

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KOPING
DALAM UPAYA MENINGKATKAN RESILIENSI PASIEN KANKER
SERVIKS *POST RADIKAL HYSTERECTOMY + BSO* YANG
MENDAPATKAN KEMOTERAPI
BERBASIS ADAPTASI *ROY***



DIS. IK. 22/16

Yun
P

**ESTI YUNITASARI
NIM 101217087315**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN
SURABAYA
2016**

**PENGEMBANGAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KOPING
DALAM UPAYA MENINGKATKAN RESILIENSI PASIEN KANKER
SERVIKS *POST RADIKAL HYSTERECTOMY* + *BSO* YANG
MENDAPATKAN KEMOTERAPI
BERBASIS ADAPTASI *ROY***

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan
Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Rabu
Tanggal : 18 Mei 2016
Pukul : 10.00 – 12.00 WIB**

Oleh :

**ESTI YUNITASARI
NIM 101217087315**

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Disertasi Tahap I (Tertutup)
Program Studi Ilmu Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Doktor (Dr.)
Pada Tanggal 23 Februari 2016

Mengesahkan

Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat



Dekan,



Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S.
NIP. 195603031987012001

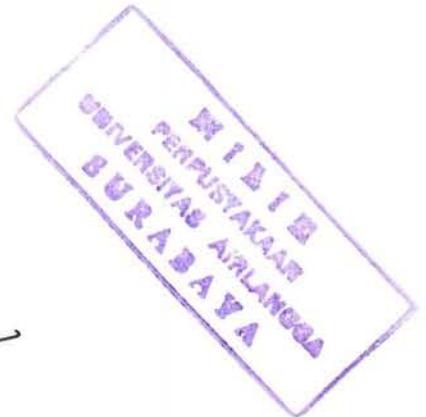
PERSETUJUAN

DISERTASI INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 26 JULI 2016

Oleh:

Promotor


Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 19661225 1989031004

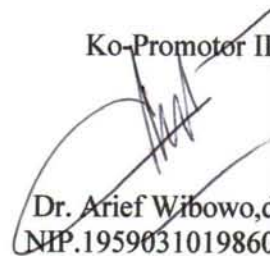


Ko-Promotor I



Prof. Suhatno, dr., SpOG (K)
NIP. 194508071971061001


Ko-Promotor II



Dr. Arief Wibowo, dr., MS
NIP. 195903101986011001

Mengetahui

Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan


Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS.
NIP. 196202281989112001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Esti Yunitasari,S.Kp.,M.Kes
Nim : 101217087315
Program Studi S3 : Ilmu Kesehatan
Alamat Rumah : Bumi Marina Emas Timur III/16 Surabaya
No.Telpon/Hp : 081553686871



Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Disertasi saya ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatas namakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (*Plagiarism*) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Di dalam disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang telah di peroleh karena karya tulis Disertasi ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Surabaya, 17 Mei 2016

Yang membuat pernyataan,



Esti Yunitasari,S.Kp.,M.Kes
Nim : 101217087315

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap I (Tertutup)
Tanggal 23 Februari 2016

Ketua : Dr. Hamidah, Psi., M.Psi
Anggota : 1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs(Hons)
2. Prof. Suhatno, dr., SpOG(K)
3. Dr. Arief Wibowo, dr., MS
4. Prof. Kuntoro, dr., M.Ph., Dr. PH
5. Dr. Suprajitno, S.Kp., M.Kes
6. Dr. Rachmad Hargono, dr., MS., MPH

Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Nomor : 39/UN3.1.10/2016
Tanggal : 23 Februari 2016

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan naskah Disertasi ini dengan judul “Pengembangan model asuhan keperawatan koping berbasis adaptasi *Roy* dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi”. Dalam penyelesaian naskah ini, banyak tantangan dan rintangan yang menghambat, atas petunjuk dan karuniaNya semua dapat teratasi dan melewati tepat pada waktunya. Penyusunan naskah ini merupakan persyaratan tugas untuk tahap menyelesaikan pendidikan sebagai calon Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

Penulisan naskah disertasi ini telah mendapatkan bantuan, dukungan dan bimbingan dari promotor dan ko-promotor serta berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini dengan kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat Prof. Dr. Nursalam, MNurs (Hons) yang telah berkenan menjadi Pembimbing Akademik selama menempuh pendidikan S3 sekaligus Promotor dalam penulisan disertasi, kami sampaikan terima kasih atas segala petunjuk, arahan dan bimbingan yang luar biasa dalam penyusunan disertasi ini. Prof.Suhatno,dr.,SpOG(K) selaku ko promotor I yang telah dengan sabar memberikan semangat, dorongan, perhatian, bimbingan dan saran selama proses penelitian khususnya dalam hal memberi dorongan dan pemecahan masalah yang harus diberikan pada responden. Dr. Arief Wibowo,dr.,MS selaku ko- promotor

II yang telah dengan sabar memberikan semangat, dorongan, perhatian, bimbingan dan saran statistik khususnya selama proses penelitian.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga, Prof Dr. M Nasih, SE, MT, Ak selaku Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Fasich, Apt selaku Rektor Unair periode 2010-2015 atas kemudahan dan fasilitas yang diberikan.
3. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS selaku Dekan; Dr. Santi Martini, dr., M.Kes Wakil Dekan I; Dr. Thinni Nurul Rohmah, Dra., M.Kes Wakil Dekan II; Ira Nurmala SKM., M.PH., Ph.D Wakil Dekan III Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas kesempatan, fasilitas dan kemudahan mengikuti Program Doktor Ilmu Kesehatan di Universitas Airlangga.
4. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS selaku Ketua Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis mengikuti proses belajar.
5. Prof. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan program Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

6. Dr. Kusnanto, SKp, M.Kes, Dr.Ah Yusuf, SKp.,M.Kes, Dr. Joni Hariyanto,S.Kp.,Ms, Dr Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes, Harmayetty S.Kp.,M.Kes selaku senior saya di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan Program Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
7. Segenap dosen Prof. Dr.Warsono, MS, Dr Rachmad Hargono, dr, MS., M.PH, Prof. Kuntoro, dr., M.PH, Dr. PH, Dr. Hamidah., Psi., M.Psi, Dr.Suprajitno., SKp., M.Kes yang telah bersedia memberikan wawasan yang luas kepada peneliti dan menjadi tim penguji serta staf di lingkungan Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang turut membantu memotivasi belajar serta arahan yang telah diberikan.
8. Bapak Harsono,dr selaku Plt Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya yang telah berkenan memberikan ijin penelitian di Irna Obgyn Rumah Sakit Umum daerah dr Sutomo.
9. Warsiti, S.Keb.,M.M.Kes, selaku Kepala perawatan Irna Obgyn Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya, rekan - rekan perawat dan bidan yang bertugas di Irna Obgyn yang telah memberikan fasilitas selama melakukan penelitian.
10. Seluruh responden: pasien dan keluarga pasien kanker serviks yang berkenan menjadi responden dalam penelitian ini, terima kasih semua data, dan diskusi

yang diberikan, semoga semua akan bermanfaat dalam mengembangkan ilmu keperawatan, khususnya ilmu keperawatan maternitas.

11. *"Big Beautiful"* terima kasih atas motivasi dan empati yang diberikan dalam menyelesaikan disertasi.
12. Kedua orang tuaku tersayang (Bpk Sukamto,SKM dan Ibu Endang Sudarmini, A.Md) terima kasih tak terhingga seluruh curahan kasih sayang, bimbingan pada ananda.
13. Suamiku tercinta (Yuli Asmono, ST) , Ananda Syafira Putri Monita dan Syabian Ruby Ahmad Syadat terima kasih atas kesabaran, pengertian dan segala dukungan sehingga mama dapat menyelesaikan pendidikan ini.
14. Nanang Susetyo,ST,MT dan Veranda Taufica,SE (kakak dan kakak ipar), Hari Agung Fitranto,SE dan Drg. Nina Agustin (adik dan adik ipar) terima kasih atas motivasi yang diberikan.
15. Ilya Krisnana, Retnayu Pradanie, Tiyas Kusumaningrum, Ni Ketut Alit, Yuni Sufyanti, Mira Tri Harini, Praba Diyan, Iklima, Aria aulia, Nuzul, Kristiawati selaku Anggota Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah banyak memberikan dukungan, semangat, dan motivasi sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
16. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Doktorat Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR angkatan th 2012 dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran pembuatan usulan penelitian disertasi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian disertasi ini. Kami menyadari bahwa penelitian disertasi ini masih banyak kekurangan karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki penulis dan faktor lainnya, untuk itu masukan dan kritik yang sifatnya membangun sangat kami perlukan untuk kesempurnaan dalam penelitian disertasi ini.

Surabaya, Juli 2016

Penulis

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KOPING
BERBASIS ADAPTASI ROY DALAM UPAYA MENINGKATKAN
RESILIENSI PASIEN KANKER SERVIKS *POST RADIKAL
HYSTERECTOMY + BSO* YANG MENDAPATKAN KEMOTERAPI**

Kanker serviks saat ini di Indonesia masih menduduki peringkat pertama dan merupakan penyebab kematian tertinggi diantara penyakit kanker pada wanita. Kejadian wanita usia produktif terserang kanker serviks meningkat sebesar 60 persen. Penanganan kanker serviks pada stadium awal adalah pembedahan, baik disertai dengan kemoterapi dan radiasi ataupun tidak, sedangkan pada stadium sedang atau lanjut dilakukan kemoterapi, radioterapi atau kemoradiasi tanpa pembedahan. Seseorang dilakukan pembedahan karena kanker serviks secara medis mempunyai *prognosis* yang lebih baik daripada seseorang dengan kanker serviks yang tidak dilakukan pembedahan pada stadium dua ke atas. Pembedahan yang sering dilakukan dalam kasus ini adalah *Radikal Hysterectomy Bilateral Salphingo Oophorectomy* yaitu sebuah prosedur pembedahan yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan untuk mengangkat organ reproduksi perempuan yaitu uterus beserta indung telur dan disisakan sepertiga bagian vagina. Pembedahan ini sering disertai dengan pengobatan untuk membersihkan sel kanker yang tersisa dengan kemoterapi.

Kurangnya resiliensi pada pasien kanker serviks *post radikal hysterectomy + BSO* ditandai dengan beberapa pasien selalu mengeluh dengan efek samping kemoterapi tersebut padahal sudah diberikan penjelasan tentang manfaat dan efek sampingnya serta sudah diberikan terapi sebagai antisipasi efek mual muntah pada pasien oleh petugas kesehatan. Beberapa pasien tersebut juga mengatakan lebih baik tidak melanjutkan menjalankan kemoterapi karena tidak siap secara fisik maupun psikologis akibat efek samping yang ditimbulkan. Menyerah akan dampak tersebut, menyebabkan beberapa pasien enggan melakukan kemoterapi, memutuskan tidak melakukan pengobatan lanjutan sehingga pengobatan tersebut dinyatakan tidak tuntas dan keganasan muncul kembali dengan metastase yang lebih luas yang menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi akibat kejadian penyakit kanker serviks ini. Resiliensi pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi ini sangat diperlukan, agar seseorang yang menjalani kemoterapi dapat beradaptasi terhadap efek kemoterapi yang sedang dijalani dan dapat melakukan perawatan sendiri paska kemoterapi. Pencapaian karakteristik resilien ditandai oleh adanya kemampuan dalam menghadapi kesulitan yang dalam hal ini adalah dampak kemoterapi, ketangguhan dalam menghadapi stres akibat kemoterapi, ataupun bangkit dari trauma yaitu bisa beradaptasi terhadap dampak kemoterapi maupun dapat menerima diagnosis penyakitnya. Proses resiliensi pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi sesuai dengan proses adaptasi *Roy* didapatkan dengan cara membangun koping yang positif terlebih dahulu.

Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping berbasis adaptasi *Roy* dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal*

Hysterectomy + BSO yang mendapat kemoterapi dapat membantu pasien kanker serviks dalam meningkatkan resiliensinya. Koping yang positif dapat meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks.

