit yang Anda alami?

IV. Penguasaan Lingkungan (*Environmental Mastery*)

1. Apakah Anda pernah merasa Anda sendirian dalam menghadapi sakit Anda dan merasa bahwa Anda terkucilkan ketika berada di tengah – tengah masyarakat?
2. Bagaimana Anda menghadapi perasaan tersebut?
3. Lingkungan sosial yang bagaimana yang selalu Anda harapkan ketika Anda dalam keadaan sakit?
4. Anda lebih senang berada di tengah keluarga atau bertemu orang – orang lain diluar rumah? Mengapa demikian?
5. Pernahkah Anda tidak mampu mengontrol emosi karena gejala sakit yang Anda rasakan sehingga Anda berkonflik dengan orang lain?
6. Gejala sakit yang bagaimana yang seringkali memicu Anda menjadi orang yang emosional?
7. Bagaimana cara Anda mengatasi gejala emosional yang Anda alami ketika Anda sakit?

V. Otonomi (*Autonomy*)

1. Selama Anda sakit apakah Anda masih mampu mengerjakan aktivitas Anda sendiri?
2. Apa saja aktivitas yang bisa Anda kerjakan sendiri tanpa meminta bantuan orang lain?
3. Bagaimana Anda menghadapi efek samping dari pengobatan yang Anda jalani, misalnya seperti kemoterapi dan operasi?
4. Bagaimana Anda mengatur emosional dan diri Anda ketika berada di dalam lingkungan sosial yang tidak mendukung Anda untuk berpikir positif maupun di dalam lingkungan sosial yang tidak memberikan dukungan pada Anda?
5. Apakah Anda pernah melakukan penolakan terhadap lingkungan sekitar Anda yang membuat Anda tidak nyaman?

VI. Hubungan Positif dengan Orang Lain (*Positive Relations with Others*)

1. Apakah Anda memiliki kesulitan untuk bersosialisasi dengan orang lain di sekitar Anda?
2. Bagaimana cara Anda berinteraksi dengan orang lain di sekitar Anda ketika Anda sakit?
3. Ketika Anda sakit siapakah yang paling Anda inginkan untuk berada di dekat Anda? Mengapa demikian?
4. Bagaimana cara Anda memberikan dukungan kepada pasien kanker yang lain?
5. Bagaimana perasaan Anda ketika Anda mampu untuk memberikan sesuatu atau melakukan sesuatu untuk orang lain?
6. Bagaimana perjalanan atau proses yang Anda alami sehingga Anda memutuskan menjadi duta paliatif?

Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Tambahan**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN****(Keluarga pasien/ perawat/ dokter bedah onkologi/ relawan paliatif)**

Hari :

Waktu :

Tempat Wawancara :

Gambaran Situasi :

A. Karakteristik Informan Tambahan

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan

Pendidikan :

Pekerjaan :

B. Panduan Wawancara

1. Apa saja yang Anda lakukan untuk menangani duta paliatif selama ini?
2. Bagaimana perjalanan dan perjuangan anda selama menangani pasien kanker yang pada akhirnya menjadi seorang duta paliatif?
3. Apa saja kendala yang dialami dalam melaksanakan perawatan bagi pasien kanker?
4. Bagaimana Anda menangani kendala dalam melaksanakan perawatan bagi pasien kanker?
5. Apakah diperlukan kerjasama dengan orang lain atau pihak lain dalam pelaksanaan perawatannya agar kondisi psikologis pasien tetap baik?
6. Bagaimana bentuk kerjasama yang Anda lakukan dalam pelaksanaan perawatan paliatif?
7. Bagaimana gejala sakit fisik muncul ketika Anda dalam keadaan sakit?
8. Apakah gejala yang muncul mempengaruhi kondisi psikologis penderita kanker payudara?

9. Bagaimana perasaan pasien sebagai duta paliatif melalui pandangan Anda ketika mereka merasakan sakit fisik?
10. Apa yang Anda lakukan untuk mengatasi gejala fisik maupun efek psikologis atas sakit fisik yang dirasakan?



Lampiran E. Panduan Wawancara Informan Kunci**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN KUNCI****(Kepala Kantor Garwita Institute)**

Hari :

Waktu :

Tempat Wawancara :

Gambaran Situasi :

A. Karakteristik Informan Tambahan

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan

Pendidikan :

Pekerjaan :

B. Panduan Wawancara

1. Apa yang melatarbelakangi berdirinya *Garwita Institute* ?
2. Mengapa *Garwita Institute* memasukkan perawatan paliatif/ dukungan paliatif ke dalam program kerja ?
3. Menurut Anda seberapa penting pemberian dukungan dari sisi psikologis bagi pasien kanker khususnya kanker payudara ?
4. Apa saja kegiatan *Garwita Institute* dalam rangka memberikan dukungan psikologis pada pasien kanker khususnya kanker payudara serta bagaimana proses berlangsungnya?
5. Apakah ada orang – orang yang bertugas untuk memberikan dukungan psikologis tersebut ?
6. Apa saja bekal yang diberikan kepada orang – orang yang bertugas memberikan dukungan psikologis ?
7. Apakah pernah diadakan pelatihan bagi orang – orang yang bertugas memberikan dukungan psikologis tersebut?

