

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

I. Hasil Penelitian

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit bentuk amal usaha Muhammadiyah dalam bidang kesehatan yang didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai ketua persyarikatan Muhammadiyah, didirikan pada 15 Februari 1923 silam. RS PKU Muhammadiyah pada awal berdiri merupakan sebuah klinik sederhana bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud sebagai penyedia layanan kesehatan bagi kaum dhuafa, pada tahun 1980-an nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat) dan berlokasi di Jl. KH Achmad Dahlan No. 20, Kota Yogyakarta hingga sekarang. Pada tahun 2018 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memperoleh akreditasi bintang lima atau paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan memperoleh sertifikasi RS Syariah oleh DSN-MUI hingga tahun 2021. Rumah sakit ini menyediakan berbagai pelayanan diantaranya adalah rawat jalan, rawat inap, bedah sentral, poli onkologi, kemoterapi, hemodialisa, laboratorium, dan beberapa pelayanan penunjang lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian di beberapa pelayanan rumah sakit, yaitu poli onkologi dan ruang kemoterapi.

Layanan poli onkologi dibuka pada hari senin dan kamis pukul 7.30 sampai selesai, sedangkan ruang kemoterapi memberikan pelayanan kemoterapi pada hari senin sampai sabtu. Pasien kanker payudara yang mendapatkan terapi obat rutin akan datang ke poli onkologi setiap satu bulan sekali, sedangkan pasien yang mendapatkan kemoterapi akan melakukan kemoterapi setiap tiga minggu sekali. Pelayanan poli bedah dan radiologi dibuka pada hari senin sampai sabtu dari jam 07.00 atau sesuai dengan perjanjian dengan bagian pendaftaran.

B. Karakteristik Responden

Sampel pada penelitian ini adalah semua pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiagnosa kanker payudara yang mendapatkan terapi pengobatan dan diperoleh sebanyak 41 sampel. Karakteristik sampel diuraikan berdasarkan usia, status pernikahan, diagnosa awal kanker, diagnosa kanker saat ini, pengobatan yang diterima, dan status ekonomi yang tersaji dalam tabel 4.1

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografik Dan Data Klinis Pasien Kanker Payudara di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Karakteristik	Frekuensi	%
Usia		
18-45 Tahun	15	36,6%
45-65 Tahun	23	56,1%
≥65 Tahun	3	7,3%
Status pernikahan		
Belum Menikah	1	2,4%
Menikah	39	95,1%
Janda	1	2,4%
Diagnosa Awal Kanker		
Stadium 0	0	0,0%
Stadium I	1	2,4%
Stadium IIA/IIB	13	31,7%
Stadium IIIA/IIIB	25	61,0%
Stadium IV	2	4,9%
Durasi Kanker		
≥4 bulan	32	78,0%
<4 bulan	9	22,0%
Pengobatan yang Diterima		
Operasi	0	0,0%
Kemoterapi	13	31,7%
Radiasi	0	0,0%
Hormonal	28	68,3%
Status Ekonomi		
≥ Rp 2.004.000	15	36,6%
< Rp 2.004.000	26	63,4%
Asuransi		
Ya	39	95,1%
Tidak	2	4,9%

(Sumber: data primer tahun 2021)

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien kanker payudara di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berusia 45-65 tahun sebanyak 23 (56.1%) dan sudah menikah (95,1%). Informasi klinis menunjukkan sebagian besar responden diagnosa awal kanker payudara pada stadium IIIA/IIIB sebanyak 26 (61,0%), 32 diantaranya telah terdiagnosa kanker payudara lebih dari 4 bulan (78,0%) dan sebanyak 28 pasien menerima pengobatan hormonal post terapi (68,3%). Berdasarkan karakteristik status ekonomi dimana sebanyak 26 (63,4%) berada pada status ekonomi rendah, dan 39 responden diantaranya menggunakan layanan asuransi (95,1%).