Penelitian ini menggunakan desain 2 tahap. Tahapan penelitian ini meliputi Tahap I dengan menggunakan desain eksplanasi. Desain eksplanasi dengan tujuan untuk menyusun pengembangan model asuhan keperawatan koping berbasis adaptasi Roy dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. Selama ini koping pasien menjadi baik dengan adanya intervensi atau asuhan yang diberikan oleh perawat belum melibatkan secara maksimal peran keluarga di dalam melakukan perawatan pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. Pada Kasus terminal peran keluarga harus dioptimalkan sehingga dalam melakukan intervensi untuk meningkatkan koping diperlukan dukungan keluarga atau keterlibatan keluarga, karena keluargalah yang nantinya merawat pasien ketika pasien sudah pulang, sehingga proses adaptasi koping ini perlu dikembangkan agar resiliensi pasien bisa dioptimalkan melalui dukungan keluarga. Populasi yang menjadi target penelitian pada tahap I ini adalah seluruh pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi di Irna Obgyn RSUD dr Sutomo Surabaya. Teknik sampling yang digunakan pada tahap I penelitian ini adalah konsekutif sampling pada pasien kanker serviks *Post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi di Irna Obgyn RSUD Dr Sutomo Surabaya pada bulan Januari s.d Desember 2015 sebanyak 150 responden. Pengujian hubungan antar variabel penelitian menggunakan teknik analisis *Structural Equation Models (SEM)* dengan Amos 5. Pada Penelitian tahap I ini didapatkan hasil bahwa pengalaman pasien dalam melakukan kemoterapi sebagian besar (41,3%) adalah tidak menyenangkan akibat dampak kemoterapi, dengan rata-rata melakukan kemoterapi lebih dari 3 seri kemoterapi. Variabel pengetahuan pasien tentang kemoterapi sebagian besar yaitu 64,4% adalah kurang pada materi akibat tidak patuh melakukan kemoterapi. Variabel keyakinan terhadap ketepatan pengobatan kemoterapi pasien sebagian besar (64,4%) adalah kurang yakin terhadap ketepatan melakukan sesuai jadwal kemoterapi. Variabel nilai sebagian besar kurang (38,6%) pada indikator pertimbangan melakukan pengobatan kemoterapi. Variabel sikap yang paling besar adalah pada indikator konatif (63,3%) dalam kategori kurang. Variabel kepribadian sebagian besar pasien mempunyai kepribadian *extraversion* (37,3%). Variabel pelayanan kesehatan semua responden (100%) adalah baik pada indikator petugas kesehatan. Variabel dukungan keluarga yang paling kurang terdapat pada dukungan instrumental (20,7). Variabel koping sebagian besar responden adalah *Emotional Focus Koping* (65,3%). Variabel resiliensi sebagian besar kurang (66,7%) pada indikator *self reliance*. Stimulus internal (kepribadian, pengalaman, nilai, pengetahuan, sikap) berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,047$ dengan besar pengaruh 0,150. Stimulus eksternal (akses layanan, program pengobatan, petugas kesehatan) tidak berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,246$. Dukungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh 0,743. Stimulus internal (kepribadian,

pengalaman, nilai, pengetahuan, sikap) tidak berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,335$. Stimulus eksternal (akses layanan, program pengobatan, petugas kesehatan) tidak berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p=0,167$. Dukungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh $0,501$. Mekanisme coping berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh $0,480$.

Tahap 2 penelitian ini menggunakan desain *quasi eksperimen*. Tujuan penelitian pada tahap 2 ini adalah tahap simulasi model pengembangan model asuhan keperawatan coping berbasis adaptasi Roy dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks post *Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. Perlakuan pada tahap 2 penelitian ini dilakukan berdasarkan hasil penelitian tahap 1 bahwa dukungan keluarga merupakan variabel yang paling besar dalam berkontribusi meningkatkan coping maupun resiliensi secara langsung, oleh karena itu eksperimen yang dilakukan adalah memberikan modul pada keluarga pasien mengenai dukungan keluarga kanker serviks dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi.

Pada tahap 2 dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive* sampling sebanyak 20 sampel untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing masing 10. Evaluasi resiliensi dilakukan setelah 1 bulan diberikan perlakuan asuhan keperawatan coping melalui dukungan keluarga kanker serviks (DK2S). Hasil penelitian disajikan secara diskriptif dalam bentuk tabel frekuensi untuk data umum meliputi umur ibu (responden), pendidikan terakhir, status perkawinan, penghasilan, stadium kanker serviks. Variabel penelitian adalah pengetahuan, nilai, pengalaman, sikap, kepribadian, akses layanan kesehatan, coping, resiliensi. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dan *checklist*. Pada tahap simulasi model uji statistik yang digunakan adalah *t-Test*.

Uji *t-test* menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan terhadap meningkatnya resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. Kelompok perlakuan terjadi peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Temuan baru dalam penelitian ini adalah bahwa untuk meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* dengan kemoterapi perlu dibangun coping yang kuat melalui stimulus internal dan dukungan keluarga khususnya adalah dukungan emosional. Resiliensi pada pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi terdiri dari indikator *meaningfull, percieverance dan exixtential aloneness*.

SUMMARY

THE DEVELOPMENT OF COPING-ROY'S ADAPTATION NURSING CARE MODEL TO INCREASE THE RESILIENCY OF POST RADIKAL HYSTERECTOMY + BSO CERVICAL CANCER PATIENTS WHO RECEIVED CHEMOTHERAPY

Cervical cancer ranks the first as the most death-leading disease among Indonesian women. The incidence of the disease is continuing to increase by 60 percent every year. Surgical procedure is the primary treatment at the initial stage of disease. It is the capacity for health care providers to complement the procedure with chemotherapy and radiation. Meanwhile, at later stages, the treatments of choice are chemotherapy, radiotherapy, and non-invasive chemo-radiation. On average, patients who have undergone the surgical procedure would have a better prognosis than those who have not. The surgical procedure often refers to Radikal Hysterectomy + BSO, which performed by obstetrician to remove the reproductive organs that exposed by cancer cells. The reproductive organs usually included uterus, ovaries and two-third of the upper part of vagina. This surgery is often complemented by chemotherapy to ensure the remaining cancer cells are removed.

Post Radikal Hysterectomy + BSO patients who are lacking from self-resilience would appear with psychosomatic claims. Patients' resilience refers to indicators, including internal value of being meaningful, perseverance and existential aloneness. As a consequence, some patients express and choose not to continue the following programmed chemotherapy series because they are not feeling -physically and psychologically- ready to deal with the side effects. This phenomenon significantly contributes to the mortality and morbidity among the patients. Therefore, patients' resilience is indispensable. The main feature of resilient patients is characterized by the ability and toughness in dealing with the traumatic side effects of chemotherapy. The processes of achieving resiliency are in accordance with the process of adaptation proposed by Calista Roy. At the initial process, resilience can be obtained by improving patients' coping ability. Therefore, nursing care model that adapts Calista Roy's adaptation model was proposed as an approach to improve the resilience of post Radikal Hysterectomy + BSO patients who receives series of chemotherapy.

This present study was conducted in two stages. Explanatory design was used at the first phase of this study. The first stage of the study aimed to develop the nursing care coping model based on Roy's Adaptation Theory. This step was applied in essence to improve the resilience of post Radikal Hysterectomy + BSO cervical cancer patients who received chemotherapy. The target population of this phase was post Radikal Hysterectomy + BSO cervical cancer patients whom had received chemotherapy in a gynecological unit - RSUD dr Sutomo Hospital. 150 respondents were involved through consecutive sampling technique during January to December 2015. The relationship among variables in this stage was

tested through Structural Equation Models (SEM) techniques using Amos 5® for Microsoft® Operating System.

The result in this phase of the study showed that most patients have received at least three series of chemotherapy. Almost half of them (41.3%) expressed their unpleasant experience when receiving series chemotherapy. In the variable of knowledge about chemotherapy, most of respondents identified as lacking in the information due to non-obey chemotherapy (64.4%). These respondents were lack of knowledge about the consequence of being adhere to the appointed schedule for chemotherapy. About 38.6% of the respondents stated their doubt feeling whether they have adhered to receive chemotherapy in schedule. With regard to the attitude variable, most of the respondents (63.3%) were poor in conative aspect. About 37.3% of the respondents have extraversion personality. In terms of perspective toward health workers all respondents were in good categories. However, it is indicated that the respondents were lacking of instrumental support from their families (20.7%).

In terms of coping as variable, most respondents adopted focus emotional coping style (65.3%). Most participants (66.7%) also indicated to be lacked of self-reliance. Meanwhile, respondents' internal stimuli (personality, experience, values, knowledge, attitudes) significantly influenced the coping mechanisms ($p = 0.047$; estimate = 0.150). On the other hand, external stimulus (access to services, treatment programs, health officials) did not influence the coping mechanisms ($p = 0.246$). However, family support has a significant influence to patients' coping mechanism ($p = 0.00$; estimate = 0.743), while internal stimuli (personality, experience, values, knowledge, attitude) did not influence patients' resilience ($p = 0.335$).

External stimulus (access to services, treatment programs, health officials) did not influence the resilience ($p = 0.167$). As a variable, family support significantly influenced the respondents' resilience ($p = 0.00$; estimate = 0.501). The coping mechanisms also have significant effect on resilience ($p = 0.00$; estimate = 0.480). The intervention or care delivered by nurses in this step was proven to be effective in improving patients' coping ability. Despite the nurses have not yet fully involved their families in delivering the care. The result, however, suggests that the family roles should be optimized. It is indicated that adequate family support and involvement could improve patients' outcomes. Thus, the coping adaptation process should be developed in order optimize the patient's resilience through family support.

The second stage of this study used a quasi-experimental approach. The objective at this stage was to simulate the developed nursing care model based on Roy's adaptation theory in improving the resilience of post Radikal Hysterectomy + BSO cervical cancer patient whom received series chemotherapy. The intervention in this phase was conducted based on the results of the previous stage. The intervention was delivered through modules discussing family roles in increasing of cervical cancer patients' resilience.

Not less than 20 respondents were assigned evenly to each treatment and control group. The respondents were invited using consecutive sampling. The

evaluation was conducted after the intervention was given through family support cervical cancer (DK2S) for a month. The results of the study were presented in a descriptive manner that include general data (demography, education background, marital status, income, and cervical cancer stage). The research variables were knowledge, values, experience, attitude, personality, access to health care, coping, resilience. A form of questionnaire and checklist were used to collect the data of this stage, whereas the t-Test was used as the statistical analysis tool. The result showed that there was a significant difference between the groups. The coping-Roy's adaptation model of nursing was proven effective to increase the resilience of cervical cancer patients.

This finding suggests that it is necessary for nurses to implement the offered model of nursing care to build patients' stronger coping mechanism. It is indicated that the effort can be delivered through constructed internal stimulus and family support.



ABSTRAK

Introduksi: Resiliensi pasien kanker serviks yang masih rendah akibat efek samping kemoterapi menyebabkan pengobatan tidak tuntas dan keganasan muncul kembali. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini menyusun pengembangan model asuhan keperawatan koping berbasis teori adaptasi Roy dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. **Metode:** Analisis korelatik desain tahap 1 adalah eksplanasi. Tahap 2 adalah Quasy experiment. Populasi seluruh pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* dengan kemoterapi di Irna Obgyn RSUD dr Sutomo Surabaya. Besar sampel tahap satu 150 responden dipilih dengan *consequitive* sampling. Besar sampel Tahap dua 20 responden dipilih dengan metode *consequitive* sampling. Variabel penelitian adalah stimulus internal, stimulus eksternal, dukungan keluarga, koping, resiliensi. Teknik analisis data menggunakan *Structural Equation model (SEM)* dengan amos 5 dan t-Test. **Hasil dan analisis penelitian:** stimulus internal berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,047$ dengan besar pengaruh 0,150. Stimulus eksternal tidak berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,246$. Dukungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap mekanisme koping dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh 0,743. Stimulus internal tidak berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,335$. Stimulus eksternal tidak berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,167$. Dukungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh 0,501. Mekanisme koping berpengaruh signifikan terhadap resiliensi dengan nilai $p = 0,00$ dengan besar pengaruh 0,480. Uji t-test menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan terhadap meningkatnya resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* yang mendapat kemoterapi. Kelompok perlakuan terjadi peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. **Diskusi:** Temuan dalam penelitian ini adalah Resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* dengan kemoterapi bisa ditingkatkan dengan membangun koping yang adaptif terlebih dahulu. Faktor yang memberikan kontribusi terbesar dalam membangun koping adalah faktor dukungan emosional keluarga. Komponen Indikator dalam membentuk Resiliensi pasien kanker serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO* dengan kemoterapi adalah meaningfulness, perseverance, existential aloneness.

