

**HUBUNGAN PELAKSANAAN PAKET EDUKASI DENGAN  
KELUHAN FISIK DAN PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER  
SERVIKS YANG MENJALANI KEMOTERAPI  
DI RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**MIRA TRIHARINI  
0706195011**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
DEPOK  
JULI, 2009**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

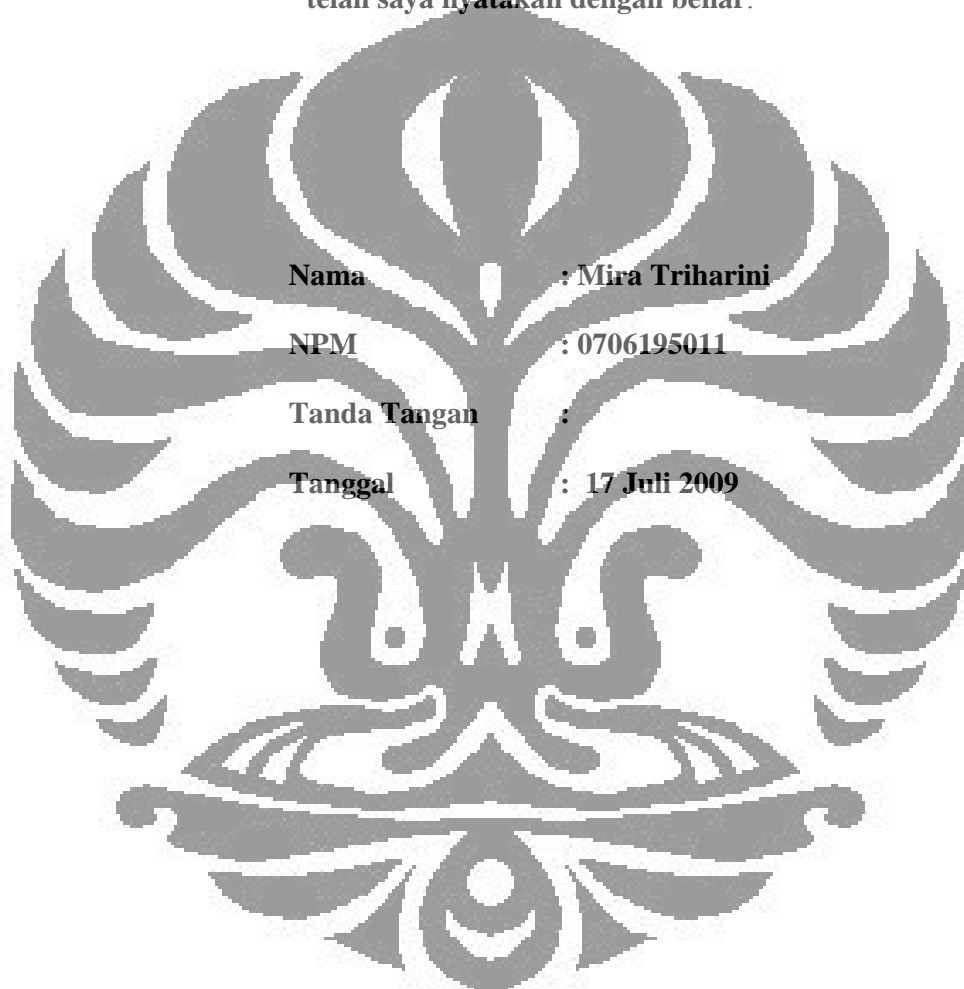
**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Mira Triharini**

**NPM : 0706195011**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 17 Juli 2009**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
 Nama : Mira Triharini  
 NPM : 0706195011  
 Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
 Judul Tesis : Hubungan Pelaksanaan Paket Edukasi Dengan  
 Keluhan Fisik dan Psikologis Pada Pasien Kanker  
 Serviks Yang Menjalani Kemoterapi di RSUD  
 Soetomo Surabaya

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., PhD. ( )

Pembimbing : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep. ( )

Penguji : Imami Nur Rachmawati, S.Kp., M.Sc. ( )

Penguji : Ns. Uly Desmarnita, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat. ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Juli 2009

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas karunia Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penyusunan tesis ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat

1. Ibu Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., PhD. selaku pembimbing I
2. Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep. selaku pembimbing II
3. Ibu Dewi Irawaty MA.,Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku ketua Program Pascasarjana dan koordinator Mata Ajaran Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
5. DR. Slamet Yuwono, dr, DFMH., MARS. selaku direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
6. Dr. Budi Santoso, SpOG selaku kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan RSUD Dr Soetomo Surabaya.
7. Dr. Bangun Trapsila Purwaka, SpOG selaku kepala instalasi Rawat Inap ObGyn RSUD Dr. Soetomo Surabaya
8. Ibu Warsiti Amd Keb selaku kepala ruangan kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya
9. Suami dan anakku tercinta Raditya yang telah banyak memberikan bantuan baik secara materiil maupun spiritual
10. Rekan-rekan mahasiswa yang telah memberikan dorongan dan masukan dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini jauh dari sempurna. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan di masa yang akan datang.

Depok, 16 Juli 2009

Penulis

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mira Triharini  
NPM : 0706195011  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Pelaksanaan Paket Edukasi Dengan Keluhan Fisik dan Psikologis Pada Pasien Kanker Serviks Yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 17 Juli 2009  
Yang menyatakan

(Mira Triharini)

## ABSTRAK

Nama : Mira Triharini  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan paket edukasi dengan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di rumah sakit Dr soetomo Surabaya

Pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi akan mengalami masalah secara fisik maupun psikologis. Keluhan fisik seperti mual, muntah dan lemah lesu serta respon psikologis seperti kecemasan dan depresi dapat dikurangi dengan memberikan paket edukasi tentang perawatan diri selama di rumah. Di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya telah dikembangkan paket edukasi yang berisi tentang pengaturan nutrisi, aktivitas, aspek psikologis dan latihan relaksasi otot progresif yang diberikan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Tujuan dari studi ini adalah untuk mengetahui hubungan paket edukasi dengan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Metode sampling yang digunakan adalah total populasi. Sampel diambil sesuai dengan kriteria inklusi sejumlah 25 orang. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Data analisis dengan menggunakan uji T dan *chi-square*. Hasil menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna tingkat keluhan mual muntah, lemah lesu dan respon psikologis pada responden sebelum dan sesudah intervensi ( $p < 0,05$ ). Hasil analisis hubungan karakteristik responden dengan keluhan didapatkan hasil ada hubungan antara umur dengan kecemasan ( $P=0,032$ ), ada hubungan antara status bekerja dengan kecemasan ( $P=0,003$ ) dan ada hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan lemah lesu ( $P=0,015$ ). Implikasi dari hasil penelitian ini adalah dapat dikembangkannya paket edukasi sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi untuk menurunkan keluhan fisik dan psikologis sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Kata kunci: kanker serviks, keluhan lemah lesu, keluhan mual muntah, paket edukasi, respon psikologis,.

## ABSTRACT

Name : Mira Triharini  
Study Program : Post graduate of nursing  
Title : The Relationship of the educational package with physical and psychological complaints of cervical cancer patients with chemotherapy in the Dr Soetomo Surabaya hospital.

In general cervical cancer patient who undergo chemotherapy will experience physical and psychological symptoms. Physical symptoms such as nausea, vomiting, and fatigue; and psychological symptoms such as anxiety and depression can be minimized by giving them education package on how implement self-care at home. In the obstetric-gynecologic ward Dr. Soetomo hospital, education package on nutrition, physical exercise, psychological aspect and progressive muscle relaxation exercise had been established for cervical cancer patient who undergone chemotherapy. The purpose of this study is to examine the relationship between education package given to the cervical cancer patient with the physical and psychological symptoms on cervical cancer who undergone chemotherapy. This study was using *cross-sectional* design with total population sampling method. 25 samples were recruited based on the inclusion criteria using structured questionnaire. T-test and chi-square were used to analyze the data. The findings shows that there is a significant different on nausea, vomiting & fatigue symptoms and psychological symptoms before and after intervention ( $p < 0,05$ ). The other findings show that there was a relationship between respondent characteristics and symptoms: aged and level of anxiety ( $P=0.032$ ); work status & anxiety ( $P=0.003$ ); and chemotherapy frequency & fatigue ( $P=0.015$ ). The implication of this study was that education package is part of the nursing care of cervical cancer patient who undergone chemotherapy which can minimize physical & psychological symptoms and improve patient's quality of life.

Keywords: cervical cancer, fatigue, nausea-vomiting, education package, psychological responses.

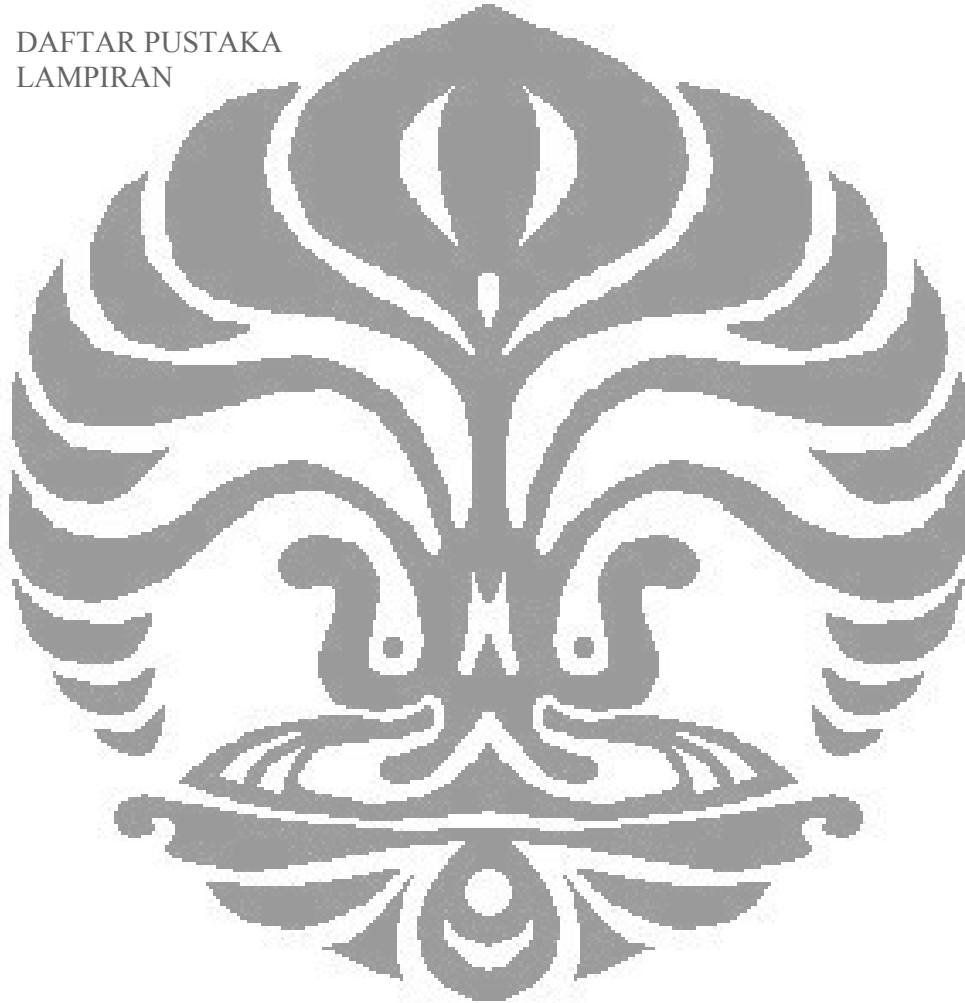
## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK INDONESIA.....	vi
ABSTRAK INGGRIS.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	12
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>11</b>
2.1 Kanker serviks.....	11
2.2 Kemoterapi.....	15
2.3 Mual Muntah Pada Pasien Kanker.....	19
2.4 Masalah Nutrisi Pada Pasien Kanker.....	24
2.5 Teknik Relaksasi Otot Progresif.....	25
2.6 Lemah Lesu Pada Pasien Kanker.....	26
2.7 Aspek Psikologis Pasien Kanker.....	30
2.8 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	35
2.9 Paket Edukasi.....	37
2.10 Karakteristik Individu.....	38
2.11 Peran Perawat Maternitas.....	40
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	<b>43</b>
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	43
3.2 Hipotesis Penelitian.....	44
3.3 Definisi Operasional.....	44
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>47</b>
4.1 Desain Penelitian.....	47
4.2. Populasi dan Sampel.....	47
4.3. Tempat Penelitian.....	48
4.4 Waktu Penelitian.....	48
4.5 Etika Penelitian.....	48
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	49
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	52
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	52



<b>5. HASIL</b> .....	54
5.1 Analisis univariat .....	54
5.2 Analisis bivariat .....	55
<b>6. PEMBAHASAN</b> .....	65
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	65
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	74
6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian .....	74
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	75

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN

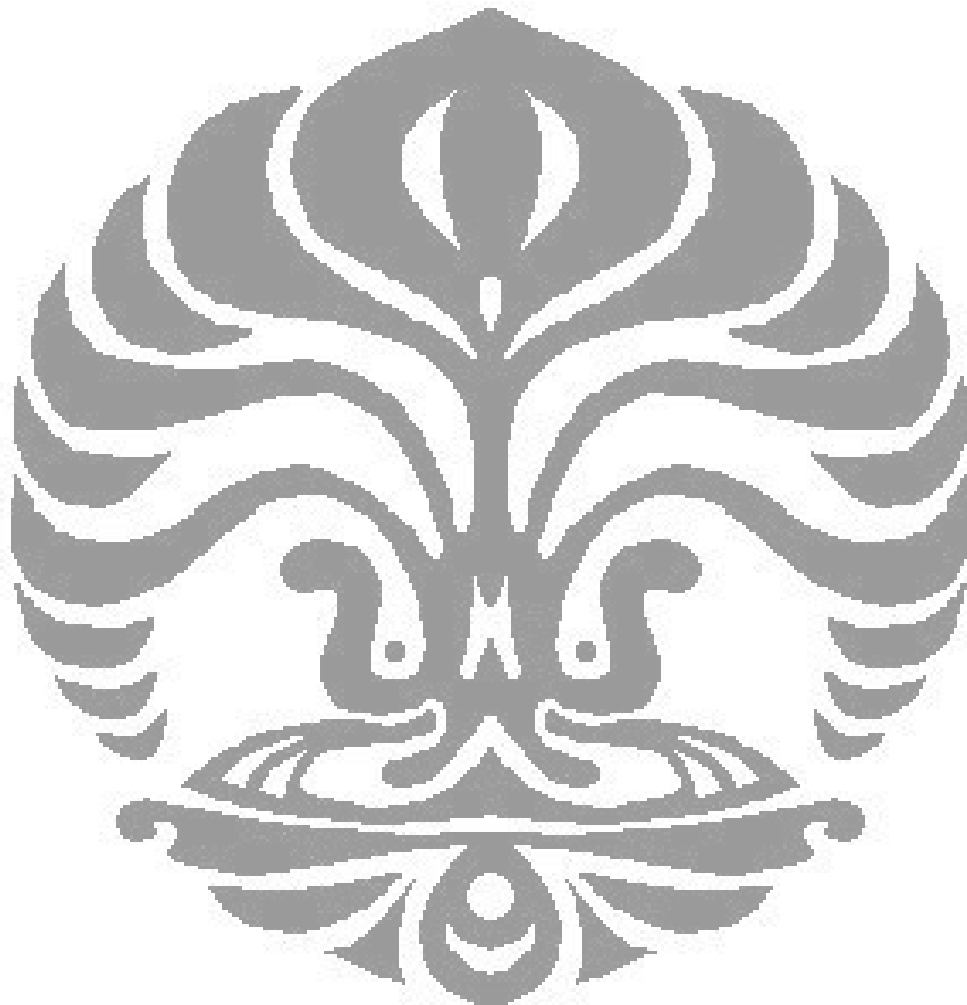


## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Kanker Serviks.....	13
Tabel 2.2 Tingkat Keparahan Mual dan Muntah.....	20
Tabel 2.3 Potensi Muntah Berdasar Jenis Kemoterapi.....	22
Tabel 2.4 Rekomendasi Antiemetik .....	23
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian.....	45
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasar karakteristik umur dan lama didiagnosa. kemoterapi .....	54
Tabel 5.2 Distribusi responden berdasar karakteristik pendidikan, pekerjaan dan frekuensi kemoterapi .....	55
Tabel 5.3 Distribusi hubungan menurut karakteristik responden dengan keluhan keluhan mual muntah.....	55
Tabel 5.4 Distribusi hubungan menurut karakteristik responden dengan keluhan keluhan lemah lesu.....	57
Tabel 5.5 Distribusi hubungan menurut karakteristik responden dengan keluhan keluhan kecemasan .....	59
Tabel 5.6 Distribusi hubungan menurut karakteristik responden dengan keluhan keluhan depresi.....	61
Tabel 5.7 Distribusi responden menurut keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi.....	62
Tabel 5.8 Distribusi responden menurut keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi.....	63
Tabel 5.9 Distribusi responden menurut kecemasan sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi.....	63
Tabel 5.10 Distribusi responden menurut depresi sebelum dan sesudah Pelaksanaan paket edukasi.....	64

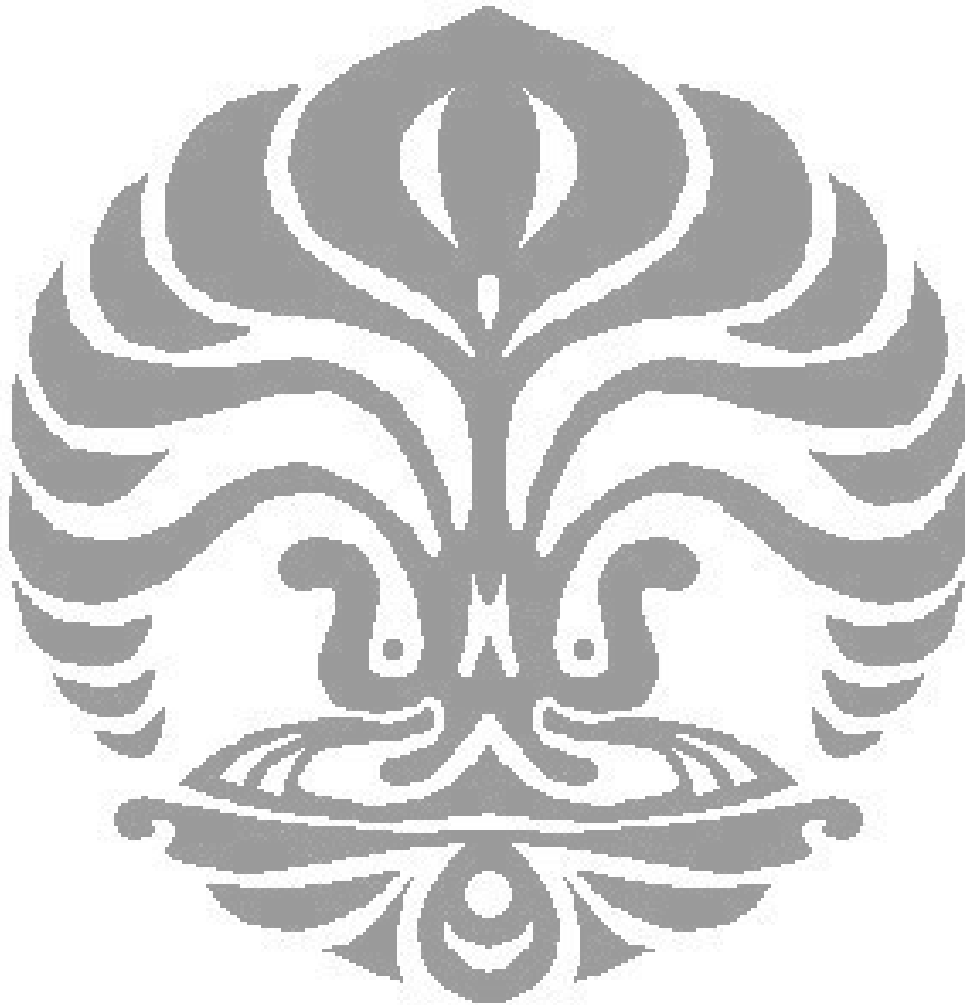
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 : Model Promosi Kesehatan .....	37



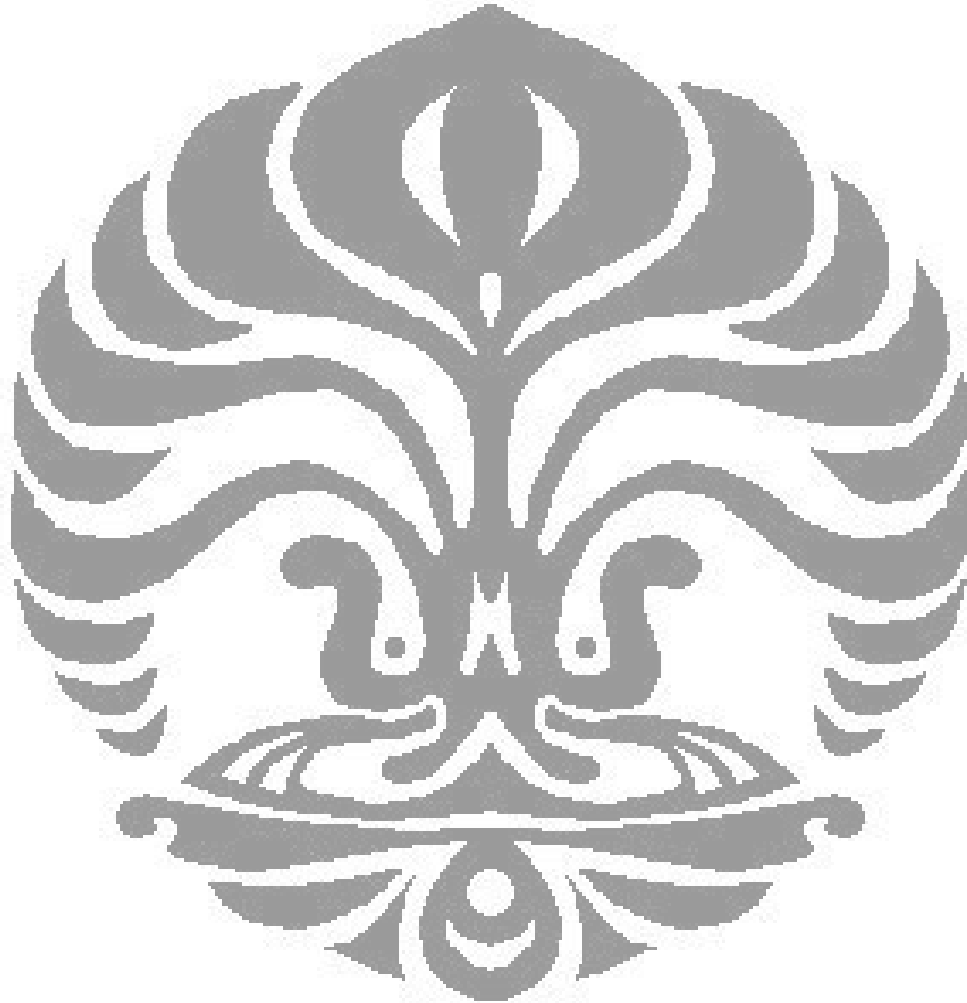
**DAFTAR SKEMA**

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian .....	42
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	43



**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Persetujuan Penelitian
- Lampiran 3 : Kuesioner A
- Lampiran 4 : Kuesioner B
- Lampiran 5 : Kuesioner C
- Lampiran 6 : Kuesioner D
- Lampiran 7 : Paket Edukasi



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan suatu kondisi sel tubuh kehilangan kemampuannya dalam mengendalikan kecepatan pembelahan dan pertumbuhannya. Jaringan akan tumbuh secara tidak terkontrol dan dapat bersifat fatal (Otto, 2001). Kanker menjadi masalah kesehatan secara global karena angka kematiannya sangat tinggi di seluruh dunia terutama di negara berkembang. Diperkirakan lebih dari 7,5 juta penduduk dunia meninggal karena kanker pada 2005 dan lebih dari 70% dari kematian tersebut berada pada negara yang berpenghasilan rendah dan sedang (WHO, 2006). Kanker juga merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung pada segala usia (Otto, 2001).

Kanker pada organ reproduksi perempuan memiliki angka kejadian yang tinggi. The American Cancer Society (ACS) memperkirakan sekitar 77.500 perempuan di Amerika terdiagnosis kanker organ reproduksi pada tahun 2000 dan meninggal sebanyak 26.500 orang (Otto, 2001). Salah satu dari kanker organ reproduksi perempuan adalah kanker serviks. Di dunia insiden kanker serviks adalah nomor kedua terbanyak setelah kanker payudara, namun merupakan penyebab kematian nomor satu akibat kanker pada perempuan di dunia (YKI, 2008).