8. Apa saja dan bagaimana teknik yang digunakan dalam melaksanakan dukungan psikologis tersebut ?
9. Apa saja kendala dalam memberikan dukungan psikologis pada para pasien kanker?
10. Bagaimana *Garwita Institute* mendapatkan duta paliatif ?
11. Apakah ada kendala dalam mendapatkan duta paliatif ?
12. Apa yang diharapkan dengan pengadaan duta paliatif ?
13. Apakah pernah diadakan pengukuran keberhasilan dari dukungan psikologis yang diberikan kepada pasien kanker khususnya kanker payudara?
14. Apa harapan Anda ke depan bagi para pasien kanker dan juga *Garwita Institute* sebagai penggagas sekaligus kepala kantor ?

Lampiran F. Lembar Observasi**Lembar Observasi**

Judul : Gambaran Kesejahteraan Psikologis Duta Paliatif sebagai
Role Model Pasien Kanker di RS Baladhika Husada
Jember

Tanggal observasi :

Waktu observasi :

Tempat observasi :

Gambaran situasi :

Nama :

Umur :

No.	Observasi	Keterangan
1.	Mimik wajah	
2.	Gestur	
3.	Kondisi fisik	
4.	Perawatan paliatif yang pernah diikuti : a. Perawatan kuratif yang pernah diikuti dari RS Baladhika Husada Jember b. Dukungan psikologis dan sosial yang pernah diikuti dari Garwita Institute	

Catatan :

1. Lembar observasi ini sangat memungkinkan berkembang sewaktu penelitian berlangsung, tergantung sejauh mana informasi yang ingin didapat oleh peneliti.
2. Lembar observasi ini berfungsi sebagai petunjuk arah penelitian berlangsung.

Lampiran G. Surat Ijin Penelitian

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur Rumah Sakit DKT Jember
 di - JEMBER

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/1677/415/2018

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 29 Juni 2018 Nomor : 2821/UN.25.1.12/SP/2018 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Sri Purwandari / 142110101013
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi yang berjudul : "Gambaran Kesejahteraan Psikologi Duta Paliatif dengan Perawatan Paliatif Oleh RS. DKT Jember"
 Lokasi : Rumah Sakit DKT Jember
 Waktu Kegiatan : Juli s/d September 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 04-07-2018
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Rajian Strategi dan Politis


ACHMAD BAIDI F., S.Sos
 Pembina
 NIP. 19690121199602 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

Lampiran H. Analisis Data Kualitatif Penelitian

Tabel 1 Penerimaan Diri Duta Paliatif

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kemarin itu waktu saya mau berangkat operasi sudah ditakut takuti sama tetangga. Katanya jangan operasi kamu nanti kalau operasi bisa meninggal. Terus saya dalam hati itu membatin meninggal ya meninggal daripada saya nggak operasi. Akhirnya punya pikiran pasrah sudah nduk. Saya cuma usaha karena ingin sembuh, hidup dan mati itu sudah kuasanya Allah kita cuma bisa usaha.	Menerima sakit yang dialami dan siap menerima konsekuensi dari tindakan operasi yang akan dijalani.
2	Akhirnya saya ya dioperasi juga nggak papa daripada saya memelihara penyakit. Selain itu saat ketemu temen-temen yang juga sakit kanker waktu acara wisata sehat paliatif itu saya lihat banyak yang lebih dari saya, jadi ya saya lebih bisa bersyukur punya saya masih kecil sudah ketahuan jadi segera ditangani.	Menerima sakit yang dialami dan siap menjalani operasi.
3	Saya akhirnya nyoba pengobatan herbal, tapi nggak ada perubahan sampai akhirnya saya mikir anak saya masih kecil-kecil nanti gimana kalau saya meninggal, akhirnya saya putuskan untuk operasi. Tapi pada akhirnya saya sadar mungkin ini cobaan dari Allah saya harus ikhlas.	Menerima penyakit yang dialami dan siap menjalani operasi apapun konsekuensinya.
4	Tapi pada akhirnya saya bisa pasrah, ikhlas pokoknya saya berusaha dan berdoa, walaupun saya meninggal setelah saya menjalani operasi ya mungkin itu takdir Allah. Tapi alhamdulillah saya bersyukur diberi kesehatan lagi setelah operasi sampai sekarang.	Menerima penyakit yang dialami dan siap menjalani operasi apapun konsekuensinya.
5	Ibu itu waktu divonis kanker menyadari nduk karena memang ibu suka makan bakso, bakso kalau buatan sendiri nggak papa ya tau apa bahannya, kalau beli kan banyak MSG sama pengawet nah dulu ibu sering beli, kalau nggak makan bakso semalam nggak bisa tidur. Kalau vonis	Menerima penyakit yang dialami sebagai akibat konsumsi makanan yang tidak sehat. Mau menjalani operasi dan sadar jika harus meninggal karena operasi

Informan	Jawaban Informan	Kategori
	yang buat ibu kaget itu waktu dokter bilang kalau bahwa harus diangkat itu ibu rasanya sudah haduh gimana gitu kaget ibu nduk. Kalau divonis kanker saya biasa, walaupun harus mati ya memang takdirnya Ibu, semua orang pada akhirnya nanti kan ke situ.	itu adalah bagian dari ketetapan Allah.