Kata Kunci: Resiliensi, Pasien Kanker Serviks *post Radikal Hysterectomy + BSO*, Asuhan Keperawatan, Kemoterapi.

ABSTRACT

Introduction : Resilience cervical cancer patients is still low due to the side effects of chemotherapy causes incomplete treatment and malignancy reappear. The aims of this study was to develop a model of nursing care coping base on roy adaptation in order to improve the resilience of servical cancer patients who received post-Radikal Hysterectomy + BSO receiving chemotherapy. **Method :** Correlative analysis design of first phase was explanatory. Second phase of were study used quasy experiment. The Population of this study was all cervical cancer patients with post Radikal Hysterectomy + BSO and chemotherapy in Irna Obgyn Dr Sutomo's Hospital, Surabaya. The Sample of First phase was 150 respondents selected by consecutive Sampling. The Sample for Second phase was 20 respondents selected by consecutive sampling to. The variables were knowledge, values, practice, attitude, personality, access to health care, coping, resilience. **Result:** The data were analyzed by *Structural Equation model (SEM)* with amos 5 and t-Test. In the Development Nursing Care Coping- Model, Internal Stimulus Internal Stimulus had significant effects on coping mechanisms ($p= 0,047$) with great influence 0,150. External Stimulus had no significant effects on coping mechanism ($p = 0,246$) and family support ($p=0,00$) had significant effects on the coping mechanisms with great influence 0,743. Resilience was influenced no significantly by Internal stimuli ($p=0.335$) External stimuli no significant effect on resilience ($p=0,167$). Family support significant effect on resilience ($p=0.00$) with great influence 0,501. T-test showed a significant difference on the increased resilience of the respondents between treatment group and control group. **Discussion:** New findings in this study was the resilience of cervical cancer patients with chemotherapy post Radikal Hysterectomy + BSO can be improved by building an adaptive coping in advance . The factors that contributed in building coping factor is family emotional support. Components Indicators in shaping resilience of cervical cancer patients with chemotherapy post Radikal Hysterectomy + BSO were meaningfulness , perseverance , existential aloneness. Nursing coping models can improve 80% the resilience of cervical cancer patiens with chemotherapy post Radikal Hysterectomy + BSO.

Keywords: Resilience, Cervical Cancer Patients post Radikal Hysterectomy + BSO, Nursing Care, Chemotherapy

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
PERNYATAAN ORISINILITAS	v
PANITIA PENGUJI DISERTASI	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
RINGKASAN	xii
<i>SUMMARY</i>	xv
ABSTRAK	xviii
<i>ABSTRACT</i>	xix
DAFTAR ISI	xx
DAFTAR TABEL	xxii
DAFTARGAMBAR	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiv
DAFTAR SINGKATAN	xxv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Resiliensi	9
2.2 Teori Adaptasi Roy	32
2.3 Kanker serviks	41
2.4 Aspek psikologis dan social kanker serviks	56
2.5 Teori Koping	57
2.6 Kepribadian / <i>personality</i>	65
2.7 Sikap	92
2.8 Pengetahuan	93
2.9 Keyakinan	98
2.10 Nilai	104
2.11 Pola Pikir Peneliti	107
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	110
3.1 Kerangka Konseptual	110
3.2 Hipotesis Penelitian	112
BAB 4 METODE PENELITIAN	113
4.1 Desain Penelitian	113
4.2 Populasi, Sampling, dan sampel	113
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	115

4.4 Instrumen Penelitian	124
4.5 Validitas dan Reliabilitas	134
4.6 Cara Pengolahan dan Analisis Data	136
4.8 Sosialisasi Melalui FGD	139
4.9 Tahapan Penyusunan Modul	139
4.10 Rancangan Penilaian Tahap 2	140
4.11 Populasi, Sampel, Dan Sampling	141
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	143
5.1 Gambaran Umum Obyek Penelitian	143
5.2 Deskripsi dan Hubungan antar Variabel Penelitian	147
5.3 <i>Focus Group Discussion (FGD)</i>	159
5.4 Model Pengembangan Asuhan Keperawatan	174
5.7 Simulasi Model	179
BAB 6 PEMBAHASAN	182
6.1 Hubungan Antar Variabel	182
6.2 Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping	242
6.3 Simulasi Model	244
6.4 Temuan Baru Hasil Penelitian	248
6.5 Kontribusi Penelitian	251
BAB 7 PENUTUP	254
7.1 Kesimpulan	254
7.2 Saran	255
DAFTAR PUSTAKA	257
LAMPIRAN	274

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
Tabel 1.1	Angka kejadian kanker serviks di irna Obgyn RSUD. Sutomo Surabaya tahun 2009 - tahun 2012	2
Tabel 2.1	Stadium kanker serviks FIGO	46
Tabel 2.3.5	Sistem Papanicolaou dan Bethesda	49
Tabel 2.3.9	Efek samping obat anti kanker pada pengobatan kanker serviks	55
Tabel 4.1	Variabel dan Indikator penelitian	115
Tabel 4.2	Definisi operasional penelitian	116
Tabel 4.3	<i>Blue print</i> kuesioner Pengetahuan	126
Tabel 4.4	<i>Blue print</i> kuesioner tentang keyakinan	127
Tabel 4.5	<i>Blue print</i> kuesioner tentang nilai	128
Tabel 4.6	<i>Blue print</i> kuesioner tentang pelayanan kesehatan	131
Tabel 4.7	<i>Blue print</i> kuesioner tentang dukungan keluarga	132
Tabel 4.8	<i>Blue print</i> kuesioner tentang koping	133
Tabel 4.9	<i>Blue print</i> kuesioner tentang koping resiliensi	133
Tabel 5.1	Karakteristik Responden	145
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Pengalaman	147
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Pengetahuan	147
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Keyakinan	148
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Nilai	149
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Sikap	149
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Kepribadian	150
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan	151
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga	151
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Koping	152
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Resiliensi	153
Tabel 5.12	Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.0 Untuk Variabel Stimulis Internal Dan Dukungan Keluarga	154
Tabel 5.13	Hasil analisis awal dan kelima menggunakan perangkat lunak AMOS 5	155
Tabel 5.14	Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.0 Untuk Variabel	156
Tabel 5.15	Hasil analisis Awal dan Ke3mpat Menggunakan AMOS 5.0	156
Tabel 5.16	Hasil <i>Focused Group Discussion</i> (FGD)	160
Tabel 5.17	Pengembangan Berdasarkan Aktifitas asuhan koping	176
Tabel 5.18	Hasil Uji t test Resiliensi	180

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2.2.1	Model Adaptasi Roy	34
Gambar 2.3.2	Stadium Kanker serviks	48
Gambar 2.3.7	Faktor yang mempengaruhi respon klinis dari obat Antikanker	54
Gambar 2.5.1.	Mekanisme koping (Ogden, 2007)	59
Gambar 2.5.2	Model Stres Adaptasi	60
Gambar 2.5.3	Transaksional model dari stress dan <i>coping</i>	63
Gambar 2.5.4	Model hubungan antara jejaring social dan dukungan sosial (Glanz,2008)	64
Gambar 3.1	Kerangka konsep penelitian	110
Gambar 4.1	Kerangka analisis model hubungan antar variabel	148
Gambar 5.4	Model yang Dihasilkan Analisis AMOS	158
Gambar 6.1	Model Akhir yang Dihasilkan	243
Gambar 6.2	Temuan Baru Penelitian Model	248

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	
Lampiran 1	Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian	274
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Menjadi responden	276
Lampiran 3	Kuesioner Data Demografi	277
Lampiran 4	Kuesioner Kepribadian	279
Lampiran 5	Kuesioner Pengalaman	281
Lampiran 6	Kuesioner Pengetahuan	282
Lampiran 7	Kuesioner Keyakinan	283
Lampiran 8	Kuesioner Nilai	284
Lampiran 9	Kuesioner Sikap	285
Lampiran 10	Kuesioner Palayanan Kesehatan	286
Lampiran 11	Kuesioner Dukungan Keluarga	288
Lampiran 12	Kuesioner Koping	290
Lampiran 13	Kuesioner Resiliensi	295
Lampiran 14	Analisis Statistik	297
Lampiran 15	Uji Etik	330



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ASCUS	: <i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i>
CIN	: <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i>
CT scan	: <i>Computed Tomography Scanning</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
FIGO	: <i>Federation International of gynecology and obstetrics</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	: <i>Human Papiloma Virus</i>
IVA	: Inspeksi Visual Dengan Asam Asetat
LGSIL	: <i>Low Grade Squamous Intraepiteliel Lesion</i>
MRI	: <i>Magnetic resonance Imaging</i>
NCCN	: <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NCI	: <i>National Cancer Institute</i>
PMS	: Penyakit Menular Seksual
RSU	: RumahSakitUmum
UI	: Universitas Indonesia
USA	: <i>United State of America</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SEM	: <i>Structural Equation Models</i>
PFC	: <i>Problem Focus Coping</i>
EFC	: <i>Emotion Focus Coping</i>
TAH- BSO	: <i>Total Abdominal Hysterectomy Bilateral Salphingo Oophorectomy</i>

BAB 1
PENDAHULUAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks saat ini di Indonesia masih menduduki peringkat pertama dan merupakan penyebab kematian tertinggi diantara penyakit kanker pada wanita dengan insiden tertinggi yaitu 27 persen. Kejadian wanita usia produktif terserang kanker serviks meningkat sebesar 60 persen. Penanganan kanker serviks pada stadium awal adalah pembedahan, sedangkan pada stadium sedang atau lanjut dilakukan kemoterapi, radioterapi atau kemoradiasi. Kemoterapi menimbulkan beberapa efek samping antara lain mual, muntah, stomatitis, kerontokan rambut, kelemahan fisik dan anemia (Dunleavey, 2009). Keseluruhan pasien mengeluhkan efek samping kemoterapi yaitu mual, terkadang muntah, letih dan lesu. *National Comprehensive Cancer Network NCCN* (2009) menyatakan bahwa sekitar 70%-100% pasien kanker mengalami *fatigue*. Keluhan *fatigue* sulit dijelaskan dan banyak pasien menggambarkan dengan berbagai cara seperti mengeluh lelah, lemah, kehabisan tenaga, lesu, merasa berat, dan lamban. Keluhan yang dirasakan tersebut sulit untuk di adaptasi bagi sebagian orang dan mengaku ingin memberhentikan kemoterapi yang sedang dijalani. Efek samping kemoterapi tersebut menyebabkan beberapa orang enggan melakukan kemoterapi, memutuskan tidak melakukan pengobatan lanjutan sehingga pengobatan tersebut dinyatakan tidak tuntas dan keganasan muncul kembali dengan metastase yang lebih luas yang menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi akibat

kejadian penyakit kanker serviks ini. Lima puluh persen penderita kanker serviks yang menjalani kemoterapi meninggal. Meninggalnya penderita tersebut karena memang stadium yang cukup tinggi, metastase akibat keganasan tersebut, dan komplikasi akibat keganasan tersebut. Angka tersebut merupakan angka mortalitas yang cukup tinggi.

Angka kejadian kanker serviks sangat tinggi terutama di negara berkembang. Perkiraan angka kejadian kanker serviks di USA pada tahun 2010 adalah 12.200 kasus baru, dan 4.210 kematian (NCI, 2010). Kejadian kanker serviks per tahun di Indonesia berjumlah 13.762 kasus dan 7.493 kematian, meskipun di Amerika Serikat angka kejadian kanker serviks mengalami penurunan. Kanker serviks merupakan kanker ketiga terbanyak yang terjadi pada wanita di Indonesia, serta kanker kedua yang paling sering terjadi pada wanita usia 15 tahun sampai dengan 44 tahun (WHO, 2010). Menurut Data Dinas Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2011 terdapat 901 perempuan dengan diagnosa neoplasma ganas serviks, dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 790 kasus (Dinkes, 2012).