Kanker serviks sampai saat ini merupakan salah satu penyebab kematian kaum perempuan yang cukup tinggi, baik di negara-negara maju maupun di negara berkembang seperti Indonesia (YKI, 2008). Pada tahun 2005 di seluruh dunia, diperkirakan terjadi sekitar 500.000 kasus baru kanker serviks dengan sekitar 90% terdapat di negara berkembang. Pada tahun 2005 telah terjadi sekitar 260.000 kematian akibat kanker serviks dan sekitar 95% terjadi di negara-negara sedang berkembang (WHO, 2006). Di Indonesia, diperkirakan setiap harinya terjadi 41 kasus baru kanker serviks dan 20 perempuan meninggal dunia karena penyakit tersebut (YKI, 2008).

Tingginya angka morbiditas dan mortalitas akibat kanker serviks disebabkan pasien sering datang terlambat dalam mendapatkan pertolongan. Kebanyakan pasien kanker serviks datang pada stadium lanjut. Dari penelitian telah didapatkan data bahwa pasien yang datang dengan stadium IIb-IVb sebanyak 66,4%. Kebanyakan pasien kanker serviks datang dengan stadium IIIb yaitu sebanyak 37,3% atau lebih dari 1/3 kasus. Pasien kanker serviks yang datang pada stadium awal yaitu Ia-IIa hanya sebanyak 28,6%. Data tersebut menunjukkan bahwa banyak penderita yang datang sangat terlambat dan mencari pertolongan hanya setelah terjadi perdarahan karena pada stadium dini sering tidak menimbulkan gejala (Aziz, 2001).

Kanker serviks pada stadium lanjut merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan serta mempunyai perjalanan penyakit yang kronik dan mematikan. Berkaitan dengan hal tersebut, pasien kanker serviks pada stadium lanjut harus menjalani terapi yang kompleks dalam waktu yang cukup lama. Pada tahap prakanker pengobatan dilakukan mulai dari destruksi lokal misalnya kauterisasi sampai dengan pengangkatan rahim sederhana (*histerektomi*). Sedang pada kanker invasif umumnya pengobatan dengan operasi, radiasi, kemoterapi, atau kombinasi. Jenis pengobatan diberikan sesuai dengan perkembangan stadium kanker serviks. Operasi dilakukan pada stadium awal (Ia-IIa), radiasi dapat diberikan pada stadium awal atau lanjut tetapi kanker masih terbatas di panggul, sedang kemoterapi diberikan pada stadium lanjut dan sudah menyebar jauh atau dapat diberikan bila terjadi residif atau kambuh (Aziz, 2001).

Angka kematian yang cukup tinggi dari kanker serviks sejalan dengan kompleksnya dampak yang dialami oleh perempuan penderita kanker serviks. Dampak yang dialami dapat secara fisik, psikologis maupun sosial. Dampak fisik berupa kelemahan dan anemia akibat perdarahan yang berawal dari perdarahan yang dialami segera setelah senggama dan berlanjut dengan perdarahan spontan pada stadium yang lebih lanjut, rasa nyeri akibat infiltrasi sel tumor ke serabut syaraf, serta akibat lain yang disebabkan metastase yang lebih jauh. Sebelum stadium akhir, penderita meninggal akibat perdarahan ekstsif, kegagalan faal ginjal, akibat infiltrasi tumor ke ureter sebelum memasuki kandung kemih, yang menyebabkan obstruksi total (Aziz, Andrijono & Saifudin, 2006).

Pemberian kemoterapi pada pasien kanker tidak dibatasi dengan penggunaan satu obat. Biasanya kemoterapi berupa kombinasi dari obat yang bekerja bersama untuk membunuh sel kanker. Mengkombinasikan obat yang memiliki mekanisme aksi yang berbeda di dalam sel dapat meningkatkan pengrusakan dari sel kanker dan mungkin dapat menurunkan risiko perkembangan kanker yang resisten terhadap salah satu jenis obat (Abdulmuthalib, 2006). Salah satu jenis kombinasi kemoterapi pada kanker serviks adalah Platamin/ Cisplatin, Vincristine dan Bleomycin (PVB). Hasil penelitian pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi PVB sebelum operasi dan radioterapi telah didapatkan respon yang positif (Kirsten, et al, 2005).

Penderita kanker serviks yang menjalani rangkaian terapi seperti kemoterapi akan mengalami efek samping seperti perdarahan, depresi sumsum tulang yang memudahkan terjadinya infeksi, mual, muntah, anoreksia, stomatitis, dan kerontokan rambut (Herdata, 2008). Dampak psikologis juga dialami oleh pasien kanker serviks berupa distress psikososial terhadap diagnosis kanker yang dihadapinya dan efek samping dari rangkaian terapi yang dijalani pasien. Perubahan fisik dan psikologis yang dialami oleh pasien akan ikut memberikan pengaruh dalam kehidupan sosial pasien seperti dalam perubahan status pekerjaan, perubahan hubungan dalam masyarakat atau perubahan peran sebagai istri dan ibu. Hal tersebut akan menimbulkan dampak masalah sosial bagi pasien penderita kanker serviks.

Kemoterapi mempunyai kontribusi terjadinya malnutrisi karena berbagai sebab antara lain mual, muntah, stomatitis, gangguan saluran pencernaan, dan penurunan nafsu makan. Derajat keparahan mual dan muntah pada pasien kemoterapi sangat dipengaruhi oleh jenis kemoterapi yang diberikan. The American Society of Clinical Oncology (ASCO) membuat klasifikasi kemoterapi berdasarkan risiko terjadinya muntah akut dan lambat. Kemoterapi jenis cisplatin, mechlorethamine, cyclophosphamide, carmustine, dacarbazine, dan dactinomycin memiliki efek muntah yang berat (National Cancer Institute, 2008). Muntah dapat terjadi dalam 24 jam pemberian (akut) atau setelah 24 jam pemberian (lambat). Dalam sebuah penelitian pada pasien yang mendapat kemoterapi dengan efek muntah berat didapatkan hasil 35% mengalami mual akut dan 60% mengalami muntah akut,



60% mengalami mual lambat dan 50% mengalami muntah lambat (Grunberg, Deuson & Mavros, 2004). Sebuah penelitian lain pada pasien kanker paru yang telah menjalani kemoterapi didapatkan hasil bahwa setelah siklus pertama 47% pasien mengalami muntah tingkat satu dan dua. Setelah siklus kedua sebanyak 48,6% pasien mengalami muntah tingkat satu dan 45% pasien mengalami muntah tingkat dua. Setelah siklus ketiga sebanyak 30,5% pasien mengalami muntah tingkat satu dan 41,6% pasien mengalami muntah tingkat dua (Bahl, et al, 2006).

Kondisi mual muntah yang berat pada pasien kanker dengan kemoterapi memberikan berbagai dampak baik secara fisik maupun psikologis. Dampak secara fisik seperti dehidrasi, malnutrisi, dan intoleransi aktivitas. Dampak secara psikologis akan menimbulkan kecemasan dan depresi (Otto, 2001). Perubahan pola nutrisi karena efek mual muntah secara terus menerus akan mempengaruhi status nutrisi pasien kanker dengan kemoterapi. Hariani (2006) menjelaskan status nutrisi juga dapat mempengaruhi hasil dari pengobatan kemoterapi. Penderita dengan malnutrisi sering tidak dapat mentoleransi terapi termasuk kemoterapi dan lebih mempunyai kecenderungan mengalami lebih banyak efek samping terhadap terapi kanker. Pada sebuah penelitian tentang status nutrisi dan psikologis pada pasien kanker gastrointestinal, didapatkan hasil bahwa status nutrisi yang buruk dan kecemasan dapat mempengaruhi beratnya efek samping *treatment* kanker (Tian, Chen & Hang, 2007).

Keluhan fisik selain mual muntah yang dialami oleh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi adalah *fatigue*/ lemah dan lesu. National Comprehensive Cancer Network/ NCCN (2009) menyatakan bahwa sekitar 70%-100% pasien kanker mengalami *fatigue*. Kondisi ini menggambarkan suatu keadaan pasien yang mengalami intoleransi aktivitas, kehilangan energi, atau kelemahan. Keluhan *fatigue* sulit dijelaskan dan banyak pasien menggambarannya dengan berbagai cara seperti mengeluh lelah, lemah, kehabisan tenaga, lesu, merasa berat, dan lamban. Namun *fatigue* dapat didefinisikan sebagai suatu perasaan subyektif tentang kelelahan secara fisik, emosi, dan atau kognitif yang berhubungan dengan kanker atau terapi kanker yang mengganggu aktivitas harian dan fungsi normal (NCCN, 2009).

Lemah dan lesu yang ditimbulkan karena kanker dapat disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis. Faktor fisik meliputi anemia, gangguan metabolisme, dan gangguan nutrisi akibat mual muntah. Faktor psikologis meliputi depresi dan kecemasan (Iop, Manfredi & Bonura, 2004). Penyebab lain dari adanya lemah dan lesu pada pasien kanker adalah karena terapi kanker yang didapat. Beberapa studi menjelaskan bahwa adanya terapi kanker seperti kemoterapi mempengaruhi timbulnya lemah dan lesu pada pasien kanker (Fan, et al, 2005, Jong, et al, 2004).

Lemah dan lesu sebagai akibat dari kemoterapi berhubungan dengan mekanisme kerja kemoterapi yang berdampak pada toksisitas hematologi. Kemoterapi tidak hanya mempengaruhi sel kanker tetapi juga mengganggu fungsi siklus sel normal dengan menurunkan absorpsi nutrisi sel yang penting. Gangguan pada pembentukan sel darah pada sumsum tulang atau myelosupresi menyebabkan penurunan sel darah merah, trombosit, dan leukosit yang ikut mempengaruhi terjadinya kondisi lemah dan lesu (Otto, 2001).

Lemah dan lesu pada pasien kanker dapat memberikan dampak yang besar baik secara fisik, emosi, sosial, dan keuangan. Survey dari *Fatigue Coalition* (2000) menemukan bahwa dampak secara fisik sebanyak 56% mengalami kesulitan melakukan pekerjaan, 56% kesulitan menaiki tangga, dan 69% kesulitan berjalan dalam jarak jauh. Dampak dalam aspek emosi dan sosial yaitu 59% menyatakan kesulitan melakukan sosialisasi dengan teman dan 30% mengalami gangguan melakukan hubungan seksual. Dampak secara keuangan yaitu sebanyak 71% mengalami kehilangan satu atau dua hari kerja dalam seminggu dan 28% menyatakan berhenti bekerja sama sekali.

Masalah psikologis utama yang dialami oleh penderita kanker serviks stadium lanjut adalah distress psikologis berkaitan dengan diagnosis kanker atau masalah fisik dan sosial yang dialami sebagai akibat dari kanker dan terapinya. Kubler Ross menyatakan bahwa respon psikologis terhadap sakit meliputi menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan menerima. Kesulitan pada pasien untuk melalui tahapan sampai dengan tahap menerima keadaan sakitnya akan menyebabkan distress psikologis yang berkepanjangan sehingga menyebabkan depresi dan tidak

kooperatif, baik dalam hal pengobatan maupun menjaga kesehatan tubuh (Potter & Perry, 2000). Sebuah penelitian tentang distress psikologis pada 265 pasien kanker pada awal kemoterapi didapatkan hasil bahwa kondisi tersebut secara signifikan mempengaruhi tingkat kecemasan dan depresi serta menurunkan kualitas kehidupan mereka (Iconomou, et al (2008). Sebuah penelitian lain tentang distress, cemas, dan depresi pada 117 pasien kanker yang menjalani kemoterapi, didapatkan hasil sebanyak 15,3% mengalami cemas dan 16,2% mengalami depresi (Pandey, et al , 2006).

Proses perjalanan penyakit yang kronik, bersifat progresif serta efek samping pengobatan pada penyakit kanker serviks stadium lanjut dapat menimbulkan penurunan fungsi fisik, psikologis dan sosial yang akan mempengaruhi kualitas hidup penderita. Sebuah penelitian tentang kualitas kehidupan pasien kanker serviks, mendapatkan hasil bahwa responden mengalami masalah memburuknya fungsi sosial, masalah konstipasi, diare, gangguan gambaran diri, masalah seksual dan keuangan. Masalah-masalah tersebut menyebabkan menurunnya kualitas hidup mereka (Park et all, 2007).

Masalah fisik dan psikososial yang dialami oleh penderita sebagai efek perjalanan penyakit kanker dan kemoterapi akan dapat berkurang jika pasien memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan perawatan diri sendiri (*self care*). Dorothea E. Orem menggambarkan *self care* sebagai aktifitas yang dilakukan individu atas usaha sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan (Tomey & Alligood, 2006). Perawat maternitas sesuai perannya sebagai edukator perlu untuk memberikan bantuan dengan memberikan pendidikan kesehatan dengan harapan pada akhirnya pasien dapat melakukan tindakan perawatan diri sendiri untuk meningkatkan tingkat kesehatannya.

Pendidikan kesehatan yang diberikan berkaitan dengan keluhan mual muntah akibat kemoterapi dapat meliputi konseling tentang pengaturan nutrisi untuk menurunkan rasa mual muntah berlebihan. Keluhan keletihan dapat dikurangi dengan menganjurkan pasien untuk melakukan konservasi energi dan melakukan teknik

relaksasi. Masalah psikososial yang timbul dapat diatasi dengan memfasilitasi peningkatan coping pasien melalui pemberian informasi, pemberian dukungan dan peningkatan sistem pendukung (Barry, 1996). Teknik relaksasi juga dapat diajarkan pada pasien untuk meningkatkan kondisi fisik dan psikologis. Salah satu teknik relaksasi yang dikenal adalah teknik relaksasi otot progresif/ *progressif muscle relaxation*. Teknik relaksasi ini sesuai untuk dilakukan pada pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi karena terbukti efektif mengurangi mual muntah antisipatori ataupun setelah pemberian kemoterapi (Yoo, et al. 2005). Manfaat lain teknik relaksasi ini secara psikologis dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas kehidupan (Cheung, Molassiotis & Chang, 2002).

Penelitian yang berkaitan dengan terapi yang diberikan untuk menurunkan keluhan fisik akibat efek kemoterapi seperti mual muntah, keletihan serta masalah psikososial pada pasien kanker sampai saat ini banyak dilakukan. Dalam menurunkan keluhan mual dan muntah telah dilakukan penelitian tentang latihan relaksasi otot progresif pada pasien dengan keluhan mual muntah akibat kemoterapi. Dari penelitian didapatkan hasil penurunan respon mual muntah pada responden (Carvalho, Martin & Santos, 2007). Penelitian lain oleh Osborn, Demoneada, dan Feuerstein (2006) tentang terapi psikososial terhadap kecemasan, depresi, dan kualitas hidup pada pasien kanker menunjukkan hasil yang efektif. Penelitian lain yaitu tentang konseling nutrisi yang diberikan pada pasien kanker sebelum mendapatkan terapi memberikan hasil efektif menurunkan kejadian malnutrisi pasien kanker setelah terapi (Ravasco, 2005). Sedangkan penelitian tentang keletihan pada pasien kanker dilakukan oleh Barsevic, et al (2004) tentang program konservasi energi, didapatkan hasil terdapat penurunan tingkat keletihan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Di beberapa Rumah Sakit mulai dikembangkan paket edukasi tentang perawatan di rumah untuk mengatasi keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Berdasarkan hasil observasi peneliti pada tempat penelitian yaitu di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan diri pada pasien dengan kemoterapi telah diberikan secara rutin oleh perawat sesuai kebutuhan pasien. Namun sejak awal Mei 2009

pemberian pendidikan kesehatan diberikan dalam bentuk paket edukasi yang lebih terstruktur dengan materi yang lebih lengkap meliputi pengaturan nutrisi, pengaturan aktivitas, aspek psikologis, serta latihan relaksasi otot progresif. Pada studi ini peneliti ingin mengetahui hubungan pelaksanaan paket edukasi yang berisi tentang perawatan diri pasca kemoterapi dengan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

## 1.2 Rumusan Masalah

Pasien kanker serviks yang telah mendapatkan kemoterapi akan mengalami banyak masalah baik secara fisik, maupun psikologis sebagai efek dari perjalanan kanker atau efek samping dari kemoterapi. Pada pasien yang mendapatkan kemoterapi dengan jenis tertentu yang memiliki efek mual muntah berat. Kondisi mual muntah yang berat pada pasien kanker dengan kemoterapi memberikan berbagai dampak baik secara fisik maupun psikologis. Dampak secara fisik seperti dehidrasi, malnutrisi, dan intoleransi aktivitas. Dampak secara psikologis akan menimbulkan kecemasan dan depresi. Perubahan pola nutrisi karena efek mual muntah secara terus menerus akan mempengaruhi status nutrisi pasien kanker dengan kemoterapi. Penderita dengan malnutrisi sering tidak dapat mentoleransi terapi termasuk kemoterapi dan lebih mempunyai kecenderungan mengalami lebih banyak efek samping terhadap terapi kanker.

Keluhan fisik lain yang dialami oleh mayoritas pasien kanker yang menjalani terapi adalah lemah dan lesu. Perjalanan penyakit kanker yang kronis dan sistem kerja kemoterapi yang ikut merusak siklus hidup sel tubuh normal ikut mempengaruhi terjadinya lemah dan lesu. Lemah dan lesu pada pasien kanker dapat memberikan dampak yang besar baik secara fisik, emosi, sosial, dan keuangan

Masalah psikologis utama yang dialami oleh penderita kanker serviks stadium lanjut adalah distress psikologis berupa kecemasan dan depresi berkaitan dengan diagnosis kanker atau masalah fisik dan sosial yang dialami sebagai akibat dari kanker dan terapinya. Kesulitan pada pasien untuk melalui tahapan penerimaan sakit akan menyebabkan distress psikologis yang berkepanjangan sehingga menyebabkan

depresi dan tidak kooperatif, baik dalam hal pengobatan maupun menjaga kesehatan tubuh.

Keluhan fisik berupa mual muntah dan keletihan yang berat serta kondisi psikologis yang kurang baik akan semakin memperburuk kondisi pasien. Penurunan kondisi pasien secara fisik dan psikologis akan dapat mempengaruhi proses pemberian kemoterapi pada seri selanjutnya, di mana efek lanjut yang kurang baik atau terapi yang tidak dapat memberikan hasil yang optimal.

Pasien di Rumah Sakit yang telah mendapatkan paket edukasi tentang perawatan diri setelah menjalani kemoterapi perlu untuk dilakukan evaluasi tentang perkembangan kondisi fisik dan psikologis setelah menjalani paket edukasi selama di rumah. Sampai dengan saat ini masih belum banyak diketahui bagaimana hubungan pelaksanaan paket edukasi dengan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan maka rumusan masalah penelitian ini adalah: “Bagaimana hubungan pelaksanaan paket edukasi terhadap keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi”

### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah diidentifikasinya hubungan pelaksanaan paket edukasi terhadap keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah, diidentifikasinya:

- a. Karakteristik responden berupa umur, pendidikan, pekerjaan, lama didiagnosa kanker, dan frekuensi kemoterapi.
- b. Hubungan karakteristik responden dengan keluhan mual muntah
- c. Hubungan karakteristik responden dengan keluhan lemah lesu
- d. Hubungan karakteristik responden dengan respon psikologis

- e. Perbedaan keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi
- f. Perbedaan keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi
- g. Perbedaan respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi

#### 1.4 Manfaat penelitian

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat/ pasien dan setiap petugas kesehatan khususnya bagi perawat yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks. Manfaat tersebut meliputi manfaat bagi institusi pelayanan kesehatan, pendidikan keperawatan, penelitian selanjutnya dan bagi pasien.

##### a. Manfaat bagi institusi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini dapat menjadikan dasar pemikiran dalam pembuatan paket edukasi yang lebih terstruktur dalam ruangan tersebut. Hasil penelitian juga dapat sebagai *evident base practice* dalam memberikan pelayanan kepada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

##### b. Bagi pendidikan keperawatan

Memberikan gambaran yang berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan Maternitas dalam menurunkan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi

##### c. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai gambaran dan dasar bagi penelitian selanjutnya, terutama yang berkaitan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

##### d. Bagi pasien

Paket edukasi yang telah diberikan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan melakukan perawatan diri untuk menurunkan masalah fisik seperti mual muntah serta lemah lesu dan masalah psikologis seperti kecemasan dan depresi yang timbul sebagai akibat dari penyakit kanker dan kemoterapi

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang landasan teori yang berkaitan dengan kanker serviks, kemoterapi, masalah nutrisi pada pasien kanker, teknik relaksasi progresif, *fatigue*/lemah lesu, aspek psikologis pasien kanker, konsep pendidikan kesehatan dan peran perawat maternitas.

#### 2.1 Kanker Serviks

##### 2.1.1 Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks adalah sejenis kanker yang terjadi pada serviks yang berasal dari sel epitel, fibroblast, pembuluh darah dan limfe (Suwiyoga, 2006). Proses terjadinya kanker serviks berhubungan erat dengan proses metaplasia sel di daerah sambungan antara epitel skuamo dan epitel kolumnar serviks yang menimbulkan sel-sel yang berpotensi ganas (Sjamsuddin, 2001).

Kanker serviks dimulai dengan adanya suatu perubahan dari sel serviks normal menjadi sel abnormal yang kemudian membelah diri tanpa terkendali. Sel serviks yang abnormal ini dapat berkumpul menjadi tumor yang bersifat jinak atau ganas (Rasjidi & Sulistiyanto, 2007).

##### 2.1.2 Penyebab Kanker Serviks

Penyebab utama kanker servik adalah infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV). Lebih dari 90% kanker servik jenis skuamosa mengandung DNA virus HPV dan 50% kanker servik berhubungan dengan HPV tipe 16. Penyebaran Virus ini terutama melalui hubungan seksual (Aziz, Andrijono & Saifudin, 2006). Selain faktor penyebab utama dari infeksi HPV, terdapat beberapa faktor risiko. Faktor risiko dari kanker serviks yaitu mulai melakukan hubungan seksual pada usia < 20 tahun, pemakaian kontrasepsi oral jangka panjang, defisiensi nutrisi yaitu kekurangan beta karoten, Vitamin C, dan perokok (Sjamsuddin, 2001)



### 2.1.3 Patofisiologi Kanker Serviks

Kanker serviks mulai timbul di batas antara sel yang melapisi ektoerviks dan endoserviks, kanalis serviks yang disebut *squamocolumnar junction* (Sukardja, 2000). Pertumbuhan kanker serviks diawali dengan sel yang mengalami mutasi kemudian berkembang menjadi sel displastik yang disebut displasia, yaitu pertumbuhan sel abnormal yang mencakup berbagai lesi epitel yang secara sitologi atau morfologi berbeda dibandingkan dengan sel epitel normal. Pada kondisi displasia belum mengenai sel epitel basalis dan belum menunjukkan karakteristik keganasan. Displasia dimulai dari displasia ringan, sedang, sampai berat. Perkembangan selanjutnya adalah menjadi kanker insitu (KIS) dan akhirnya menjadi kanker invasif (Suwiyoga, 2006).

Infeksi pada mulut rahim bisa menghasilkan perubahan histologi yang digolongkan menjadi Cervical Intra-epithelial Neoplasia (CIN) derajat 1,2 atau 3 didasarkan pada derajat kerusakan dari sel epitel pada mulut rahim atau adenokarsinoma insitu. CIN 1 biasanya sembuh spontan (60% dari seluruh kasus) dan beberapa di antaranya berkembang ke arah keganasan sebanyak 1% (Rasjidi & Sulistiyanto, 2007).

