

Efektivitas *Problem Solving Training* untuk Menurunkan Stres Perawatan pada *Family Caregiver* Pasien Paliatif

Nindia Pratitis

nindiapratitis@yahoo.com

Fakultas Psikologi

Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya

Abstract. *This research was aimed to evaluate effectiveness of problem solving training to reduce caregiving stress among family of palliative care patient. This research used quantitative approach with pre-experimental method. This research was conducted on three family member of palliative care patients At puskesmas in Surabaya. The researcher carried out caregiving stress scale and interview as data collecting techniques. Data were analyzed by SPSS 18.0 for windows with Paired Sample T-Test statistic technique. Result showed that problem solving training can reduce caregiving stress among family of palliative care patients. although in a small number of significance ($p > 0.05$). These results indicate that there are several factors that influence these results include the emergence of other issues in the intervention.*

Keywords : *problem solving training, caregiving stress, family of palliative care patients*

Intisari. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur efektivitas *problem solving training* untuk mengurangi stres perawatan pada keluarga pasien perawatan paliatif. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode eksperimen yaitu pre eksperimental. Penelitian ini dilakukan pada tiga anggota keluarga pasien perawatan paliatif di salah satu puskesmas di Surabaya. Penggalan data dilakukan dengan dengan skala stres perawatan dan wawancara. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan SPSS 18.0 for windows dengan teknik statistik Paired Sample T-Test. Hasil analisa data menunjukkan bahwa *problem solving training* bisa menurunkan stres perawatan pada keluarga pasien perawatan paliatif. meskipun dengan hasil yang kurang signifikan ($p > 0.05$). Hasil ini mengindikasikan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi hasil tersebut yaitu kemunculan isu lain dalam intervensi.

Kata kunci : *problem solving training, stres perawatan, keluarga pasien perawatan paliatif.*

PENDAHULUAN

Perawatan paliatif bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa. Menurut WHO, perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam nyawa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan cara identifikasi dini, pemeriksaan yang baik, terapi rasa sakit dan masalah lainnya yaitu masalah fisik, psikososial, dan spritual (Rasjidi, 2010).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor :

812/Menkes/SK/VII/2007 jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, Parkinson, gagal jantung/ heart failure, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/ AIDS terus meningkat setiap tahunnya (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007). Pasien tersebut memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Tujuan utama perawatan paliatif adalah untuk menciptakan kenyamanan pasien dan memberikan dukungan serta perawatan pada pasien di fase terakhir dari penyakit yang

dialami pasien sehingga pasien sebisa mungkin merasa nyaman (Twycross, 1995).

Membantu meringankan simptom secara optimal dan mengurangi penderitaan pasien terkait munculnya isu distres psikologis membutuhkan peran klinisi perawatan paliatif. Distres psikologis pada pasien dengan penyakit medis serius dapat dipahami dalam berbagai kontinum, ketika beberapa individu mengalami respon seperti takut, sedih, dan berduka sebagai respon terhadap penyakit mereka, beberapa pasien lain juga mungkin mengembangkan kondisi klinis yang signifikan (Kelly & McClement, 2006).

Perawatan paliatif tidak hanya memberikan dampak terhadap pasien perawatan paliatif namun juga pada keluarga pasien paliatif. Keluarga pasien paliatif bertindak sebagai *family caregiver* atau terkadang disebut juga dengan *informal caregiver*. *Family caregiver* memberikan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional sehingga perawatan tersebut tidak perlu melakukan pembayaran seperti halnya *formal caregiver* yang perawatannya dilakukan oleh tenaga profesional seperti tenaga medis di rumah sakit, psikiater, maupun pusat perawatan lainnya yang memerlukan pembayaran (Barrow, 1996).

Family caregiver seperti juga pasien paliatif, menghadapi stresor dan perubahan peran secara langsung maupun tidak langsung. *Family caregiver* pasien perawatan paliatif menghadapi banyak tantangan potensial dalam merawat pasien perawatan paliatif. *Family caregiver* harus memberikan perawatan kepada pasien mencakup pemberian obat, perawatan luka dan balutan, bantuan pada saat di toilet, mandi, mencuci, menyiapkan makanan, mencari obat alternatif, membantu dalam proses mobilitas, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien. Pada saat yang sama *family caregiver* juga harus bekerja untuk diri mereka sendiri, mencakup menghadapi dan melakukan koping terhadap keadaan emosional mereka sendiri, mengatasi ketidakpastian, berjuang dalam menerima penyakit dan kompensasi terhadap waktu personal. *Family caregiver* juga harus menunjukkan kemampuan interpersonal dan

tugas sosial lain seperti berinteraksi dengan profesional medis, rapat kebutuhan dengan anggota keluarga lain, berinteraksi dengan ahli-ahli lainnya, mengelola finansial, dan tugas-tugas lainnya (Doris, 2007).