Sesuai dengan hasil pengumpulan data awal di ruang rawat Merak RSUD Dr. Soetomo mulai tahun 2009 adalah sbb

Tabel 1. 1 Angka kejadian kanker serviks di Irna Obgyn RSUD Dr. Sutomo Surabaya pada tahun 2009 – tahun 2012

Tahun	Angka Kejadian Kanker Serviks	Kemoterapi	Persentase kemoterapi
2009	594	260	44%
2010	595	270	45%
2011	600	300	50%
2012	607	310	51%

Tabel diatas menggambarkan bahwa semakin tahun kejadian kanker serviks semakin meningkat, dan angka kanker serviks yang dilakukan kemoterapi cukup tinggi dari tahun ke tahun. Sebagian besar dari pasien kanker serviks tersebut mempunyai stadium kanker lebih dari II B dengan penatalaksanaan terbanyak adalah kemoterapi. Berdasarkan hasil wawancara pada lima orang pasien kanker serviks yang telah mendapatkan kemoterapi, seluruh pasien menyatakan sangat terganggu dengan efek samping yang terjadi. Sebuah penelitian di *University of Oklahoma Cancer Institute* tentang frekuensi dan karakteristik distres psikologis pada perempuan yang didiagnosis kanker ginekologi menunjukkan bahwa lebih dari 50 persen mengalami distres yang membutuhkan evaluasi lebih lanjut, serta distres lebih banyak dialami pada perempuan dengan usia dibawah 60 tahun (Johnson, Gold, & Wyche, 2010).

Meningkatnya kasus tersebut akan meningkat pula pasien kanker serviks yang dilakukan keoterapi. Berbagai efek samping terjadi sebagai akibat dari kemoterapi berhubungan dengan mekanisme kerja kemoterapi yang berdampak pada toksisitas hematologi (Langhorne, Fulton, & Otto, 2007). Keletihan dan kelesuan dapat membuat pasien kanker serviks mengalami kesulitan melaksanakan adaptasi sehingga menyebabkan penurunan kondisi paska kemoterapi yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien tersebut. Berdasarkan kondisi tersebut koping mekanisme seorang penderita kanker serviks harus adaptif sehingga seseorang yang menderita kanker serviks dengan kemoterapi dapat menjalankan kemoterapi sesuai dengan program yang sudah ditetapkan sehingga kepatuhan terhadap program kemoterapi dalam penanganan kanker serviks

menjadi berhasil yang diharapkan dapat menurunkan angka *mortalitas* dan *morbiditas* pada penderita kanker serviks dengan stadium tertentu.

Hal tersebut dapat diantisipasi dengan meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO*. Resiliensi pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi ini sangat diperlukan, agar seseorang yang menjalani kemoterapi dapat beradaptasi terhadap efek kemoterapi yang sedang dijalani dan dapat melakukan perawatan sendiri pasca kemoterapi. Resiliensi menurut Lazarus (1993, dalam Tugade dan Fredricson, 2004) didefinisikan sebagai koping efektif dan adaptasi positif terhadap kesulitan dan tekanan. Menurut Richardson (2002), resiliensi adalah proses koping terhadap stresor, kesulitan, perubahan, maupun tantangan yang dipengaruhi oleh faktor protektif. Pendapat mengenai pengertian resiliensi adalah hampir sama antara satu orang ahli dengan ahli yang satu. Pada dasarnya resiliensi merupakan proses dinamis yang mencakup adaptasi positif dalam menghadapi situasi sulit serta mengandung bahaya maupun hambatan signifikan.

Resiliensi bukan sebuah *trait* yang dimiliki oleh seseorang sejak lahir, atau secara otomatis bertahan dalam diri seseorang setelah ia berhasil mencapainya. Pencapaian karakteristik resilien ditandai oleh adanya kemampuan dalam menghadapi kesulitan, ketangguhan dalam menghadapi stres ataupun bangkit dari trauma (Masten dan Coatsworth, 1998 dalam Kalil 2003). Resiliensi dalam perspektif psikologi menjelaskan tentang kondisi perkembangan yang sehat pada individu yang mengalami risiko. Perkembangan dipengaruhi oleh karakteristik individu di setiap level usia, pengalaman, proses belajar, baik secara sadar maupun tidak sadar, juga adanya pengaruh faktor bawaan. Memahami tentang

resiliensi individu harus dilakukan dengan memahami pula bagaimana kondisi lingkungan tempat individu tumbuh dan mempelajari berbagai hal di sepanjang rentang hidupnya (Smith-Osborne, 2007). Resiliensi merupakan jalan bagi seseorang untuk dapat meningkatkan kesehatan, yang diawali dengan sehat secara mental (Walsh, 2006). Resiliensi memungkinkan individu untuk tetap fokus pada persoalan yang dihadapi tanpa larut pada perasaan atau pikiran negatif, sehingga mampu mengatasi risiko depresi maupun gangguan psikologis yang lain. Pernyataan bahwa resiliensi memegang peranan kunci dalam mencapai perkembangan manusia yang sehat antara lain dikemukakan oleh Wyman, dkk. (1992), dan Wolin dan Wolin (1993, dalam Cleveland, 2003).

Menurut Grotberg (1999) ada beberapa sumber dari resiliensi yaitu yang pertama adalah "*I have*" yaitu merupakan dukungan dari lingkungan di sekitar individu. Dukungan ini berupa hubungan yang baik dengan keluarga, ataupun hubungan dengan orang lain diluar keluarga. Melalui "*I have*", seseorang merasa memiliki hubungan yang penuh kepercayaan. Ke dua "*I am*" merupakan kekuatan yang terdapat dalam diri seseorang, kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam dirinya. Ke tiga "*I Can*" merupakan kemampuan untuk melakukan hubungan sosial dan interpersonal. Mereka dapat belajar kemampuan ini melalui interaksinya dengan semua orang yang ada disekitar mereka. Individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk berkomunikasi serta memecahkan masalah dengan baik. Mereka mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan baik.

Melalui *I Have*, *I am* dan *I can*, diharapkan seseorang bisa beradaptasi terhadap kondisinya paska kemoterapi. Teori Adaptasi Roy merupakan teori yang

dapat meningkatkan resiliensi pasien yang mendapatkan kemoterapi sehingga mereka dapat melakukan kemoterapi sesuai dengan jadwal dan dapat melakukan adaptasi terhadap kemoterapi yang sedang dijalani. Sesuai dengan Teori Adaptasi Roy terdapat koping dengan respon melalui proses yang kompleks dari persepsi informasi, mengambil keputusan dan belajar. Mekanisme koping yang efektif sangat diperlukan oleh pasien kanker serviks saat menjalani pengobatan kemoterapi agar tujuan pengobatan tersebut optimal. Koping yang efektif untuk meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks sangat diperlukan agar kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan dapat diperoleh pada pasien yang dilakukan pengobatan dengan kemoterapi.

Penerapan teori adaptasi Roy, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat mengetahui dan lebih memahami individu, tentang hal-hal yang menyebabkan stress pada individu, proses mekanisme koping dan effektor sebagai upaya individu untuk mengatasi stress. Kelemahan dari model adaptasi Roy ini adalah terletak pada sasarannya. Model adaptasi Roy ini hanya berfokus pada proses adaptasi pasien yang meliputi input proses dan output tanpa mempertimbangkan faktor *sosial support* berperan dalam proses adaptasi karena pasien kanker serviks sangat tergantung pada orang lain dalam melakukan perawatan diri, dan bagaimana pemecahan masalah pasien dengan menggunakan proses keperawatan yang tidak menjelaskan bagaimana sikap dan perilaku cara merawat (*caring*) pada pasien, sehingga seorang perawat yang tidak mempunyai perilaku caring ini akan menjadi stressor bagi para pasiennya. Kelemahan ini perlu dikembangkan dalam merawat pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan

melakukan proses “*caring*” pada pasien yaitu perawat harus melibatkan *social support* dan mengetahui faktor dominan apa yang dapat berkontribusi terhadap coping pada pasien kanker serviks sehingga dari faktor dominan tersebut perawat dapat melakukan asuhan keperawatan dalam meningkatkan coping pasien agar pasien beradaptasi karena proses asuhan yang dilakukan oleh perawat.

Pada teori adaptasi *Roy* dijelaskan bagaimana proses coping sebagai efektor tersebut mempengaruhi resiliensi pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi, tetapi di dalam teori adaptasi *Roy* tersebut belum dijelaskan bagaimana model coping yang dilakukan agar seseorang yang mendapatkan kemoterapi khususnya pada penderita kanker serviks bisa resiliens. Penjelasan model coping secara rinci akhirnya bisa mempengaruhi peningkatan proses resiliensi pada penderita kanker serviks yang mendapat kemoterapi.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai,sikap), stimulus eksternal (pelayanan kesehatan), dukungan keluarga terhadap coping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
2. Apakah ada pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai,sikap), stimulus eksternal (pelayanan kesehatan), dukungan keluarga terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
3. Apakah ada pengaruh coping terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Mengembangkan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi berbasis Adaptasi Roy.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap) terhadap koping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
2. Menganalisis pengaruh *Stimulus Eksternal* (Pelayanan Kesehatan) terhadap koping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
3. Menganalisis pengaruh dukungan keluarga terhadap koping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
4. Menganalisis pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap,) terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
5. Menganalisis pengaruh *Stimulus Eksternal* (Pelayanan Kesehatan) terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
6. Menganalisis pengaruh dukungan keluarga terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
7. Menganalisis pengaruh koping terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritik

Temuan baru yang sekaligus merupakan manfaat teoritik pada disertasi penelitian adalah indikator dukungan keluarga digunakan untuk meningkatkan mekanisme coping yang positif yang pada akhirnya meningkatkan proses resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Modul Dukungan Keluarga Kanker serviks (DK2S) sebagai aplikasi dukungan keluarga pada pasien kanker servik *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi dapat digunakan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mekanisme coping ataupun resiliensi pada pasien.
2. Institusi rumah sakit dapat menerapkan pengembangan model asuhan keperawatan ini sebagai bagian dari pelayanan keperawatan bagi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
3. Menekan angka morbiditas dan mortalitas akibat pengobatan kemoterapi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA



2.1 Resiliensi

2.1.1 Definisi Resiliensi

Resiliensi adalah kapasitas untuk mempertahankan kemampuan, untuk berfungsi secara kompeten dalam menghadapi berbagai stresor kehidupan (Kaplan dkk., 1996; Egeland dkk., 1993, dalam Van Breda, 2001). Secara umum, resiliensi ditandai oleh sejumlah karakteristik, yaitu: adanya kemampuan dalam menghadapi kesulitan, ketangguhan dalam menghadapi stres ataupun bangkit dari trauma yang dialami (Masten dan Coatsworth, 1998 dalam Kalil 2003). Istilah resiliensi diformulasikan pertama kali oleh Block (dalam Klohnen, 1996) dengan nama *ego-resilience*, yang diartikan sebagai kemampuan umum yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes saat dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal.

Secara spesifik, *ego-resilience* adalah: "... a personality resource that allows individual to modify their characteristic level and habitual mode of expression of ego-control as the most adaptively encounter, function in and shape their immediate and long term environmental context. (Block, dalam Klohnen, 1996, hal.45).

Hal tersebut menunjukkan bahwa ego resiliensi merupakan satu sumber kepribadian yang berfungsi membentuk konteks lingkungan jangka pendek maupun jangka panjang, di mana sumber daya tersebut memungkinkan individu untuk memodifikasi tingkat karakter dan cara mengekspresikan pengendalian ego yang biasa mereka lakukan.