### 2.1.4 Klasifikasi Kanker Serviks

International Federation of Gynaecology (2000) membuat klasifikasi kanker serviks berdasarkan perkembangan secara klinis sesuai tabel 2.1 sebagai berikut

Tabel 2.1 Klasifikasi Kanker Serviks

Stadium	Perkembangan klinis
Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intra epitelial
Stadium 1	Karsinoma masih terbatas di serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)
Stadium Ia	Invasi kanker ke stroma hanya dapat dikenali secara mikroskopik, lesi yang dapat dilihat secara langsung walau dengan invasi yang sangat superfisial. Kedalaman invasi ke stroma tidak lebih dari 5 mm dan lebarnya lesi tidak lebih dari 7 mm
Stadium Ia1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih dari 3 mm dan lebar tidak lebih dari 7 mm
Stadium Ia2	Invasi ke stroma dengan kedalaman lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan lebar tidak lebih dari 7 mm
Stadium Ib	Lesi terbatas di serviks atau secara mikroskopis lebih dari Ia
Stadium Ib1	Besar lesi secara klinis tidak lebih dari 4 cm.
Stadium Ib2	Besar lesi secara klinis lebih dari 4 cm
Stadium II	Telah melibatkan vagina, tetapi belum sampai 1/3 bawah atau infiltrasi ke parametrium belum mencapai dinding panggul
Stadium IIa	Telah melibatkan vagina tapi belum melibatkan parametrium
Stadium IIb	Infiltrasi ke parametrium, tetapi belum mencapai dinding panggul
Stadium III	Telah melibatkan 1/3 bawah vagina atau adanya perluasan sampai dinding panggul
Stadium IIIa	Keterlibatan 1/3 bawah vagina dan infiltrasi parametrium belum mencapai dinding panggul
Stadium IIIb	Perluasan sampai dinding panggul atau adanya hidronefrosis atau gangguan fungsi ginjal
Stadium IV	Perluasan ke luar organ reproduktif
Stadium IVa	Keterlibatan mukosa kandung kemih atau mukosa rectum
Stadium IVb	Metastase jauh atau telah keluar dari rongga panggul

Sumber: International Federation of Gynaecology (2000)

#### 2.1.5 Manifestasi Klinik Kanker Serviks

Tanda dini kanker servik tidak spesifik seperti adanya sekret vagina yang agak banyak dan kadang-kadang dengan bercak perdarahan setelah bersetubuh. Pada kondisi kanker serviks lanjut akan terjadi perdarahan yang semakin banyak, lebih sering dan berlangsung lebih lama. Sekret vagina yang berbau juga dapat ditemukan terutama dengan nekrosis lanjut. Pada stadium lanjut ketika tumor telah menyebar dari serviks dan melibatkan jaringan di rongga pelviks dapat dijumpai tanda lain seperti nyeri yang menjalar ke pinggul atau kaki. Beberapa penderita mengeluhkan nyeri berkemih, hematuria, perdarahan rektum, sampai sulit berkemih dan buang air besar. Penyebaran ke kelenjar getah bening tungkai bawah dapat menimbulkan edema tungkai bawah (Aziz, Andrijono & Saifudin 2006).

### 2.1.6 Penegakan Diagnosis dan *Staging* Kanker Serviks

Penegakan diagnosis kanker serviks dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan sitologi atau biopsi jaringan ektoerviks dan endoserviks. Apabila biopsi jaringan tidak didapatkan, maka pengambilan contoh jaringan dilakukan dengan konisasi serviks. Untuk *staging* kanker serviks dilakukan secara klinis yaitu data diambil melalui pemeriksaan klinik, pemeriksaan radiografi, sitoskopi, dan evaluasi patologi dari jaringan biopsi dan kuretase (Otto, 2001; Sjamsuddin, 2001)

### 2.1.7 Penatalaksanaan Medis Kanker Serviks

Penatalaksanaan medis pada penyakit kanker serviks prainvasif berdasarkan dari luasnya penyakit. Pasien dengan tahap prainvasif dapat diberikan *cryosurgery*, *electrocautery* atau *carbon dioxide laser ablation*. Konisasi pada serviks juga dapat dilakukan pada perempuan yang masih menginginkan kesuburan. Sedangkan pada pasien yang tidak menginginkan kehamilan dapat dilakukan histerektomi. Pada stadium I-IIa dapat diterapi dengan pembedahan saja, radiasi saja atau kombinasi keduanya. Sedangkan pada tahap lanjut atau stadium IIB-Ib dilakukan radiasi atau kombinasi dengan kemoterapi dan jika memungkinkan dapat dilakukan operasi (Otto, 2001).

Penatalaksanaan medis pada kanker serviks bergantung pada stadium kanker serviks (Aziz, Andrijono, & Saifudin, 2006; Sukardja, 2000; Otto, 2001)

#### a. Mikroinvasi, stadium Ia1

Pada stadium ini tanpa invasi pembuluh darah dan limfe kemungkinan penyebaran ke kelenjar getah bening regionalnya tidak lebih dari 1%. Hal ini memungkinkan untuk dilakukan tindakan terapi yang lebih konservatif seperti histerektomi simpel. Bila dijumpai invasi pembuluh darah atau limfe sebaiknya dilakukan histerektomi radikal atau radiasi bila ada indikasi kontra tindakan operasi

#### b. Stadium Ia2

Kasus pada stadium ini harus dilakukan histerektomi radikal dengan limfadenektomi kelenjar getah bening pelvis atau radiasi bila ada indikasi kontra tindakan operasi. Bila dijumpai invasi limfe atau vaskular sebaiknya dilakukan histerektomi dan limfadenektomi atau radiasi karena kemungkinan adanya anak sebar ke kelenjar getah bening

### c. Stadium Ib

Stadium Ib1 pengobatannya adalah dengan histerektomi radikal dengan limfadenektomi kelenjar getah bening pelvis dengan/ tanpa kelenjar getah bening paraaorta. Hasil yang sama efektifnya didapat bila diberikan terapi radiasi. kedua terapi ini memberikan tingkat kelangsungan hidup yang sama, tetapi pada penderita usia muda operasi radikal lebih disukai karena dapat mempertahankan fungsi ovarium.

### d. Stadium IIa

Terapi optimal pada kebanyakan stadium IIa adalah kombinasi radiasi eksternal dan radiasi intrakaviter. Operasi radikal dengan pengangkatan kelenjar getah bening pelvis dan paraaorta serta pengangkatan vagina bagian atas dapat memberikan hasil yang optimal asalkan tepi sayatan bebas dari invasi sel tumor.

### e. Stadium IIb, III dan IVa

Pada kasus stadium lanjut ini tidak mungkin dilakukan tindakan operatif karena tumor telah menyebar jauh ke luar dari serviks. Pemberian kombinasi kemoradiasi akan meningkatkan keberhasilan terapi sampai 30%.

### f. Stadium IVb

Kasus dengan stadium terminal ini, pasien jarang dapat bertahan hidup sampai setahun sejak didiagnosis. Penderita stadium IVb bila keadaan umum memungkinkan dapat diberikan kemoradiasi, tetapi hanya bersifat paliatif.

## 2.2 Kemoterapi

### 2.2.1 Prinsip Dasar Kemoterapi

Kemoterapi adalah metode pengobatan yang bersifat sistemik dengan menggunakan obat-obat sitotoksik/ anti kanker dalam terapi kanker (Otto, 2001). Kemoterapi bekerja dengan membunuh dengan cepat sel-sel yang membelah. Sel ini termasuk sel kanker yang terus membelah membentuk sel yang baru serta sel sehat yang pembelahannya cepat seperti pada sel tulang, saluran pencernaan, sistem reproduksi dan folikel rambut (Herdata, 2008).

Sel kanker menurut Otto (2001) mempunyai kemampuan untuk memperbanyak diri dan dengan kemampuan tersebut akhirnya mematikan sel awalnya yang normal serta kemudian melakukan ekspansi ke jaringan sekitarnya. Setiap sel tumor harus

dimatikan namun setiap sesi kemoterapi hanya membunuh sebagian sel kanker yang ada sehingga diperlukan seri yang berulang kali untuk membunuh keseluruhan jumlah sel kanker.

### 2.2.2 Metode Dasar Pemberian Kemoterapi

Kemoterapi bersifat sistemik dan berbeda dengan terapi lokal seperti pembedahan dan terapi radiasi. Menurut Otto (2001) terdapat empat cara penggunaan kemoterapi

#### a. Terapi adjuvant

Terapi ini biasanya diberikan sesudah pengobatan yang lain seperti pembedahan atau radiasi. Tujuan terapi adalah untuk memusnahkan sel-sel kanker yang masih tersisa atau metastase kecil yang ada (*micro metastasis*).

#### b. Terapi neoadjuvan

Terapi ini diberikan mendahului/ sebelum pengobatan/ tindakan yang lain seperti pembedahan atau penyinaran. Tujuannya adalah untuk mengecilkan massa tumor yang besar sehingga operasi atau radiasi akan lebih berhasil.

#### c. Terapi primer

Terapi ini bertujuan sebagai pengobatan utama pada tumor ganas yang diberikan pada kanker yang bersifat kemosensitif. Terapi biasanya diberikan terlebih dahulu sebelum pengobatan yang lain misalnya bedah atau radiasi.

#### d. Terapi induksi

Terapi ini ditujukan untuk secepat mungkin mengecilkan massa tumor atau jumlah sel kanker, contoh pada tumor ganas yang berukuran besar (*Bulky Mass Tumor*) atau pada keganasan darah seperti leukemia.

#### e. Terapi kombinasi

Terapi ini meliputi kombinasi dua atau lebih zat kemoterapi dalam terapi kanker, yang menyebabkan setiap pengobatan memperkuat aksi obat lainnya atau bertindak secara sinergis.

### 2.2.3 Syarat Pemberian Kemoterapi

Obat-obat antikanker bersifat sangat toksis, sehingga pada pemberian kemoterapi perlu dilakukan pemantauan toksisitas. Sebelum memberikan kemoterapi terlebih dahulu harus diketahui dengan baik bagaimana status pasien sebagai data dasar. Menurut POGI (2006) syarat pemberian kemoterapi meliputi kondisi umum pasien

cukup baik, pemeriksaan laboratorium normal (Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Ureum, Creatinin, Tes fungsi hati, EKG), serta histopatologi jelas. Persiapan aspek psikologis dari pasien sebelum pemberian kemoterapi juga diperlukan yang meliputi pengetahuan tentang kanker dan kemoterapi, pengalaman kemoterapi sebelumnya, serta dukungan dari keluarga (Burke, et al, 1996).

#### 2.2.4 Indikasi Pemberian Kemoterapi

Sukardja (2000) terdapat mengelompokkan tujuh indikasi pemberian kemoterapi yaitu:

##### a. Menyembuhkan kanker

Hanya beberapa jenis kanker yang dapat disembuhkan oleh kemoterapi seperti: akut limfoblastik leukemia, tumor wilm pada anak – anak, choriokarsinoma

##### b. Memperpanjang hidup dan remisi

Kemoterapi pada kanker yang sensitif terhadap kemoterapi walaupun merupakan penyakit progresif, seperti: akut myeloblastik leukemia, limfoma maligna stadium III dan IV, myeloma, kanker mama, kolon, ovarium dan testis

##### c. Memperpanjang interval bebas kanker

Walaupun kanker kelihatan masih lokal setelah operasi atau radioterapi, pengobatan perlu waktu cukup lama dan dosis tinggi dengan interval yang panjang untuk memberikan kesempatan jaringan normal pulih diantara pengobatan.

##### d. Menghentikan progresi kanker

Progresi penyakit diunjukkan secara subyektif, seperti anoreksia, penurunan berat badan, nyeri tulang.

##### a. Paliasi simpton

Pada kanker yang terdapat pada tempat-tempat yang tidak cocok untuk radiasi, dapat diberikan sitostatika walaupun obat itu tidak memberikan respon yang baik sebagai terapi sistemik.

##### b. Mengecilkan volume kanker

Terapi ini bertujuan untuk mengecilkan volume tumor prabedah atau pra radioterapi.

### 2.2.5 Kontraindikasi Pemberian Kemoterapi

Kontraindikasi kemoterapi terbagi atas 2 macam, yaitu kontraindikasi absolut dan relatif. Kontraindikasi absolut adalah kondisi mutlak tidak dapat diberikan kemoterapi, sedangkan kontraindikasi relatif adalah adanya pertimbangan khusus dalam pemberiannya. Menurut Abdulmuthalib (2006) bahwa yang termasuk kontraindikasi absolut adalah penyakit terminal (harapan hidup sangat pendek), kehamilan trimester pertama (kecuali akan digugurkan), septikemia dan koma. Sedangkan yang termasuk kontraindikasi relatif adalah bayi dibawah tiga bulan, usia lanjut (terutama pada pasien dengan tumor yang tumbuh lambat dan kurang sensitif terhadap kemoterapi), status penampilan yang buruk, terdapat gagal organ yang parah, metastasis otak, demensia, pasien yang tidak dapat datang secara regular, pasien tidak kooperatif, serta jenis tumor resisten terhadap obat anti kanker.

### 2.2.6 Efek Samping Kemoterapi

Obat sitotoksik menyerang sel-sel kanker yang sifatnya cepat membelah. Obat ini juga dapat memiliki efek pada sel-sel tubuh normal yang mempunyai sifat cepat membelah seperti rambut, mukosa, sumsum tulang, kulit dan sperma. Toksisitas juga dapat terjadi sebagai efek pemberian kemoterapi pada beberapa organ seperti jantung, hati, ginjal dan sistem syaraf.

Terdapat beberapa efek samping kemoterapi yang sering ditemukan pada pasien dengan kemoterapi (Abdulmuthalib, 2006; Prayogo, 2008) yaitu:

#### a. Supresi sumsum tulang

Supresi sumsum tulang akibat kemoterapi disebut juga dengan *myelosupresion*. Sel-sel dalam sumsum tulang lebih cepat tumbuh dan membelah, sehingga sel-sel tersebut terkena efek kemoterapi. Obat kemoterapi akan menghambat proses pembentukan sel-sel darah baru di sumsum tulang.

#### b. Mukositis

Mukositis dapat terjadi pada rongga mulut, lidah, tenggorok, usus, dan rektum. Umumnya mukositis terjadi pada hari ke 5 sampai 7 setelah kemoterapi. Sekali mukositis muncul setelah kemoterapi diberikan, maka siklus berikutnya akan terjadi mukositis kembali, kecuali jika obat diganti atau dosis diturunkan.

### c. Mual dan muntah

Mual dan muntah terjadi karena peradangan dari sel-sel mukosa (mukositis) yang melapisi saluran cerna. Muntah dapat terjadi secara akut dalam 0-24 jam setelah kemoterapi, atau tertunda 24-96 setelah kemoterapi. Setiap obat kemoterapi memiliki derajat yang berbeda dalam menimbulkan mual atau muntah.

### d. Diare

Diare disebabkan karena kerusakan epitel saluran cerna sehingga absorpsi tidak adekuat.

### e. Alopesia

Kerontokan rambut/ alopesia sering terjadi pada kemoterapi akibat efek obat terhadap sel-sel folikel rambut. Kerontokan rambut biasanya terjadi antara hari ke 10 dan 21 setelah pemberian kemoterapi. Hal ini dapat terjadi secara tiba-tiba dan dalam jumlah yang banyak atau rambut mungkin rontok secara berangsur-angsur. Kerontokan rambut bersifat sementara dan dapat tumbuh kembali setelah kemoterapi dihentikan.

### f. Infertilitas

Spermatogenesis dan pembentukan folikel ovarium merupakan hal yang rentan terhadap efek toksik obat antikanker. Pria yang mendapatkan kemoterapi seringkali mengalami penurunan produksi sperma. Kemoterapi juga sering menyebabkan perempuan pramenopause mengalami penghentian menstruasi sementara atau menetap dan timbulnya gejala-gejala menopause. Hilangnya efek ini sangat tergantung dari umur, jenis obat yang digunakan, serta lama kemoterapi.

## 2.3 Mual dan Muntah Pada Pasien Kanker

### 2.3.1 Fisiologi Mual dan Muntah

Proses terjadinya mual muntah pada pasien kanker dengan kemoterapi dipengaruhi oleh stimulasi pada pusat muntah. Menurut Burke (1996), pusat muntah dipengaruhi oleh: kemoreseptor trigger zone (CTZ) yang distimulasi oleh toksin kemoterapi, stimulasi jaras otonom perifer (traktus gastrointestinal) serta stimulasi korteks serebral dan sistem limbik yang dipengaruhi oleh peningkatan kecemasan.



### 2.3.2 Faktor Predisposisi Mual Muntah

Mual muntah tidak dialami oleh semua pasien kanker. Penyebab yang paling umum adalah pemberian kemoterapi yang memberikan efek mual muntah. Terdapat beberapa faktor penyebab dari mual muntah pada pasien kanker. Beberapa karakteristik pasien ikut mempengaruhi terjadinya mual muntah seperti keparahan mual muntah kemoterapi sebelumnya, penggunaan alkohol kronis, dan jenis kelamin (Kris, Hesketh, Somerfield, 2006). Aspek psikologis juga dapat mempengaruhi respon mual muntah pada pasien kanker. Pada penelitian ditemukan bahwa kecemasan dan harapan pasien terhadap terapi mempengaruhi mual muntah (Higgins, Montgomery, Bubjerg, 2007; Roscoe, et al, 2004).

### 2.3.3 Tingkat Keparahan Mual dan Muntah

National Cancer Institute (2008) menyatakan bahwa mual dan muntah pada pasien kanker dapat dibedakan menjadi 5 tingkat seperti pada tabel 2.2 sebagai berikut

Tabel 2.2 Tingkat Keparahan Mual dan Muntah

	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3	Tingkat 4	Tingkat 5
Mual	Hilang selera makan, kebiasaan makan tidak berubah	Asupan makan berkurang tanpa penurunan BB bermakna; Cairan i.v. atau TPN perlu $\geq 24$ jam	Asupan kalori dan cairan oral tak memadai; Cairan i.v. tube feeding atau TPN perlu $\geq 24$ jam	Mengancam nyawa	Kematian
Muntah	1 episode dalam 24jam	2-5 episode/24jam Cairan i.v. perlu $< 24$ jam	$\geq 6$ episode/24 jam Cairan i.v. atau TPN perlu $\geq 24$ jam	Mengancam nyawa	Kematian

Sumber: NCI (2008)

### 2.3.4 Klasifikasi mual muntah

National Cancer Institute (2008) mengklasifikasikan mual muntah dalam 4 tipe yaitu:

#### a. Mual muntah akut

Mual muntah terjadi dalam 24 jam pertama setelah pemberian kemoterapi. Obat sitostatika dengan potensi mual muntah sedang sampai berat diperkirakan dapat menyebabkan mual muntah yang berulang tanpa pengobatan antiemetik.

#### b. Mual muntah lambat

Mual muntah terjadi setelah lebih dari 24 jam pemberian kemoterapi. Mual muntah tipe ini berhubungan dengan pemberian kemoterapi cisplatin dan cyclophosphamide.

#### c. Antisipatori mual muntah

Mual muntah terjadi pada awal siklus kemoterapi sebagai respon dari bau, pandangan dan suara dari ruang kemoterapi. Ini terjadi pada pasien yang sudah merasa mual atau rasa tidak enak diperut dan cemas, walaupun obat sitostatika belum diberikan.

#### d. Mual muntah kronik

Mual muntah yang bersifat kronik pada pasien kanker stadium lanjut berhubungan dengan berbagai faktor seperti gangguan persyarafan otak, pengaruh obat (morfin), atau toksikasi kemoterapi.

### 2.3.5 Potensi Muntah Berdasarkan Jenis Kemoterapi

*American Society of Clinical Oncology* membuat klasifikasi kemoterapi berdasarkan risiko terjadinya muntah akut dan lambat.

Tabel 2.3 Potensi Muntah Berdasarkan Jenis Kemoterapi

Risiko	Obat Sitostatika
Berat (Terjadi pada lebih dari 90% pasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cisplatin (Platinol)</li> <li>• mechlorethamine (Mustargen)</li> <li>• streptozotocin (Zanosar)</li> <li>• cyclophosphamide (Cytoxan), 1,500 mg/m<sup>2</sup></li> <li>• carmustine (BiCNU)</li> <li>• dacarbazine (DTIC-Dome)</li> <li>• dactinomycin</li> </ul>
Sedang (Terjadi pada 30 sampai 90 % pasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• carboplatin (Paraplatin)</li> <li>• cyclophosphamide (Cytoxan)</li> <li>• daunorubicin (DaunoXome)</li> </ul>
Ringan (Terjadi pada 10% sampai 30 % pasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mitoxantrone (Novantrone)</li> <li>• paclitaxel (Taxol)</li> <li>• docetaxel (Taxotere)</li> <li>• mitomycin (Mutamycin)</li> <li>• topotecan (Hycamtin)</li> <li>• gemcitabine (Gemzar)</li> <li>• etoposide (Vepesid)</li> <li>• pemetrexed (Alimta)</li> <li>• methotrexate (Rheumatrex)</li> <li>• cytarabine (Cytosar), less than 1,000 mg/m<sup>2</sup></li> </ul>
Sangat ringan (Terjadi pada kurang dari 10 % pasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vinorelbine (Navelbine)</li> <li>• bevacizumab (Avastin)</li> </ul>
Sangat ringan (Terjadi pada kurang dari 10 % pasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bleomycin (Blenoxane)</li> <li>• vinblastine (Velban)</li> <li>• vincristine (Oncovin)</li> <li>• busulphan (Myleran)</li> <li>• fludarabine (Fludara)</li> <li>• 2-chlorodeoxyadenosine (Leustatin)</li> </ul>

Sumber: National Cancer Institute (2008)

### 2.3.6 Penatalaksanaan Mual Muntah

#### a. Farmakologis

Beberapa terapi standar yang dapat menurunkan mual muntah pada pasien kanker pasca adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Rekomendasi Antiemetik

Kategori faktor risiko	Antiemetik
Tinggi (lebih dari 90%)	Diberikan sebelum kemoterapi , 3 kombinasi dari 5-HT <sub>3</sub> receptor antagonis , dexamethasone, dan aprepitant
Sedang (30%-90%)	Untuk pasien yang mendapatkan anthracycline dan cyclophosphamide, 3 kombinasi obat yaitu 5-HT <sub>3</sub> receptor antagonist, dexamethasone, dan aprepitant diberikan sebelum kemoterapi.  Untuk pasien yang mendapat jenis kemoterapi lain , 2 kombinasi yaitu 5-HT <sub>3</sub> receptor antagonis dan dexamethasone diberikan sebelum kemoterapi
Ringan (10%-30%)	Disarankan Dexamethasone (8 mg)
Sangat Ringan (kurang dari 10%)	Tidak ada obat antiemetik yang rutin diberikan

Sumber: National Cancer Institute (2008)

#### b. Nonfarmakologis

Strategi non farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengatasi mual muntah meliputi pengaturan nutrisi untuk menurunkan rasa mual muntah, akupresur serta teknik relaksasi seperti teknik relaksasi otot progresif. Akupresur merupakan suatu bentuk metode terapi dengan memberikan tekanan yang kuat dan terus menerus pada titik tertentu pada tubuh untuk menimbulkan relaksasi atau mengurangi mual (Mc Closkey & Bulecheck, 1996). Menurut pengobatan tradisional cina, tujuan akupresur adalah untuk mengatur dan menyeimbangkan energi dalam tubuh dan meningkatkan kesehatan agar optimal. Menurut ilmu kedokteran barat mekanisme akupresur dalam menurunkan mual adalah adanya mekanisme untuk menghentikan stimulus muntah ke pusat muntah, sehingga mual muntah dapat terkontrol.

Teknik relaksasi otot progresif merupakan salah satu jenis teknik relaksasi dengan cara menegangkan sekelompok otot tertentu kemudian melepaskan ketegangan itu (Ramdhani & Putra, 2007). Latihan relaksasi otot progresif menciptakan kondisi rileks secara sengaja pada beberapa otot utama tubuh. Pada saat kondisi relaksasi,

otot pada saluran pencernaan juga ikut menjadi rileks sehingga mual muntah berkurang.

#### 2.4 Masalah Nutrisi Pada Pasien Kanker

Masalah berkaitan dengan nutrisi yang sering ditemukan pada pasien kanker dan mengganggu status gizi adalah anemia, demam, anoreksi, diare, kandidiasis, mual, muntah, disfagia, dan malabsorpsi (Wilkes, 2000). Masalah gangguan pencernaan yang paling sering dialami oleh pasien kanker setelah mendapatkan kemoterapi adalah mual dan muntah. Kemoterapi atau toksin lain menimbulkan cedera pada sel-sel usus halus yang menyebabkan pelepasan substansi serotonin. Syaraf aferen lambung yang distimulasi oleh pelepasan serotonin mengirimkan impuls ke zona pemicu kemoreseptor dan pusat muntah (Burke, 1996)

Beberapa hal yang dapat disarankan pada pasien kanker yang mengalami masalah gangguan nutrisi akibat pemberian kemoterapi (Carpenito, 1995; Hariani, 2007; Wilkes, 2000)

##### a. Anoreksia

- Mengatasi gejala yang menyebabkan penurunan selera makan (nyeri, mual, diare, panas, gangguan pengecap)
- Melakukan tindakan untuk mengatasi masalah depresi atau emosi
- Makan sedikit tapi sering dengan makanan tinggi kalori tinggi protein dan kudapan tinggi nutrisi diantara jam makan serta saat akan tidur
- Memanfaatkan saat-saat ketika selera makannya timbul dan segera makan pada waktu merasa lapar
- Melakukan pemantauan berat badan secara teratur disamping pemantauan catatan harian makanan dan riwayat gejala.