Family caregiver memegang peranan penting dalam memelihara kesejahteraan pasien di rumah. *Family caregiver* berperan ketika pasien tidak bisa berkomunikasi atau menyampaikan apa yang dirasakan, *family caregiver* akan mewakili atau menggantikan dalam melaporkan gejala yang dirasakan oleh pasien dan membuat keputusan medis (Doris, 2007). Sepanjang perjalanan penyakit kronis, diperkirakan sekitar 55 % kebutuhan perawatan pasien kronis disediakan oleh *family caregiver* (Njiboer, 1998 dalam Macaraeg & Smith, 2013). *Family caregiver* bertugas untuk melakukan perawatan atau *caregiving*. Menurut Pearlin (dalam Shewcuk & Elliot, 2012) *family caregiver* memulai peran dalam karir yang didefinisikan dengan tugas-tugas yang mengikat mereka dan hubungan yang mereka miliki dengan pasien.

Family caregiver memiliki kecenderungan untuk mengalami stres perawatan. Menurut Pearlin (dalam Shewcuk & Elliot, 2012) proses perawatan tidak dijelaskan sebagai situasi yang menimbulkan stres meskipun perawatan itu sendiri juga berhubungan dengan berbagai hasil. Stres perawatan yang dialami oleh *family caregiver* berhubungan dengan karakteristik pasien perawatan paliatif, sifat dasar *caregiver*, dan variabel pelayanan kesehatan (Hirdes, Freeman, Smith & Stolee, 2011) Konsekuensi perawatan terhadap kesehatan mental berhubungan dengan beban, dimana *family caregiver* harus menempatkan kebutuhan pasien diatas kebutuhan *family caregiver*. Perbedaan dibuat antara beban objektif yaitu mencakup dampak negatif pada rumah tangga dikarenakan perawatan, dan beban subjektif yaitu penilaian personal dari situasi perawatan dan konsekuensinya terhadap *family caregiver* (Hoenig & Hamilton, 1966 dalam Myers, 2003). *Family caregiver* memiliki tingkat stres yang berbeda meskipun tugas yang diberikan mungkin sama. Sebuah studi yang dilakukan terhadap 26 keluarga dari pasien kronis di

Hongkong menunjukkan hasil bahwa para keluarga seringkali merasa lelah sepanjang waktu, cemas, dan mudah terganggu atau tersinggung (Doris, 2007). Vitaliano, dkk (1997 dalam Myers 2003) menyebutkan bahwa perawatan menimbulkan konsekuensi pada *family caregiver* yaitu *family caregiver* dilaporkan memiliki sistem imun yang lebih buruk, respon vaksin yang lebih buruk, dan kejadian infeksi saluran pernafasan yang lebih banyak.

Johansson, dkk. (2004) melakukan penelitian mengenai stres, kelelahan, beban perawatan, dan kualitas hidup yang dimiliki oleh *family caregiver* pasien perawatan paliatif. Penelitian itu menunjukkan hasil bahwa para *family caregiver* dari pasien paliatif mengalami kelelahan, kecemasan, dan merasa memiliki beban dalam merawat pasien paliatif. Penelitian yang dilakukan oleh Valeberg dan Grov (2013) menunjukkan bahwa para *family caregiver* dari pasien paliatif memiliki skor yang tinggi pada skala yang mengukur kelelahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres yang dialami oleh *family caregiver* lebih tinggi ketika pasien penyakit kronis yang dirawat mengalami masalah tidur. Usia pasien perawatan paliatif juga mempengaruhi stres yang dialami *family caregiver*. Semakin muda usia pasien, semakin tinggi tingkat stres yang dialami oleh *family caregiver*. Faktor gender juga mempengaruhi kemungkinan stres yang dialami oleh keluarga yang bertindak sebagai *family caregiver*. *Family caregiver* perempuan memiliki kecenderungan mengalami stres yang lebih tinggi daripada *family caregiver* laki-laki.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa para *family caregiver* memiliki kualitas hidup yang rendah. Penelitian lain menyebutkan bahwa para *family caregiver* yang tinggal bersama pasien dan merawat pasien tersebut memiliki tingkat stres yang tinggi. Stres yang dialami oleh *family caregiver* bergantung pada beban yang ditanggung oleh *family caregiver* tersebut. Semakin tinggi beban dan tanggung jawab yang dimiliki oleh *family caregiver* maka semakin tinggi pula tingkat stres yang dialami oleh *family caregiver* tersebut (Macaraeg & Smith, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Northouse dan kolega

(2012) menunjukkan bahwa stres yang dialami oleh *family caregiver* menyebabkan permasalahan psikologis yang berdampak kepada kesehatan fisik, penurunan fungsi imun, dan kesejahteraan finansial pada *family caregiver* tersebut.