Interpretasi :

Semua informan memiliki penerimaan diri yang baik, dimana penerimaan diri tersebut berlandaskan pada religiusitas yang mereka miliki. Penerimaan diri tersebut dapat dilihat dari sikap informan yang menerima penyakit kanker yang diderita sebagai bentuk cobaan dari Allah SWT sehingga mereka harus ikhlas menerimanya, menyadari bahwa semua merupakan kuasa dari Allah SWT, menyadari hidup dan mati itu karena Allah, dan bersyukur dalam setiap kondisi yang dialami. Selain itu, penerimaan diri ini juga muncul karena peran informan utama dalam rumah tangga sebagai Ibu yang masih memiliki anak yang masih kecil – kecil serta adanya informan utama yang menyadari bahwa pola makannya tidak sehat. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“...sampai akhirnya saya mikir anak saya masih kecil – kecil nanti gimana kalau saya meninggal, akhirnya saya putuskan untuk operasi. Tapi pada akhirnya saya sadar mungkin ini cobaan dari Allah saya harus ikhlas. Saya sejak sakit itu semakin dekat dengan Allah. Ibadah semakin khusyu, pokoknya merasa jadi semakin dekat dengan Allah (Informan Utama 3, wanita, 48 tahun)”

“ Ibu itu waktu divonis kanker menyadari nduk karena memang ibu suka makan bakso, bakso kalau buatan sendiri nggak papa ya tau apa bahannya, kalau beli kan banyak MSG sama pengawet nah dulu ibu sering beli, kalau nggak makan bakso semalam nggak bisa tidur. Kalau vonis yang buat ibu kaget itu waktu dokter bilang kalau harus diangkat itu ibu rasanya sudah haduh gimana gitu kaget ibu nduk. Kalau divonis kanker saya biasa, walaupun harus mati ya memang takdirnya

Ibu, semua orang pada akhirnya nanti kan ke situ (Informan Utama 5, wanita, 55 tahun).”

Tabel 2 Pertumbuhan Pribadi Duta Paliatif

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Saya waktu kontrol gitu nduk ada pasien dari banyuwangi dia sepertinya masih baru periksa dan takut, dia tanya tanya ke saya akhirnya saya ceritakan pengalaman saya ya sebisa saya. Tapi saya kasih tau nduk kalau kemo itu nggak papa buktinya saya masih bisa bertahan sampai sekarang. Saya gitu.	Pertumbuhan pribadi diwujudkan dengan sikap terbuka pada orang baru yang ingin bertukar cerita.
2	Saya kalau lihat pasien lain di kegiatan paliatif itu sangat bersyukur, karena melihat mereka yang kondisinya lebih parah dari saya bisa tetap semangat, akhirnya sekarang saya kan sudah tidak ada keluhan apa apa, saya seneng kalau ada wisata sehat itu.	Pertumbuhan pribadi diwujudkan dengan sikap terbuka terhadap orang-orang disekitar yang mampu memberikan hal positif bagi dirinya, ada perubahan pada diri informan yang awalnya belum bisa menerima sakitnya menjadi bisa menerima dengan ikhlas.
3	Waktu kontrol saya pernah ketemu sama pasien yang semangatnya luar biasa di sebuah kegiatan. Dari situ saya penasaran ini sebenarnya ada acara apa, katanya acara paliatif dijelaskan panjang lebar. Terus akhirnya saya bilang kan o yasudah saya gabung aja sudah.	Pertumbuhan pribadi diwujudkan dengan memiliki ketertarikan terhadap orang-orang yang mampu memberikan hal-hal positif yang membuatnya semangat dan mau untuk berkembang.
4	Saya itu mbak kalau kontrol sering bawa temen, tetangga sini kan ada yang sakit dia itu kontrol mintanya harus bareng sama saya. Saya juga pernah didatangi suami tetangga saya situ dikasih tau orang-orang kan kalau saya sakit dikemo sembuh akhirnya dia tanya tanya ke saya, ya saya jelaskan mbak saya ceritakan	Pertumbuhan diri diwujudkan dengan memiliki sikap terbuka untuk diajak berdiskusi dengan orang lain, terbuka terhadap pengetahuan baru sehingga meningkatkan

Informan	Jawaban Informan	Kategori
	semuanya. Akhirnya orang sini yang awalnya anggapannya itu aneh-aneh tentang sakit kanker jadi paham, karena saya jelaskan kalau ada orang tanya.	pengetahuan pribadi.
5	Ibu itu pada akhirnya tanpa ibu sadari bisa menyemangati pasien-pasien yang lain nduk, mereka sampai kenal sama ibu, kadang ibu disapa tapi ibu lupa dia siapa. Sampai yang waktu itu kan juga ditulis itu ya di buku paliatif kan.	Pertumbuhan pribadi ditunjukkan dengan sikap mengetahui bahwa dirinya memiliki potensi untuk memberi semangat pada pasien lain.

Interpretasi :

Semua informan memiliki sikap terbuka terhadap hal – hal baru maupun orang – orang baru di sekitar mereka yang mampu memberikan pengaruh positif terhadap diri mereka. Semua informan memiliki keinginan untuk terus belajar tentang hal baru yang bermanfaat bagi dirinya dalam menghadapi sakit yang dialami sehingga hal tersebut menambah wawasan mereka dan mereka sadar bahwa mereka mampu menularkan hal positif tersebut ke pasien lain. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“Waktu kontrol saya pernah ketemu sama pasien yang semangatnya luar biasa mbak, dia bilang kenapa kamu mbak kok sedih, lihat ini lo saya payudara saya habis tapi saya tetap semangat yang penting bisa sehat. Dari situ saya penasaran ini sebenarnya ada acara apa, katanya acara paliatif dijelaskan panjang lebar. Terus akhirnya saya bilang kan o yasudah saya gabung aja sudah (Informan Utama 3, wanita, 48 tahun).”