##### b. Perubahan pengecap

- Melakukan perawatan gigi dan mulut secara teratur dan benar
- Menghindarkan bau dan penampilan makanan yang tidak menyenangkan
- Mencari jenis makanan yang bergizi tapi cukup lezat

- Minum cairan saat-saat makan dan minum cukup sering sepanjang hari agar mukosa mulut tetap basah
- Meningkatkan citarasa makanan dengan menambahkan bumbu makanan
- Menghidangkan makanan dengan penampilan yang menarik

c. Stomatitis dan esofagitis

- Menghindari makanan dan sari buah asam dan bumbu-bumbu pedas
- Menghindari makanan terlalu panas atau dingin
- Menghindari makanan yang keras
- Makan sedikit-sedikit tapi sering dengan makanan tinggi kalori tinggi protein
- Kumur mulut dengan larutan garam hangat sesudah makan dan saat akan tidur
- Sikat gigi dengan sikat yang lunak sedikitnya 2 kali sehari.

d. Mual muntah

- Menyiapkan tempat yang menarik untuk makan
- Makan sedikit-sedikit tapi sering
- Makanan harus dingin atau dengan suhu kamar, tidak berlemak, tidak pedas, lunak, dan tidak dengan bumbu merangsang
- Memisahkan waktu makan makanan padat dan cair sekitar 1 jam
- Menceba makanan yang berbeda-beda jenisnya
- Berdiam dulu selama 1-2 jam setelah makan
- Berada dalam keadaan rileks saat-saat diantara jam-jam makan dan jangan memikirkan makanan.

## 2.5 Teknik Relaksasi Otot Progresif atau *Progressive Muscle Relaxation*

Relaksasi otot progresif merupakan salah satu jenis teknik relaksasi dengan cara menegangkan sekelompok otot tertentu kemudian melepaskan ketegangan itu (Ramdhani & Putra, 2007). Relaksasi otot progresif ini merupakan salah satu bentuk metode relaksasi yang menjadi salah satu intervensi keperawatan mandiri

dalam menurunkan tingkat kecemasan pada pasien (Mc Closkey & Bulechek, 1996).

Berdasarkan penelitian dalam berbagai jurnal, relaksasi otot progresif efektif dalam menurunkan masalah fisik seperti mual muntah dan kelelahan, serta masalah psikologis seperti cemas dan depresi (Chan, et al, 2007; Molassiotis, et al, 2000). Latihan relaksasi otot progresif menciptakan kondisi rileks secara sengaja pada beberapa otot utama tubuh. Kondisi rileks akan menurunkan respon fisik berupa penurunan denyut nadi, denyut jantung serta pernapasan. Pada saat kondisi relaksasi, aliran darah akan menyebar secara merata sehingga sirkulasi darah menjadi lancar. Kondisi rileks juga terjadi pada otot pada saluran pencernaan sehingga mual muntah berkurang. Kondisi rileks secara fisik juga akan membawa kondisi rileks secara psikologis sehingga dapat menurunkan kecemasan dan depresi.

Mekanisme kerja dari relaksasi otot progresif didasarkan pada cara kerja sistem syaraf simpatis dan parasimpatis. Sistem syaraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem syaraf simpatis dan sistem syaraf parasimpatis yang bekerja saling berlawanan. Sistem syaraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energi pada saat terkejut, takut, cemas, atau berada dalam keadaan tegang. Pada kondisi seperti ini, sistem syaraf akan memacu aliran darah ke otot-otot *skeletal*, meningkatkan detak jantung dan kadar gula. Sistem syaraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase ketegangan dan menaikkan aliran darah ke sistem pencernaan (Sherwood, 1996).

## 2.6 *Fatigue*/ Lemah dan Lesu Pada Pasien Kanker

### 2.6.1 Pengertian

*Fatigue* merupakan suatu perasaan subyektif tentang kelelahan secara fisik, emosi dan atau kognitif yang berhubungan dengan penyakit kanker atau terapi kanker yang mengganggu aktivitas harian dan fungsi normal (National Comprehensive Cancer Network, 2009)

### 2.6.2 Penyebab

Berbagai faktor menjadi predisposisi terjadinya lemah lesu pada pasien kanker yaitu faktor secara fisik dan psikososial (Iop, Manfredi & Bonura, 2004; Otto, 2001).

Faktor-faktor predisposisi tersebut yaitu:

#### a. Faktor fisiologis meliputi

- Terapi kanker: kemoterapi, radioterapi, pembedahan

Keletihan sebagai akibat dari kemoterapi berhubungan dengan mekanisme kerja kemoterapi yang berdampak pada toksisitas hematologi. Kemoterapi tidak hanya mempengaruhi sel kanker tetapi juga mengganggu fungsi siklus sel normal dengan menurunkan absorpsi nutrient sel yang penting. Gangguan pada pembentukan sel darah pada sumsum tulang atau myelosupresi menyebabkan penurunan sel darah merah, trombosit dan leukosit yang ikut mempengaruhi terjadinya lemah dan lesu.

- Gangguan sistemik seperti anemia, infeksi, gangguan paru-paru, gagal hepar, gagal jantung, gagal ginjal, malnutrisi, gangguan neuromuskular, dan dehidrasi.
- Gangguan tidur
- Nyeri kronis
- Penggunaan medikasi seperti opioids

#### b. Faktor psikososial meliputi kecemasan dan depresi

Faktor psikososial dapat mempengaruhi perkembangan lemah lesu pada pasien kanker. Sebuah hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara faktor psikososial seperti perasaan, kecemasan, dan depresi, dengan perkembangan lemah dan lesu pada pasien kanker (Fossa, Dahl & Loge, 2003). Depresi merupakan reaksi emosional sebagai respon atas rasa kehilangan yang ditunjukkan dengan kehilangan ketertarikan, kesulitan berkonsentrasi dan perasaan putus asa dapat mempengaruhi kondisi fisik penyebab keletihan. Sedangkan kecemasan dengan diagnosa kanker yang akan mempengaruhi aspek fisik, psikososial, dan keuangan juga ikut meningkatkan terjadinya lemah dan lesu.



### 2.6.3 Dampak lemah dan lesu pada pasien kanker

Curt (2000) menyatakan bahwa lemah dan lesu yang dialami oleh pasien kanker memiliki dampak secara fisik, emosi, mental, sosial dan ekonomi

#### a. Dampak secara fisik

Lemah dan lesu yang dialami menyebabkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal yang paling sering ditemui adalah hambatan dalam berjalan, olah raga, membersihkan rumah, naik tangga, dan mengangkat barang berat

#### b. Dampak secara emosi dan mental

Dampak lemah lesu yang dialami oleh pasien kanker secara emosi dan mental adalah merasa kehilangan kontrol dan tidak mampu menjalani hidup secara normal. Pasien kanker dapat mengalami perasaan putus asa, isolasi sosial, dan kesepian. Konsekuensi lainnya adalah penurunan motivasi, kesedihan, frustrasi, dan kelelahan secara mental

#### c. Dampak secara sosial

Dampak yang dirasakan oleh pasien kanker yang mengalami lemah dan lesu adalah kesulitan untuk melakukan aktivitas berbelanja di luar rumah, mengekspresikan kasih sayang pada pasangan, bermain dengan anak dan meluangkan waktu untuk teman.

#### d. Dampak secara ekonomi

Dampak secara ekonomi karena kondisi lemah lesu adalah penurunan kemampuan untuk bekerja pada orang yang masih berstatus bekerja saat didiagnosa kanker. Mereka akan kehilangan beberapa waktu yang produktif untuk beristirahat karena lemah dan lesu. Dampak secara ekonomi juga berkaitan dengan adanya perubahan dalam status pekerjaan.

### 2.6.4 Diagnosis *fatigue* pada pasien kanker

Terdapat kriteria untuk mendiagnosis adanya *fatigue* pada pasien kanker yaitu adanya gejala di bawah ini yang muncul pada setiap hari atau hampir setiap hari selama 2 minggu dalam satu bulan terakhir (Iop, Manfredi & Bonura, 2004)

- a. Keterbatasan energi dan peningkatan kebutuhan untuk istirahat
- b. Keluhan kelemahan umum dan perasaan berat pada anggota gerak
- c. Penurunan konsentrasi atau perhatian

- d. Penurunan motivasi untuk melakukan aktivitas normal
- e. Mengalami insomnia atau hipersomnia
- f. Keluhan tidak mengalami kebugaran setelah bangun tidur
- g. Membutuhkan usaha keras untuk beraktivitas
- h. Adanya emosi sedih dan frustrasi karena kelelahan
- i. Kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas harian
- j. Memiliki masalah dengan memori jangka pendek

#### 2.6.5 Intervensi lemah dan lesu

Masalah lemah dan lesu pada pasien kanker dapat menimbulkan berbagai akibat secara fisik dan psikososial. Konseling perlu diberikan oleh tenaga kesehatan pada pasien dan keluarga dengan masalah lemah dan lesu akibat kanker (NCCN, 2009). Berikut ini intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi lemah lesu akibat kanker:

- a. Memberikan informasi tentang penyebab lemah dan lesu dan cara mengatasinya, serta menjelaskan bahwa lemah dan lesu akibat kemoterapi bukan berarti penyakit menjadi bertambah buruk
- b. Menganjurkan pasien untuk melakukan monitor tentang tingkat kelelehannya misalnya dengan memantau perkembangan kemampuan fisiknya dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- c. Menyarankan untuk melakukan konservasi energi: Membuat prioritas pekerjaan, pendelegasian tugas, pengaturan pekerjaan penting saat energi meningkat, menunda kegiatan yang kurang penting, membatasi waktu istirahat sehingga tidak mengganggu kualitas tidur malam, melakukan satu aktivitas dalam satu waktu
- d. Menyarankan menggunakan teknik distraksi misal mendengarkan musik, bermain games, membaca atau bersosialisasi dengan teman.
- e. Menyarankan mengatasi penyebab dari lemah dan lesu: mengatasi gangguan nutrisi, gangguan nyeri, gangguan pola tidur atau kecemasan dan depresi.

### 2.6.6 Alat ukur keluhan lemah dan lesu

Berbagai faktor diketahui berkontribusi terhadap bervariasinya kualitas *fatigue*/lemah lesu, sehingga *Piper Fatigue Scale* (PFS) merupakan alat ukur yang memadai untuk mengidentifikasi gambaran keluhan lemah lesu terkait penyakit kanker (Piper, et al, 1998). Instrumen terdiri atas 3 dimensi utama yaitu dimensi perilaku, afektif dan kognitif.

Kuesioner merupakan modifikasi dari kuesioner *Piper Fatigue Scale* (PFS). Instrumen terdiri atas 15 pertanyaan yang meliputi dimensi psikomotor (pertanyaan nomor 1, 2, 4, 7, 10, 11), dimensi afektif (pertanyaan nomor 3, 5, 6, 8, 12, 14) dan dimensi kognitif (pertanyaan nomor 9, 13, 15). Untuk pertanyaan no 1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15 skoring nilai 3 untuk pilihan selalu, nilai 2 untuk pilihan sering, nilai 1 untuk pilihan jarang dan nilai 0 untuk pilihan tidak pernah. Pertanyaan lainnya memiliki skor nilai sebaliknya. Skor nilai antara 0-45. Nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil skor jawaban. Selanjutnya peneliti melakukan kategori lemah lesu yaitu ringan: skor 0-15, sedang: skor 16-30, dan berat: skor 31-45

## 2.7 Aspek psikologis pasien kanker

### 2.7.1 Respon pasien kanker terhadap penyakitnya

Penyakit kanker serviks merupakan penyakit kronis yang selalu menimbulkan berbagai masalah baik fisik maupun psikologis. Tidak jarang pasien kanker dikuasai perasaan tidak berguna serta kekhawatiran karena merasa hanya menjadi beban orang lain dan rasa malu karena tidak memiliki arti bagi orang lain. Perasaan lain yang dapat muncul adalah ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidup, perubahan citra diri dan percaya diri, perubahan peran sosial serta masalah-masalah finansial. Hal-hal tersebut mempengaruhi terjadinya kecemasan dan depresi pada pasien kanker.

Depresi merupakan reaksi emosional sebagai respon dari rasa kehilangan akibat dari diagnosis kanker. Gejala yang dialami pada kondisi depresi meliputi aspek fisik dan psikologis. Dalam aspek fisik terjadi perubahan nafsu makan, insomnia dan lemah lesu. Dalam aspek psikologis terjadi perubahan seperti kehilangan minat terhadap

aktivitas yang disenangi, penurunan konsentrasi, rasa bersalah, rasa putus asa, kurang percaya diri, dan menarik diri dari hubungan sosial (Konginan, 2008).

Respon psikologis lain yang muncul bersamaan dengan depresi adalah kecemasan. Kecemasan merupakan perasaan gelisah dalam respon terhadap sesuatu yang menjadi ancaman yang tidak spesifik atau tidak jelas. Kondisi ini ditunjukkan dalam aspek fisik, emosi, dan kognitif. Aspek fisik yang terlihat pada pasien dengan kecemasan seperti peningkatan denyut jantung, gemeteran, insomnia, peningkatan frekuensi napas, atau kegelisahan. Aspek emosi yang dapat dilihat yaitu menangis, marah, tidak sabar, dan kurang inisiatif. Aspek kognitif yang terlihat adalah kurangnya kemampuan konsentrasi, pelupa, atau kurang waspada terhadap lingkungan sekitar (Carpenito, 1995).

Setelah didiagnosa kanker, kesulitan yang dihadapi adalah membentuk hubungan sosial yang normal. Pasien akan membatasi aktivitas atau hubungan sosial dengan orang lain karena masalah secara fisik atau psikologis. Terkadang juga ada rasa terasing dan kesepian jauh dari teman atau kekhawatiran mengenai orang yang ditinggalkan.

Kelompok sosial pertama di mana individu berinteraksi adalah dalam keluarga. Salah satu perubahan utama yang timbul adalah meningkatnya ketergantungan pada anggota keluarga yang lain. Sebagai seorang istri dan ibu, tanggung jawab pada suami dan anak akan berkurang dan digantikan oleh anggota keluarga yang lain. Bertambahnya tanggung jawab pada orang lain kadang menimbulkan berbagai masalah lain. Perubahan emosi yang dialami oleh pasien seperti kecemasan atau depresi dapat berpengaruh pada anggota keluarga yang lain.

Penanganan kanker seperti pembedahan, radiasi atau kemoterapi dapat menjadi beban khusus dan ancaman tersendiri bagi pasien kanker. Reaksi seperti rasa tidak berdaya, putus asa, cemas, depresif atau berontak dapat mendominasi sehingga efek gejala tambahan akan semakin mengganggu pasien. Disini peran keluarga, teman, pasangan dan tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan dukungan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa dukungan *peer group* mampu meningkatkan

respon psikologis secara signifikan pada pasien kanker serviks (Yunitasari, 2009). Peran penting dukungan tenaga kesehatan terhadap kondisi psikologis pasien kanker serviks juga telah banyak didukung oleh hasil penelitian. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan oleh tenaga kesehatan secara signifikan mampu menurunkan kecemasan pada pasien kanker serviks stadium lanjut (Maryati, 2006).

### 2.7.2 Tahap pemahaman sakit

Seorang pasien sering tidak mengerti, atau memahami kondisi sakitnya atau bahkan menyangkal kondisi sakitnya. Potter dan Perry (2000) menyatakan bahwa Elizabeth Kubler Ross membagi tingkat pemahaman sakit dalam beberapa tingkatan yaitu:

#### a. Menyangkal (*denial*)

Penderita menolak atau menyangkal bahwa penyakitnya adalah suatu kanker yang fatal, tetapi penyakit biasa yang dapat disembuhkan. Pasien mengharapkan dokter yang memeriksanya salah membuat diagnosa. Jika memang penyakitnya kanker, kanker tersebut belum lanjut dan masih dapat disembuhkan walau mungkin ia telah mengetahui bahwa penyakitnya sudah tidak dapat disembuhkan lagi.

#### b. Marah (*anger*)

Setelah mengetahui penyakitnya tidak ada harapan untuk disembuhkan, pasien akan marah-marah terhadap kenyataan yang dihadapinya dan bertanya-tanya kenapa ia menderita kanker.

#### c. Tawar-menawar (*bargaining*)

Setelah menyadari penyakitnya makin parah, ia mengajukan tawar-menawar/ alternatif lain supaya ia tetap dapat hidup dan sehat. Ia berjanji dengan hal-hal yang tidak masuk akal bila ia dapat sembuh.

#### d. Depresi (*depression*)

Pasien menghadapi penyakit yang semakin buruk, sehingga menjadi makin depresi, menjadi murung, pendiam, tidak mau makan, dan merasa tidak berguna lagi.

#### e. Menerima (*acceptance*)

Setelah melalui satu atau lebih tahap diatas, pasien menjadi pasrah dan menerima kenyataan yang ada bahwa penyakit kankernya tidak dapat disembuhkan lagi.

Tahap pemahaman sakit dalam fase berduka juga dijelaskan oleh Demi & Miles (1987) dalam model siklus berduka atau *grief cycle model*. Model siklus berduka terdiri atas 4 fase yaitu:

a. Fase *shock*

Fase ini terjadi beberapa jam sampai beberapa hari setelah saat kehilangan atau saat seseorang mendapatkan diagnosis kanker. Pada fase ini pasien akan mengalami pingsan, hiperaktif secara fisik, serta menarik diri dari hubungan sosial.

b. Fase *protest*

Fase ini terjadi dalam minggu pertama setelah fase kehilangan dan akan berlanjut sampai sekitar 3 bulan. Pasien akan mengalami distress secara fisik dan psikologis. Secara fisik akan mengalami keluhan jantung berdebar, keletihan, penurunan berat badan, serta kelemahan. Secara emosi pasien akan mengalami kesedihan, marah, atau kecemasan.

c. Fase *disorganization*

Fase ini terjadi setelah 3 bulan fase kehilangan dan terus berlanjut selama 3 sampai 6 bulan. Respon yang ditunjukkan adalah adanya depresi dan menarik diri dari kehidupan sosial. Secara emosi akan mengalami penurunan konsep diri, apatis, dan rasa kesepian.

d. Fase *reorganization*

Fase ini terjadi setelah 6 bulan fase kehilangan. Pasien yang mendapatkan dukungan sosial secara baik akan dapat kembali pada fungsi yang normal. Dalam aspek emosi pasien akan dapat menemukan kembali makna kehidupan dan secara sosial dapat memiliki hubungan sosial yang baru.

### 2.7.3 Strategi koping pasien dan keluarga

Barry (1996) menyatakan bahwa terdapat beberapa intervensi untuk mengatasi masalah psikologis pada pasien kanker yaitu pengembangan strategi koping klien yang meliputi:

a. Pemberian dukungan informasional

Pada tahap awal diagnosis dan terapi, pasien diberikan informasi tentang kondisi penyakitnya beserta hasil pemeriksaan yang menunjang, terapi yang akan diterima serta efek samping yang akan pasien rasakan selama menjalani terapi. Pemberian informasi akan lebih memberikan kesiapan diri pada pasien.

b. Meningkatkan harapan akan masa depan

Terdapat empat area intervensi untuk meningkatkan harapan pada pasien kanker meliputi penerimaan dan bertahan dalam kenyataan yang ada, meningkatkan kemampuan dan kekuatan diri, menganjurkan suatu hubungan yang memberikan dukungan dan menciptakan pandangan baru untuk masa depan.

c. Menggerakkan sistem pendukung

Dukungan sosial pada pasien kanker perlu ditingkatkan oleh keluarga, teman atau masyarakat. Keluarga sebagai orang terdekat dari pasien selama di rumah, perlu untuk lebih memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis. Keluarga perlu menyadari tentang efek dari perjalanan penyakit kanker yang kronik serta efek buruk dari kemoterapi sehingga dapat memberikan dukungan yang sesuai bagi pasien.

2.7.4 Alat ukur respon psikologis pada pasien kanker

Respon psikologis yang umum dialami oleh pasien kanker adalah kecemasan dan depresi. Salah satu alat ukur yang didapat digunakan adalah modifikasi dari kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Alat ukur ini telah terbukti efektif dalam mengukur respon psikologis pasien kanker berupa kecemasan dan depresi (Payne, et al, 1999).

Instrumen ini terdiri atas 18 pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 3, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 1, 2, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18). Pilihan jawaban meliputi: selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Pertanyaan nomor 1, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17 skoring nilai 3 untuk pilihan selalu, nilai 2 untuk pilihan sering, nilai 1 untuk pilihan jarang dan nilai 0 untuk pilihan tidak pernah. Sedangkan untuk pertanyaan lainnya memiliki skor nilai sebaliknya. Skor nilai antara 0-27 dibedakan antara kecemasan dan depresi. Selanjutnya peneliti melakukan kategori kecemasan dan depresi yaitu ringan: skor 0-7, sedang: skor 8-10, dan berat: skor 11-27.

## 2.8 Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, di mana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan mempunyai keinginan untuk hidup sehat, mengetahui bagaimana cara melakukannya yang diberikan secara perorangan/ kelompok (Notoatmojo, 1993). Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam pencapaian suatu hidup sehat (Herawani, 2002).

Rankins & Stalling (2001) menyatakan obyektivitas pembelajaran harus digolongkan ke dalam 3 area yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Hal ini dilakukan untuk menentukan apakah pembelajaran dilakukan dengan pendekatan kelompok besar atau individu.

Keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu faktor metode, materi atau pesan, petugas atau pendidik yang melakukan, dan alat bantu atau alat peraga yang dipakai harus disesuaikan dengan sasaran. Setiap pendidik atau pengajar harus memperhatikan metode pengajaran untuk mencapai perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku yang diinginkan.

Metode pendidikan atau pengajaran dapat dibedakan menjadi

### a. Ceramah

Nichols dan Humenick (2000) menyatakan bahwa ceramah adalah metode mengajar yang sering digunakan untuk pembelajaran kognitif. Metode ceramah dilakukan dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan kepada sejumlah peserta yang pada umumnya mengikuti secara pasif. Dengan metode ceramah, materi dapat dijelaskan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh peserta belajar.

### b. Diskusi

Metode diskusi adalah metode mengajar yang sangat erat hubungannya dengan belajar menyelesaikan masalah (*problem solving*). Tujuan dari metode diskusi adalah untuk memotivasi atau mendorong serta memberikan stimulasi kepada



peserta belajar agar berfikir secara mendalam. Metode diskusi sering diaplikasikan dalam proses belajar mengajar untuk: 1) mendorong peserta belajar berfikir kritis, 2) Mendorong peserta mengekspresikan pendapatnya secara bebas, 3) Mendorong peserta menyumbangkan pemikirannya untuk memecahkan masalah bersama, dan 4) Mengambil satu atau beberapa alternatif jawaban untuk memecahkan masalah berdasarkan pertimbangan yang seksama (Syah, 2005).

#### c. Demonstrasi

Nichols & Humenick (2000) menyatakan bahwa demonstrasi adalah metode mengajar yang digunakan untuk pembelajaran psikomotor yaitu cara memperagakan barang, kejadian, aturan, baik secara langsung maupun melalui penggunaan media yang relevan. Tujuan pokok penggunaan metode demonstrasi dalam proses belajar mengajar adalah untuk memperjelas pengertian konsep dan memperlihatkan cara melakukan sesuatu (Syah, 2005).