C. *Distress* Pasien Kanker Payudara

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, *distress* pasien kanker payudara dapat dideskripsikan sebagai berikut:

Tabel 4.2 *Distress* Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

<i>Distress</i>	F	%
Bermakna (≥ 5)	11	26,8%
Tidak bermakna	30	73,2%

(Sumber: data primer tahun 2021)

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui proporsi *distress* yang bermakna sebanyak 11 responden (26,8%) dan 30 lainnya mengalami *distress* tidak bermakna (73,2%), selain itu terdapat daftar permasalahan-permasalahan yang dialami oleh responden dalam satu minggu terakhir yang tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 4.3 Daftar Permasalahan Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Daftar permasalahan	Mean (%)
Masalah praktis	12,9
Masalah keluarga	8,5
Masalah emosional	12,9
Masalah fisik	13,0
Kelelahan	48,8
Kulit kering/gatal	34,1
Kesemutan di tangan/kaki	41,5

(Sumber: data primer tahun 2021)

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa permasalahan *distress* yang paling banyak dikeluhkan responden adalah masalah fisik (13,0%), masalah praktis dan masalah emosional (12,9%), serta masalah keluarga (8,5%). Adapun masalah fisik yang paling banyak dikeluhkan responden adalah kelelahan (48,8%), kulit kering/gatal (34,1%), dan kesemutan di tangan/kaki (41,5%).

D. Strategi Koping Pasien Kanker Payudara

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, strategi koping pasien kanker payudara dapat dideskripsikan dalam tabel 4.3, berikut:

Tabel 4.4 Strategi Koping Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Strategi Koping	F	%
Adaptif	24	58,5
Mal Adaptif	17	41,5

(Sumber: data primer tahun 2021)

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa mayoritas pasien kanker payudara menggunakan strategi koping adaptif sebanyak 24 responden (58,5%) dan terdapat 17 responden menggunakan strategi koping maladaptif (41,5%). Subskala *humor* dan *religion* bukan termasuk dalam strategi koping adaptif maupun mal adaptif (*NovoPsych*, 2018), yang tersaji dalam tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5 Subskala *Humor* Dan *Religion* Dalam Kuesioner Strategi Koping Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Subskala Koping	Jumlah Pertanyaan	Modus
Humor	2	1
Religion	2	4

(sumber: data primer 2021)

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui pada subskala *humor* dengan jumlah pertanyaan 2 mempunyai nilai yang sering muncul yaitu 1 (tidak

pernah melakukan). Sedangkan pada subskala *religion* dengan jumlah pertanyaan 2 mempunyai nilai yang sering muncul yaitu 4 (selalu melakukan).

E. Hasil Tabulasi Silang

Hasil tabulasi silang antara data demografik dan klinis pasien dengan *distress*, serta tabulasi silang antara data demografik dan klinis pasien dengan strategi koping tersedia dalam tabel 4.5 dan tabel 4.6 berikut:

Tabel 4.6 Tabulasi Silang Berdasarkan Data Demografi Dan Klinis Pasien Dengan *Distress* Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Data demografik dan klinis pasien	<i>Distress</i>				Total	
	Bermakna (≥ 5)		Tidak Bermakna (< 4)		F	%
	F	%	F	%		
Usia						
18-45 Tahun	5	12,2	10	24,4	15	36,6
45-65 Tahun	5	12,2	18	43,8	23	56,1
≥ 65 Tahun	1	2,4	2	4,9	3	37,3
Status pernikahan						
Belum Menikah	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Menikah	10	24,4	29	70,7	39	95,1
Janda	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Diagnosa Awal Kanker						
Stadium 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Stadium I	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Stadium IIA/IIB	3	7,3	10	24,4	13	31,7
Stadium IIIA/IIIB	8	19,5	17	41,5	25	61,0
Stadium IV	0	0,0	2	4,9	2	4,9
Durasi Kanker						
≥ 4 bulan	7	17,1	25	61,0	32	78,0
< 4 bulan	4	9,8	5	12,2	9	22,0
Pengobatan yang Diterima						
Operasi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kemoterapi	6	14,6	7	17,1	13	31,7
Radiasi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hormonal	5	12,2	23	56,1	28	68,3
Status Ekonomi						
\geq Rp 2.004.000	2	4,9	13	31,7	15	36,6
$<$ Rp 2.004.000	9	22,0	17	41,5	26	63,4
Asuransi						
Ya	11	26,8	28	68,3	39	95,1
Tidak	0	0,0	2	4,9	2	4,9