Secara harfiah, resiliensi berasal dari kata *resile* yang berarti untuk bangkit atau bangkit kembali (Agnes, 2005, dalam Smith et al., 2008). Kemudian definisi mengenai resiliensi kian berkembang dan bervariasi. Awalnya, resiliensi dianggap *trait* (karakteristik yang permanen). Seiring dengan berjalannya waktu, pandangan mengenai resiliensi bergeser menjadi sebuah *state* (karakteristik yang sementara). Salah satu ahli yang melihat resiliensi sebagai *state* adalah Newman (2005) yang menyatakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk beradaptasi saat menghadapi tragedi, trauma, kesulitan, serta stressor dalam hidup yang bersifat signifikan. (UI, 2012)

Resiliensi menurut Gutman, Samerof dan Cole (2003) menggambarkan bahwa istilah untuk kondisi sulit yang akhirnya menghasilkan suatu kesuksesan. Resiliensi adalah suatu kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi dengan sesuatu yang terlihat salah atau tidak sesuai. Resiliensi sangat penting dalam membantu individu untuk mengatasi segala kesulitan yg muncul setiap hari. Dengan meningkatkan resiliensi, maka individu akan mampu untuk mengatasi kesulitan apapun yang muncul dalam kehidupan.

Resiliensi akan mempengaruhi kesehatan fisik, kesehatan mental, dan kualitas hubungan interpersonal. Individu yang memiliki resiliensi tinggi akan mampu mengatasi kesulitan dan trauma yang dihadapi. Individu ini akan mampu melihat kegagalan sebagai suatu kesempatan untuk menjadi lebih maju dan mampu menarik pelajaran dari kegagalannya itu. Sedangkan individu yang memiliki resiliensi rendah, cenderung mempresepsikan masalah sebagai suatu beban dalam hidupnya. Masalah yang dipandang beban akan membuat dirinya lebih mudah merasa terancam dan cepat merasa frustrasi. (Fonny, Fidelis et al,

2006). Hal yang sama diungkapkan oleh Reivich dan Shatte (2002), bahwa resiliensi adalah kapasitas untuk merespon secara sehat dan produktif ketika menghadapi kesulitan atau trauma, dimana hal itu penting untuk mengelola tekanan hidup sehari-hari. Resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi dan beradaptasi terhadap kejadian yang berat atau masalah yang terjadi dalam kehidupan. Bertahan dalam keadaan tertekan, dan bahkan berhadapan dengan kesengsaraan (*adversity*) atau trauma yang dialami dalam kehidupannya (Reivich. K & Shatte. A, 2002).

Resiliensi disebut juga oleh Wolin & Wolin (dalam Bautista, Roldan & Bascal, 2001), sebagai keterampilan *coping* saat dihadapkan pada tantangan hidup atau kapasitas individu untuk tetap “sehat” (*wellness*) dan terus memperbaiki diri (*self repair*). Masten & Coatsworth (dalam Davis, 1999), mengatakan bahwa untuk mengidentifikasi resiliensi diperlukan dua syarat, yaitu yang pertama adanya ancaman yang signifikan pada individu (ancaman berupa status *high risk* atau ditimpa kemalangan dan trauma yang kronis) dan yang kedua adalah kualitas adaptasi atau perkembangan individu tergolong baik (individu berperilaku dalam *competent manner*).

Menurut Siebert (2005), resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi dengan baik perubahan hidup pada level yang tinggi, menjaga kesehatan di bawah kondisi penuh tekanan, bangkit dari keterpurukan, mengatasi kemalangan, merubah cara hidup ketika cara yang lama dirasa tidak sesuai lagi dengan kondisi yang ada, dan menghadapi permasalahan tanpa melakukan kekerasan. Resiliensi adalah seberapa tinggi daya tahan seseorang dalam menghadapi stress dan kesengsaraan dan ketidakberuntungan. Faktor yang membedakan seseorang

memiliki resiliensi dan orang yang tidak resilien adalah kesejahteraan pribadinya serta kemampuannya untuk memberdayakan kompetensi pribadinya dalam mengatasi masalah. (Petranto, Ira, 2005)

Henderson dan Milstein (2003:8) mendefinisikan resiliensi sebagai kemampuan seseorang untuk bangkit kembali dari tekanan hidup, belajar dan mencari elemen positif dari lingkungannya untuk membantu mencapai kesuksesan melalui proses adaptasi dengan segala keadaan dan mengembangkan seluruh kemampuannya, meski berada dalam kondisi hidup tertekan, baik secara eksternal maupun internal. Lazarus (1993, dalam Tugade dan Fredricson, 2004) mendefinisikan resiliensi psikologis sebagai coping efektif dan adaptasi positif terhadap kesulitan dan tekanan. Sementara menurut Richardson (2002), resiliensi adalah proses coping terhadap stresor, kesulitan, perubahan, maupun tantangan yang dipengaruhi oleh faktor protektif. Resiliensi psikologis ini akan mencerminkan bagaimana kekuatan dan ketangguhan yang ada dalam diri seseorang. Resiliensi psikologis ditandai dengan kemampuan untuk bangkit dari pengalaman emosional yang negatif. Seorang yang resilien akan berusaha untuk menghadapi dan kemudian bangkit dari berbagai kondisi stres dengan kemampuan yang dimiliki (Block dan Kremen, 1996, dalam Tugade dan Fredricson, 2004). Resiliensi dipandang oleh para ahli sebagai kemampuan untuk bangkit kembali dari situasi atau peristiwa yang traumatis. Siebert (2005) dalam bukunya *The Resiliency Advantage* memaparkan bahwa yang dimaksud dengan resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi dengan baik perubahan hidup pada level yang tinggi, menjaga kesehatan di bawah kondisi penuh tekanan, bangkit dari keterpurukan, mengatasi kemalangan, merubah cara hidup ketika cara yang lama

dirasa tidak sesuai lagi dengan kondisi yang ada, dan menghadapi permasalahan tanpa melakukan kekerasan.

Menurut Grotberg (1999) resiliensi adalah kemampuan manusia untuk menghadapi, mengatasi, dan menjadi kuat atas kesulitan yang dialaminya. Grotberg mengatakan bahwa resiliensi bukanlah hal *magic* dan tidak hanya ditemui pada orang-orang tertentu saja dan bukan pemberian dari sumber yang tidak diketahui. Dari berbagai pengertian resiliensi yang telah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah kemampuan seseorang untuk bertahan dan tidak menyerah pada keadaan-keadaan yang sulit dalam hidupnya, serta berusaha untuk belajar dan beradaptasi dengan keadaan tersebut dan bangkit dari keadaan tersebut sehingga menjadi lebih baik.

Berdasarkan beberapa teori diatas dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah suatu kemampuan setiap individu untuk mengatasi, menghadapi, mencegah meminimalkan bahkan menghilangkan dampak-dampak negatif yang dapat ditimbulkan dalam kondisi yang tidak menyenangkan, tidak beruntung, keterpurukan bahkan menyengsarakan menjadi suatu hal yang wajar untuk dihadapi dan mengatasinya dengan respon yang sehat, positif dan produktif.

2.1.2 Fungsi resiliensi

Sebuah penelitian telah menyatakan bahwa manusia dapat menggunakan resiliensi untuk hal-hal berikut ini (dalam Reivich & Shatte, 2002):

a. *Overcoming*

Kehidupan membuat manusia menemui kesengsaraan, masalah-masalah yang menimbulkan stres yang tidak dapat untuk dihindari. Oleh karenanya manusia membutuhkan resiliensi untuk menghindar dari kerugian-kerugian yang

menjadi akibat dari hal-hal yang tidak menguntungkan tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan cara menganalisis dan mengubah cara pandang menjadi lebih positif dan meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kehidupan kita sendiri. Sehingga, kita dapat tetap merasa termotivasi, produktif, terlibat, dan bahagia meskipun dihadapkan pada berbagai tekanan di dalam kehidupan.

b. *Steering through*

Setiap orang membutuhkan resiliensi untuk menghadapi setiap masalah, tekanan, dan setiap konflik yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Orang yang resilien akan menggunakan sumber dari dalam dirinya sendiri untuk mengatasi setiap masalah yang ada, tanpa harus merasa terbebani dan bersikap negatif terhadap kejadian tersebut. Orang yang resilien dapat memandu serta mengendalikan dirinya dalam menghadapi masalah sepanjang perjalanan hidupnya. Penelitian menunjukkan bahwa unsur esensi dari *steering through* dalam stres yang bersifat kronis adalah *self-efficacy* yaitu keyakinan terhadap diri sendiri bahwa kita dapat menguasai lingkungan secara efektif dapat memecahkan berbagai masalah yang muncul.

c. *Bouncing back*

Beberapa kejadian merupakan hal yang bersifat traumatik dan menimbulkan tingkat stres yang tinggi, sehingga diperlukan resiliensi yang lebih tinggi dalam menghadapi dan mengendalikan diri sendiri. Kemunduran yang dirasakan biasanya begitu ekstrim, menguras secara emosional, dan membutuhkan resiliensi dengan cara bertahap untuk menyembuhkan diri. Orang yang resiliensi biasanya menghadapi trauma. Mereka menunjukkan *task-oriented coping style* dimana mereka melakukan tindakan yang bertujuan untuk mengatasi kemalangan

tersebut, mereka mempunyai keyakinan kuat bahwa mereka dapat mengontrol hasil dari kehidupan mereka, dan orang yang mampu kembali ke kehidupan normal lebih cepat dari trauma mengetahui bagaimana berhubungan dengan orang lain sebagai cara untuk mengatasi pengalaman yang mereka rasakan.

d. Reaching out

Resiliensi, selain berguna untuk mengatasi pengalaman negatif, stres, atau menyembuhkan diri dari trauma, juga berguna untuk mendapatkan pengalaman hidup yang lebih kaya dan bermakna serta berkomitmen dalam mengejar pembelajaran dan pengalaman baru. Orang yang berkarakteristik seperti ini melakukan tiga hal dengan baik, yaitu: tepat dalam memperkirakan risiko yang terjadi; mengetahui dengan baik diri mereka sendiri; dan menemukan makna dan tujuan dalam kehidupan mereka.

2.1.3. Aspek-aspek resiliensi

Reivich dan Shatte (2002), memaparkan tujuh kemampuan yang membentuk resiliensi, yaitu sebagai berikut :

a. Emotion Regulation

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang di bawah kondisi yang menekan (Reivich & Shatte, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang kurang memiliki kemampuan untuk mengatur emosi mengalami kesulitan dalam membangun dan menjaga hubungan dengan orang lain. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai macam faktor, di antara alasan yang sederhana adalah tidak ada orang yang mau menghabiskan waktu bersama orang yang marah, merengut, cemas, khawatir serta gelisah setiap saat. Emosi yang dirasakan oleh seseorang cenderung berpengaruh terhadap orang lain. Semakin kita

terasosiasi dengan kemarahan maka kita akan semakin menjadi seorang yang pemarah (Reivich & Shatte, 2002).

Tidak semua emosi yang dirasakan oleh individu harus dikontrol. Tidak semua emosi marah, sedih, gelisah dan rasa bersalah harus diminimalisir. Hal ini dikarenakan mengekspresikan emosi yang kita rasakan baik emosi positif maupun negatif merupakan hal yang konstruktif dan sehat, bahkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi secara tepat merupakan bagian dari resiliensi (Reivich & Shatte, 2002).

Reivich dan Shatte (2002), mengungkapkan dua buah keterampilan yang dapat memudahkan individu untuk melakukan regulasi emosi, yaitu yaitu tenang (*calming*) dan fokus (*focusing*). Dua buah keterampilan ini akan membantu individu untuk mengontrol emosi yang tidak terkendali, menjaga fokus pikiran individu ketika banyak hal-hal yang mengganggu, serta mengurangi stres yang dialami oleh individu.

b. Impulse Control

Pada tahun 1970, Goleman (dalam Reivich & Shatte, 2002), penulis dari *Emotional Intelligence*, melakukan penelitian terkait kemampuan individu dalam pengendalian impuls. Penelitian dilakukan terhadap 7 orang anak kecil yang berusia sekitar 7 tahun. Responden penelitian tersebut adalah anak-anak yang masing-masing ditempatkan pada ruangan yang berbeda. Masing-masing ruangan tersebut telah terdapat peneliti yang menemani. Masing-masing peneliti telah diatur untuk meninggalkan ruangan untuk beberapa selang waktu. Sebelum peneliti pergi, masing-masing anak diberikan sebuah *marshmallow* untuk dimakan oleh mereka. Peneliti juga menawarkan apabila mereka dapat menahan untuk

tidak memakan *marshmallow* sampai peneliti kembali ke ruangan, maka mereka akan mendapatkan satu buah *marshmallow* lagi. Setelah sepuluh tahun, peneliti melacak kembali keberadaan anak-anak dan terbukti bahwa anak-anak yang dapat menahan untuk tidak memakan *Marshmallow*, memiliki kemampuan akademis dan sosialisasi yang lebih baik dibandingkan anak-anak yang sebaliknya (Goleman dalam Reivich & Shatte, 2002).