Stres perawatan terjadi ketika individu tidak memiliki kemampuan penyelesaian masalah yang baik terhadap stressor yang dihadapi. Idealnya, intervensi yang efektif bagi *family caregiver* mengalamatkan pengalaman permasalahan yang dialami individu dan membantu mereka lebih aktif dan ahli dalam manajemen diri mereka sendiri dan untuk beroperasi secara kompeten sebagai ekstensi formal sistem perawatan kesehatan (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996 dalam Shewcuk & Elliott, 2012). Intervensi yang menjanjikan bagi *family caregiver* menekankan pada pendekatan penyelesaian masalah untuk mengidentifikasi permasalahan unik yang dialami keluarga (dan pasien perawatan paliatif) dan bisa diimplementasikan dalam komunitas dan seting rumah (Houts, Nezu, Nezu, & Bucher, 1996).

Problem solving training adalah intervensi psikososial, pada umumnya dianggap dibawah payung intervensi kognitif perilaku, untuk meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengatasi stresor minor (problem sehari-hari yang kronis) maupun mayor (kejadian traumatik) secara efektif dengan tujuan untuk mengurangi permasalahan kesehatan mental dan kesehatan fisik (Nezu, Nezu & Zurilla, 2013). Tujuan umum *problem solving training* adalah untuk membantu individu mengidentifikasi penyebab stres yang menyebabkan munculnya emosi negatif, memahami, dan mengatur emosi negatif, memiliki harapan bahwa individu dapat menyelesaikan masalah, lebih menerima masalah yang tidak mampu diselesaikan, lebih terencana dan sistematis dalam menyelesaikan masalah, tidak menghindari masalah, dan berlatih untuk tidak mencari jalan pintas dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi (D'Zurilla & Nezu, 2007 dalam Dobson, 2010).

Kurylo, Elliott, dan Shewcuk (2001) menyebutkan bahwa *problem solving training*

untuk *family caregiver* pada dasarnya meliputi lima komponen umum yang diadaptasi dari model asli *problem solving* D'Zurilla dan Goldfried (1971). Kelima komponen yang juga merupakan versi singkat dari langkah-langkah *problem solving training* antara lain fakta/mendefinisikan permasalahan, optimisme/orientasi, kreativitas/menciptakan alternatif, pemahaman/pembuatan keputusan, serta pemecahan/implementasi dan verifikasi.

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas *problem solving training*. Secara keseluruhan *problem solving training* efektif dalam membantu individu yang mengalami permasalahan kesehatan fisik maupun mental seperti depresi, kecemasan, distres, penyalahgunaan obat, kanker, penyakit jantung, diabetes, stroke, luka otak traumatik, sakit punggung, dan post traumatic stress disorder. *Problem solving training* kemudian dievaluasi secara empiris sebagai strategi tambahan yang bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan seseorang terhadap bentuk lain dari perawatan medis atau psikologis, sebagai sarana meningkatkan kehidupan *caregiver* maupun meningkatkan kemampuan untuk merawat orang yang dicintai, dan sebagai komponen perawatan umum dari terapi pernikahan dan pasangan (Nezu, Nezu & Zurilla, 2013).

Kemampuan penyelesaian masalah sangat dibutuhkan oleh *family caregiver* karena beban dan tanggung jawab keluarga seringkali menimbulkan stres perawatan yang dapat menyebabkan permasalahan fisik maupun mental bagi keluarga dari pasien paliatif maupun pasien paliatif yang harus dirawat. Stres yang dialami oleh *family caregiver* pasien paliatif dapat mempengaruhi kesehatan *family caregiver* pasien paliatif itu sendiri yaitu sistem imun yang rendah, hormon stres yang tinggi, dan tingkat angka kematian yang tinggi (Sarafino, 1998).