(sumber: data primer 2021)

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa mayoritas karakteristik responden yang mengalami *distress* yang bermakna berusia 18-45 tahun dan 45-65 tahun masing-masing sebanyak 5 responden (12,2%), status pernikahan telah menikah sebanyak 10 responden (24,4%), diagnosa awal kanker Stadium IIIA/IIIB sebanyak 8 responden (19,5%) dengan durasi kanker ≥ 4 bulan sebanyak 7 responden (17,1%), mendapatkan pengobatan kemoterapi sebanyak 6 responden (14,6%), sebagian besar responden berada pada status ekonomi rendah < Rp 2.004.000 sebanyak 9 (22,0%) dan menerima asuransi sebanyak 11 responden (26,8%).

Mayoritas karakteristik responden yang memiliki *distress* tidak bermakna berusia 45-65 tahun sebanyak 18 responden (43,8%), status pernikahan telah menikah sebanyak 29 responden (70,7%), diagnosa awal kanker Stadium IIIA/IIIB sebanyak 17 responden (41,6%) dengan durasi kanker ≥ 4 bulan sebanyak 25 responden (61,0%), mendapatkan pengobatan hormonal sebanyak 23 responden (56,1%), sebagian besar responden berada pada status ekonomi rendah < Rp 2.004.000 sebanyak 17 (41,5%) dan menerima asuransi sebanyak 28 responden (68,8%).

Tabel 4.7 Tabulasi Silang Berdasarkan Data Demografi Dan Klinis Pasien Dengan Strategi Koping Pasien Kanker Payudara Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N=41)

Data demografik dan klinis pasien	Strategi Koping				Total	
	Adaptif		Mal Adaptif		F	%
	F	%	F	%		
Usia						
18-45 Tahun	5	12,2	10	24,4	15	36,6
45-65 Tahun	17	41,5	6	14,6	23	56,1
≥ 65 Tahun	2	4,9	1	2,4	3	7,3
Status pernikahan						
Belum Menikah	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Menikah	22	53,7	17	41,5	39	95,1
Janda	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Diagnosa Awal Kanker						
Stadium 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Stadium I	1	2,4	0	0,0	1	2,4

Stadium IIA/IIB	6	14,6	7	17,1	13	31,7
Stadium IIIA/IIIB	16	39,0	9	22,0	25	61,0
Stadium IV	1	2,4	1	2,4	2	4,9
Durasi Kanker						
≥4 bulan	19	46,3	13	31,7	32	78,0
<4 bulan	5	12,2	4	9,8	9	22,0
Pengobatan yang Diterima						
Operasi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kemoterapi	7	17,1	6	14,6	13	31,7
Radiasi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hormonal	17	41,5	11	26,8	28	68,3
Status Ekonomi						
≥ Rp 2.004.000	11	26,8	4	9,8	15	36,6
< Rp 2.004.000	13	31,7	13	31,7	26	63,4
Asuransi						
Ya	22	53,7	17	41,5	39	95,1
Tidak	2	4,9	0	0,0	2	4,9

(Sumber: data primer tahun 2021)

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan hasil bahwa mayoritas pasien kanker payudara yang memiliki strategi koping adaptif berusia 45-65 tahun sebanyak 17 responden (41,5%), status pernikahan telah menikah sebanyak 22 (53,7%), diagnosa awal kanker pada stadium IIIA/IIIB sebanyak 16 responden (39,0%) dengan durasi kanker ≥4 bulan sebanyak 19 responden (46,3%), Sebagian besar responden berada pada status ekonomi rendah < Rp 2.004.000 sebanyak 13 (31,7%) dan menerima asuransi sebanyak 22 responden (53,7%).