Pengendalian impuls adalah kemampuan Individu untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan, serta tekanan yang muncul dari dalam diri individu untuk mengontrol emosi yang tidak terkendali, menjaga fokus pikiran individu ketika banyak hal-hal yang mengganggu, serta mengurangi stres yang dialami oleh individu.

c. *Optimism*

Individu yang resilien adalah individu yang optimis, optimisme adalah ketika kita melihat bahwa masa depan kita cemerlang (Reivich & Shatte, 2002). Optimisme yang dimiliki oleh seorang individu menandakan bahwa individu tersebut percaya bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan yang mungkin terjadi di masa depan. Hal ini juga merefleksikan *self-efficacy* yang dimiliki oleh seseorang, yaitu kepercayaan individu bahwa ia mampu menyelesaikan permasalahan yang ada dan mengendalikan hidupnya. Optimisme akan menjadi hal yang sangat bermanfaat untuk individu bila diiringi dengan *self-efficacy*, hal ini dikarenakan dengan optimisme yang ada seorang individu terus didorong untuk menemukan solusi permasalahan dan terus bekerja keras demi kondisi yang lebih baik (Reivich & Shatte, 2002).

Tentunya optimisme yang dimaksud adalah optimisme yang realistis (*realistic optimism*), yaitu sebuah kepercayaan akan terwujudnya masa depan yang lebih baik dengan diiringi segala usaha untuk mewujudkan hal tersebut. Berbeda dengan *unrealistic optimism* dimana kepercayaan akan masa depan yang cerah tidak dibarengi dengan usaha yang signifikan untuk mewujudkannya. Perpaduan antara optimisme yang realistis dan *self-efficacy* adalah kunci resiliensi dan kesuksesan (Reivich & Shatte, 2002).

d. Causal Analysis

Causal analysis merujuk pada kemampuan individu untuk mengidentifikasi secara akurat penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi. Individu yang tidak mampu mengidentifikasi penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi secara tepat, akan terus menerus berbuat kesalahan yang sama. Seligman (dalam Reivich & Shatte, 2002) mengidentifikasi gaya berpikir *explanatory* yang erat kaitannya dengan kemampuan *causal analysis* yang dimiliki individu. Gaya berpikir *explanatory* dapat dibagi dalam tiga dimensi: personal (saya-bukan saya), permanen (selalu-tidak selalu), dan *pervasive* (semua-tidak semua).

Individu dengan gaya berpikir “Saya-Selalu-Semua” merefleksikan keyakinan bahwa penyebab permasalahan berasal dari individu tersebut (Saya), hal ini selalu terjadi dan permasalahan yang ada tidak dapat diubah (Selalu), serta permasalahan yang ada akan mempengaruhi seluruh aspek hidupnya (Semua). Sementara individu yang memiliki gaya berpikir “Bukan Saya-Tidak Selalu-Tidak semua” meyakini bahwa permasalahan yang terjadi disebabkan oleh orang lain (Bukan Saya), dimana kondisi tersebut masih memungkinkan untuk diubah (Tidak

Selalu) dan permasalahan yang ada tidak akan mempengaruhi sebagian besar hidupnya (Tidak semua).

Gaya berpikir *explanatory* memegang peranan penting dalam konsep resiliensi (Reivich & Shatte, 2002). Individu yang terfokus pada “Selalu-Semua” tidak mampu melihat jalan keluar dari permasalahan yang mereka hadapi. Sebaliknya individu yang cenderung menggunakan gaya berpikir “Tidak selalu-Tidak semua” dapat merumuskan solusi dan tindakan yang akan mereka lakukan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada.

Individu yang resilien adalah individu yang memiliki fleksibilitas kognitif. Mereka mampu mengidentifikasi semua penyebab yang menyebabkan kemalangan yang menimpa mereka, tanpa terjebak pada salah satu gaya berpikir *explanatory*. Mereka tidak mengabaikan faktor permanen maupun pervasif. Individu yang resilien tidak akan menyalahkan orang lain atas kesalahan yang mereka perbuat demi menjaga *self-esteem* mereka atau membebaskan mereka dari rasa bersalah. Mereka tidak terlalu terfokus pada faktor-faktor yang berada di luar kendali mereka, sebaliknya mereka memfokuskan dan memegang kendali penuh pada pemecahan masalah, perlahan mereka mulai mengatasi permasalahan yang ada, mengarahkan hidup mereka, bangkit dan meraih kesuksesan (Reivich & Shatte, 2002).

e. Empathy

Empati sangat erat kaitannya dengan kemampuan individu untuk membaca tanda-tanda kondisi emosional dan psikologis orang lain (Reivich & Shatte, 2005). Beberapa individu memiliki kemampuan yang cukup mahir dalam

menginterpretasikan bahasa-bahasa nonverbal yang ditunjukkan oleh orang lain, seperti ekspresi wajah, intonasi suara, bahasa tubuh dan mampu menangkap apa yang dipikirkan dan dirasakan orang lain. Oleh karena itu, seseorang yang memiliki kemampuan berempati cenderung memiliki hubungan sosial yang positif (Reivich & Shatte, 2002). Ketidakmampuan berempati berpotensi menimbulkan kesulitan dalam hubungan sosial (Reivich & Shatte, 2002). Individu yang tidak membangun kemampuan untuk peka terhadap tanda nonverbal tersebut tidak mampu untuk menempatkan dirinya pada posisi orang lain, merasakan apa yang dirasakan orang lain dan memperkirakan maksud dari orang lain. Ketidakmampuan individu untuk membaca tanda nonverbal orang lain dapat sangat merugikan, baik dalam konteks hubungan kerja maupun hubungan personal, hal ini dikarenakan kebutuhan dasar manusia untuk dipahami dan dihargai. Individu dengan empati yang rendah cenderung mengulang pola yang dilakukan oleh individu yang tidak resilien, yaitu menyamaratakan semua keinginan dan emosi orang lain (Reivich & Shatte, 2002).

f. *Self-efficacy*

Self-efficacy adalah hasil dari pemecahan masalah yang berhasil. *Self-efficacy* merepresentasikan sebuah keyakinan bahwa kita mampu memecahkan masalah yang kita alami dan mencapai kesuksesan. *Self-efficacy* merupakan hal yang sangat penting untuk mencapai resiliensi (Reivich & Shatte, 2002).

g. *Reaching out*

Sebagaimana telah dipaparkan sebelumnya, bahwa resiliensi lebih dari sekedar bagaimana seorang individu memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan dan bangkit dari keterpurukan, namun lebih dari itu resiliensi juga

merupakan kemampuan individu meraih aspek positif dari kehidupan setelah kemalangan yang menimpa (Reivich & Shatte, 2002). Banyak individu yang tidak mampu melakukan *reaching out*, hal ini dikarenakan mereka telah diajarkan sejak kecil untuk sedapat mungkin menghindari kegagalan dan situasi yang memalukan. Mereka adalah individu-individu yang lebih memilih memiliki kehidupan standar dibandingkan harus meraih kesuksesan namun harus berhadapan dengan resiko kegagalan hidup dan hinaan masyarakat. Hal ini menunjukkan kecenderungan individu untuk berlebih-lebihan (*overestimate*) dalam memandang kemungkinan hal-hal buruk yang dapat terjadi di masa mendatang. Individu-individu ini memiliki rasa ketakutan untuk mengoptimalkan kemampuan mereka hingga batas akhir.

2.1.4. Sumber-sumber Resiliensi

Menurut Grotberg (1999) ada beberapa sumber dari resiliensi yaitu sebagai berikut :

a. *I Have* (sumber dukungan eksternal)

I Have merupakan dukungan dari lingkungan di sekitar individu. Dukungan ini berupa hubungan yang baik dengan keluarga, lingkungan sekolah yang menyenangkan, ataupun hubungan dengan orang lain diluar keluarga. Melalui *I Have*, seseorang merasa memiliki hubungan yang penuh kepercayaan. Hubungan seperti ini diperoleh dari orang tua, anggota keluarga lain, guru, dan teman-teman yang mencintai dan menerima diri anak tersebut. Individu yang resilien juga mempunyai struktur dan aturan di dalam rumah yang ditetapkan oleh orang tua mereka. Para orang tua berharap bahwa anak-anak dapat mematuhi semua peraturan yang ada. Anak-anak juga akan menerima konsekuensi dari

setiap tindakan yang mereka lakukan dalam menjalani aturan tersebut. Ketika mereka melanggar aturan, mereka butuh seseorang untuk memberi tahu kesalahan yang mereka perbuat dan jika perlu menerapkan hukuman. Individu yang resilien juga memperoleh dukungan untuk mandiri dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pemikiran serta inisiatifnya sendiri. Dukungan yang diberikan oleh orangtua ataupun anggota keluarga lainnya akan sangat membantu dalam membentuk sikap mandiri dalam diri seseorang. Orangtua akan mendukung serta melatih anak untuk dapat berinisiatif dan “berkuasa” atas dirinya sendiri untuk mengambil keputusan tanpa harus bergantung pada orang lain. Individu yang resilien juga akan mendapatkan jaminan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan serta keamanan dari orangtua. Sehingga hal ini akan membantu mereka untuk mengembangkan rasa percaya diri dalam diri anak.

b. *I Am* (kemampuan individu)

I am, merupakan kekuatan yang terdapat dalam diri seseorang, kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam dirinya. Individu yang resilien merasa bahwa mereka mempunyai karakteristik yang menarik dan penyayang sesama. Hal tersebut ditandai dengan usaha mereka untuk selalu dicintai dan mencintai orang lain. Mereka juga sensitif terhadap perasaan orang lain dan mengerti yang diharapkan orang lain terhadap dirinya. Mereka juga merasa bahwa mereka memiliki empati dan sikap kepedulian yang tinggi terhadap sesama. Perasaan itu mereka tunjukkan melalui sikap peduli mereka terhadap peristiwa yang terjadi pada orang lain. Mereka juga merasakan ketidaknyamanan dan penderitaan yang dirasakan oleh orang lain dan berusaha membantu untuk mengatasi masalah yang terjadi.

Individu yang resilien merasakan kebanggaan akan diri mereka sendiri. Mereka bangga terhadap apa yang telah mereka capai. Ketika mereka mendapatkan masalah atau kesulitan, rasa percaya dan harga diri yang tinggi akan membantu mereka dalam mengatasi kesulitan tersebut. Mereka merasa mandiri dan cukup bertanggungjawab. Mereka dapat melakukan banyak hal dengan kemampuan mereka sendiri. Mereka juga bertanggungjawab atas pekerjaan yang telah mereka lakukan serta berani menanggung segala konsekuensinya. Selain itu mereka juga diliputi akan harapan dan kesetiaan. Mereka percaya bahwa akan memperoleh masa depan yang baik. Mereka memiliki kepercayaan dan kesetiaan dalam moralitas dan ke-Tuhan-an mereka.

c. *I Can* (kemampuan sosial dan interpersonal)

I Can merupakan kemampuan untuk melakukan hubungan sosial dan interpersonal. Mereka dapat belajar kemampuan ini melalui interaksinya dengan semua orang yang ada disekitar mereka. Individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk berkomunikasi serta memecahkan masalah dengan baik. Mereka mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan baik. Kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan dorongan dalam hati juga dimiliki oleh individu yang resilien. Mereka mampu menyadari perasaan mereka dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan perilaku yang tidak mengancam perasaan dan hak orang lain. Mereka juga mampu mengendalikan dorongan untuk memukul, melarikan diri dari masalah, atau melampiaskan keinginan mereka pada hal-hal yang tidak baik. Mereka juga dapat memahami karakteristik dirinya sendiri dan orang lain. Ini membantu individu untuk mengetahui seberapa banyak waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, dan seberapa banyak ia dapat

menangani berbagai macam situasi. Selain itu, individu yang resilien juga dapat menemukan seseorang untuk meminta bantuan, untuk menceritakan perasaan dan masalah, serta mencari cara untuk menyelesaikan masalah pribadi dan interpersonal.