Notoadmodjo (1993) mengemukakan bahwa sebelum mengadopsi perilaku yang baru dalam diri seseorang setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, akan terjadi proses yang berurutan sebagai berikut: (1) *Awareness* yaitu orang yang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, (2) *Interest* yaitu subjek mulai tertarik terhadap stimulus/ objek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai timbul, (3) *Valuation* pada tahap ini subyek mulai menimbang-nimbang baik buruknya stimulus terhadap dirinya, (4) *Trial*, pada tingkat ini subyek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, (5) *Adoption* yaitu subyek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

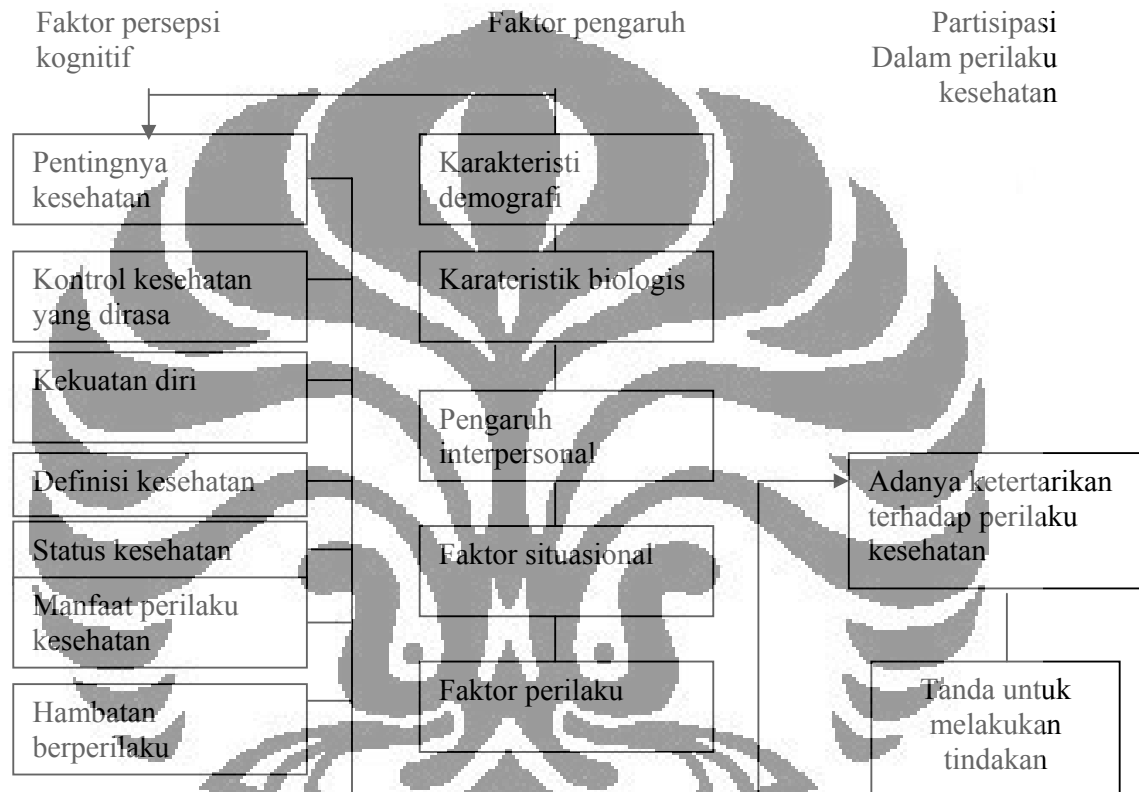
Berbagai teori model mendasari proses pendidikan kesehatan sehingga terjadi perubahan perilaku pada pasien, salah satunya adalah Model Promosi Kesehatan (Pender, 1990). Model Promosi Kesehatan ini menekankan tentang faktor proses kognitif dan sosial sehingga seseorang dapat merubah perilakunya. Faktor persepsi kognitif meliputi pemahaman tentang arti dan pentingnya kesehatan, adanya kekuatan diri, kondisi status kesehatan, persepsi terhadap manfaat perilaku kesehatan, persepsi terhadap hambatan dalam berperilaku sehat. Faktor persepsi

kognitif tersebut dipengaruhi oleh karakteristik demografi, karakteristik biologis, pengaruh interpersonal dan faktor situasi.

Model Promosi Kesehatan menurut Pender (1990) digambarkan pada skema berikut

Gambar 2.1 Model Promosi Kesehatan

Sumber: Pender (1990)



### 2.9 Paket Edukasi

Paket edukasi merupakan suatu bentuk paket pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien kanker serviks stadium IIb yang mendapatkan kemoterapi jenis Platamin/ Cisplatin, Vincristine dan Bleomycin (PVB). Paket edukasi terdiri atas pendidikan kesehatan tentang pengaturan nutrisi untuk mengatasi mual muntah, pengaturan aktivitas, aspek psikologis serta latihan relaksasi otot progresif. Metode yang digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien kanker serviks adalah ceramah dan diskusi. Metode yang akan digunakan saat latihan relaksasi otot progresif adalah demonstrasi dan redemonstrasi.

Tujuan yang ingin dicapai setelah pemberian paket edukasi adalah perubahan perilaku dari pasien sehingga mampu untuk mengatasi keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu serta meningkatkan respon psikologis. Melalui pendidikan kesehatan paket edukasi, terjadi proses *awareness, interest, evaluation trial, dan adoption* dari informasi yang diberikan. Tujuan akhir dari proses pendidikan kesehatan ini adalah terjadi perubahan perilaku pasien yang mampu untuk melakukan perawatan diri dalam mengatasi keluhan fisik dan psikologis.

Latihan relaksasi otot yang diberikan diharapkan mampu untuk mengatasi keluhan baik fisik maupun psikologis pasien. Pada saat kondisi relaksasi, aliran darah akan menyebar secara merata sehingga sirkulasi darah menjadi lancar sehingga lemah lesu berkurang. Kondisi rileks juga terjadi pada otot pada saluran pencernaan sehingga mual muntah berkurang. Kondisi rileks secara fisik juga akan membawa kondisi rileks secara psikologis sehingga dapat menurunkan kecemasan dan depresi.

## 2.10 Karakteristik Pasien Yang Mempengaruhi Keluhan Fisik dan Psikologis

Terdapat beberapa karakteristik pada pasien yang akan mempengaruhi keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Karakteristik tersebut meliputi umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama didiagnosis kanker (Craven, 2000; Demi & Miles, 1987; Barry, 1996)

### a. Usia

Faktor usia dapat mempengaruhi coping individu terhadap masalah fisik dan psikologis akibat kanker. Penurunan berbagai fungsi sistem tubuh pada usia dewasa tengah dan akhir akan menyebabkan makin meningkatnya keluhan secara fisik seperti mual muntah dan lemah lesu dibandingkan dengan usia dewasa awal. Prasetyaningrum (2009) menyatakan bahwa usia antara 40-60 tahun merupakan kategori usia dewasa tengah. Golongan usia ini memiliki kematangan kognitif, kemampuan mengeluarkan informasi yang tersimpan dalam ingatan, dan mampu untuk memecahkan masalah-masalah yang dimiliki. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian pengetahuan tentang masalah kesehatan, masih efektif untuk dapat dipahami dan dilaksanakan untuk mengurangi masalah kesehatan. Sebuah penelitian

juga telah menunjukkan hasil bahwa umur mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien kanker serviks (Maryati, 2006)

#### b. Pendidikan

Individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan memiliki pengetahuan lebih terhadap berbagai masalah fisik dan psikologis dibandingkan individu dengan tingkat pendidikan lebih rendah. Individu dengan tingkat pengetahuan tinggi akan lebih mudah untuk menerima informasi sehingga akan lebih mengerti tentang cara untuk mengatasi mual muntah dan lemah lesu. Tingkat pendidikan yang tinggi juga akan meningkatkan coping individu terhadap masalah psikologis. Penelitian tentang pendekatan faktor resiko terhadap rancangan alternatif dalam penanggulangan kanker serviks di Rumah Sakit Pirngadi Medan menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian kanker serviks (Surbakti, 2008).

#### c. Pekerjaan

Individu dengan status bekerja akan mengalami keluhan fisik yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja. Keluhan lemah lesu serta mual muntah pada individu yang bekerja akan berpengaruh terhadap tingkat aktivitas dan ekonomi. Perubahan dalam kemampuan bekerja akan menimbulkan dampak masalah psikologis yang lebih besar dan secara tidak langsung akan meningkatkan keluhan fisik.

#### d. Lama didiagnosis

Lama individu didiagnosis kanker berpengaruh terhadap respon psikologis. Individu yang baru saja mengalami didiagnosis akan mengalami fase syok sebagai fase awal berduka. Respon individu dilanjutkan dengan emosi kemarahan dan kecemasan. Respon depresi akan dirasakan pada waktu sekitar 3 bulan setelah diagnosis kanker. Dukungan sosial yang baik akan mempengaruhi pasien dapat menerima keadaannya dalam rentang waktu sekitar 6 bulan.

#### e. Frekuensi kemoterapi

Kemoterapi yang diberikan secara berulang beresiko menimbulkan berbagai masalah secara fisik dan psikologis karena efek samping kemoterapi memberikan dampak pada seluruh sistem tubuh pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Zachariae, et al (2007) bahwa terdapat hubungan antara keluhan mual muntah, kelelahan, dan kecemasan pasien dengan frekuensi kemoterapi.

#### 2.11 Peran Perawat Maternitas

Pasien kanker serviks stadium lanjut yang mengalami rangkaian kemoterapi akan mengalami berbagai masalah fisik dan psikologis sebagai efek sistemik dari kemoterapi. Kondisi fisik dan psikologis pasien yang semakin menurun akan menyebabkan penurunan kualitas hidup, ketidakmampuan fisik untuk menghadapi efek samping kemoterapi serta menurunkan efektivitas kerja kemoterapi. Masalah fisik dan psikologis yang dialami oleh penderita sebagai efek perjalanan penyakit kanker dan kemoterapi akan dapat berkurang jika pasien memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan perawatan diri. Perawat maternitas memiliki peran yang penting dalam perawatan pasien kanker serviks terutama dalam pemberian pendidikan kesehatan, sehingga pasien akan memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri.

Perawat maternitas sebagai tenaga kesehatan berperan sebagai pendidik, konselor, *caregiver*, peneliti dan advokat (Pillitery, 2003). Kemampuan perawat maternitas dalam menjalankan berbagai peran tersebut menunjukkan nilai profesional sebagai tenaga kesehatan di bidang maternitas, baik pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan kesehatan reproduksi.

Perawat maternitas dapat berperan sebagai konselor dengan memberikan dukungan baik secara emosi maupun intelektual dalam mengatasi masalah pasien kanker serviks. Masalah psikologis dan sosial yang dihadapi oleh pasien difokuskan dalam masalah keperawatan dan dicari pemecahan masalah secara bersama.

Perawat materitas juga dapat berperan sebagai *caregiver* dengan melakukan pengkajian yang dimulai dengan anamnesa untuk mengumpulkan data tentang

riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik untuk menemukan masalah keperawatan baik secara fisik maupun psikologis pada pasien kanker, selanjutnya perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian dan merumuskan rencana keperawatan yang akan dilakukan.

Peran perawat maternitas sebagai advokat dengan memberikan informasi yang sesuai tentang berbagai macam pemeriksaan dan terapi pada kanker serviks serta manfaat dari setiap terapi yang didapat. Perawat maternitas juga berperan dalam melindungi hak-hak pasien dalam mendapatkan pelayanan keperawatan dan medis sesuai dengan standar.

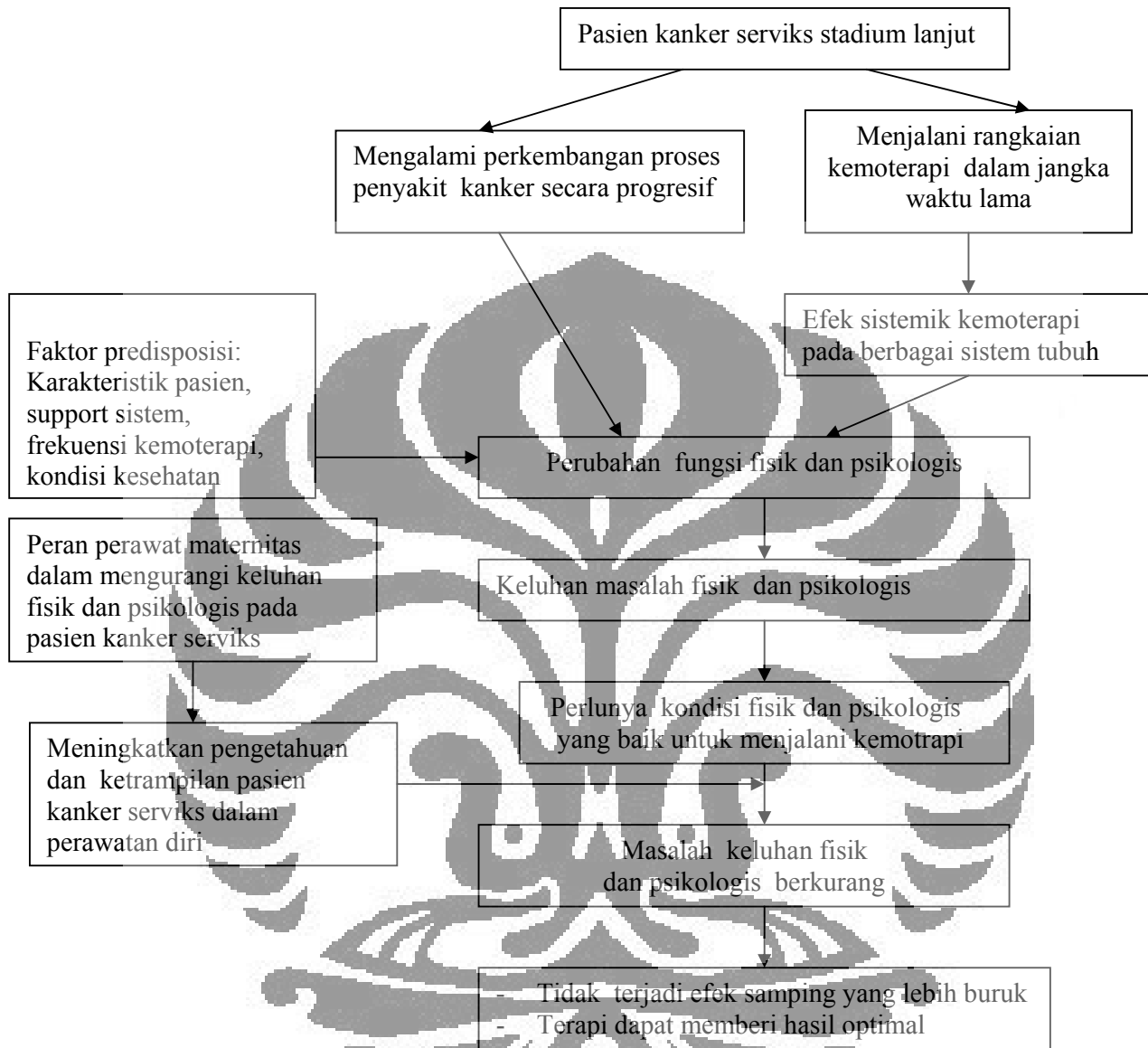
Perawat maternitas dapat bertindak sebagai pendidik dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang masalah-masalah baik secara fisik maupun psikologis yang dapat muncul sebagai akibat dari perjalanan penyakit kanker serviks maupun efek samping terapi. Perawat maternitas juga perlu menjelaskan tentang langkah-langkah yang dapat dilakukan oleh pasien dalam menangani masalah tersebut baik selama di rawat di Rumah Sakit ataupun setelah pulang ke rumah.

Perawat maternitas sebagai peneliti dapat melakukan dan mengembangkan berbagai penelitian yang berkaitan dengan masalah fisik dan psikososial yang dialami oleh pasien kanker serviks. Berbagai hasil penelitian terbaru dapat dijadikan sebagai dasar pemikiran perawatan maternitas dalam membuat perencanaan tindakan keperawatan sehingga dapat memberikan pelayanan secara berkualitas dalam perawatan pada pasien kanker .

## 2.12 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam suatu penelitian mempunyai peran penting untuk menjelaskan munculnya hipotesa, pertanyaan atau tujuan penelitian. Kerangka teori sebagai landasan berpikir dalam penelitian ini didapatkan dengan melalui proses analisis dan sintesis terhadap tinjauan pustaka yang diuraikan dalam skema 2.1 berikut ini

Skema 2.1 Kerangka Teori



Sumber: Aziz (2006), Frahm (2005), May (1999), Otto (2001), Pender (1990), Pillitery (2003)

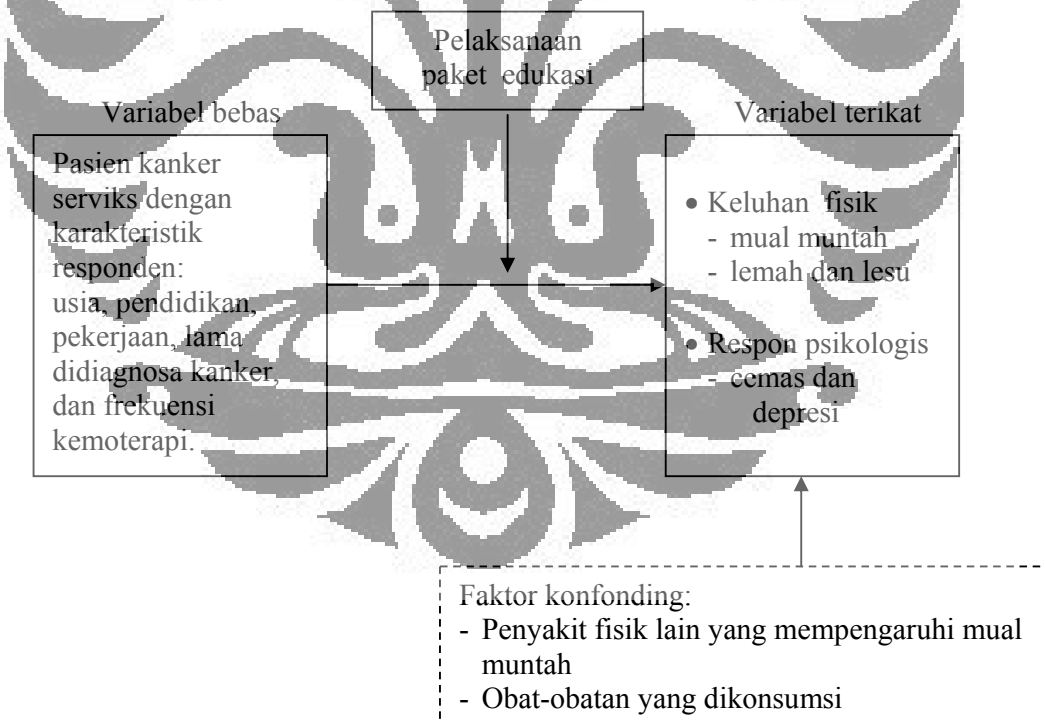
### BAB 3

## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat untuk memberikan arah atau gambaran alur penelitian yang dikembangkan berdasarkan kerangka teori dari hubungan variabel yang akan diteliti. Variabel penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pasien kanker serviks dengan karakteristik umur, pendidikan, pekerjaan, lama didiagnosis dan frekuensi kemoterapi. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu, dan respon psikologis. Untuk lebih jelasnya digambarkan dalam bentuk skema kerangka konsep sebagai berikut di bawah ini:

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian



keterangan:

= area yang diteliti

= tidak diteliti



### 3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian ini (Notoatmojo, 2003).

Hipotesa mayor dalam penelitian ini adalah

Ada hubungan pelaksanaan paket edukasi dengan keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks

Hipotesis minor dalam penelitian ini adalah

- a. Ada hubungan karakteristik individu dengan keluhan mual muntah
- b. Ada hubungan karakteristik individu dengan keluhan lemah lesu
- c. Ada hubungan karakteristik individu dengan respon psikologis
- d. Ada perbedaan keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks
- e. Ada perbedaan keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks
- f. Ada perbedaan respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks

### 3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional disusun untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel (Notoatmojo, 2003). Adapun definisi operasional dari penelitian ini diuraikan pada tabel 3.1

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Karakteristik responden:				
	a. Umur	Umur responden saat ini berdasarkan ulang tahun terakhir	Diukur dengan kuesioner A	Umur dalam tahun	Interval
	b. Pendidikan	Pendidikan formal yang diukur terakhir yang telah diselesaikan	Diukur dengan kuesioner A SD = 1 SMP = 2 SMA = 3 PT = 4	Dikategorikan Pendidikan rendah (SD,SMP)=1 Pendidikan tinggi (SMA,PT)= 2	Ordinal
	c. Pekerjaan	Jenis pekerjaan yang ditekuni responden untuk mendapatkan penghasilan	Diukur dengan kuesioner A	Hasil ukur dikategorikan Tidak bekerja=1 Bekerja=2	Nominal
	d. Lama didiagnosis	Lama waktu pertama responden didiagnosa kanker serviks oleh tim medis sampai saat wawancara	Diukur dengan kuesioner A	Hasil ukur dalam bulan	Interval
	e. Frekuensi kemoterapi	Frekuensi kemoterapi PVB yang telah didapatkan responden sampai saat wawancara	Diukur dengan kuesioner A	Hasil ukur dikategorikan: 2 kali=1 >2 kali=2	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
2	Keluhan fisik	Keluhan tentang masalah fisik yang dialami oleh pasien kanker serviks sebagai akibat pemberian kemoterapi PVB meliputi keluhan mual muntah dan lemah lesu			
	a. Keluhan mual muntah	Pengalaman secara sadar dan tidak menyenangkan berkeinginan untuk mengeluarkan isi lambung melalui mulut pada pasien kanker serviks stadium IIb sebagai efek pemberian kemoterapi jenis PVB selama satu hari	Wawancara diukur dengan frekuensi mual muntah dalam 1 hari	Hasil ukur berupa jumlah frekuensi mual muntah dalam sehari Dikategori Tingkat Ringan: <2 kali perhari Berat: ≥2 kali perhari	Ordinal
	b. Keluhan lemah dan lesu	suatu perasaan subyektif tentang kelelahan secara fisik, emosi dan atau kognitif yang berhubungan dengan penyakit kanker atau terapi kanker yang mengganggu aktivitas harian dan fungsi normal pada pasien kanker serviks stadium II dalam aspek perilaku, afektif dan kognitif selama satu minggu	Diukur dengan modifikasi dari kuesioner <i>Piper Fatigue Scale (PFS)</i> meliputi dimensi perilaku, afektif, dan kognitif	Hasil ukur berupa keluhan lemah dan lesu dengan rentang skor nilai 0-45 Dikategorikan: Tingkat, Ringan:0-15 Sedang:16-30 Berat:31-45	Interval
3	Respon Psikologis	Reaksi emosional atas rasa kehilangan pada pasien kanker serviks stadium IIb yang terukur secara fisik dan psikologis, serta rasa gelisah terhadap ancaman tidak spesifik yang terukur secara fisik, emosi dan kognitif.	Diukur dengan modifikasi kuesioner <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> meliputi kecemasan dan depresi	Hasil ukur berupa respon psikologis meliputi kecemasan dan depresi dengan rentang skor nilai 0-27 Dikategorikan: Tingkat Ringan:0-7 Sedang:8-10 Berat:11-27	Interval

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif analitik *cross sectional*. Deskriptif analitik ini bertujuan untuk menggambarkan hubungan, memprediksi hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Polite & Beck, 2006). Pada penelitian ini hubungan yang akan digambarkan dan diprediksi adalah hubungan pelaksanaan paket edukasi dengan keluhan fisik dan psikologis pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari subyek penelitian (Arikunto, 2006). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien kanker serviks stadium IIB yang dirawat di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang mendapatkan kemoterapi pada saat penelitian.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien kanker serviks stadium IIB yang mendapatkan kemoterapi Cisplatin, Vincristine dan Bleomycin (PVB) mulai seri II yang rawat

inap di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pada saat dilakukan penelitian dengan kriteria inklusi.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah

- a. Pasien kanker serviks stadium IIB yang mendapatkan kemoterapi PVB serial
- b. Tidak mengalami penyakit fisik yang mempengaruhi mual muntah (gastritis, diare, gangguan ginjal)
- c. Pasien mampu membaca dan menulis
- d. Kooperatif

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien kanker serviks

- a. Menolak untuk dijadikan penelitian
- b. Tidak dapat menjalani kemoterapi secara teratur

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *probability sampling* yaitu total populasi.

#### 4.3 Tempat Penelitian

RSU Dr Soetomo Surabaya adalah Rumah Sakit Tipe A sebagai pusat rujukan wilayah Jawa Timur sehingga jumlah pasien kanker serviks dengan kemoterapi PVB cukup banyak dibandingkan rumah sakit lain. Di Rumah Sakit tersebut, ruang rawat akan menerapkan paket edukasi yang meliputi pengaturan nutrisi, aktivitas, aspek psikologis dan relaksasi otot progresif pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi. Tujuan dari pemberian paket edukasi tersebut untuk mengatasi keluhan fisik dan psikologis, serta mempersiapkan kondisi pasien yang lebih baik untuk kemoterapi selanjutnya. Peneliti juga berdomisili di wilayah Surabaya, yang juga aktif terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan di ruangan tersebut.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari Januari-Juli 2009 dimulai dengan penyusunan proposal sampai dengan pelaporan hasil penelitian. Waktu pengumpulan data dilaksanakan pada 8 Mei-13 Juni 2009.