Mayoritas pasien kanker payudara yang memiliki strategi koping mal adaptif 18-45 tahun sebanyak 10 responden (24,4%), dengan status pernikahan telah menikah sebanyak 17 responden (41,7%), diagnosa awal kanker payudara pada stadium IIIA/IIIB sebanyak 9 responden (22,0%) dengan durasi kanker ≥4 bulan sebanyak 13 responden (31,7%), sebagian besar responden berada pada status ekonomi rendah < Rp 2.004.000 sebanyak 13 responden (31,7%) dan menerima asuransi sebanyak 17 (41,5%).

II. Pembahasan

A. *Distress* Pasien Kanker Payudara

Penelitian ini mendapatkan hasil proporsi *distress* sebanyak 26,8% hampir sebanding dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Berhili (2017) dimana tingkat *psychological distress* 446 responden sebesar 26,9%, hal tersebut kemungkinan disebabkan karena saat awal diagnosis hingga pengobatan merupakan saat yang menegangkan bagi penderita, kanker payudara membutuhkan rangkaian pengobatan yang panjang dan efek samping pengobatan dimasa depan yang menjadi pemicu adanya *distress*. Mulyani & Nuryani (2013) menyebutkan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani pengobatan dapat berpengaruh pada fisik seperti badan terasa lemas,terasa ngilu tulang dan kaki. Sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa daftar permasalahan *distress* yang paling banyak dikeluhkan adalah masalah fisik sebanyak 13,0% terutama berupa kelelahan sebanyak 48,8% kesemutan di tangan/kaki sebanyak 41,5% dan kulit kering/gatal sebanyak 34,1%.

B. Strategi Koping Pasien Kanker Payudara

Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 58,5% pasien kanker payudara menggunakan strategi koping adaptif yang berarti merupakan pemilihan koping yang efektif untuk menghilangkan perasaan tidak nyaman, mendatangkan perasaan bahagia dan lega (Ekawarna, 2018). Penelitian ini sebanding dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2018) dengan hasil sebagian besar pasien pre operasi kanker menggunakan strategi koping adaptif sebesar 56,2%. Namun dua strategi koping tersebut belum termasuk didalamnya subskala *humor* dan *religion* sehingga dilakukan pembahasan secara terpisah. Subskala *humor* mempunyai nilai yang sering muncul yaitu 1 (tidak pernah melakukan), dimana menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker payudara tidak pernah melakukan pernyataan yang diberikan yaitu “saya telah membuat lelucon tentang itu” dan “saya telah mengolok-olok situasi ini”. Sedangkan pada subskala

religion mempunyai nilai yang sering muncul yaitu 4 (selalu melakukan), dimana menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker payudara selalu melakukan pernyataan yang diberikan, diantaranya “saya mencoba menemukna kenyamanan dalam agama atau keyaninan spiritual” dan “saya telah berdo’a atau bermeditasi”.

C. *Distress* Pasien Kanker Payudara Dilihat Dari Karakteristik Demografik Dan Data Klinis Pasien Kanker

1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang mengalami *distress* bermakna pada rentan usia 18-45 tahun sebesar 33%, usia 45-65 tahun sebesar 22%, dan usia ≥ 65 tahun sebesar 33%. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan *distress* yang berarti antara masing-masing kelompok usia. Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Utami (2017) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan *distress* seseorang, sebagian besar pasien yang terdiagnosa kanker payudara telah menikah dan memiliki anak sehingga penderita merasa memiliki tanggung jawab yang besar terkait mengurus keluarga dan anak-anak, kondisi inilah yang menyebabkan motivasi diri untuk sembuh semakin kuat dan memaksa penderita kanker untuk terus berpikir positif.