Ketertarikan penulis terhadap stres perawatan pada *family caregiver* pasien paliatif berawal dari pengalaman penulis pada saat melakukan Praktek Kerja Profesi Psikologi (PKPP) di Puskesmas Rangkah. Puskesmas Rangkah memiliki poli paliatif yang memiliki

jadwal pertemuan setiap hari Selasa. Pada saat jadwal poli paliatif, penulis beberapa kali mengobrol dengan *family caregiver* yang datang ke puskesmas untuk mewakili pasien mengambil obat atau menyampaikan keluhan. Keadaan kesehatan pasien yang tidak memungkinkan menyebabkan pasien tidak bisa datang dan harus diwakili oleh *family caregiver*. Penulis juga mengetahui bahwa tugas perawatan yang dilakukan oleh beberapa *family caregiver* cukup berat. *Family caregiver* harus mewakili pasien untuk ke rumah sakit atau puskesmas, menyampaikan keadaan yang dirasakan pasien, melakukan berbagai perawatan kepada pasien di rumah, dan lain-lain. Beberapa *family caregiver* terkadang mengalami kesulitan dalam membagi waktu untuk merawat karena mereka juga harus bekerja di luar rumah. *Family caregiver* juga seringkali merasa sedih dan putus asa apabila keadaan pasien mengalami penurunan kesehatan namun *family caregiver* tersebut merasa tidak boleh memperlihatkan kesedihan dan putus asa yang dirasakan supaya tidak membuat keadaan pasien paliatif semakin *down*.

Berbagai macam dampak buruk dari stres yang bisa dialami oleh *family caregiver* pasien paliatif itulah yang mendorong penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan menggunakan intervensi berupa *problem solving training* yang bertujuan untuk menurunkan stres perawatan yang dialami *family caregiver* pasien perawatan paliatif. Pada penelitian ini, *family caregiver* yang akan menjadi subjek penelitian merupakan salah satu anggota keluarga pasien yang memegang peranan utama dalam merawat pasien paliatif. Penulis tidak menentukan hubungan antara *family caregiver* dengan pasien paliatif baik itu merupakan pasangan, anak, orang tua, saudara, atau hubungan lainnya karena yang diutamakan dalam penelitian ini adalah *family caregiver* merupakan anggota keluarga pasien paliatif yang memiliki peranan terbesar dalam merawat pasien paliatif.

METODE

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini memiliki beberapa karakteristik, antara lain (1) Keluarga dari pasien perawatan paliatif, (2) Memegang peranan utama dalam proses perawatan pasien. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah non probability sampling, yaitu teknik yang tidak memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Teknik penentuan anggota sampel dilakukan dengan menggunakan teknik purposive sampling, yaitu teknik sampling yang karakteristiknya sudah ditentukan dan diketahui terlebih dahulu berdasarkan ciri dan sifat populasinya (Winarsunu, 2006). Pada penelitian ini karakteristik sampel telah ditentukan, yaitu :

1. Keluarga pasien perawatan paliatif yang memiliki peranan utama dalam merawat pasien
2. Keluarga pasien perawatan paliatif memiliki kategori nilai stres perawatan yang tergolong sedang sampai dengan tinggi berdasarkan skala yang digunakan
3. Keluarga pasien perawatan paliatif mampu diajak berkomunikasi dan memahami percakapan. Menurut Anderson (2008), subjek yang digunakan dalam penelitian di bawah payung terapi kognitif perilaku adalah pasien atau non pasien yang mampu untuk diajak berpartisipasi, mampu dan

dapat berkomunikasi serta mengikuti percakapan

4. Keluarga pasien paliatif bersedia menjadi subjek penelitian dan mengikuti proses intervensi *problem solving training*. Hal itu ditandai dengan keluarga pasien perawatan paliatif bersedia mengisi lembar *inform consent* yang diberikan oleh penulis
- Peneliti memilih metode kuisisioner untuk memperoleh data yang dibutuhkan dan sesuai dengan tujuan penelitian. Alat ukur untuk mengukur tingkat stres perawatan pada penelitian ini adalah alat ukur stres perawatan yang dikembangkan berdasarkan teori stres Pearlin (1990). Skala stres perawatan merupakan alat ukur utama, sedangkan wawancara merupakan alat pengumpul data tambahan. Adapun rincian dari teknik pengumpulan data adalah sebagai berikut:

Skala stres perawatan dikembangkan oleh penulis berdasarkan teori stres Pearlin dan kolega (1990). Penyusunan skala yang disesuaikan dengan tujuan penelitian membutuhkan bantuan professional judgement untuk menilai apakah item-item dalam skala telah mencakup seluruh kawasan isi objek yang akan diukur atau sejauh mana isi tes mencerminkan ciri atribut yang akan diukur. Validitas kuisisioner ini diuji secara internal dengan menggunakan penilaian ahli (professional judgment) dan uji coba alat ukur.