2.1.5 Komponen Resiliensi

Komponen Resiliensi merupakan indikator pembentuk resiliensi . Adapun komponen resiliensi menurut Wagnild dan Young (1993; 2010) adalah sebagai berikut :

a. *Meaningfulness atau purpose*

Meaningfulness atau purpose yaitu suatu kesadaran bahwa hidup memiliki tujuan, dimana diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Menurut Wagnild (2010) seseorang akan sulit untuk menjalani hidup apabila tidak memiliki tujuan dalam hidupnya, karena setiap orang yang memiliki tujuan maka akan membantu setiap individu ketika mengalami kesulitan atau mendorongnya untuk terus maju mencapai tujuan hidupnya tersebut.

b. *Equanimity*

Equanimity yaitu suatu prespektif mengenai keseimbangan dan harmoni yang dimiliki individu berkaitan dengan hidupnya berdasarkan pengalaman yang terjadi semasa hidupnya. Menurut Wagnild (2010), hidup bukanlah sebatas mengetahui baik atau buruk saja, tetapi mampu memperluas prespektifnya sehingga dapat lebih focus pada aspek positif daripada negatif dari setiap kejadian yang terjadi dalam hidupnya.

c. *Perseverance*

Perseverance yaitu suatu tindakan untuk bertahan meskipun harus menghadapi tantangan dan kesulitan. Seseorang yang bersedia untuk berjuang dalam menyusun kembali hidupnya dan disiplin terhadap dirinya sendiri dalam mencapai tujuan hidup, seringkali kita bertemu dengan hambatan, kesulitan bahkan kegagalan. Kondisi inilah yang sangat mendorong seseorang untuk menyerah. Namun demikian individu yang resiliensi akan terus bertahan untuk terus berjuang sampai akhir. Salah satu cara untuk membangun ketahanan ini adalah dengan menekuni rutinitas yang positif dan membuat tujuan yang realistis dalam hidup.

d. *Self-Reliance*

Self-Reliance yaitu keyakinan individu terhadap diri serta kemampuan yang ia miliki. Melalui berbagai pengalaman, baik itu kesuksesan maupun kegagalan, individu yang resiliensi, belajar untuk mengatasi permasalahannya sendiri. Mereka secara berkesinambungan menggunakan, mengadaptasi, memperkuat serta memperbaiki keterampilan tersebut sepanjang hidupnya. Selain itu, *Self-Reliance* juga merupakan kemampuan individu untuk bergantung pada dirinya sendiri serta mengenali kekuatan dan keterbatasan yang ia miliki.

e. *Existential Aloneness*

Existential Aloneness yaitu suatu kesadaran bahwa jalan hidup setiap orang bersifat unik serta mampu menghargai keberadaan dirinya. Individu yang resiliensi mampu berteman dengan dirinya sendiri dalam arti, merasa nyaman, puas dan menghargai keunikan yang dimiliki dirinya sendiri.

2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi

Menurut Holaday (Southwick, P.C. 2001), faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi adalah :

- a. *Social support*, yaitu berupa community support, personal support, familial support serta budaya dan komunitas dimana individu tinggal. Bentuk-bentuk dukungan sosial (Sarafino, 1997) :
 - 1) Dukungan Emosional (*Emotional Support*) : menyangkut ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang-orang yang bersangkutan. Dukungan menghadirkan perasaan nyaman, tenang, rasa memiliki, dan merasa dicintai ketika mengalami stres
 - 2) Dukungan penghargaan (*Esteem support*) : dukungan dalam bentuk penghargaan terjadi lewat ungkapan rasa hormat (penghargaan) penerimaan yang positif untuk orang yang bersangkutan.
 - 3) Dukungan berupa pemberian alat (*Tangible or Instrumental Support*) : mencakup bantuan langsung seperti memberikan pinjaman uang atau benda.
 - 4) Dukungan Informasi (*Informational Support*) : dukungan dalam bentuk informasi dapat berupa pemberian nasihat, petunjuk-petunjuk, cara-cara ataupun umpan balik.
- b. *Cognitive skill*, diantaranya intelegensi, cara pemecahan masalah, kemampuan dalam menghindari dari menyalahkan diri sendiri, kontrol pribadi dan spiritualitas

- c. *Psychological resources*, yaitu *locus of internal control*, empati dan rasa ingin tahu, cenderung mencari hikmah dari setiap pengalaman serta selalu fleksibel dalam setiap situasi

Menurut Neil dan Dias dalam Alimi (2005) faktor-faktor resiliensi terbagi menjadi dua faktor, yaitu sebagai berikut :

a. Faktor Risiko

Faktor risiko merupakan faktor yang secara langsung memperbesar potensi terjadinya risiko bagi individu yang kemudian dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya perilaku dan gaya hidup *maladaptive*. Adapun faktor yang tersebut meliputi:

- 1) Kejadian yang bersifat katastrofik, seperti kematian anggota keluarga.
- 2) Latar belakang kondisi sosial ekonomi keluarga yang kurang mendukung.
- 3) Hidup di lingkungan negatif atau lingkungan yang rawan terjadi kekerasan.
- 4) Akumulasi dari beberapa faktor risiko.

b. Faktor Protektif

Faktor protektif merupakan keterampilan dan kemampuan yang sehat yang dimiliki individu yang mendorong terbentuknya resiliensi. Adapun faktor-faktor protektif tersebut adalah karakteristik individu, seperti jenis kelamin, tingkat intelegensi, karakteristik pribadi; karakteristik keluarga, seperti kehangatan, kelekatan, struktur keluarga; serta ketersediaan sistem dukungan sosial di luar individu dan lingkungan keluarga, seperti sahabat.

Menurut Benard (dalam Alimi, 2005) membagi faktor protektif menjadi dua yaitu

- 1) Faktor protektif internal, merupakan faktor yang ada di dalam diri individu meliputi keterampilan sosial seperti berkomunikasi, kemampuan menyelesaikan masalah, kecenderungan atribusi sosial dalam menilai penyebab masalah, memiliki control atas diri sendiri dan tujuan hidup
- 2) Faktor protektif eksternal, yakni segala karakteristik lingkungan yang dapat mempengaruhi berkembangnya faktor protektif internal, seperti keikutsertaan individu dalam suatu komunitas yang mendukung, memiliki hubungan akrab dengan lingkungan sekitar.

2.1.7 Ciri-ciri Resiliensi

Menurut Sarafino (1994), ciri-ciri individu yang memiliki resiliensi adalah:

- a. Memiliki temperamen yang lebih tenang, sehingga dapat menciptakan hubungan yang lebih baik dengan keluarga dan lingkungannya;
- b. Individu yang memiliki resiliensi juga memiliki kemampuan untuk dapat bangkit dari tekanan, stres, dan depresi.

Menurut Grotberg (1995), mengatakan bahwa individu yang memiliki resiliensi ialah:

- a. Mempunyai kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan dorongan dalam hati.
- b. Memiliki kemampuan untuk dapat bangkit dari permasalahan dan berusaha untuk mengatasinya

- c. Mandiri dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pemikiran serta inisiatif sendiri dan memiliki empati dan sikap kepedulian yang tinggi terhadap sesama.

Menurut Reivich (2002), menambahkan bahwa individu yang resiliensi memiliki ciri-ciri :

- a. Mampu mengatasi stress
- b. Bersikap realistis serta optimistik dalam mengatasi masalah
- c. Mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan nyaman.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri individu yang memiliki resiliensi adalah individu dapat mengendalikan perasaan dan mampu mengekspresikan secara nyaman dan mampu mengatasi semua permasalahan yang ada dengan sikap yang optimis dan realistic dan bangkit menjadi pribadi yang lebih baik.

2.1.8 Aspek dalam Resiliensi

Berdasarkan Reivich dan Shatte (2002), ada tujuh kemampuan yang membentuk resiliensi, yaitu :

- a. Pengendalian emosi.

Pengendalian emosi adalah suatu kemampuan untuk tetap tenang meskipun berada di bawah tekanan. Individu yang mempunyai resiliensi yang baik, menggunakan kemampuan positif untuk membantu mengontrol emosi, memusatkan perhatian dan perilaku. Mengekspresikan emosi dengan tepat adalah bagian dari resiliensi. Individu yang tidak resilient cenderung lebih mengalami kecemasan, kesedihan, dan kemarahan dibandingkan dengan individu yang lain, dan mengalami saat yang berat untuk mendapatkan kembali kontrol diri ketika

mengalami kekecewaan. Individu lebih memungkinkan untuk terjebak dalam kemarahan, kesedihan atau kecemasan, dan kurang efektif dalam menyelesaikan masalah. Kemampuan untuk mengontrol impuls berhubungan dengan pengendalian emosi. Individu yang kuat mengontrol impulsnya cenderung mampu mengendalikan emosinya. Perasaan yang menantang dapat meningkatkan kemampuan untuk mengontrol impuls dan menjadikan pemikiran lebih akurat, yang mengarahkan kepada pengendalian emosi yang lebih baik, dan menghasilkan perilaku yang lebih resilient.

b. Optimis

Individu dengan resiliensi yang baik adalah individu yang optimis, yang percaya bahwa segala sesuatu dapat berubah menjadi lebih baik. Individu mempunyai harapan akan masa depan dan dapat mengontrol arah kehidupannya. Optimis membuat fisik menjadi lebih sehat dan tidak mudah mengalami depresi. Optimis menunjukkan bahwa individu yakin akan kemampuannya dalam mengatasi kesulitan yang tidak dapat dihindari di kemudian hari. Hal ini berhubungan dengan *self efficacy*, yaitu keyakinan akan kemampuan untuk memecahkan masalah dan menguasai dunia, yang merupakan kemampuan penting dalam resiliensi. Penelitian menunjukkan bahwa optimis dan *self efficacy* saling berhubungan satu sama lain. Optimis memacu individu untuk mencari solusi dan bekerja keras untuk memperbaiki situasi.

c. Kemampuan untuk menganalisis penyebab dari masalah

Analisis penyebab menurut Martin Seligman, dkk (dalam Reivich dan Shatte, 2002), adalah gaya berpikir yang sangat penting untuk menganalisis penyebab, yaitu gaya menjelaskan. Hal itu adalah kebiasaan individu dalam

menjelaskan sesuatu yang baik maupun yang buruk yang terjadi pada individu. Individu dengan resiliensi yang baik sebagian besar memiliki kemampuan menyesuaikan diri secara kognitif dan dapat mengenali semua penyebab yang cukup berarti dalam kesulitan yang dihadapi, tanpa terjebak di dalam gaya menjelaskan tertentu. Individu tidak menghamburkan persediaan resiliensi yang berharga untuk merenungkan peristiwa atau keadaan di luar kontrol dirinya. Individu mengarahkan dirinya pada sumber-sumber *problem solving* ke dalam faktor-faktor yang dapat dikontrol, dan mengarah pada perubahan.

d. Kemampuan untuk berempati

Beberapa individu mahir dalam menginterpretasikan apa yang para ahli psikologi katakan sebagai bahasa non verbal dari orang lain, seperti ekspresi wajah, nada suara, bahasa tubuh, dan menentukan apa yang orang lain pikirkan dan rasakan. Walaupun individu tidak mampu menempatkan dirinya dalam posisi orang lain, namun mampu untuk memperkirakan apa yang orang rasakan, dan memprediksi apa yang mungkin dilakukan oleh orang lain. Dalam hubungan interpersonal, kemampuan untuk membaca tanda-tanda non verbal menguntungkan, dimana orang membutuhkan untuk merasakan dan dimengerti orang lain.

e. *Self efficacy*

Self efficacy adalah keyakinan bahwa individu dapat menyelesaikan masalah, mungkin melalui pengalaman dan keyakinan akan kemampuan untuk berhasil dalam kehidupan. *Self efficacy* membuat individu lebih efektif dalam kehidupan. Individu yang tidak yakin dengan *efficacy*nya bagaikan kehilangan

jati dirinya, dan secara tidak sengaja memunculkan keraguan dirinya. Individu dengan *self efficacy* yang baik, memiliki keyakinan, menumbuhkan pengetahuan bahwa dirinya memiliki bakat dan ketrampilan, yang dapat digunakan untuk mengontrol lingkungannya.

f. Kemampuan untuk meraih apa yang diinginkan

Resiliensi membuat individu mampu meningkatkan aspek-aspek positif dalam kehidupan. Resiliensi adalah sumber dari kemampuan untuk meraih. Beberapa orang takut untuk meraih sesuatu, karena berdasarkan pengalaman sebelumnya, bagaimanapun juga, keadaan menyulitkan akan selalu dihindari. Meraih sesuatu pada individu yang lain dipengaruhi oleh ketakutan dalam memperkirakan batasan yang sesungguhnya dari kemampuannya.