#### 4.5 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan harus berdasarkan pada prinsip-prinsip etika penelitian (Polit & Beck, 2006; Whittemore & Grey, 2006)

##### a. *Self determination*

Responden memiliki hak otonomi berupa kebebasan untuk memilih tanpa paksaan dari luar. Peneliti memberikan penjelasan sebelum penelitian kepada responden tentang proses penelitian. Peneliti juga memberikan waktu dan kesempatan berfikir bagi responden untuk memahami, serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan menolak mengikuti penelitian. Responden menyatakan kesediaannya mengikuti penelitian dengan menandatangani formulir *informed consent*.

### *b. Privacy*

Responden memiliki hak untuk ikut menentukan waktu dan tempat pengambilan data yang dapat menjamin *privacy*, sehingga informasi yang diberikan terjamin kerahasiaannya dari orang lain. Pengumpulan informasi dan perlakuan penelitian terhadap responden dilakukan dengan menghargai responden sebagai individu yang bermartabat. Interaksi dilakukan sesuai kesepakatan bersama di lingkungan yang diciptakan kondusif sehingga menghindari timbulnya perasaan tertekan selama proses penelitian.

### *c. Anonimity dan confidentiality*

Pada awal penelitian peneliti sudah menjelaskan kepada responden bahwa namanya tidak akan tercantum dalam laporan penelitian. Berdasarkan prinsip etik, maka seluruh responden diberi kode penomoran tanpa mencantumkan nama responden sejak awal diberikan informasi bahwa namanya tidak akan tercantum dalam laporan penelitian. Identitas klien sebagai responden dan informasi yang didapatkan dari keluarga dijaga kerahasiaannya dari publikasi umum. Informasi disimpan sebagai dokumentasi dan hanya dapat digunakan oleh pihak-pihak tertentu yang memiliki hak untuk kepentingan penelitian saja.

## 4.6 Alat Pengumpulan Data

### a. Kuesioner A

Berisi pertanyaan-pertanyaan untuk mendapatkan data tentang karakteristik responden yang terdiri atas umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama didiagnosis kanker, dan frekuensi kemoterapi.

### b. Kuesioner B

Kuesioner B digunakan untuk menilai keluhan mual muntah pada responden. Pengukuran dilakukan dengan menanyakan rata-rata frekuensi mual muntah 1 hari selama satu minggu. Selanjutnya peneliti melakukan kategori tingkat mual muntah sesuai dengan klasifikasi dari Network Cancer International (2008) yaitu

Ringan : < 2 kali perhari

Berat :  $\geq 2$  kali perhari

### c. Kuesioner C

Kuesioner merupakan modifikasi dari kuesioner *Piper Fatigue Scale* (PFS). Instrumen terdiri atas 15 pertanyaan yang meliputi dimensi psikomotor (pertanyaan nomor 1, 2, 4, 7, 10, 11), dimensi afektif (pertanyaan nomor 3, 5, 6, 8, 12, 14) dan dimensi kognitif (pertanyaan nomor 9, 13, 15). Untuk pertanyaan no 1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15 skoring nilai 3 untuk pilihan selalu, nilai 2 untuk pilihan sering, nilai 1 untuk pilihan jarang dan nilai 0 untuk pilihan tidak pernah. Sedangkan untuk pertanyaan lainnya, memiliki skor nilai sebaliknya. Skor nilai antara 0-45. Nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil skor jawaban. Selanjutnya peneliti melakukan kategori lemah lesu yaitu ringan: skor 0-15, sedang: skor 16-30, dan berat: skor 31-45

### d. Kuesioner D

Kuesioner merupakan modifikasi dari *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Instrumen ini terdiri atas 18 pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 3, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 1, 2, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18). Pilihan jawaban meliputi: selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Pertanyaan nomor 1, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17 skoring nilai 3 untuk pilihan selalu, nilai 2 untuk pilihan sering, nilai 1 untuk pilihan jarang dan nilai 0 untuk pilihan tidak pernah. Sedangkan untuk pertanyaan lainnya memiliki skor nilai sebaliknya. Nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil skor jawaban. Skor nilai antara 0-27 dibedakan antara kecemasan dan depresi. Selanjutnya peneliti melakukan kategori kecemasan dan depresi yaitu ringan (skor 0-7), sedang (skor 8-10), dan berat (skor 11-27).

## 4.7 Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

Uji validitas adalah sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai  $r$  tabel dengan nilai  $r$  hitung, bila nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka pertanyaan tersebut valid. Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan

nilai  $r$  alpha hasil dengan  $r$  tabel. Instrumen dikatakan reliabel jika  $r$  alpha Cronbach's  $> r$  tabel. (Hastono, 2007).

Kuesioner untuk mengukur keluhan lemah lesu merupakan modifikasi dari kuesioner *Piper Fatigue Scale* (PFS). Kuesioner ini telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas kriteria membandingkan Instrumen PFS dengan kuesioner lain yang baku yaitu *Multidimension Fatigue Inventory* (MFI). Dari hasil uji validitas telah didapatkan hasil  $r=0,84$  lebih besar dari  $r$  tabel sehingga dinyatakan memiliki validitas. Uji reliabilitas PFS didapatkan hasil alpha Cronbach's 0,93 lebih besar dari  $r$  hitung sehingga dinyatakan reliabel untuk dijadikan alat ukur *fatigue* pada pasien kanker (Dagnelie, et al, 2005).

Kuesioner untuk mengukur respon psikologis merupakan terjemahan dari kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Kuesioner ini telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas kriteria membandingkan Instrumen HADS dengan kuesioner lain yang baku yaitu *General Health Questioner* (GHQ) Dari hasil uji validitas telah didapatkan hasil  $r=0,80$  lebih besar dari  $r$  tabel sehingga dinyatakan memiliki validitas. Uji reliabilitas HADS didapatkan hasil alpha Cronbach's 0,56 lebih besar dari  $r$  hitung sehingga dinyatakan reliabel untuk dijadikan alat ukur respon psikologis pada pasien kanker (Bjelland, et al (2002).

Uji coba instrumen telah dilakukan peneliti pada 30 pasien kanker selain kanker serviks di ruangan kandungan RSUD Dr Soetomo Surabaya pada 24-30 April 2009. Uji coba ini bertujuan untuk mengetahui apakah instrumen yang akan digunakan bersifat valid dan reliabel untuk mengukur keluhan lemah lesu dan respon psikologis pada penelitian ini.

Hasil dari uji validitas pada kuesioner pengukur keluhan lemah lesu terdapat 4 item pertanyaan yang memiliki nilai  $r$  hitung  $< r$  tabel sehingga dinyatakan tidak valid dan dikeluarkan dari kuesioner. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil bahwa alpha Cronbach's 0.848 lebih besar dari  $r$  tabel sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

Hasil uji validitas pada kuesioner pengukur respon psikologis terdapat 4 item pertanyaan yang memiliki nilai  $r$  hitung  $< r$  tabel sehingga dinyatakan tidak valid



dan dikeluarkan dari kuesioner. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil bahwa  $\alpha$  Cronbach's 0.857 lebih besar dari  $r$  tabel sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

#### 4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dimulai setelah ijin pelaksanaan penelitian dari Rumah Sakit diterima. Calon responden diberikan informasi tentang prosedur penelitian secara lengkap. Jika ada calon responden yang telah paham maka selanjutnya mengisi lembar *informed consent* sebagai pernyataan persetujuan dari responden untuk terlibat dalam penelitian. Pengumpulan data melewati tahap sebagai berikut

- a. Peneliti mengambil data sebelum pelaksanaan paket edukasi yang meliputi rata-rata frekuensi mual muntah dalam 24 jam selama 1 minggu, keluhan lemah lesu serta respon psikologis sebelum mendapatkan paket edukasi.
- b. Kemudian responden mendapatkan paket edukasi di ruangan tentang perawatan pascakemoterapi yang meliputi pengaturan nutrisi, pengaturan aktivitas, aspek psikologis dan latihan relaksasi otot progresif.
- c. Selama pelaksanaan di rumah, responden diminta tetap menerapkan paket edukasi yang telah didapatkan di ruangan dan melaksanakan teknik relaksasi otot progresif secara mandiri di rumah.
- d. Peneliti melakukan pengukuran kembali data tentang keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu dan respon psikologis setelah pelaksanaan paket edukasi di rumah, pada saat pasien melakukan kunjungan ulang untuk kemoterapi seri berikutnya.

#### 4.9 Rencana Pengolahan dan Analisis Data

##### 4.9.1 Pengolahan data

Data yang telah diperoleh kemudian diolah dengan melalui tahap sebagai berikut

- a. Editing data

Data yang telah terkumpul diperiksa dari kelengkapan, kesinambungan dan konsistensi

- b. Pengkodean data

Jawaban pada setiap kuesioner diberikan kode dan diberi skor untuk memudahkan dalam analisis data.

c. Memasukkan data (*entry data*)

Data yang telah didapatkan kemudian dimasukkan ke dalam komputer untuk dianalisis selanjutnya.

d. Pembersihan data

Tahapan ini merupakan proses validasi data yang dilakukan untuk meyakinkan bahwa data yang dikumpulkan merupakan data yang benar-benar berhubungan dan sesuai kebutuhan penelitian.

#### 4.9.2 Analisis data

a. Analisis univariat

Dalam analisis univariat, variabel dengan data kategorik (pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi kemoterapi) dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan ukuran persentase. Untuk variabel dengan data numerik (umur dan lama didiagnosis) dianalisis menggunakan mean, median, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal. Semua data dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ).

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan cara uji dependensi. Uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara sebelum dan setelah pelaksanaan paket edukasi. Analisis bivariat juga dilakukan untuk melihat hubungan antara karakteristik dengan keluhan mual muntah, lemah lesu, dan respon psikologis. Uji statistika yang digunakan adalah uji *chi square* dengan tingkat kemaknaan 95% pada  $\alpha=0,05$ .

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya. Pengumpulan data dilakukan pada 8 Mei sampai 13 Juni 2009. Responden penelitian terdiri dari 25 responden. .

Hasil penelitian disajikan sebagai hasil analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik ibu yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, lama didiagnosis dan frekuensi kemoterapi. Data numerik disajikan dalam bentuk jumlah, mean, standar deviasi, nilai maksimum dan nilai minimum. Analisis bivariat dilakukan untuk uji perbedaan keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu, dan respon psikologis berupa depresi dan depresi, sebelum dan sesudah periode intervensi. Analisis bivariat juga dilakukan untuk melihat hubungan karakteristik dengan keluhan mual muntah, lemah lesu, dan respon psikologis. Uji statistik dilakukan dengan menggunakan *chi-square* dan t test.

#### 5.1 Analisis Univariat

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, lama didiagnosa kanker, dan frekuensi kemoterapi. Umur dan lama didiagnosa kanker merupakan data numerik sedangkan pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi kemoterapi merupakan data kategorik.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasar karakteristik umur dan lama didiagnosa di RSUD Dr Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Kelompok	Mean	SD	Min-maks	95% CI
Umur	48,56	4,94	37-58	46,52-50,60
Lama didiagnosa	3,16	1,10	2-5	2,70-3,62

Rata-rata umur pasien kanker serviks 48,56 tahun (95% CI: 46,52-50,60), dengan standar deviasi 4,96. Rata-rata lama didiagnosa kanker 3,16 bulan (95% CI: 2,70-3,62), dengan standar deviasi 1.10. Lama didiagnosa kanker terendah adalah 2 bulan dan tertinggi adalah 5 bulan.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi kemoterapi di RSUD Dr Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Karakteristik responden	responden	
	n	%
Tingkat pendidikan		
rendah	20	80,0
tinggi	5	20,0
Pekerjaan		
tidak bekerja	16	64,0
bekerja	9	36,0
Frekuensi kemoterapi		
2 kali	15	60%
>2 kali	10	40%

Responden penelitian ini sebanyak 20 orang (80,0%) berpendidikan rendah, 16 orang (64,0%) tidak bekerja, dan 15 orang atau (60,0%) mendapatkan kemoterapi lebih dari dua kali.

## 5.2 Analisis Bivariat

### 5.2.1 Hubungan karakteristik responden dengan keluhan mual muntah

Tabel 5.3 Distribusi hubungan menurut karakteristik responden dengan keluhan mual muntah di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Karakteristik	Keluhan mual muntah				Total	OR (95% CI)	P	
	Berat		Ringan					
	n	%	n	%				n
Umur								
< 45 tahun	1	16,7%	5	83,3%	6	100%	0,75 (0,067-8,38)	1,000
≥ 45 tahun	4	21,1%	15	78,9%	19	100%		
Jumlah	5	20%	20	80%	25	100%		
Pendidikan								
Rendah	3	15,0%	17	85,0%	20	100%	0,26 (0,03-2,32)	0,252
Tinggi	2	40,0%	3	60,0%	5	100%		
Jumlah	5	20%	20	80%	25	100%		
Pekerjaan								
Tidak bekerja	4	25,0%	12	75,0%	16	100%	2,67 (0,25-28,43)	0,621
Bekerja	1	11,1%	8	88,9%	9	100%		
Jumlah	5	20,0%	20	80,0%	25	100%		

Karakteristik	Keluhan mual muntah				Total		OR (95% CI)	P
	Berat		Ringan		n	%		
	%	n	%	n	n	%		
<b>Lama didiagnosa</b>								
≤ 3 bulan	2	15,4%	11	84,6%	13	100%	0,54 (0,07-4,00)	0,645
> 3 bulan	3	25,0%	9	75,0%	12	100%		
Jumlah	5	20,0%	20	80,0%	15	100%		
<b>Frekuensi kemoterapi</b>								
2 kali	3	20%	12	80%	15	100%	1,83 (0,25-13,4)	1,000
> 2 kali	2	20%	8	80%	10	100%		
Jumlah	5	20%	20	80%	25	100%		

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Hasil analisis hubungan antara umur dengan keluhan mual muntah diperoleh sebanyak 5 (83,3%) responden pada umur <45 tahun dan 15 (78,9%) responden pada umur  $\geq 45$  tahun memiliki keluhan mual muntah ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan keluhan mual muntah (P=1,000).

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan keluhan mual muntah diperoleh sebanyak 17 (85%) responden pada pendidikan rendah dan 3 (60%) pada pendidikan tinggi memiliki keluhan mual muntah ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan keluhan mual muntah (P=0,252).

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan keluhan mual muntah diperoleh sebanyak 12 (75%) responden tidak bekerja dan 8 (88,9%) responden bekerja yang memiliki keluhan mual muntah ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keluhan mual muntah (P=0,621).

Hasil analisis hubungan antara lama didiagnosa dengan keluhan mual muntah diperoleh sebanyak 11 (84,6%) responden dengan lama didiagnosa  $\leq 3$  bulan dan 9 (75,0%) responden dengan lama diagnosis > 3 bulan memiliki keluhan mual

muntah ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama didiagnosa dengan keluhan mual muntah ( $P=0,645$ ).

Hasil analisis hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan mual muntah diperoleh sebanyak 12 (80%) responden dengan frekuensi kemoterapi 2 kali dan 8 (80,0%) pada responden dengan frekuensi kemoterapi >2 kali memiliki keluhan mual muntah ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan mual muntah ( $P=1,000$ ).

### 5.2.2 Hubungan karakteristik responden dengan keluhan lemah lesu

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut karakteristik responden dengan keluhan lemah lesu di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Umur	Keluhan lemah lesu				Total		OR (95% CI)	P
	Berat		Ringan		n	%		
	n	%	n	%				
umur							1,11	1,000
<45 tahun	3	50,0%	3	50,0%	6	100%	(0,17-6,97)	
≥45 tahun	9	47,4%	10	52,6%	19	100%		
Jumlah	12	48,0%	13	52,0%	25	100%		
Pendidikan								
Rendah	9	45,0%	11	55,0%	20	100%	0,54 (0,07-4,00)	0,645
Tinggi	3	60,0%	2	40,0%	5	100%		
Jumlah	12	48,0%	13	48,0%	25	100%		
Pekerjaan								
Tidak bekerja	9	56,3%	7	43,8%	16	100%	2,57 0,46-14,10	0,411
Bekerja	3	33,3%	6	66,7%	9	100%		
Jumlah	12	48,0%	13	52,0%	25	100%		
Lama didiagnosa								
≤ 3 bulan	7	53,8%	6	46,2%	13	100%	0,61 (0,12-0,29)	0,695
> 3 bulan	5	41,7%	7	58,3%	12	100%		
Jumlah	12	48,0%	13	52,0%	25	100%		
Frekuensi kemoterapi								
2 kali	4	26,7%	11	73,3%	15	100%	0,091 (0,01-0,62)	0,015
> 2 kali	8	80,0%	2	20,0%	10	100%		
Jumlah	12	48,0%	13	52,0%	25	100%		

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Hasil analisis hubungan antara umur dengan keluhan lemah lesu diperoleh sebanyak 3 (50,0%) responden dengan umur <45 tahun dan 10 (52,6%) responden dengan umur  $\geq$ 45 tahun memiliki keluhan lemah lesu ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan keluhan lemah lesu ( $P=1,000$ ).

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan keluhan lemah lesu diperoleh sebanyak 11 (55%) responden dengan pendidikan rendah dan 2 (40%) responden pendidikan tinggi memiliki keluhan lemah lesu ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan keluhan lemah lesu ( $P=0,645$ ).

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan keluhan lemah lesu diperoleh sebanyak 7 (43,8%) responden dengan tidak bekerja dan 6 (66,7%) responden bekerja memiliki keluhan lemah lesu ringan. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keluhan lemah lesu ( $P=0,411$ ).

Hasil analisis hubungan antara lama didiagnosa dengan keluhan lemah lesu diperoleh sebanyak 6 (46,2%) responden dengan lama didiagnosa  $\leq$ 3 bulan dan 7 (58,3%) responden dengan lama didiagnosa  $>$ 3 bulan memiliki keluhan lemah lesu ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama didiagnosa dengan keluhan lemah lesu ( $P=0,695$ ).

Hasil analisis hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu diperoleh bahwa sebanyak 11 (73,3%) responden dengan frekuensi kemoterapi 2 kali dan 2 (20,0%) responden dengan frekuensi kemoterapi  $>$ 2 kali memiliki keluhan lemah lesu ringan. Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang signifikan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu ( $P=0,015$ ). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,091$  artinya responden dengan frekuensi kemoterapi  $>$ 2 kali akan mempunyai peluang sebesar 0,091 kali untuk memiliki keluhan lemah lesu berat dibandingkan dengan responden dengan frekuensi kemoterapi 2 kali.

### 5.2.3 Hubungan karakteristik responden dengan kecemasan

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut karakteristik responden dengan keluhan kecemasan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Karakteristik	kecemasan				Total		OR (95% CI)	P
	Berat		Ringan		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Umur</b>								
< 45 tahun	4	66,7%	2	33,3%	6	100%	10,67 1,30-86,93	0,032
≥ 45 tahun	3	15,8%	16	84,2%	19	100%		
Jumlah	7	28,0%	18	72,0%	25	100%		
<b>Pendidikan</b>								
Rendah	6	30,0%	14	70,0%	20	100%	1,71 0,15-18,73	1,000
Tinggi	1	20,0%	4	80,0%	5	100%		
Jumlah	7	28,0%	18	72,0%	25	100%		
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak bekerja	1	6,3%	15	93,8%	16	100%	0,03 0,003-0,388	0,003
Bekerja	6	66,7%	3	33,3%	9	100%		
Jumlah	7	28,0%	18	72,0%	25	100%		
<b>Lama didiagnosa</b>								
≤ 3 bulan	3	23,1%	10	76,9%	13	100%	0,60 (0,10-3,49)	0,673
> 3 bulan	4	33,3%	8	66,7%	12	100%		
Jumlah	7	28,0%	18	72,0%	25	100%		
<b>Frekuensi kemoterapi</b>								
2 kali	4	26,7%	11	73,3%	15	100%	0,848 (0,14-4,99)	1,000
> 2 kali	3	30,0%	7	70,0%	10	100%		
Jumlah	7	28,0%	18	72,0%	25	100%		

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kecemasan diperoleh sebanyak 2 (33,3%) responden dengan umur <45 tahun dan 16 (84,2%) responden dengan umur ≥45 tahun memiliki kecemasan ringan. Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kecemasan (P=0,032). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=10,67 artinya responden dengan umur ≥45 tahun akan mempunyai peluang sebesar 10,67 kali untuk memiliki kecemasan berat dibandingkan dengan yang berumur <45 tahun.



Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kecemasan diperoleh sebanyak 14 (70%) responden dengan pendidikan rendah dan 4 (80%) responden dengan pendidikan tinggi memiliki kecemasan ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kecemasan ( $P=1,000$ ).

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan kecemasan diperoleh bahwa sebanyak 15 (93,8%) responden dengan tidak bekerja dan 3 (33,3%) responden bekerja memiliki kecemasan ringan. Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kecemasan ( $P=0,003$ ). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,03$  artinya responden bekerja akan mempunyai peluang sebesar 0,03 kali untuk memiliki kecemasan berat dibandingkan dengan responden tidak bekerja.

Hasil analisis hubungan antara lama didiagnosa dengan kecemasan diperoleh sebanyak 10 (76,9%) responden dengan lama didiagnosa  $\leq 3$  bulan dan 8 (66,7%) responden dengan lama didiagnosa  $>3$  bulan memiliki kecemasan ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama didiagnosa dengan kecemasan ( $P=0,673$ ).

Hasil analisis hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan mual muntah diperoleh bahwa ada sebanyak 11 (73,3%) responden dengan frekuensi kemoterapi 2 kali dan 7 (70,0%) dengan frekuensi kemoterapi  $>2$  kali memiliki kecemasan ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi kemoterapi dengan kecemasan ( $P=1,000$ ).

## 5.2.4 Hubungan karakteristik responden dengan depresi

Tabel 5.6 Distribusi responden menurut karakteristik responden dengan depresi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Umur	depresi				Total		OR (95% CI)	P
	Berat		Ringan		n	%		
	n	%	n	%				
<b>umur</b>								
< 45 tahun	5	83,3%	1	16,7%	6	100%	6,87	0,160
≥ 45 tahun	8	42,1%	11	57,9%	19	100%	0,67-70,81	
Jumlah	13	52,0%	12	48,0%	25	100%		
<b>Pendidikan</b>								
Rendah	12	60,0%	8	40,0%	20	100%	6,00	0,160
Tinggi	1	20,0%	4	80,0%	5	100%	(0,56-63,98)	
Jumlah	13	52,0%	12	48,0%	25	100%		
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak bekerja	7	43,8%	9	56,3%	16	100%	0,389	0,41
Bekerja	6	66,7%	3	33,3%	9	100%	0,071-2,13	
Jumlah	13	52,0%	12	48,0%	25	100%		
<b>Lama didiagnosa</b>								
≤ 3 bulan	7	53,8%	6	46,2%	13	100%	1,16	1,000
> 3 bulan	6	50,0%	6	50,0%	12	100%	(0,24-5,61)	
Jumlah	13	52,0%	12	48,0%	25	100%		
<b>Frekuensi kemoterapi</b>								
2 kali	8	53,3%	7	46,7%	15	100%	1,14	1,000
> 2 kali	5	50,0%	5	50,0%	10	100%	(0,23-5,67)	
Jumlah	13	52,0%	12	48,0%	25	100%		

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$ 

Hasil analisis hubungan antara umur dengan depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 1 (16,7%) responden dengan umur <45 tahun dan 11 (57,9%) responden dengan umur ≥45 tahun memiliki depresi ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan depresi (P=0,160).

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 8 (40%) responden dengan pendidikan rendah dan 4 (80%) responden

dengan pendidikan tinggi memiliki depresi ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan depresi ( $P=0,160$ ).

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 9 (56,3%) responden dengan tidak bekerja dan 3 (33,3%) responden dengan bekerja memiliki depresi ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan depresi ( $P=0,41$ ).

Hasil analisis hubungan antara lama didiagnosa dengan kecemasan diperoleh bahwa ada sebanyak 6 (46,2%) responden dengan lama didiagnosa  $\leq 3$  bulan dan 6 (50,0%) responden dengan lama didiagnosa  $>3$  bulan memiliki depresi ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama didiagnosa dengan depresi ( $P=1,000$ ).

Hasil analisis hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan mual muntah diperoleh bahwa ada sebanyak 7 (46,7%) responden dengan frekuensi kemoterapi 2 kali dan 5 (50,0%) responden dengan frekuensi kemoterapi  $>2$  kali memiliki depresi ringan. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi kemoterapi dengan depresi ( $P=1,000$ ).