Tabel 1. Blueprint Skala Stres Perawatan Setelah Uji Coba Alat Ukur

No	Dimensi	Nomor Item	Jumlah
1	Status kognitif	1,2,3	3
2	Perilaku problematis	4	1
3	Kelebihan beban (overload)	5,6,7	3
4	Kehilangan relasi	8,9,10	3
5	Konflik keluarga	11,12,13	3
6	Konflik pekerjaan-perawatan	14,15,16	3
7	Tekanan ekonomi	17,18,19	3
8	Tahanan peran	20,21,22	3
9	Kehilangan diri	23,24	2
10	Kompetensi perawatan	25,26	2
11	Keuntungan pribadi	27	1
12	Manajemen situasi	28	1
13	Manajemen makna	29	1
14	Manajemen distress	30	1
15	Dukungan ekspresif	31	1
Total			31

Keluarga pasien perawatan paliatif yang memegang peranan sebagai *caregiver* dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan dan berusia dewasa yang berkisar antara 36 tahun sampai dengan 50 tahun. Dua dari tiga orang yang menjadi subjek dalam penelitian ini merupakan anak kandung dari pasien perawatan paliatif, sedangkan 1 orang subjek merupakan ibu kandung dari pasien. Tingkat pendidikan subjek berbeda-beda, dua subjek memiliki pendidikan terakhir SMP, dan satu subjek berpendidikan terakhir SMA.

Karakteristik pasien perawatan paliatif dalam penelitian ini berbeda-beda. Dua dari tiga pasien perawatan paliatif berjenis kelamin perempuan dan 1 orang subjek berjenis kelamin laki-laki. Usia pasien perawatan paliatif bervariasi berkisar antara 12 tahun sampai dengan 77 tahun. Penyakit yang dialami pasien perawatan paliatif juga bervariasi. Dua dari tiga pasien perawatan paliatif mendapat diagnosis kanker dimana satu diantaranya merupakan kanker payudara sedangkan satu yang lain mengalami kanker mata. Satu pasien perawatan yang lain bukan merupakan pasien kanker, namun mendapatkan diagnosis meningokel sejak dari awal lahir. Sebagian besar dari pasien perawatan paliatif tidak memeriksakan penyakit yang dialami ke dokter secara intensif. Mayoritas pasien lebih memilih

pengobatan alternatif untuk mengobati penyakit yang dialami. Hal itu disebabkan oleh berbagai macam alasan antarlain perasaan takut terhadap pengobatan medis, permasalahan biaya, perasaan putus asa terhadap kesembuhan penyakit, dan lain-lain

Subjek K merawat pasien paliatif selama 2 tahun belakangan ini. Perawatan yang dilakukan oleh subjek K terhadap pasien adalah menyiapkan obat, memberikan semangat kepada pasien untuk segera sembuh, dan turut membantu dalam hal biaya pengobatan subjek. Subjek EM sudah merawat pasien selama 4 tahun. Perawatan yang dilakukan subjek EM terhadap pasien yaitu mengantar saat pasien kontrol ke rumah sakit, mengganti perban, membantu biaya pengobatan, dan menemani pasien ketika dirawat di rumah sakit. Subjek F memiliki waktu merawat lebih panjang dan jenis perawatan yang diberikanpun lebih banyak jika dibandingkan dengan subjek K dan subjek EM. Subjek F sudah merawat pasien selama 12 tahun atau sejak pasien lahir. Perawatan yang dilakukan oleh subjek F antara lain merawat luka pasien, menyiapkan makanan dan menyuapi pasien saat pasien ingin makan, memandikan pasien, menggendong pasien, dan membiayai biaya pengobatan.