“Ibu itu pada akhirnya tanpa ibu sadari bisa menyemangati pasien – pasien yang lain nduk, mereka sampai kenal sama ibu, kadang ibu disapa tapi ibu lupa dia siapa. Sampai yang waktu itu kan juga ditulis ya di buku paliatif kan (Informan Utama 5, wanita. 55 tahun).”

Tabel 3 Tujuan Hidup Duta Paliatif

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
1	Masalah hidup dan mati itu bukan manusia yang tentukan tapi Allah, itu yang selalu saya ingat.	Memiliki tujuan hidup yang jelas yaitu Allah.
2	Saya lebih bersyukur ya dengan melihat pasien yang lain karena ada yang lebih parah dari saya kondisinya, jadi saya lebih semangat ketika mau berobat terutama saat saya memutuskan untuk operasi. Karena saya nggak sampai diangkat.	Mampu memaknai hidup atas segala yang dialami.
3	Saya sempat menjalani kemo dulu mbak enam kali, sampek saya gundul, rambut rontok, kuku hitam sudah saya alami, tapi memang butuh perjuangan namanya berjuang harus ikhlas mungkin ini cobaan dari Allah, saya pasrah. tapi saya semakin dekat dengan Allah selama saya sakit itu mbak, dan saya sangat bersyukur masih diberi kesempatan bisa bertahan sampai sekarang.	Mampu memaknai segala kejadian dalam kehidupan dan memiliki tujuan hidup yang jelas yaitu Allah.
4	Saya waktu sakit itu malah semakin mendekat sama Allah nduk, makanya kita kita ini kalau ada apa-apa sudah pokoknya berusaha dan berdoa, itu nomer satu. Saya Cuma bisa minta sama Allah untuk bisa sembuh dulu itu waktu sakit.	Mampu memaknai hidup dan menjadikan Allah sebagai tujuan hidup.
5	Waktu pertama kali tau kalau saya sakit kanker ya saya biasa nduk, orang kan pada umumnya takut meninggal atau apa gitu kan, kalau ibu ndak ibu mikirnya kalau memang harus meninggal karena sakit ini ya mau apa lagi, semua manusia pasti kan pada akhirnya nanti larinya ke situ kan. Kembali lagi kepada Allah.	Memiliki tujuan hidup yang jelas yaitu Allah.

Interpretasi :

Semua informan memiliki pemahaman bahwa segala sesuatu yang dialami dalam hidup ini karena Allah SWT, hidup dan mati itu karena Allah SWT dan semua orang akan mengalami hal itu, dalam kondisi apapun harus senantiasa bersyukur, ikhlas dengan cobaan yang diberikan oleh Allah SWT, segala sesuatu yang dialami dalam kehidupan semua dikembalikan lagi pada Allah SWT, demikian pula dengan manusia akan kembali kepada Allah SWT, dan sebagai manusia hanya bisa berusaha dan berdoa. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“Saya sempat menjalani kemo dulu mbak enam kali, sampek saya gundul, rambut rontok, kuku hitam sudah saya alami, tapi memang butuh perjuangan, namanya berjuang harus ikhlas mungkin ini cobaan dari Allah, saya pasrah. tapi saya semakin dekat dengan Allah selama saya sakit mbak, dan saya sangat bersyukur masih diberi kesempatan bisa bertahan sampai sekarang (Informan Utama 3, wanita, 48 tahun).”

“Waktu pertama kali tau kalau saya sakit kanker ya saya biasa nduk, orang kan pada umumnya takut meninggal atau apa gitu kan, kalau ibu ndak ibu mikirnya kalau memang harus meninggal karena sakit ini ya mau apa lagi, semua manusia pasti kan pada akhirnya nanti larinya ke situ kan. Kembali lahi kepada Allah (Informan Utama 5, wanita 55 tahun).”

Tabel 4 Penguasaan Lingkungan Duta Paliatif

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
1	Saya itu ndak banyak keluar rumah nduk, karena tetangga disini itu ngasih omongan-omongan yang membuat saya takut. Beda kalau sama keluarga sama anak-anak saya selalu disemangati. Terus kalau ikut acara jalan-jalan dari paliatif itu saya juga seneng karena banyak teman rame, saya kalau ada lagi	Mampu memilih lingkungan yang tepat untuk perkembangan dirinya.