2. Status pernikahan

Hasil penelitian ini menunjukkan pasien kanker payudara dengan *distress* bermakna (≥ 5) berstatus menikah sebesar 26%, hal ini mungkin terjadi karena adanya konflik keluarga ataupun kurangnya dukungan yang dapat menambah beban penderita kanker, selain itu penderita kanker yang memiliki anak juga akan sangat memungkinkan terjadinya *distress* karena menyadari akan tanggungan sebagai orang tua (NCCN, 2020)

Selain pasien dengan *distress* bermakna, terdapat 74% pasien yang telah menikah dengan *distress* tidak bermakna. Hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya dukungan keluarga yang dapat memenuhi

dukungan secara fisik, psikososial dan spiritual yang dapat memperbaiki kualitas hidup dan menekan terjadinya depresi (Kurniawan et al., 2018), selain itu pasangan akan berjuang untuk menyeimbangkan tanggung jawab terkait pekerjaan dan peran sebagai pengasuh keluarga (Meeker et al., 2017)

3. Diagnosa awal kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosa awal kanker pada stadium IIA/IIB maupun stadium IIIA/IIIB menyatakan terdapat *distress* yang bermakna, namun pada stadium IIIA/IIIB lebih besar (32%) dibanding dengan stadium IIA/IIB (23%). Sejalan dengan hasil penelitian Said tahun 2012 menyatakan bahwa pasien kanker payudara pada stadium III mengalami *distress* yang berat, walaupun stadium kanker tidak mempengaruhi *distress* secara signifikan, namun semakin tinggi stadium pada awal diagnosa menyebabkan semakin tinggi pula tingkat *distress* seseorang, selain itu umumnya pasien terdiagnosa kanker payudara pada stadium lanjut sehingga memunculkan suatu penolakan terhadap dirinya saat terdiagnosis. Liao et al., (2015) juga menyatakan *distress* yang muncul pada awal diagnosa menjadi penyebab menurunnya nafsu makan dan kesulitan memulai tidur.

4. Durasi kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa durasi kanker payudara <4 bulan dan ≥ 4 bulan sama-sama mengalami *distress* yang bermakna, namun durasi kanker <4 bulan memiliki nilai yang lebih besar (44%) dibanding dengan durasi kanker ≥ 4 bulan (22%). Hal tersebut dapat terjadi karena pada awal diagnosa, orang dengan kanker mengetahui keganasan kanker tetapi tidak mengetahui tingkat keagresifitasannya (NCCN, 2020). Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Liao et al., (2015) bahwa peningkatan gejala *distress* terjadi pada bulan ke empat setelah terdiagnosis dimana muncul kekhawatiran akan penyakit dan pengobatan kanker.

5. Pengobatan yang diterima

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *distress* tidak bermakna terjadi pada pasien kanker payudara yang menerima pengobatan terapi kanker berupa kemoterapi sebesar 54% dan pengobatan terapi hormonal sebesar 82%. Hasil ini mendukung penelitian Utami (2017) bahwa pengobatan hormonal post operasi (kemoterapi dan/atau sinar) yang diterima tidak menyebabkan seseorang mengalami *distress*, penderita yang telah melakukan prosedur operasi akan merasa lebih tenang dan tidak khawatir akan kekambuhan kanker karena kanker telah diangkat.