Tabel 2. Intensitas Perawatan

Lama Merawat dan Perawatan yang Diberikan			
No.	Nama	Lama Perawatan	Perawatan yang Diberikan
1.	K	2 tahun	Menyiapkan obat, memberikan semangat, dan membantu biaya pengobatan
2.	EM	4 tahun	Mengantar kontrol penyakit, mengganti perban, menemani saat pasien di rumah sakit, dan membantu biaya pengobatan
3.	F	12 tahun	Merawat luka, menyiapkan makanan, memandikan, menggendong, dan membiayai pengobatan

HASIL dan PEMBAHASAN

Masing-masing subjek pada penelitian ini diminta untuk mengisi skala stres perawatan pada awal (*pre test*) dan akhir (*post test*) proses

penelitian. Hasil pre test dan post test masing-masing subjek dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3. Hasil Pre Test, Post Test dan Gain Scores

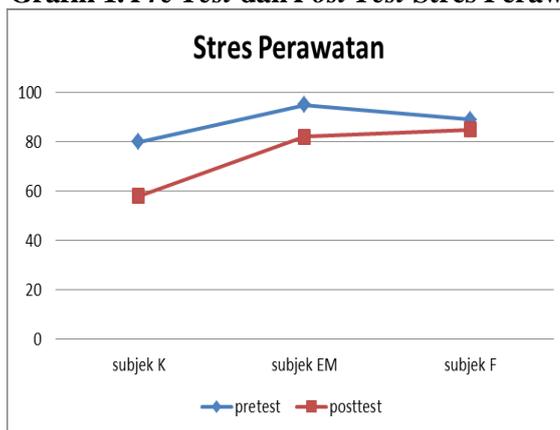
Hasil Pre Test, Post Test, dan Gain Scores				
No	Nama	Pre Test	Post Test	Gain Scores

1.	K	80	58	22
2.	EM	95	82	13
3.	F	89	85	4

Data pada tabel diatas menunjukkan adanya perubahan skor dari pre test dan post test. Besarnya perubahan antara skor pre test dan post test bisa dilihat pada kolom gain scores. Data juga disajikan dalam bentuk grafik. Garis

pada grafik data menunjukkan adanya perubahan skor skala stres pengetahuan. Adapun grafik data skor skala stres pengetahuan *pre-post test* adalah sebagai berikut:

Grafik 1. Pre Test dan Post Test Stres Perawatan

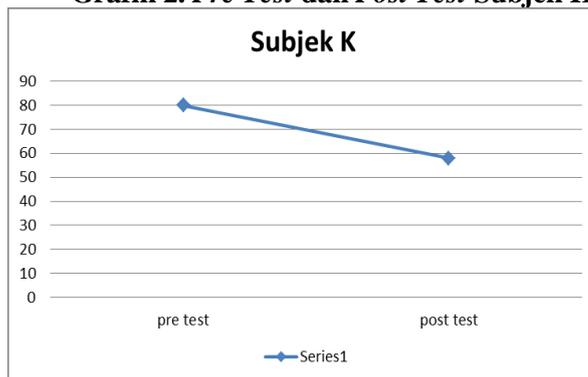


Berdasarkan grafik tersebut dapat diketahui bahwa semua subjek baik subjek K, subjek EM, maupun subjek F mengalami penurunan

skor stres perawatan. Berikut ini adalah analisis deskriptif masing-masing subjek penelitian :

1. Subjek K

Grafik 2. Pre Test dan Post Test Subjek K

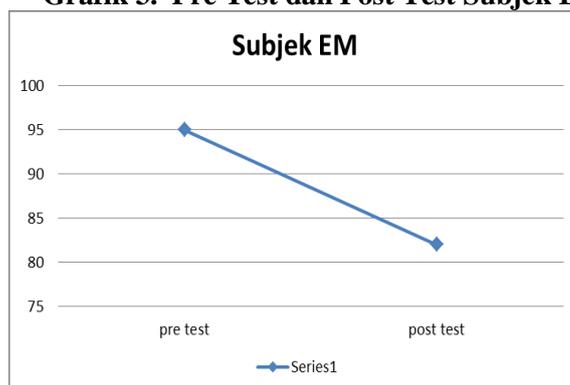


Subjek K mengalami penurunan skor stres perawatan cukup signifikan. Pada saat pretest, subjek mendapatkan skor skala stres perawatan 80. Enam belas hari setelah proses pemberian intervensi, subjek K kembali mengisi skala

stres perawatan yang sama dengan pada saat pretest. Skor posttest yang didapatkan oleh subjek adalah 58. Subjek K mengalami penurunan skor stres perawatan sebanyak 22 poin.