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
	mau ikut lagi nduk.	
2	Saya selalu ikut itu acara wisata sehat paliatif yang tahun lalu juga saya ikut kemarin. Biar happy, saya juga selalu ajak kakak saya yang sakit, biar dia tetap semangat.	Mampu memilih dan menciptakan hubungan dan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya.
3	Saya waktu down, terus ada kelompok dukungan paliatif kan saya tanya-tanya ini acara apa akhirnya dijelaskan terus saya jadi tertarik ikut sampai jadi duta paliatif ini. Saya akhirnya jadi lebih bisa bersyukur senang kalau diajak kunjungan ke rumah orang sakit kanker yang belum mau berobat dan ngasih semangat mereka buat berobat. senang kalau ketemu temen-temen paliatif itu jadi nggak merasa sendiri.	Tidak suka menyendiri, mampu memanfaatkan secara efektif kesempatan yang ada untuk mengembangkan diri, mampu memilih dan menciptakan hubungan dan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya.
4	Saya itu ya suka ikut senam lansia juga itu lo mbak di depan situ, sekarang ibu-ibu itu kan gaul yo ikut senam opo, kemarin buat kaos dipakai waktu senam juga ke payangan. Terus kalau ikut acara wisata sehat itu saya juga senang soalnya kita kan merasa terhibur ya ketemu banyak orang senang kita nggak merasa sendiri, apalagi kalau di paliatif kita kan jadi bisa lihat oh ternyata bukan hanya aku yang sakit. Kalau ada wisata sehat mau ikut lagi saya meskipun sudah tua ikut saya.	Memiliki sikap aktif dan semangat. Mampu memanfaatkan secara efektif kesempatan yang ada untuk mengembangkan diri, mampu memilih dan menciptakan hubungan dan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya.
5	Ibu itu senang kalau ikut pengajian apa itu lo nduk, ini ada alat hadrah juga ini biasanya ya sama main ini. Makanya ibu kalau nggak berangkat buat pengajian itu juga bingung nanti siapa vokalnya, kalau digantikan juga nanti yang mukul siapa. Terus kalau kumpul sama duta paliatif yang lain sama pasien yang lain	Senang jika berkumpul dengan orang-orang yang bisa saling memberi semangat. Merasa mampu dan berkompeten mengatur lingkungannya, mampu memanfaatkan secara efektif kesempatan yang

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
	itu juga ibu senang karena tanpa sadar ibu bisa kasih semangat buat yang lain.	ada untuk mengembangkan diri, dan mampu memilih dan menciptakan hubungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya.

Interpretasi :

Semua informan memiliki kemampuan untuk memilih dan menciptakan hubungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya, mampu memanfaatkan secara efektif kesempatan yang ada, serta merasa mampu dan berkompeten mengatur lingkungannya. Hal ini ditunjukkan dengan kecenderungan mereka yang lebih suka berkumpul dengan orang – orang yang mampu memberikan pengaruh positif bagi diri mereka, berkumpul dengan orang – orang yang mampu menambah wawasan mereka karena dengan begitu mereka tidak merasa kesepian, mereka merasa bahagia dan mampu menikmati hidup yang mereka miliki dan bisa saling memberikan semangat, khususnya dalam kegiatan – kegiatan paliatif. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“ Saya itu ya suka ikut senam lansia juga itu lo mbak di depan situ, sekarang ibu – ibu itu kan gaul uo ikut senam opo, kemarin buat kaos dipakai waktu senam juga ke payangan. Terus kalau ikut acara wisata sehat itu saya juga senang soalnya kita kan merasa terhibur ya ketemu banyak orang senang kita nggak merasa sendiri, apalagi kalau di paliatif kita kan jadi bisa lihat oh ternyata bukan hanya aku yang sakit. Kalau ada wisata sehat mau ikut lagi saya meskipun sudah tua ikut saya (Informan Utama 4, wanita, 52 tahun).”

“ Saya waktu down, terus ada kelompok dukungan paliatif kan saya tanya – tanya ini acara apa akhirnya dijelaskan terus saya jadi tertarik ikut sampai jadi duta paliatif ini. Saya akhirnya jadi lebih bisa bersyukur senang kalau diajak kunjungan ke rumah orang sakit kanker yang belum mau berobat dan ngasih semangat

mereka buat berobat. seneng kalau ketemu temen – temen paliatif itu jadi nggak merasa sendiri (Informan Utama 3, wanita, 48 tahun).”

Tabel 5 Otonomi Duta Paliatif

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
1	Ibu dulu kerjanya ya tani nduk, tapi sekarang sudah ndak boleh kerja sama anak-anak soalnya kan sakit habis operasi ya meskipun sudah ndak ada keluhan tapi takut kalau kenapa-kenapa gitu. Jadi sudah ndak kerja lagi ibu ya paling ya Cuma di rumah ya kerjaan rumah yang ringan saja.	Tetap berusaha mandiri meskipun hanya mengerjakan pekerjaan rumah.
2	Saya masih bisa mbak beraktivitas seperti biasa ya tetep kerja. Soalnya kan saya juga waktu itu termasuk terdeteksi secara dini dan segera ditangani. Ya tetep kerja saya seperti biasa aktivitasnya.	Mampu mandiri dan tidak menunjukkan ketergantungan, mampu mengevaluasi diri sendiri menggunakan standar pribadinya untuk bertindak dan berfikir dalam suatu cara tertentu.
3	Kalau aktivitas ya tetep seperti biasa, ya nyapu-nyapu bisa kok. Tetep jualan, Cuma memang kalau untuk aktivitas yang berat, misal kayak saya kan jualan kue pisang coklat juga itu kan berat ya mbak pisangnya diselai itu suami saya yang buat. Terus kalau misal beli bahan itu anak saya yang ngangkat-ngangkat.	Berusaha mandiri agar tidak sepenuhnya bergantung pada orang lain, mengatur perilaku yang disesuaikan dari dalam dirinya sehingga mampu berfikir dan bertindak dalam suatu cara tertentu, mengevaluasi diri sendiri menggunakan standar pribadinya.
4	Saya ya tetep kok tetep bisa aktivitas seperti biasa. Dirumah saya meskipun habis kemo ya tetep bisa nyapu-nyapu apa tetep aktivitas seperti biasa. Soalnya saya tidak mengalami efek kemo seperti yang diceritakan orang – orang yang	Mampu mandiri dan tidak bergantung pada orang lain, mengatur perilaku yang disesuaikan dari dalam dirinya, mengevaluasi diri sendiri menggunakan