#### 5.2.5 Perbedaan Keluhan Mual Muntah, Keluhan Lemah Lesu, Dan Respon Psikologis Sebelum Dan Sesudah Pelaksanaan Paket Edukasi

Tabel 5.7 Distribusi responden menurut keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8, Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Pelaksanaan Paket Edukasi	Berat		Ringan		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
Sebelum	13	52,0	12	48,0	25	100	0,039*
Sesudah	5	20,0	20	80,0	25	100	

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Dari 25 responden terdapat 13 orang (52,0%) mengalami keluhan mual muntah berat sebelum pelaksanaan paket edukasi. Sesudah pelaksanaan paket edukasi diperoleh sebanyak 5 orang (20,0%) yang mengalami keluhan mual muntah berat. Hasil

analisis didapatkan ada perbedaan yang bermakna proporsi keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi ( $P=0,039$ ).

Tabel 5.8 Distribusi responden menurut keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Pelaksanaan paket edukasi	Berat		Sedang		Ringan		Total		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Sebelum	8	32,0	13	52,0	4	16,0	25	100	0,021*
Sesudah	3	12,0	9	36,0	13	52,0	25	100	

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Dari 25 responden terdapat 8 orang (32,0%) mengalami keluhan lemah lesu berat pada sebelum pelaksanaan paket edukasi, sedangkan sesudah pelaksanaan paket edukasi diperoleh sebanyak 3 orang (12,0%) yang mengalami keluhan lemah lesu berat. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan proporsi keluhan lemah lesu pada responden sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi ( $P=0,021$ ).

Tabel 5.9 Distribusi responden menurut respon psikologis:kecemasan sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

pelaksanaan paket edukasi	Berat		Sedang		Ringan		Total		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Sebelum	9	36,0	7	28,0	9	36,0	25	100	0,038*
Sesudah	4	16,0	3	12,0	18	72,0	25	100	

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Dari 25 responden terdapat 9 orang (36,0%) mengalami kecemasan berat sebelum pelaksanaan paket edukasi, sedangkan sesudah pelaksanaan paket edukasi diperoleh sebanyak 4 orang (16,0%) yang mengalami kecemasan berat. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kecemasan pada responden sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi ( $P=0,038$ ).

Tabel 5.10 Distribusi responden menurut respon psikologis:depresi sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 8 Mei-13 Juni 2009 (n=25)

Kelompok	Berat		Sedang		Ringan		Total		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sebelum intervensi	8	32,0	14	56,0	3	12,0	25	100	0,020*
Sesudah intervensi	4	16,0	9	36,0	12	48,0	25	100	

Signifikan pada  $\alpha \leq 0,05$

Dari 25 responden terdapat 8 orang (32,0%) mengalami depresi berat sebelum pelaksanaan paket edukasi, sedangkan sesudah pelaksanaan paket edukasi diperoleh sebanyak 4 orang (16,0%) yang mengalami depresi berat. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan proporsi depresi pada responden sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi (P=0,020).



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan hasil penelitian meliputi interpretasi hasil penelitian dan keterbatasan penelitian. Adapun interpretasi hasil penelitian mencakup: karakteristik responden, perbedaan proporsi keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu, dan respon psikologis.

#### 6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

##### 6.1.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan responden rata-rata berumur 48,56 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil survey pasien dengan kanker serviks yang berobat di bagian Onkologi Ginekologi FK UI atau RSCM tahun 1997-1998 tahun (Aziz, 2001). Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Jawa Barat tahun 2006 pada pasien kanker serviks stadium lanjut, ditemukan hasil bahwa mayoritas rata-rata umur responden adalah 46,44 tahun (Maryati, 2006). Menurut data dari Yayasan Kanker Indonesia, kanker serviks umumnya menyerang perempuan usia produktif antara 30-50 tahun dan banyak di antara mereka merasa tidak beresiko sehingga tidak memeriksakan diri untuk melakukan pencegahan. Akibat yang ditimbulkan adalah terdeteksinya kanker serviks pada stadium lanjut dan menimbulkan kematian yang cukup tinggi. Setiap hari sebanyak 20 hingga 25 perempuan Indonesia meninggal dunia akibat kanker serviks (YKI, 2008)

Tingkat pendidikan formal yang rendah akan mempengaruhi terbatasnya tingkat pengetahuan ibu tentang hal-hal yang mempengaruhi berkembangnya penyakit kanker serviks. Hal ini sesuai dengan pendapat yang disampaikan oleh Notoatmodjo (1993) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas jika dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kurangnya pengetahuan untuk menghindari hal-hal yang menjadi faktor predisposisi terjadinya kanker serviks. Kurangnya pengetahuan tentang proses perkembangan penyakit kanker

serviks menyebabkan pasien kurang mengetahui pentingnya deteksi dini kanker serviks sehingga datang ke pelayanan kesehatan setelah mengalami gejala perdarahan yang merupakan tanda dari stadium lanjut.

Hasil penelitian tentang pendidikan responden sejalan dengan hasil survey pasien kanker serviks di bagian Onkologi Ginekologi FK UI atau RSCM tahun 1997-1998 menunjukkan mayoritas pasien kanker serviks memiliki tingkat pendidikan rendah (Aziz, 2001). Sebuah penelitian lain mendukung bahwa pendidikan rendah memiliki faktor resiko terhadap perkembangan kanker serviks selain perkawinan usia muda dan paritas. Penelitian tentang pendekatan faktor risiko terhadap kanker serviks di Rumah Sakit Pirngadi Medan menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian kanker serviks (Surbakti, 2008).

Status pekerjaan pasien dapat berpengaruh terhadap keuangan keluarga. Keterbatasan keuangan dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan asupan nutrisi. Hal ini sesuai dengan faktor resiko dari terjadinya kanker serviks yaitu defisiensi nutrisi yaitu kekurangan beta karoten, Vitamin C, dan perokok (Sjamsuddin, 2001).

Individu yang baru saja mengalami diagnosis kanker akan mengalami fase syok sebagai fase awal berduka dan dilanjutkan dengan emosi kemarahan dan kecemasan. Respon depresi akan dirasakan pada waktu sekitar 3 bulan setelah didiagnosis kanker (Craven, 2000). Diagnosis kanker menyebabkan respon psikologis berupa keputusasaan dan depresi yang ditandai dengan memiliki rasa harga diri yang rendah dan pandangan buruk tentang masa depan. Respon umum yang ditemui pada pasien kanker dalam 2 minggu pertama setelah didiagnosis kanker ditunjukkan dengan adanya perasaan depresi, kecemasan, sulit berkonsentrasi, insomnia, dan anoreksia (Barry, 1996).

Penderita kanker serviks yang menjalani rangkaian terapi seperti kemoterapi akan mengalami efek samping secara fisik seperti perdarahan, depresi sumsum tulang

yang memudahkan terjadinya infeksi, mual, muntah, anoreksia, stomatitis, dan kerontokan rambut (Herdata, 2008). Masalah lain yang dihadapi adalah masalah psikologis seperti kecemasan dan depresi. Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini juga ditunjukkan oleh penelitian tentang distress, cemas, dan depresi pada 117 pasien kanker yang menjalani kemoterapi, didapatkan hasil sebanyak 15,3% mengalami cemas dan 16,2% mengalami depresi (Pandey, et al, 2006).

#### 6.1.2 Hubungan karakteristik responden dengan keluhan mual muntah

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa karakteristik tidak berhubungan dengan keluhan mual muntah tidak sejalan dengan penelitian dari Bahl, et al, (2006) dan Zachariae, et al (2007). Penelitian tersebut menemukan adanya hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan perubahan keluhan mual muntah. Kemoterapi menimbulkan cedera pada sel-sel usus halus dan menyebabkan pelepasan serotonin. Syaraf aferen lambung yang distimulasi serotonin akan mengirimkan impuls ke pusat muntah (Burke, 1996).

Terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi terjadinya mual muntah setelah pemberian kemoterapi baik seperti riwayat mual muntah pada kemoterapi sebelumnya, riwayat kelemahan fisik pada kemoterapi sebelumnya, jenis kelamin perempuan, jenis obat kemoterapi yang diberikan (NCI,2009). Aspek psikologis juga dapat mempengaruhi respon mual muntah pada pasien kanker. Pada penelitian ditemukan bahwa kecemasan dan harapan pasien terhadap terapi mempengaruhi mual muntah (Higgins, Montgomery, Bobjerg, 2007; Roscoe, et al, 2004).

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada karakteristik yang berhubungan dengan keluhan mual muntah sehingga hipotesa penelitian ditolak yaitu tidak ada hubungan antara karakteristik individu dengan keluhan mual muntah

#### 6.1.3 Hubungan karakteristik responden dengan keluhan lemah lesu

Dari hasil penelitian didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu. Lemah lesu setelah pemberian kemoterapi berhubungan dengan mekanisme kerja kemoterapi yang berdampak pada toksisitas hematologi. Kemoterapi tidak hanya mempengaruhi sel kanker tetapi juga



mengganggu fungsi siklus sel normal dengan menurunkan absorpsi nutrisi sel yang penting. Gangguan pada pembentukan sel darah pada sumsum tulang atau myelosupresi menyebabkan penurunan sel darah merah, trombosit dan leukosit yang ikut mempengaruhi terjadinya lemah dan lesu (Otto, 2001).

Kondisi ini dapat makin meningkat dengan semakin seringnya pemberian kemoterapi karena ketidakmampuan untuk melakukan adaptasi terhadap perubahan akibat efek kemoterapi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Zachariae, et al (2007) yang menunjukkan adanya hubungan keluhan lemah lesu pada pasien kanker dengan frekuensi kemoterapi.

Hal lain yang dapat mempengaruhi terjadinya kelemahan setelah pemberian kemoterapi adalah gangguan sistemik seperti anemia, infeksi, gangguan paru-paru, gagal hepar, gagal jantung, gagal ginjal, malnutrisi, gangguan neuromuskular, dan dehidrasi (Otto, 2001). Faktor psikososial juga dapat mempengaruhi kelemahan seperti kecemasan dan depresi. Sebuah hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara faktor psikososial seperti perasaan, kecemasan dan depresi, dengan perkembangan lemah dan lesu pada pasien kanker (Fossa, Dahl & Loge, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara karakteristik frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu sehingga hipotesa penelitian diterima yaitu ada hubungan antara karakteristik individu: frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu.

#### 6.1.4 Hubungan karakteristik responden dengan respon psikologis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur berhubungan dengan kecemasan pada pasien kanker serviks. Mayoritas responden adalah berada pada usia dewasa tengah, dimana menurut Potter dan Perry (2000), pada usia dewasa tengah seringkali mengalami masalah psikologis seperti kecemasan dan depresi. Masalah psikologis yang muncul berkaitan dengan mulai berkembangnya berbagai penyakit kronik, meningkatnya masalah dalam perkawinan, atau stressor pekerjaan. Penyakit kanker serviks beserta kemoterapi yang dijalani akan menimbulkan berbagai masalah

yang akan mempengaruhi peran dan tanggung jawab yang dipikul oleh dewasa tengah sehingga semakin meningkatkan kecemasan.

Status pekerjaan memiliki hubungan dengan kecemasan pada pasien kanker serviks. Kanker serviks pada stadium lanjut memerlukan berbagai terapi dalam waktu yang lama. Salah satunya adalah kemoterapi dimana memiliki efek pada seluruh sistem tubuh seperti mual muntah, mukositis, kelemahan, diare, alopesia (Abdulmuthalib, 2006). Hal ini didukung oleh Curt (2000) menyatakan bahwa lemah dan lesu yang dialami oleh pasien kanker memiliki dampak secara fisik, emosi, mental, sosial dan ekonomi. Dampak secara fisik berupa penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dampak secara emosi dan mental adalah merasa kehilangan kontrol dan tidak mampu menjalani hidup secara normal. Dampak secara sosial adalah kesulitan untuk melakukan aktivitas di luar rumah dan dampak secara ekonomi adalah penurunan kemampuan untuk bekerja pada orang yang masih berstatus bekerja saat didiagnosa kanker. Pada individu yang bekerja, perubahan kondisi fisik akibat perkembangan kanker serviks serta efek samping kemoterapi akan menimbulkan dampak yang besar. Kondisi ini yang berlangsung dalam waktu yang lama akan dapat meningkatkan rasa kecemasan bagi pasien.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara karakteristik umur dan status bekerja dengan respon psikologis sehingga hipotesa penelitian diterima yaitu ada hubungan antara karakteristik individu: umur dan status bekerja dengan keluhan lemah lesu.

#### 6.1.5 Perbedaan keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi, sehingga hipotesa penelitian diterima yaitu ada perbedaan keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks

Mual dan muntah merupakan masalah gangguan pencernaan yang paling sering dialami oleh pasien kanker setelah mendapatkan kemoterapi. Kemoterapi akan

menimbulkan cedera pada sel-sel usus halus yang menyebabkan pelepasan substansi serotonin. Syaraf aferen lambung yang distimulasi oleh pelepasan serotonin mengirimkan impuls ke zona pemicu kemoreseptor dan pusat muntah (Burke, 1996).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 48,0 % responden mengalami keluhan mual muntah ringan pada responden dengan rata-rata frekuensi kemoterapi sebanyak dua kali. Hal ini didukung oleh sebuah penelitian lain pada pasien kanker paru yang telah menjalani kemoterapi didapatkan hasil bahwa setelah siklus kedua sebanyak 48,6% pasien mengalami muntah tingkat satu. (Bahl, et al, 2006).

Paket edukasi yang diberikan tentang penyebab mual muntah, serta cara-cara untuk menurunkan mual muntah akan meningkatkan pengetahuan pasien tentang hal tersebut. Pengetahuan responden yang baik tentang cara mengatasi mual muntah merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pasien mampu untuk melakukan perawatan diri sehingga mual muntah akan berkurang. Hal ini didukung Lawrence Green dalam Notoatmodjo (1993) yang menyatakan, bahwa perilaku kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh faktor-faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan keyakinan.

Keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu faktor metode, materi atau pesan, petugas atau pendidik yang melakukan, dan alat bantu atau alat peraga yang dipakai harus disesuaikan dengan sasaran. Paket edukasi yang diberikan juga meliputi berbagi pengalaman antar responden dengan penyakit yang sama sebagai support sistem. Adanya kesempatan untuk saling bertukar informasi antar responden akan mampu memberikan dukungan psikologis sehingga kecemasan dapat berkurang. Barry (1996) menyatakan bahwa salah satu intervensi untuk mengatasi masalah psikologis pada pasien kanker yaitu dengan menggerakkan sistem pendukung berupa dukungan sosial baik dari keluarga maupun dari pasien lain misalnya dengan menganjurkan bergabung dalam perkumpulan yayasan kanker. Dengan mengetahui perkembangan kondisi fisik yang lebih baik pada pasien lain setelah menjalani kemoterapi dengan frekuensi yang lebih sering, akan dapat meningkatkan harapan bagi pasien lain. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa meningkatnya harapan dan menurunnya kecemasan dapat

menurunkan keluhan mual muntah (Higgins, Montgomery, Bubjerg, 2007; Roscoe, et al, 2004).

Paket edukasi yang diberikan juga meliputi demonstrasi teknik relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi ini sesuai untuk dilakukan pada pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi karena terbukti efektif mengurangi mual muntah antisipatori ataupun setelah pemberian kemoterapi (Yoo, et al, 2005). Setelah melakukan latihan teknik relaksasi ini, pasien akan dapat merasakan secara sadar kondisi tubuh yang rileks. Pada saat kondisi relaksasi, otot pada saluran pencernaan juga menjadi lebih rileks sehingga mual muntah berkurang. Kondisi rileks secara fisik juga akan membawa kondisi rileks secara psikologis, yang dapat mempengaruhi menurunnya keluhan mual muntah pada pasien. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Carvalho (2007) yang menunjukkan adanya penurunan mual muntah pada 30 pasien kanker hematologi dengan kemoterapi yang melakukan teknik relaksasi otot progresif. Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian oleh Molassiotis, et al (2000) menunjukkan hasil adanya penurunan mual dan muntah pada kelompok pasien kanker payudara dengan kemoterapi yang melakukan teknik relaksasi otot progresif.

Mual muntah pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi dapat dikurangi baik secara farmakologi maupun non farmakologis. Dalam penelitian ini paket edukasi diberikan dalam bentuk penjelasan untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengatasi keluhan fisik dan psikologisnya. Peneliti tidak melakukan monitor lebih jauh dalam pelaksanaan selama di rumah serta adanya terapi farmakologis dan non farmakologis lain yang dapat mempengaruhi keluhan pasien. Kondisi tersebut menyebabkan paket edukasi tidak seluruhnya dapat berhubungan dengan perubahan pada keluhan pada pasien karena kemungkinan adanya faktor lain yang tidak dikendalikan selama penelitian yang menyebabkan perubahan keluhan pasien.

#### 6.1.6 Perbedaan keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi sehingga hipotesa penelitian diterima yaitu ada perbedaan keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks.

Masalah lemah dan lesu pada pasien kanker dapat menimbulkan berbagai akibat secara fisik dan psikososial sehingga penting bagi setiap perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan untuk mengurangi masalah lemah dan lesu. Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam pencapaian suatu hidup sehat (Herawani, 2002).

Paket edukasi meliputi pendidikan kesehatan tentang penyebab terjadinya lemah lesu setelah kemoterapi serta cara mengatasi kondisi lemah lesu. Hal yang dijelaskan untuk mengurangi lemah lesu yaitu seperti menyeimbangkan waktu istirahat dan bekerja, mendahulukan aktivitas yang penting, atau meminta bantuan dari anggota keluarga saat beraktivitas. Hal ini didukung oleh sebuah penelitian tentang intervensi konservasi energi pada pasien kanker yang menunjukkan hasil bahwa terdapat penurunan keluhan lemah lesu akibat kanker (Barsevick, et al, 2004).

Peningkatan pengetahuan dari pasien kanker akan mempengaruhi peningkatan sikap dan psikomotor untuk mengatasi keluhan lemah-lesu akibat efek samping kemoterapi. Hal ini didukung Lawrence Green dalam Notoatmodjo (1993) yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh faktor – faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan keyakinan

Paket edukasi yang didapatkan responden juga meliputi latihan relaksasi otot progresif. Berdasarkan penelitian dalam berbagai jurnal, relaksasi otot progresif efektif dalam menurunkan masalah fisik seperti lemah dan lesu pada pasien kanker yang menjalani terapi kanker (Chan, et al, 2007). Latihan relaksasi otot progresif menciptakan kondisi rileks secara sengaja pada beberapa otot utama tubuh. Kondisi

rileks akan menurunkan respon fisik berupa penurunan denyut nadi, denyut jantung serta pernapasan. Pada saat kondisi relaksasi, aliran darah akan menyebar secara merata sehingga sirkulasi darah menjadi lancar sehingga keluhan lemah lesu berkurang.

Kondisi psikologis seperti rasa kecemasan pada pasien kanker terhadap perkembangan penyakitnya juga dapat mempengaruhi meningkatnya keluhan lemah lesu. Pendidikan kesehatan yang diberikan berkaitan dengan penyakit kanker serviks dan perawatannya, serta metode berbagi pengalaman antara sesama responden dapat menurunkan rasa kecemasan sehingga keluhan lemah lesu akan berkurang. Hal tersebut didukung oleh penelitian tentang dukungan *peer group* berhubungan dengan konsep diri secara signifikan pada pasien kanker serviks (Yunitasari, 2009).

#### 6.1.7 Perbedaan respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi sehingga hipotesa penelitian diterima yaitu ada perbedaan respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi pada pasien kanker serviks.

Penyakit kanker serviks merupakan penyakit kronis yang selalu menimbulkan berbagai masalah baik fisik maupun psikologis. Depresi merupakan reaksi emosional sebagai respon dari rasa kehilangan akibat dari diagnosis kanker. Terjadi perubahan seperti kehilangan minat terhadap aktivitas yang disenangi, penurunan konsentrasi, rasa bersalah, rasa putus asa, kurang percaya diri, dan menarik diri dari hubungan sosial (Konginan, 2008). Respon psikologis lain yang muncul bersamaan dengan depresi adalah kecemasan. Perasaan cemas ini berkaitan dengan gambaran yang tidak jelas dan buruk tentang perkembangan penyakitnya di masa yang akan datang

Paket edukasi yang diberikan pada pasien juga memberikan kesempatan bagi para pasien kanker serviks untuk saling berbagi pengalaman dan informasi yang berkaitan dengan perawatan kanker dan kemoterapi. Kesempatan berkumpul bersama pasien lain dengan penyakit yang sama akan mampu untuk memberikan

dukungan secara psikologis bagi pasien. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa dukungan *peer group* mampu meningkatkan konsep diri secara signifikan pada pasien kanker serviks (Yunitasari, 2009).

Pentingnya pendidikan kesehatan dan dukungan sosial bagi pasien kanker untuk menurunkan kecemasan dan depresi sesuai dengan beberapa hasil penelitian. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tentang terapi dan perawatan sehari-hari mampu menurunkan kecemasan pada pasien kanker serviks stadium lanjut (Maryati, 2006). Penelitian lain tentang psikososial grup yang meliputi pendidikan kesehatan, pelatihan teknik coping, manajemen stres serta dukungan psikologis pada pasien kanker payudara di Jepang menunjukkan hasil adanya penurunan kecemasan dan depresi (Fukui, et al, 2000).

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

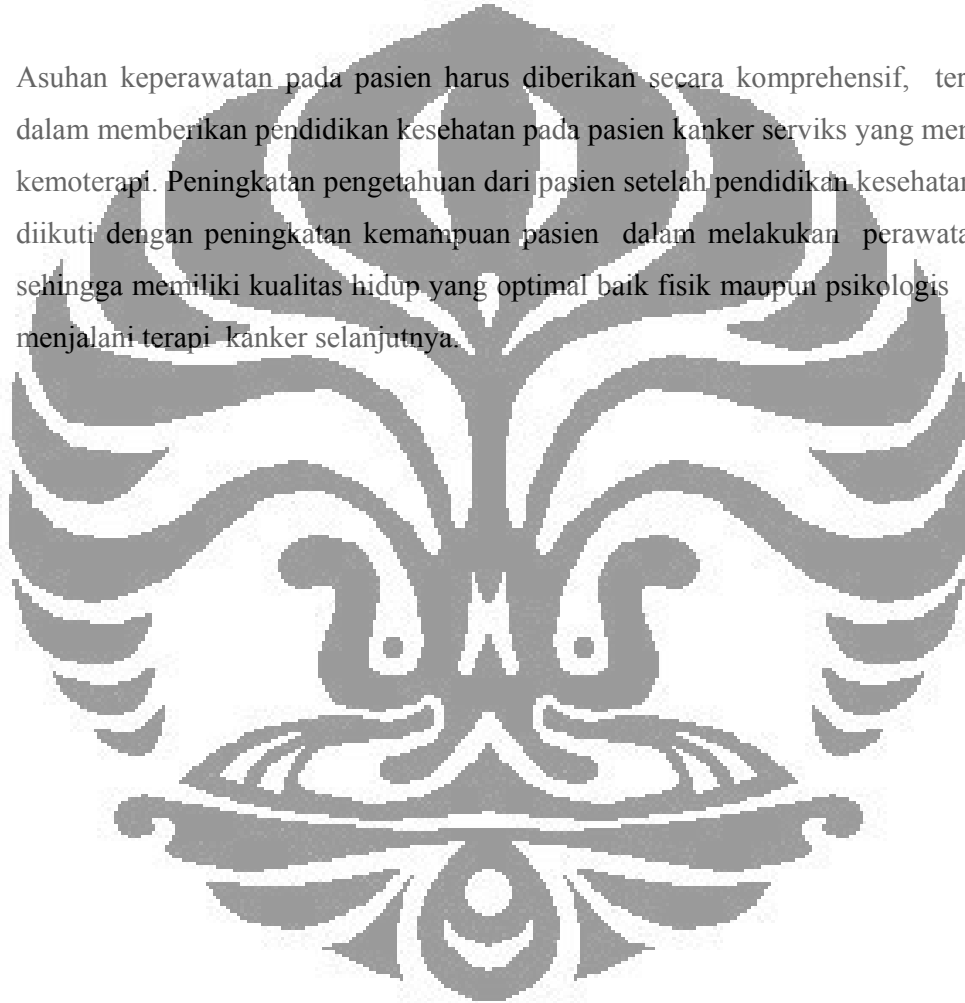
- a. Responden dalam penelitian ini masih cukup kecil untuk memberikan gambaran kondisi keluhan pasien setelah pelaksanaan paket sehat
- b. Masih banyak belum teridentifikasinya faktor konfonding lain yang ikut mempengaruhi keluhan fisik dan psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi
- c. Pada penelitian ini kurang dilakukan monitoring terhadap pelaksanaan paket edukasi selama di rumah serta adanya faktor-faktor lain yang mempengaruhi perubahan keluhan pasien seperti obat dan terapi kanker lain sehingga paket edukasi ini belum sepenuhnya berhubungan dengan perubahan keluhan fisik dan psikologis pasien kanker.