2. Subjek EM

Grafik 3. Pre Test dan Post Test Subjek EM

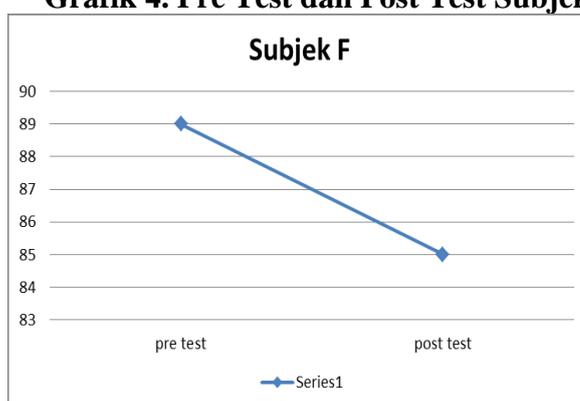


Pada saat pre test, subjek EM mendapatkan skor 95. Skor tersebut mengalami penurunan menjadi 82 pada saat *post test* yang diberikan

oleh penulis 14 hari setelah proses intervensi dilakukan. Subjek EM mengalami penurunan skor stres perawatan sebanyak 13 poin.

3. Subjek F

Grafik 4. Pre Test dan Post Test Subjek F



Sama seperti subjek K dan subjek EM, subjek F juga mengalami penurunan pada skor post test. Saat pre test, subjek F mendapatkan skor 89. Lima belas hari setelah proses intervensi, penulis kembali memberikan

skala stres perawatan pada subjek F sebagai post test. Skor post test yang didapatkan oleh subjek F adalah 85. Subjek F mengalami penurunan skor sebanyak 5 poin jika dibandingkan dengan skor pretest.

KESIMPULAN dan SARAN

Berdasarkan hasil analisis data sebagaimana yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini adalah bahwa *problem solving training* dapat menurunkan stres perawatan pada ketiga subjek dalam penelitian ini yang merupakan *family caregiver* pasien perawatan paliatif. Hal itu dapat diketahui dari perbedaan initial baseline dan final baseline yang dilihat dari hasil skor *pre test* dan *post test* skala stres perawatan dimana terjadi penurunan

nilai skor. Penurunan skor yang dialami masing-masing subjek berbeda antar satu subjek dengan subjek lainnya. Hal itu dipengaruhi oleh variabel-variabel lain yaitu karakteristik pasien perawatan paliatif, karakteristik keluarga pasien perawatan paliatif, dan dukungan sosial yang berbeda.

Saran bagi *family caregiver* pasien paliatif yaitu supaya mereka dapat saling berkomunikasi dengan anggota keluarga pasien perawatan paliatif yang lain agar dapat membentuk support group, saling bertukar

informasi, dan untuk saling memberikan dukungan sosial kepada sesama keluarga pasien perawatan paliatif. Selain itu *Family*

caregiver pasien perawatan paliatif diharapkan dapat senantiasa mendukung pasien selama proses perawatan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Akechi, T., Hirai, K., Motooka, H., Shiozaki, M., Chen, J., Momino, K., Okuyama, T., & Furukawa, T.A. (2008). Problem solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: Preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol*, 38, 867-870.
- Alexopoulos, G.S., Raue, P., Arean, P. (2003). Problem solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 46-52.
- American Psychological Association. (2013). Individual Interventions. APA (online). Diakses pada tanggal 23 Oktober 2014 dari <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/intervention/individual.aspx>.
- Anderson, T., Watson, M., Davidson, E. (2008). The Use of Cognitive Behavioural Therapy Techniques for Anxiety and Depression in Hospice Patients: A Feasibility Study I. *Palliative Medicine*. 22: 814-821.
- Azwar, S. (2004). Metode Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Barrow, G.M. (1996). Aging, the individual and society (6th edition). Amerika: West Publishing Company.
- Cameron, J.I., Shin, J.L., Williams, D., & Stewart, D.E. (2004). A brief problem solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journals of Psychosomatic Research*, 57, 137-143.
- Chang, E.C., D'Zurilla, T.J., & Sanna, L.J. (2004). Social problem solving: Theory, research and training. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Chusairi, A. (2003). Health seeking behavior para pasien poli perawatan paliatif studi eksploratif terhadap lima pasien poli perawatan paliatif RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Dobson, K.S. (2010). Handbook of Cognitive Behavioral Therapies (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Dorris. (2007). Care for the family in palliative care. *HKSPM Newsletter*. Hal 26.
- D'Zurilla, T.J. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Elliott, T., Berry, J.W., & Grant, J.S. (2009). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 548-558.
- Gerkenmeyer, J.E., Johnson, C.S., & Perkins, S.M. (2013). Problem solving intervention for caregivers of children with mental health problems. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 112-120.
- Glozman, J.M. (2004). Quality of life of caregivers. *Neuropsychology Review*, 4, 183-196.
- Hadi, S. (2000). Metode Penelitian. Jakarta : Rineke Cipta.
- Haug, M.R., Ford, A.B., Stange, K.C., Noelker, L.S., & Gaines, A.D. (1999). Effects of giving care on caregiver's health. *Research on Aging*. 21 (4), 515-538.
- Hirdes, J.P., Freeman, S., Smith, T.F., & Stolee, P. (2012). Predictors of caregiver distress among palliative home care clients in Ontario: Evidence based on the interRAI palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 10, 155-163.
- Housts, P.S., Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Bucher, J.A. (1996). The prepared family caregiver: A problem solving approach to family caregiver education.