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
	katanya sakit luar biasa nggak bisa makan, itu saya tidak merasakan sama sekali mbak.	standar pribadinya.
5	Saya sakit itu awalnya saya rahasiakan saya ya riwa riwi sendiri, habis operasi itu saya naik lin sendiri, cuma memang kalau habis kemo itu nggak bisa nduk sakit semua sudah tapi ibu ya tetap menguatkan diri buat jus apa sendiri kan nggak enak ya makan kalau habis kemo harus konsumsi jus, itu ibu beli juicer buat jus tomat, apel, sama wortel. Kan enak kalau pakai juicer nggak usah disaring.	Berusaha tetap mandiri agar tidak sepenuhnya bergantung pada orang lain, mampu bertahan dalam tekanan sosial untuk berfikir dan bertindak dalam suatu cara tertentu, mengatur perilaku yang disesuaikan dari dalam dirinya, mengevaluasi diri sendiri menggunakan standar pribadinya.

Interpretasi :

Semua informan memiliki upaya untuk tetap mandiri dengan mengatur perilaku yang disesuaikan dari dalam dirinya agar tidak sepenuhnya bergantung pada orang lain, tidak menunjukkan ketergantungan, mampu mengevaluasi diri sendiri menggunakan standar pribadinya untuk bertindak dan berfikir dalam suatu cara tertentu, mampu bertahan dalam tekanan sosial untuk berpikir dan bertindak dalam suatu cara tertentu. Hal ini dapat dilihat dari sikap informan yang menyembunyikan penyakitnya untuk sementara waktu karena ibunya sedang menderita sakit, kemandirian informan pasca menjalani kemoterapi yang memberikan efek samping yang luar biasa akan tetapi informan tetap berusaha untuk mandiri dalam mengerjakan suatu hal. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“ Kalau saya ya tetep seperti biasa, ya nyapu – nyapu bisa kok. Tetep jualan cuma memang kalau untuk aktivitas yang berat, misal kayak saya kan jualan kue pisang coklat juga itu kan berat ya mbak pisangnya diselai, itu suami saya yang buat.

Terus kalau misal beli bahan itu anak saya yang ngangkat – ngangkat (Informan Utama 3, wanita 48 tahun).”

“ Ibu saya kan sudah tua nduk, apalagi ibu punya vertigo jadi saya sakit itu awalnya saya rahasiakan ya riwa – riwi sendiri, habis operasi itu saya naik lin sendiri, cuma memang kalau habis kemo itu nggak bisa nduk sakit semua sudah tapi ibu ya tetap menguatkan diri buat jus apa sendiri kan nggak enak ya makan kalau habis kemo harus konsumsi jus, itu ibu beli juicer buat jus tomat, apel, sama wortel. Kan enak kalau pakai juicer nggak usah disaring (Informan Utama 5, wanita, 55 tahun).”

Tabel 6 Hubungan Positif Duta Paliatif dengan Orang Lain

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
1	Saya senengnya kalau pas ketemu pasien yang lain di wisata sehat, buka bersama kemarin itu halal bihalal itu saya seneng. Bisa saling cerita memberi semangat gitu mbak. Selain itu saya ya keluarga yang mendukung nduk, ini saya luka saya yang merawat sampai pulih ya anak saya yang laki-laki ini dirawat sendiri dia lihat caranya merawat waktu saya kontrol. Saya selalu disemangati untuk terus berobat untuk terus sabar menjalani pengobatan.	Memiliki hubungan yang menyenangkan dengan pasien lain dan sesama duta paliatif untuk saling berbagi cerita dan saling memberi semangat. Memiliki hubungan yang hangat dengan anak dan keluarga.
2	Saya kemarin operasi itu ya dengan kakak saya itu. Suami saya kan jaga toko di rumah cari uang mbak. Saya sama kakak saya itu sampai salut, secara tidak langsung dia yang support saya buat nggak down waktu mau operasi. Makanya saya selalu ajak dia kalau ada acara wisata sehat biar dia juga tetep semangat dan happy.	Memiliki hubungan persaudaraan yang begitu harmonis dengan sang kakak. Bisa saling memberi semangat satu sama lain. Memiliki kehangatan dan kepuasan dalam berhubungan dengan saudara kandungnya, memiliki empati, afek dan kedekatan, perhatian pada kesejahteraan orang lain,