## 6.3 Implikasi Keperawatan

Sejalan dengan makin meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kualitas pelayanan keperawatan, diperlukan peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional. Pendidikan kesehatan yang diberikan diharapkan mampu untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap berbagai masalah fisik dan psikologis yang dihadapi pasien.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat hubungan paket edukasi terhadap keluhan mual muntah, keluhan lemah lesu serta respon psikologis pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Paket edukasi yang diberikan merupakan bentuk pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pasien dalam menurunkan keluhan fisik dan psikologisnya. Paket edukasi ini belum sepenuhnya mampu menurunkan keluhan pasien, sehingga masih diperlukan kombinasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi lainnya.

Asuhan keperawatan pada pasien harus diberikan secara komprehensif, terutama dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Peningkatan pengetahuan dari pasien setelah pendidikan kesehatan akan diikuti dengan peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri sehingga memiliki kualitas hidup yang optimal baik fisik maupun psikologis dalam menjalani terapi kanker selanjutnya.





## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Simpulan

- a. Karakteristik responden rata-rata berusia 48,56 tahun, mayoritas pendidikan rendah, status pekerjaan tidak bekerja, lama didiagnosa kanker rata-rata 3,16 bulan, dan frekuensi kemoterapi 2-3 kali.
- b. Tidak ada karakteristik yang berhubungan dengan keluhan mual muntah
- c. Terdapat hubungan karakteristik frekuensi kemoterapi dengan keluhan lemah lesu
- d. Terdapat hubungan karakteristik usia dan status bekerja dengan respon psikologis kecemasan
- e. Terdapat perbedaan yang bermakna keluhan mual muntah sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi
- f. Terdapat perbedaan yang bermakna keluhan lemah lesu sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi
- g. Terdapat perbedaan yang bermakna pada respon psikologis sebelum dan sesudah pelaksanaan paket edukasi

## 7.2 Saran

### a. Bagi tenaga pelayanan keperawatan

Setiap tenaga keperawatan yang terlibat dalam pemberian pelayanan keperawatan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi, perlu untuk memberikan pendidikan kesehatan secara komprehensif baik berkaitan dengan masalah fisik maupun psikologis. Setelah pemberian paket edukasi pada pasien kanker serviks di Rumah Sakit, perlu untuk dilakukan monitoring pelaksanaan paket edukasi selama di rumah dengan melibatkan tim kesehatan yang lain.

### b. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan asuhan keperawatan terutama bentuk pendidikan kesehatan yang sesuai pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi

### c. Bagi peneliti selanjutnya.

Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai paket tentang dukungan sosial bagi pasien kanker serviks dengan stadium lanjut terhadap respon psikologis. Penelitian lain yang dapat dikembangkan adalah analisis faktor-faktor yang mempengaruhi respon psikologis pada pasien kanker serviks stadium lanjut

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdulmuthalib. (2006). *Prinsip dasar terapi sistemik pada kanker*. dalam Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S., (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jilid 2. edisi 4. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Andriyono. (2008). Kanker serviks, pembunuh no1 wanita. Diambil dari <http://images.gogle.co.id/imgres?imgurl=http://www.rileks.com/images/content/> pada 4 Februari 2009
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aziz, M.F. (2001). Masalah pada kanker serviks. Diambil dari [www.kalbe.co.id/files/cdk/files](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files) pada 5 Februari 2009.
- Aziz, M.F., Andrijono & Saifuddin, A.B. (2006). *Buku acuan nasional onkologi ginekologi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bahl, A., Sharma, D.N., Julka, P.K., & Rath, G.K. (2006). Chemotherapy related toxicity in locally advanced non small cell lung cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2 (1), 14-16.
- Barry, P.D. (1996). *Psychosocial nursing care of physically ill patients and their family*. 3th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Barsevick, A.M., Dudley, W.I., Beck, S., Sweeney, C., Whitmer, K., & Nail, L. (2004). A randomized clinical trial of energy conservation for patient with cancer related fatigue. *American Cancer Society*, 100(6), 1302-1310.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Nauq, T.T., & Neckelman, D. (2002). The validity the Hospital anxiety and depression scale. An update literature review. *Journal Psychosomatic*, 52(2), 69-77.
- Burke, M.B., Wilkes, G.M., Ingwersen, K.C., Bean, C.K., & Berg, D. (1996). *Cancer chemotherapy: A nursing process approach*. London: Jones and Barlett Publisher Inc.
- Carpenito, L.J. (1995). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott
- Carvalho, E.C., Martins, F.T., & Santos, C.B. (2007). A Pilot Study of a Relaxation Technique for Management of Nausea and Vomiting in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing Journal*, 30(2), 163-167.

- Chan, W.H.C., Chang, A.M., Leung, S.F., & Mak, S.S.S. (2007). Reducing breathlessness, fatigue, and anxiety in Chinese patients undergoing lung cancer radiotherapy in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 13(12), 4-7
- Cheung, Y.L., Molassiotis, A., & Chang, A.M. (2002). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho Oncology Journal*, 12(3), 254-266.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health and function*. Philadelphia: Lippincott
- Curt.(2000). The impact of fatigue on patients with cancer: Overview of fatigue 1 and 2. *The Oncologist Journal*, 5(2), 9-12.
- Dagnelie, P.C., Johannesma, M.C., Pijpe, A., Boumans, B.J., Skrabanja, A.T.P., & Lambin, P. (2005). Psychometric properties of the revised piper fatigue scale in dutch cancer were satisfactory. *Journal of clinical epidemiology*, 6(59), 642-649.
- Demi, A., & Miles, M. (1987). *Parameters of normal grief: A delphi study*. Dalam Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health and function*. Philadelphia: Lippincott
- Fan, H.G., Chemerynsky, I., Downie, F.P., Sabate, K., & Tannock, I.F. (2005). Fatigue, menopausal symptom and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1 and 2 year follow up of a prospective controlled study. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (31), 8025-8032.
- Fatigue Coalition. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of the patients: new findings. *Oncologist Journal*, 5(1), 353-360
- Fossa, S.D., Dahl, A.A., & Loge, J.H. (2003). Fatigue, anxiety and depression in long term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1249-1254.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamigaya, M., Koike, M., Nakanishi, T., et al. (2000). A Psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: A randomized controlled trial. *American Cancer Society*, 89(5), 1026-1036.
- Golant, M., Altman, T., & Martin, C. (2003). Managing cancer side effects to improve quality of life: A cancer psychoeducation program. *Cancer Nursing Journal*, 26(1), 37-44
- Grunberg, S.M., Deuson, R.R., Mavros, P., Geling, O., Hansen, M., Cruciani, G., et al. (2004). Incident of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics. *American Journal Cancer Society*, 100(10), 2261-2268

- Hariani, R. (2007). Kecukupan nutrisi pada pasien kanker. *Indonesian Journal of cancer*. 1(4).
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Herawani, N. (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC
- Herdata. (2008). Kemoterapi. Diambil dari [www.Ebookfkunsyah.wordpress.com](http://www.Ebookfkunsyah.wordpress.com) pada 4 Februari 2009.
- Higgins, S.C., Montgomery, G.H., & Bovbjerg, D.H. (2007). Distress before chemotherapy predicts delayed but not acute nausea. *Support Care Cancer Journal*, 15(2), 171-177.
- Iconomou, G., Iconomou, A.V., Argyriou, A.A., Nikolopoulos, A., Ifanti, A.A., & Kalofonos, H.P. (2008). Emotional distress in cancer patients at the beginning of chemotherapy and its relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 13(2), 217-22
- Iop, A., Manfredi, A.M., & Bonura, S. (2004). Fatigue in cancer patients receiving chemotherapy: An analysis of published studies. *Annals of Oncology*, 15(1), 712-720.
- Jong, N.D., Candel, M.J., Scouten, H.C., Saad, H., & Countens, A.M. (2004). Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of Oncology*, 15(6), 896-905.
- Kirsten, F., Atkinson, K.H., Coppleson, J.V.M., Elliott, P.M., Green, D., Houghton, R., et al. (2005). Combination chemotherapy followed by surgery or radiotherapy in patients with locally advanced cervical cancer. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 94(6), 583-580.
- Konginan, A. (2008). Depresi pada penderita kanker. Diambil dari [www.palliative\\_surabaya.com/pdf/buku\\_pkb\\_bagian\\_1408082008.pdf](http://www.palliative_surabaya.com/pdf/buku_pkb_bagian_1408082008.pdf) pada 4 Februari 2009
- Kris, M.G., Hesketh, P.J., Somerfield, M.R., Feyer, P., Clark, S.R., Koeller, J.M., et al. (2006). American Society of Clinical Oncology guideline for antiemetics in oncology: update 2006. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2932-2947.
- Maryati, I, Rustina, Y., & Gayatri, D (2006). *Efektivitas pendidikan kesehatan terhadap aktivitas selfcare dan kecemasan wanita dengan kanker serviks stadium lanjut di Jawa Barat*. Tesis. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Mc Closkey, J.C., & Bulechek, G.M. (1996). *Nursing intervention classification (NIC)*. 2<sup>nd</sup> ed. St Louis: Mosby

- Molassiotis, A., Yung, H.H.P., Mok, T.S.K., & Yam, B.M.C. (2000). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial. *Support Care Cancer Journal*, 10(3), 237-246
- National Cancer Institute. (2008). Nausea and vomiting. Diambil dari [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecancer/nausea/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecancer/nausea/healthprofessional), pada 6 Februari 2009.
- National Comprehensive Cancer Network. (2009). *Clinical practice guidelines in oncology: Cancer related fatigue*. NCCI
- Nichols, F.H., & Humenic, S.S. (2000). *Childbirth education: Practice, research, and theory*. Philadelphia: WB. Saunders Company
- Notoadmodjo, S. (1993). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offcet.
- Notoadmodjo, S. (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Osborn, R.L., Demoneada, A.C. & Feuerstein M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34
- Otto, S.E. (2001). *Oncologi Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby Inc
- Pandey, M., Sarita, G.P., Devi, N., Thomas, B.C., Hussain, B.M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing Chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4(68), 1-5
- Park, S.Y., Bae, D.S., Nam, J.H., Park, C.T., Cho, C.H., Lee, J.M., et al. (2007). Quality of life and sexual problems in cervical cancer survivors. *American Cancer Society Journal*, 110(12), 2716-2725
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M., & Massie, M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics Journal*, 40(1), 64-69
- Pender, N.J. (1990) dalam Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Toronto: Mosby company
- Pillitery, A. (2003). *Maternal and child health nursing: Care f the childbearing family*. (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincot.
- Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J., Weiss, M.C., Slaughter, R.E., & Paul, S.M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(4), 677-684.

- POGI. (2006). *Standar pelayanan medik: Obstetri dan ginekologi*. Jakarta: POGI
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2000). *Fundamentals of nursing: Concept, process and practice*. St Louis: Mosby-Year book.
- Prasetyaningrum, J. (2008). Fungsi kognitif masa dewasa lanjut. Diambil dari <http://www.ilmupsikologi.com>. Pada 23 Juni 2009
- Prayogo, N. (2008). Kemoterapi: Akibat dan manfaat. Diambil dari <http://www.dharmais.co.id/new/cotent.php?page=articles>. pada 16 Februari 2008.
- Ramdhani & Putra. (2007). Pengembangan multimedia “relaksasi”. Diambil dari <http://neila.staf.ugm.ac.id/wordpress/wp-content/uploads> pada 20 Februari 2009.
- Rankin, S.H., & Stallings, K.D. (2001). *Patient education: Principles & practice*. (4<sup>th</sup> edition). Philadelphia: Lippincott.
- Rasjidi, I., & Sulistiyanto, H. (2007). *Vaksin HPV dan eradikasi kanker mulut rahim*. Jakarta: Sagung Seto.
- Ravasco, P. (2005). Dietary counseling benefits cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal Clinical Oncology*, 23(7), 1348-1349, 1431-1438.
- Roscoe, J.A., Bushnow, P., & Morrow, G.R. (2004). Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy: A University of Rochester Community Clinical Oncology Program study of patients with breast carcinoma. *Cancer Journal*, 101(11). 2701-2708.
- Sherwood, L. (1996). *Human Physiology: From cell to systems*. Virginia: Thomson publisher.
- Sjamsuddin. (2001). Pencegahan dan deteksi dini kanker serviks. *Cermin Dunia Kedokteran*, No 133, 8-13
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Seventh edition. St Louis: Mosby Inc.
- Sugiyono. (2000). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sukardja, I.D.G. (2000). *Onkologi klinik*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.

- Surbakti, E. (2008). Pendekatan faktor resiko terhadap rancangan alternatif dalam penanggulangan kanker serviks uteri di RS Pirngadi Medan. Diambil dari [http:// library.usu.ac.id/ index.php/ component/ Journals/ index](http://library.usu.ac.id/index.php/component/Journals/index). Pada 23 Juni 2009.
- Suwiyoga, I.K. (2006). Tes Human Papilloma virus sebagai skrining alternative kanker serviks. *Cermin Dunia Kedokteran*, No 151, 29-32
- Syah, M. (2005). *Psikologi belajar*. Edisi revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Tian, J., Chen, Z.C., & Hang, L.F.(2007). Effects of nutritional and psychological status in gastrointestinal cancer patients on tolerance of treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 13(30), 4136-4140
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Toronto: Mosby company
- Whittemore, R., & Grey, M. (2006). *Experimental and quasi experimental design*. Dalam Wood, G.L., & Haber, J. (2006). *Nursing research, methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St.Louis: Mosby Inc
- WHO. (2006). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. Geneva: WHO
- Wilkes, G.M. (2000). *Buku saku: Gizi pada kanker dan infeksi HIV*. Jakarta: EGC
- Yayasan Kanker Indonesia. (2008). Kampanye Bantu cegah kanker serviks. diambil dari [www.Cegahkankerserviks.org](http://www.Cegahkankerserviks.org). pada 5 Februari 2009.
- Yoo, H.J., Ahn, S.H., Kim, S.B., & Han, O.S. (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Supportive Care Cancer Journal*, 13(10), 826-833.
- Yunitasari, E. (2009). Pengaruh peer group support terhadap peningkatan konsep diri pada pasien kanker serviks post histerektomi radikal. Diambil dari [http// adln.fkm.umair.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=adlnfkm](http://adln.fkm.umair.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=adlnfkm). Pada 23 Juni 2009
- Zachariae, R., Paulsen, K., Mehlsen, M., Jensen, A.B., Johansson, A., & Maase, H. (2007). Chemotherapy-induced nausea, vomiting, and fatigue-the role of individual differences related to sensory perception and autonomic reactivity. *Psychotherapy Psychosomatic Journal*, 76(6), 376-384



## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian: Hubungan pelaksanaan paket edukasi terhadap keluhan fisik dan psikologis pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi

Saya, Mira Triharini, adalah mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Keperawatan Maternitas Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang Hubungan pelaksanaan paket edukasi terhadap keluhan fisik dan psikologis pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Paket edukasi merupakan paket pendidikan kesehatan yang berisi tentang konsep kanker serviks, cara mengatasi mual muntah, mengatasi lemah lesu, mengatasi kecemasan dan latihan relaksasi otot progresif. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan paket edukasi terhadap keluhan fisik berupa mual muntah, lemah lesu, serta respon psikologis.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap suami, keluarga, masyarakat, maupun tenaga kesehatan. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak-hak responden/subjek dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan data, pengolahan data, maupun dalam penyajian laporan nanti. Melalui penjelasan singkat ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi ibu dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan kerjasamanya dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2009

Peneliti

## LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

No Responden : \_\_\_\_\_ (diisi peneliti)

Setelah membaca penjelasan tentang penelitian ini dan mendapatkan jawaban terhadap pertanyaan yang saya ajukan mengenai penelitian ini, saya mengerti dan memahami bahwa peneliti dapat menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini akan sangat berguna bagi diri saya dan keluarga saya serta tenaga kesehatan. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi saya.

Demikian persetujuan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

.....2009

Yang menyatakan

Responden

(.....)

**KUESIONER A**  
**KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Nomor responden :.....(diisi peneliti)

Tanggal pengisian :.....

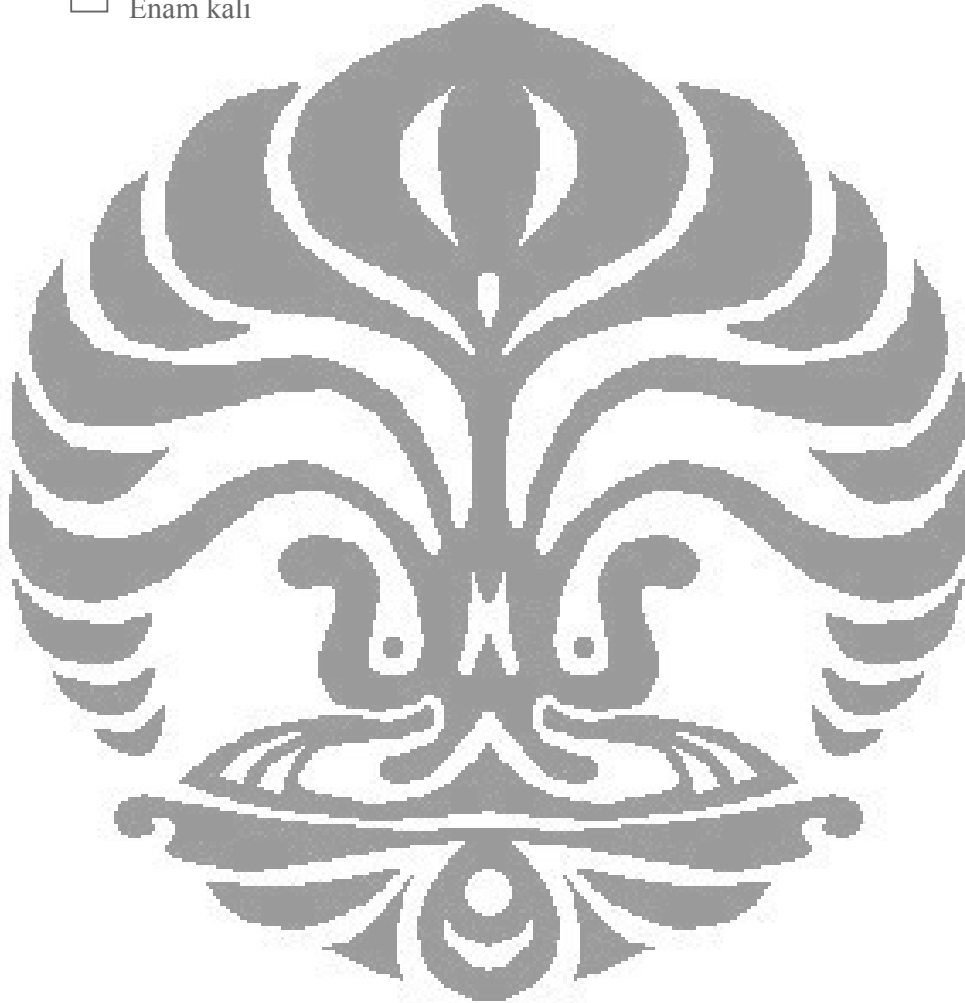
Petunjuk Isian:

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan mengisi tempat kosong yang tersedia dan memberi tanda *check* (✓) pada pertanyaan pilihan yang mewakili jawaban anda

1. Berapakah usia anda? .....tahun
2. Berapa lamakah anda telah didiagnosis kanker serviks? .....bulan
3. Apakah tingkat pendidikan terakhir anda?
  - SD
  - SMP / sederajat
  - SMA / sederajat
  - PT
4. Apakah pekerjaan anda?
  - Ibu Rumah Tangga
  - Pensiunan
  - Pegawai Negeri
  - Pegawai Swasta
  - Lain – lain .....

5. Kemoterapi seri berapakah yang sedang ibu dapatkan sekarang?

- Dua
- Tiga kali
- Empat kali
- Lima kali
- Enam kali



KUESIONER B  
LEMBAR OBSERVASI KELUHAN MUAL MUNTAH

No	Kode Responden	Rata-rata frekuensi mual muntah	
		Pretest	Posttest
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

KUESIONER C  
KELUHAN LEMAH DAN LESU

Nomor responden : .....(diisi peneliti)

Tanggal pengisian : .....

**Petunjuk Pengisian**

1. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dan berilah tanda tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan yang sesuai dengan keadaan yang anda alami dalam satu minggu terakhir berkaitan dengan keluhan lemah dan lesu akibat kanker dan kemoterapi

2. Berikut ini petunjuk dalam pemilihan jawaban:

Selalu : Jika anda selalu mengalaminya setiap hari

Sering : mengalami >3 hari dalam 1 minggu

Kadang-kadang : mengalami 1-3 hari dalam 1 minggu

tidak pernah : Jika anda tidak pernah mengalaminya

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Saya merasakan lemah dan lesu meskipun tanpa melakukan aktivitas yang berat				
2	Lemah dan lesu menyebabkan saya terganggu menyelesaikan tugas/ pekerjaan rumah				
3	Saya merasa tetap bersemangat untuk melakukan kegiatan rutin sehari-hari				
4	Lemah dan lesu menyebabkan saya terganggu melakukan aktivitas sehari-hari				
5	Saya memiliki semangat hidup yang tinggi				
6	Saya merasa memiliki perasaan yang sabar				

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
7	Lemah dan lesu menyebabkan saya terganggu untuk bertemu teman/ keluarga				
8	Saya merasa memiliki badan yang segar				
9	Saya mampu mengingat sesuatu hal dengan baik				
10	Saya merasa memerlukan tenaga lebih banyak untuk melakukan kegiatan rutin				
11	Saya memerlukan waktu yang lebih banyak untuk beristirahat				
12	Saya merasakan memiliki emosi yang labil				
13	Saya merasa mampu berfikir secara jernih				
14	Saya merasa menjadi mudah tersinggung				
15	Saya merasa sulit untuk memahami pembicaraan orang lain				

Berikut ini petunjuk dalam pemilihan jawaban:

- Selalu : Jika anda selalu mengalaminya setiap hari  
 Sering : mengalami > 3 hari dalam 1 minggu  
 Kadang-kadang : mengalami 1-3 hari dalam 1 minggu  
 tidak pernah : Jika anda tidak pernah mengalaminya

KUESIONER D  
RESPON PSIKOLOGIS

Nomor responden : .....(diisi peneliti)

Tanggal pengisian : .....

**Petunjuk Pengisian**

1. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dan berilah tanda tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan yang sesuai dengan keadaan yang anda alami dalam satu minggu terakhir. Kejujuran anda dalam memberikan pendapat akan membantu dalam evaluasi
2. Berikut ini petunjuk dalam pemilihan jawaban:  
 Selalu : Jika anda selalu mengalaminya setiap hari  
 Sering : mengalami > 3 hari dalam 1 minggu  
 Kadang : mengalami 1-3 hari dalam 1 minggu  
 tidak pernah : Jika anda tidak pernah mengalaminya

No	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya terbangun tengah malam tanpa sebab yang jelas				
2.	Saya mudah tidur kembali saat terbangun di malam hari				
3.	Saya merasakan ketakutan sangat besar tanpa sebab jelas				
4.	Saya merasakan kesedihan				
5.	Saya tetap bersemangat untuk melakukan aktivitas sehari-hari				
6.	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar				
7.	Saya memiliki selera makan yang baik				
8.	Saya merasa menjadi orang yang kuat				



No	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
9.	Saya masih dapat menikmati hal-hal yang menyenangkan untuk saya				
10.	Saya dapat menahan/ mengontrol emosi saya				
11.	Saya memiliki perasaan yang tenang				
12.	Saya menjadi lebih pelupa				
13.	Saya dapat berkonsentrasi dengan baik				
14.	Saya merasakan yakin kesehatan saya akan membaik				
15.	Saya merasakan badan saya gemetaran				
16.	Saya memiliki perasaan bersalah pada diri sendiri				
17.	Saya merasakan rasa pegal di daerah punggung dan leher				
18.	Saya senang berbicara dengan orang lain				

Selalu : Jika anda selalu mengalaminya setiap hari  
 Sering : mengalaminya >3 hari dalam 1 minggu  
 Kadang : mengalaminya 1-3 hari dalam 1 minggu  
 Tidak pernah : Jika anda tidak pernah mengalaminya