6. Status ekonomi

Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 35% pasien kanker payudara dengan status ekonomi <2.004.000 mengalami *distress* yang bermakna, beban keuangan secara langsung/tidak langsung akan mempengaruhi psikologi orang yang mengalami dan berdampak pada kepatuhan pengobatan kanker termasuk terapi jangka panjang (Naik et al., 2020). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Smith (2019), bahwa 57% pengobatan kanker payudara menyebabkan seseorang kehilangan pekerjaan, tabungan, ketidakcukupan sumber daya keuangan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga meningkatkan beban keuangan. Meskipun kekhawatiran keuangan dilaporkan disemua tingkat pendapatan, namun *distress* tingkat tinggi (43%) terjadi pada usia muda yang memiliki tagihan pembayaran (Meeker et al., 2017)

7. Asuransi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dengan asuransi *distress* tidak bermakna sebanyak 72%. Penderita kanker yang memiliki layanan asuransi memiliki *distress* yang tidak bermakna karena penderita kanker memanfaatkan layanan jaminan kesehatan untuk menekan biaya pengobatan kanker (Utami, 2017), selain itu asuransi dapat memengaruhi seseorang melakukan kepatuhan terhadap pengobatan (Budiman et al., 2013)

D. Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Kanker Payudara Dilihat Dari Karakteristik Demografik Dan Data Klinis Pasien

1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien kanker payudara pada usia 45-65 tahun memiliki strategi koping adaptif sebesar 74% dengan *distress* bermakna sebesar 22%, pasien berusia ≥ 65 tahun memiliki strategi koping adaptif sebesar 67% dengan *distress* bermakna sebesar 33%, berbeda dengan pasien berusia 18-45 tahun yang memiliki strategi koping mal adaptif sebesar 67% dengan *distress* bermakna sebesar 33%,. Hal tersebut mempunyai arti bahwa semakin bertambahnya usia akan mempengaruhi seseorang untuk memilih strategi koping yang tepat serta untuk mengurangi *distress*. Putri et al. (2017) juga menyatakan bahwa bertambahnya usia akan mempengaruhi cara seseorang mengekspresikan stressor dan melakukan koping terhadap penyakitnya, semakin matang usia seseorang maka pemilihan terhadap strategi koping akan semakin baik.

2. Status pernikahan

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang sudah menikah menggunakan strategi koping adaptif sebesar 67% dan memiliki *distress* tidak bermakna sebesar 74%. Pasien kanker payudara yang memiliki pasangan yang bersedia memberikan dukungan emosional mau psikososial hingga memperhatikan hal kecil seperti mendampingi pasien kanker payudara dalam pengobatan akan cenderung memunculkan strategi koping adaptif pada penderita (Hastuti et al., 2017). Strategi koping mencari dukungan keluarga efektif dapat menurunkan stress yang dirasakan oleh pasien, sehingga perawat perlu melibatkan keluarga dalam proses pengobatan seperti menganjurkan keluarga mendampingi proses kemoterapi (Putri et al., 2017).

3. Diagnosa awal kanker

Penelitian ini menunjukkan bahwa baik stadium II maupun stadium III sama-sama memiliki strategi koping mal adaptif. Pasien yang

terdiagnosa awal kanker payudara pada stadium IIIA/IIIB memiliki strategi koping mal adaptif sebesar 36% dengan *distress* tidak bermakna sebesar 68%, hal ini memperkuat teori bahwa semakin sedikit *distress* yang dirasakan maka strategi yang digunakan adalah strategi koping adaptif (Ekawarna, 2018). Pasien stadium IIA/IIB pada saat awal diagnosa kanker terdapat 54% menggunakan strategi koping mal adaptif dan 77% memiliki *distress* tidak bermakna, hasil ini dapat memperkuat penelitian Werdani, (2019) yang menyatakan bahwa terdapat 48% pasien saat terdiagnosa awal kanker memiliki strategi koping mal adaptif, dimana pasien melakukan *self criticism* dan akan menilik kebelakang terkait gaya hidup dan hal buruk penyebab timbulnya kanker yang menyebabkan pasien menyalahkan diri sendiri, *self criticism* merupakan strategi koping yang berhubungan dengan depresi yang dipakai pasien untuk mengatasi masalahnya.