Informan	Jawaban Informan	Keterangan
		memahami aspek saling memberi dan menerima pada suatu hubungan.
3	Saya senang diajak mengunjungi pasien kanker yang tidak mau berobat, saya juga pernah ada dalam posisi mereka jadi saya juga senang kalau bisa melakukan sesuatu untuk mereka supaya mau berobat.	Memiliki rasa empati dan kepedulian pada pasien kanker lain yang belum mau berobat.
4	Temen saya yang perikas di Surabaya itu dik saya kasih tau, dia kan udah operasi tinggal kemo saya ajak aja periksa ke DKT, kan kasian kalau harus ke Surabaya jauh. Riwa riwinya, kosnya, makannya kan butuh biaya. Kalau ada orang tanya – tanya tentang pengobatan kanker juga saya kasih tau, kasian soalnya biar mereka juga pikirannya terbuka ndak mikir aneh – aneh tentang sakit kanker.	Memiliki hubungan positif dengan orang lain serta memiliki rasa empati pada orang lain.
5	Ibuk selama sakit ndak pernah cerita ke tetangga dekat. Kasian mereka mesti kan kepeduliannya itu tinggi dik, nanti kalau jenguk itu bawa apa apa itu kasian karena lingkungan sini kebanyakan kurang mampu, saya juga sudah banyak dibantu teman sekolah saya. Saya itu juga sekarang baru sadar ternyata secara tidak sadar selama ini saya memberi semangat untuk pasien kanker yang lain, sampai dibuat buku itu.	Memiliki hubungan dekat dan memiliki hubungan yang hangat dengan teman sekolahnya, memiliki perhatian terhadap kesejahteraan orang lain, memiliki afek dan kedekatan, memahami aspek saling memberi dan menerima pada suatu hubungan.

Interpretasi :

Semua informan memiliki kemampuan untuk bisa berhubungan hangat dengan orang yang mereka percaya, seperti saudara, suami, anak, atau menantunya. Selain itu informan juga memiliki kepuasan atas hubungan dan kedekatan mereka

dengan orang – orang yang mereka percaya, memiliki afek/ kasih sayang, memiliki perhatian pada kesejahteraan orang lain, serta memahami aspek saling memberi dan menerima pada suatu hubungan. Hal ini dapat dipahami melalui kutipan berikut :

“Saya senang diajak mengunjungi pasien kanker yang tidak mau berobat, saya juga pernah ada dalam posisi mereka jadi saya juga senang kalau bisa melakukan sesuatu untuk mereka supaya mau berobat (Informan Utama 3, wanita, 48 tahun).”

“Temen saya yang perikas di Surabaya itu dik saya kasih tau, dia kan udah operasi tinggal kemo saya ajak aja periksa ke DKT, kan kasian kalau harus ke Surabaya jauh. Riwa riwinya, kosnya, makannya kan butuh biaya. Kalau ada orang tanya – tanya tentang pengobatan kanker juga saya kasih tau, kasian soalnya biar mereka juga pikirannya terbuka ndak mikir aneh – aneh tentang sakit kanker (Informan Utama 4, wanita, 52 tahun).”

Lampiran I. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Uji coba instrumen penelitian di unit kemoterapi RS Baladhika Husada Jember pada informan 1



Gambar 2. Uji coba instrumen penelitian di unit kemoterapi RS Baladhika Husada Jember pada informan 2



Gambar 3. Wawancara pada informan kunci



Gambar 4. Wawancara mendalam ke 1 pada informan utama penelitian



Gambar 5. Wawancara mendalam ke 2 pada informan utama penelitian



Gambar 6. Wawancara mendalam ke 3 pada informan utama penelitian



Gambar 7. Wawancara mendalam ke 4 pada informan utama penelitian



Gambar 8. Wawancara mendalam ke 5 pada informan utama penelitian



Gambar 9. Foto bersama setelah wawancara mendalam ke 1 pada informan tambahan penelitian