- Patient Education Counseling, 27, 63-73.
- Jackson, S.L. (2009). *Research, methods and statistic : A critical thinking approach* 3rd edition. California : Wadsworth.
- Johansson, F.G., Lachica, E.M., Dikcon, J.M.F., & Kennedy, M.J. (2004). *Oncology Nursing Forum*, 31, 1161-1169.
- Kelly, B., McClement, S., & Chochinov, H.M.L. (2006). Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliative Medicine*, 20, 779-789.
- KEPMENKES RI NOMOR: 812/MENKES/SK/VII/2007. Tentang kebijakan perawatan paliatif. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kerlinger, F. N. (2004). *Asas-asas Penelitian Behavioral*. Yogyakarta: GajahMada University Press.
- Kurylo, M.F., Elliott, T.R., & Shewcuk, R.M. (2001). Focus on the family caregiver: A problem solving training intervention. *Journal of counseling & development*, 79, 275-281.
- Macaraeg, J.C. & Smith, S.T. (2013). Psychological distress and help seeking attitudes of cancer caregivers on Guam. *Pacific Asia Inquiry*, (4), 121-13
- McMillan, S.C. (2005). Interventions to facilitate family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 132-139.
- Myers, J.E. (2003). *Coping With Caregiving Stress: A Wellness-Oriented, Strengths-Based Approach for Family Counselors*. The family journal Vol.11, No. 2, 153-161.
- Nazir, M. 2005. *Metode Penelitian*. Bogor Selatan : Penerbit Ghalia Indonesia.
- Nezu, A.M., & Nezu, C.M., & D'Zurilla, T.J. (2013). *Problem solving therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Northouse, L., Williams, A.L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, (30), 1227-1234.
- Owensworth, T., Fleming, J., Shum, D., Kuipers, P., & Strong, J. (2008). Comparison of individual, group, and combined intervention formats in a randomized controlled trial for facilitating goal attainment and improving psychosocial function following acquired brain injury. *J. Rehabil Med*, 40, 81-88.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Phamuti, G.A., & Hartanto, M. (2013). *Buku panduan paliatif: Untuk relawan dan petugas medis*. Surabaya: Puskesmas Rangkah.
- Pinquart, M. & Sorenson, S. (2003). Associations of stressor and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood. *The Journal of Gerontology*, 58, 112-128.
- Rasjidi, I. (2010). *Perawatan paliatif suportif dan bebas nyeri pada kanker*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health Psychology Biopsychosocial Interaction* (3rd edition). United States of America: John Willey & Sons. Inc.
- Singarimbun, M., & Effendi, S. (1991). *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.
- Shewchuk, R. & Elliott, T.R. (2012). *Family caregiving in chronic disease and disability: Implications for rehabilitation psychology*. Handbook of Rehabilitation Psychology. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Suryabrata, S. (1990). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Rajawali.
- Suryadinata, P.I. (2013). *Efektivitas problem solving therapy untuk mereduksi stres emosional pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi*. Tesis. Program Studi Magister Profesi Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya (tidak diterbitkan).
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Twycross, R. (1995). *Introducing palliative care*. New York: Radcliffe MedicalPress.
- Valeberg, B.T & Grov, E.K. (2013). Symptoms in the cancer patient – of importance for their caregivers quality of life and mental health. *European Journal of Oncology Nursing*, (17), 46-51.
- Winarsunu, T. (2006). *Statistik dalam Penelitian Psikologi dan Pendidikan* (edisi revisi). Malang: UMM Press.
- Zainuddin, M. (2000). *Metodologi Penelitian* (tidak diterbitkan). Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Zechmeister, J.S., Zeichmeister, E.B., Shaughnessy, J.J. (2012). *Research methods in psychology*. New York : McGraw Hill Companies.