4. Durasi kanker

Penelitian ini menunjukkan bahwa strategi koping pasien kanker payudara dengan durasi kanker <4 bulan memiliki nilai yang konsisten dengan nilai *distress* bermakna sebesar 44%. Pasien kanker payudara dengan durasi kanker ≥ 4 bulan sebesar 22% mengalami *distress* bermakna dan sebesar 41% memiliki strategi koping mal adaptif. Hasil tersebut sedikit berbeda dengan hasil penelitian Werdani (2019) yang menyatakan bahwa pasien kanker payudara mengalami *distress* pada 6 bulan pertama dan bertahan hingga 3 tahun setelah terdiagnosis, durasi kanker juga dapat mempengaruhi pikiran dan angan-angan pasien yang buruk dan kearah tak terkendali, selain itu diagnosa penyakit dapat menyebabkan seseorang mengalami *distress* baik akut maupun kronis, stress yang berkepanjangan akan merusak struktur syaraf dan fungsi kognitif yang menyebabkan seseorang sulit berkonsentrasi untuk menemukan strategi koping yang tepat bagi dirinya.

5. Pengobatan yang diterima

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang menerima pengobatan kemoterapi memiliki *distress* tidak bermakna sebesar 54% dengan strategi koping adaptif sebesar 54%, yang berarti memiliki nilai konsisten. Sebagian besar pasien terapi hormonal tidak mengalami *distress* bermakna (82%), namun terdapat 18% mengalami *distress* bermakna dengan strategi koping mal adaptif sebesar 39%, hal ini dapat terjadi karena terapi hormonal merupakan serangkaian pengobatan yang diberikan secara berulang, dan waktu yang diperlukan seseorang untuk beradaptasi masing-masing berbeda lamanya, semakin lama pasien menerima pengobatan kanker semakin banyak pula informasi yang didapat dari tenaga medis mengenai penyakitnya, hal ini membutuhkan waktu yang lama hingga menyebabkan muncul koping adaptif sampai seseorang mencapai tahap *accepted* (menerima) kondisinya (Nurhikmah et al., 2018)

6. Status ekonomi

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien kanker payudara dengan status ekonomi $\geq 2.004.000$ sebesar 87% tidak mengalami *distress* yang bermakna dan sebesar 73% memiliki strategi koping adaptif. Pasien dengan status ekonomi $< \text{Rp } 2.004.000$ mengalami *distress* sebesar 35% namun memiliki strategi koping adaptif sebesar 50%. Meskipun pengobatan kanker meningkatkan beban keuangan sebesar 57% dan dapat meningkatkan *distress* (Smith et al., 2019), kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan yang tidak dapat diprediksi memunculkan reaksi berlebihan pada masalah yang dihadapinya, kondisi ini memungkinkan seseorang melakukan strategi koping diluar batas kemampuannya (Astuti, 2016).(Astuti, 2016)

7. Asuransi

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang menggunakan asuransi tidak memiliki *distress* yang bermakna (72%) dan memiliki strategi koping adaptif (53,7%), hal ini sejalan dengan penelitian Astuti (2016) yang menunjukkan bahwa terdapat 97,1%

menggunakan layanan asuransi dalam pengobatan kanker payudara, dimana 28,6% diantara menggunakan strategi koping yang baik dalam menanggapi penyakit yang dihadapi. Sistem asuransi yang ada di Indoneis adalah BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan), dimana merupakan badan hukum yang menyelenggarakan jaminan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia, bagi warga miskin iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program bantuan iuran dan akan menanggung segala pengobatan penyakit, hal ini disinyalir dapat meningkatkan sadar kesehatan dan mengurangi beban keuangan akibat mahalny biaya pengobatan penyakit kanker (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

E. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan adanya bias dalam menggunakan instrumen NCCN *Distress* Thermometer yaitu ketidaksesuaian penilaian kondisi *distress* subjektif dengan kondisi *distress* sebenarnya, untuk meminimalisir bias, peneliti berupaya mengecek jawaban responden sebelum berpisah dengan responden. Selain itu faktor resiko strategi koping tidak dianalisa lebih dalam karena faktor keterbatasan penelitian.