Gambar 10. Wawancara mendalam ke 2 pada informan tambahan penelitian



Gambar 11. Wawancara mendalam ke 3 pada informan tambahan penelitian



Gambar 12. Wawancara mendalam ke 4 pada informan tambahan penelitian



Gambar 13. Wawancara mendalam ke 5 pada informan tambahan penelitian



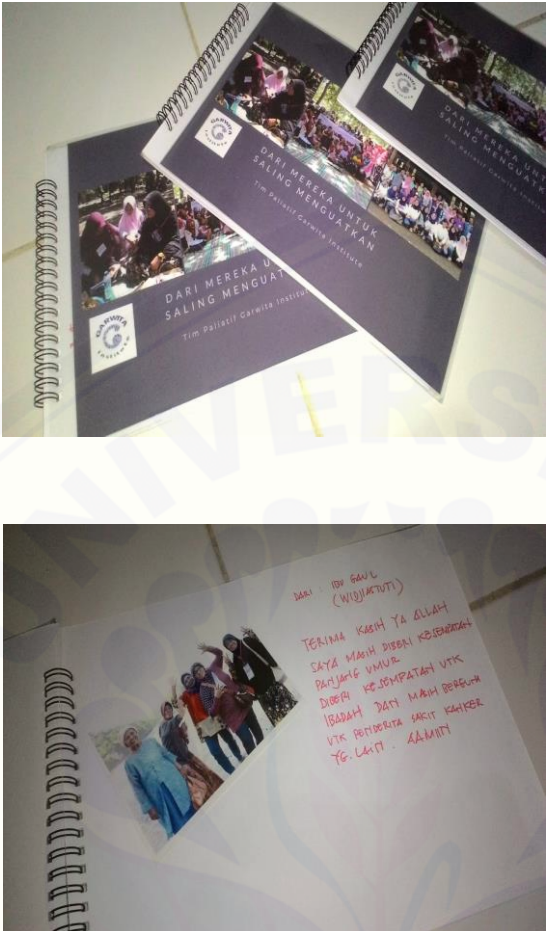

Gambar 14. Wawancara mendalam ke 6 pada informan tambahan penelitian

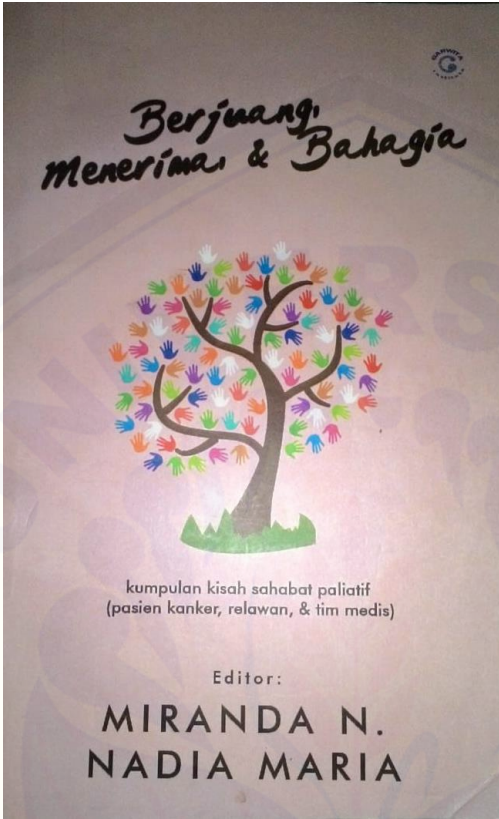


Gambar 14. Foto bersama pasca wawancara mendalam ke dengan informan tambahan

Lampiran J. Lembar Hasil Observasi

No.	Hasil Observasi	Keterangan
1.		<p>Salah satu kegiatan paliatif yang dilaksanakan oleh RS Baladhika Husada Jember bersama Garwita Institute adalah Kelompok Dukungan Paliatif (KDP). Kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan yang juga diikuti oleh duta paliatif ketika mereka masih sering kontrol. Selama penelitian dapat diamati ketika duta paliatif hadir di tengah – tengah pasien yang sedang kontrol tampak suasana menjadi lebih hidup, dan tidak jarang duta paliatif aktif memancing pasien lain untuk ikut berdiskusi. Duta paliatif selalu datang dengan semangat dan antusias untuk kontrol dan mengikuti Kelompok Dukungan Paliatif. Suasana ketika sedang melaksanakan Kelompok Dukungan Paliatif memberikan respon yang bermacam – macam pada pasien, ada yang antusias menyimak, mendengarkan bahkan menanggapi apa yang disampaikan, ada pula yang berdiskusi dengan pasien lain untuk bertanya tentang sakit kanker yang diderita. Ada pula yang merasa masih takut atau malu untuk bertanya, pada suasana seperti ini duta paliatif akan sangat membantu untuk melakukan pendekatan pada mereka.</p>

<p>2.</p>		<p>Buku motivasi berjudul “Dari Mereka untuk Saling Menguatkan” adalah buku kumpulan foto kegiatan paliatif yang juga berisi tulisan tangan para duta paliatif dan pasien kanker lainnya. buku ini berisi kata motivasi, harapan, atau bahkan ungkapan perasaan para pasien kanker. Kalimat motivasi dari duta paliatif yang ditulis dalam buku ini sangat menggambarkan bahwa mereka adalah orang yang tangguh dan gigih dalam perjuangan mereka melawan kanker. Selain itu, dapat dilihat dari foto – foto mereka dalam buku ini yang menampilkan wajah yang ceria, semangat, dan penuh antusias dalam menjalani aktivitas.</p>
<p>3.</p>		<p>Kegiatan wisata sehat paliatif yang paling disenangi oleh duta paliatif dan juga pasien kanker yang lain. Sepanjang pelaksanaan kegiatan ini duta paliatif adalah orang yang sangat aktif dan semangat dalam mengikuti setiap sesi kegiatan. Aktif bertanya, aktif dan ceria ketika ada <i>game</i>, selalu mampu memicu gelak tawa pasien kanker yang lain serta penuh kepedulian pada pasien kanker yang lain. Duta paliatif mampu berinteraksi dengan baik pada tim paliatif, pemateri, serta pasien kanker</p>

		yang lain. Duta paliatif selalu merasa berjiwa muda.
4.		<p>Buku yang ditulis oleh kepala kantor Garwita Institute bersama salah seorang relawan sekaligus staf paliatif yang berjudul “Berjuang, Menerima, dan Bahagia”. Buku ini berisi kisah – kisah inspiratif pasien kanker, relawan, dan tim medis di RS Baladhika Husada Jember. Kisah duta paliatif yang dimuat dalam buku ini menunjukkan bahwa duta paliatif memiliki semangat juang yang besar untuk bisa melawan kanker yang dialami. Meskipun mereka juga pernah merasakan penurunan kondisi fisik maupun psikologis tetapi mereka selalu berusaha untuk terus positif dalam segala hal. Sehingga mereka tetap mampu menikmati hidup mereka meskipun mereka sakit, selain itu mereka bisa memberi semangat dan manfaat bagi pasien kanker yang lain.</p>