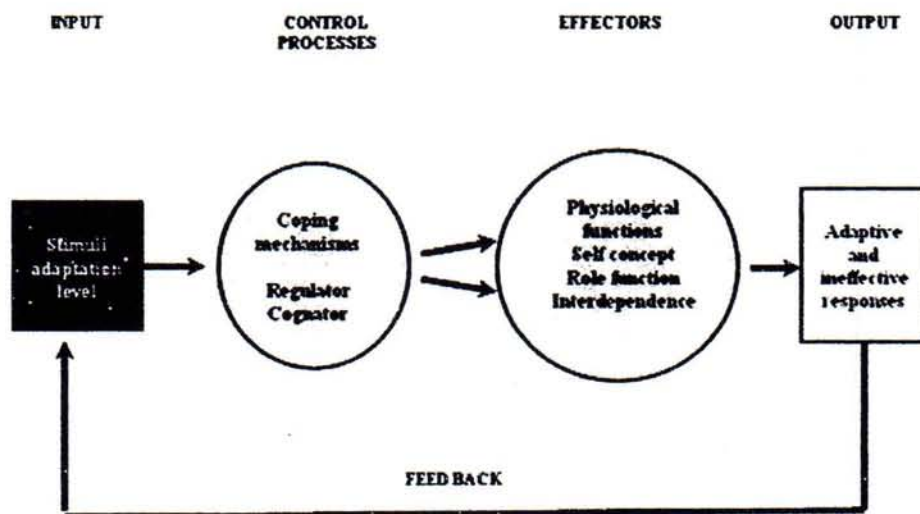
2.2 Teori Adaptasi Roy

Model adaptasi Roy adalah sistem model yang esensial dan banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan koping atau mekanisme pertahanan diri, adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya. Empat faktor penting dari Roy adalah manusia, sehat-sakit, lingkungan dan keperawatan yang saling terkait, yaitu sbb: 1. Manusia : Sistem adaptasi dengan proses koping .Menggambarkan secara keseluruhan bagian – bagian. Terdiri dari individu atau dalam kelompok (keluarga, organisasi, masyarakat, bangsa dan masyarakat secara

keseluruhan). Sistem adaptasi dengan cognator dan regulator, subsistem bertindak untuk memelihara adaptasi dalam 4 model adaptasi : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan saling ketergantungan. 2. Lingkungan : Semua kondisi, keadaan dan pengaruh lingkungan sekitar, pengaruh perkembangan dan tingkah laku individu dalam kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Tiga jenis stimulasi : fokal stimulasi, kontekstual stimulasi, dan residual stimulasi. Stimulasi bermakna dalam adaptasi semua manusia termasuk perkembangan keluarga dan budaya. 3. Sehat-Sakit : Kesehatan merupakan pernyataan dan proses keutuhan dan keseluruhan refleksi individu dan lingkungan yang saling menguntungkan. Adaptasi : proses dan hasil dimana dengan berfikir dan merasakan seperti individu dan kelompok, menggunakan kesadaran dengan memilih untuk membuat kesatuan individu dan lingkungan. Respon adaptif : respon yang meningkatkan integritas dalam masa antara tujuan dan sistem individu, yang bertahan, tumbuh, reproduksi, penguasaan, personal dan perubahan lingkungan. Inefektif respon : respon tidak berkontribusi untuk keutuhan pencapaian tujuan Tujuan adaptasi menunjukkan kondisi proses kehidupan yang menggambarkan tiga perbedaan level yaitu : integrasi, kompensasi dan kompromi. 4: Keperawatan. Keperawatan adalah ilmu dan praktek yang memperluas kemampuan adaptasi dan mempertinggi perubahan individu dan lingkungan. Tujuan adalah meningkatkan adaptasi untuk individu dan kelompok dalam empat adaptasi model yang berkontribusi untuk kesehatan, kualitas hidup dan kematian dengan bermartabat. Ini adalah pekerjaan pengkajian tingkah laku dan faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi dan intervensi untuk mempertinggi kemampuan dan memperluas interaksi lingkungan.

2.2.1 Asumsi Dasar Teori

Model Adaptasi dari Roy ini dipublikasikan pertama pada tahun 1970 dengan asumsi dasar model teori ini adalah bahwa setiap orang selalu menggunakan coping yang bersifat positif maupun negatif. Kemampuan beradaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu ; penyebab utama terjadinya perubahan, terjadinya perubahan dan pengalaman beradaptasi. Individu selalu berada dalam rentang sehat – sakit, yang berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan untuk memelihara kemampuan adaptasi.



Gambar 2.2.1 Model Adaptasi Roy

Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini. Terdapat 3 tingkatan stimuli adaptasi pada manusia, diantaranya; 1. Stimuli Fokal yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat

terhadap seorang individu.² Stimuli Kontekstual yaitu stimulus yang dialami seseorang dan baik internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subyektif.³ Stimuli Residual yaitu stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.

2.2.2 Proses adaptasi Roy

a. Mekanisme koping.

Pada sistem ini terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme koping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh. Kedua yaitu mekanisme koping yang didapat dimana coping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya

b. Regulator subsistem.

Merupakan proses koping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin.

c. Cognator subsistem.

Proses koping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi.

Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi yang akan berdampak terhadap respon adaptasi diantaranya, sbb:

- a. Fungsi Fisiologis; Sistem adaptasi fisiologis diataranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin.
- b. Konsep diri; Bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
- c. Fungsi peran; Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
- d. Interdependen; Kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

Terdapat dua respon adaptasi yang dinyatakan Roy yaitu:

- a. Respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia.
- b. Respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih. Respon tersebut selain menjadi hasil dari proses adaptasi selanjutnya akan juga menjadi umpan balik terhadap stimuli adaptasi. Proses keperawatan menggambarkan pandangan Roy tentang manusia sebagai sistem adaptif. Menurut Roy ada 6 (enam) tahap identifikasi dalam proses keperawatan yaitu: pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, penentuan diagnosa keperawatan, penentuan tujuan, intervensi, dan evaluasi. Model Adaptasi Roy telah menggambarkan tahapan-tahapan dalam proses keperawatan yang lengkap.

Berdasarkan teori Roy, tahapan proses keperawatan dimulai dari 2 level pengkajian, diagnosa keperawatan, tujuan tindakan keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Kelebihan proses keperawatan berdasarkan Model Adaptasi Roy ini adalah pada tahap 2 level pengkajian yang harus dilakukan perawat. Pengkajian keperawatan dimulai dengan; level 1) perawat mengkaji respon perilaku pasien terhadap stimulus yaitu fisiologis adaptasi mode, konsep diri adaptasi mode, peran adaptasi mode dan ketergantungan adaptasi mode, level 2) perawat mengkaji stressor yang dihadapi pasien yaitu stimulus fokal & kontekstual (yang pada dasarnya merupakan faktor presipitasi dari masalah yang dihadapi pasien) dan stimulus residual (yang pada dasarnya merupakan faktor predisposisi dari masalah yang dihadapi pasien), sehingga pengkajian yang dilakukan perawat lebih lengkap dan perawat dapat menegakkan diagnosa lebih akurat dari pengkajian tersebut. Di tatanan keperawatan jiwa sendiri, pendekatan yang digunakan pada Teori Adaptasi Roy ini sangat bermanfaat ketika perawat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa, resiko gangguan dan sehat jiwa. Dengan teori ini, perawat tidak hanya dapat mengintervensi tanda dan gejala tapi juga dapat mengetahui & memberikan intervensi pada faktor presipitasi dan faktor predisposisi dari masalah yang dihadapi pasien. Sehingga perawat dapat mencegah pasien mengalami masalah resiko dan gangguan jiwa, mengatasi masalah resiko dan gangguan jiwa dan meningkatkan individu yang sehat agar tidak mengalami masalah resiko dan gangguan jiwa. Selain itu, dengan Teori Adaptasi Roy ini, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat lebih memahami tentang proses adaptasi yang

terjadi pada individu, yang dimulai dari adanya stimulus/stressor yang dapat menjadikan individu mengalami stress, proses mekanisme koping (kognator dan regulator) dan effektor sebagai upaya individu mengatasi stressor dan terakhir timbulnya respon perilaku individu terhadap stressor yang dihadapinya. Teori ini hampir mirip dengan Teori Stress Adaptasi Stuart-Laraia yang ada di keperawatan jiwa.

2.2.3 .Tujuan Asuhan Keperawatan Callista Roy

Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi koping individu. Kondisi koping seseorang atau keadaan koping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Fokal adalah suatu respon yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/input yang masuk. Penggunaan fokal pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul releva dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

2.2.3. Diagnosis Keperawatan

Roy mendefinisikan 3 metode untuk menyusun diagnosa keperawatan :

1) Menggunakan tipologi diagnosa yang dikembangkan oleh Roy dan berhubungan dengan 4 mode adaptif .

2) Menggunakan diagnosa dengan pernyataan atau mengobservasi dari perilaku yang tampak dan berpengaruh terhadap stimulusnya. Dengan menggunakan metode diagnosa ini maka diagnosanya adalah “nyeri dada disebabkan oleh kekurangan oksigen pada otot jantung berhubungan dengan cuaca lingkungan yang panas”.

3) Menyimpulkan perilaku dari satu atau lebih adaptif mode berhubungan dengan stimulus yang sama, yaitu berhubungan Misalnya jika seorang petani mengalami nyeri dada, dimana ia bekerja di luar pada cuaca yang panas. Pada kasus ini, diagnosa yang sesuai adalah “kegagalan peran berhubungan dengan keterbatasan fisik (myocardial) untuk bekerja di cuaca yang panas”

2.2.4 .Fokus Intervensi Asuhan Keperawatan Adaptasi Roy

Pelaksanaan direncanakan dengan tujuan mengubah atau memanipulasi penyebab (stimulus), baik focal, konsektual maupun residual dan difokuskan pada kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap simulus. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan keseluruhan aspek yang ada pada klien meliputi bio-psikososial (holistik).

2.2.5. Evaluasi Asuhan Keperawatan Roy

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini, hal yang dilakukan adalah membandingkan tingkah laku klien sebelum dan sesudah implementasi. Hal ini terkait dengan kemampuan klien dalam beradaptasi dan

mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Kemampuan adaptasi ini meliputi seluruh aspek, baik bio, psiko maupun sosial.

2.2.6 . Kelebihan Dan Kelemahan Teori Callista Roy

Roy mampu mengembangkan dan menggabungkan beberapa teori sehingga dapat mengembangkan model perpaduannya. Yang hingga kini masih menjadi pegangan bagi para perawat. Keeksistensiannya tentu memiliki sifat kuat atau memiliki kelebihan dalam penerapan konsepnya dibanding dengan konsep lainnya. Kelebihan dari teori dan model konseptualnya adalah terletak pada teori praktek dan model adaptasi yang dikemukakan oleh Roy perawat bisa mengkaji respon perilaku pasien terhadap stimulus yaitu mode fungsi fisiologis, konsep diri, mode fungsi peran dan mode interdependensi. selain itu perawat juga bisa mengkaji stressor yang dihadapi oleh pasien yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual, sehingga diagnosis yang dilakukan oleh perawat bisa lebih lengkap dan akurat. Dengan penerapan dari teory adaptasi Roy perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat mengetahui dan lebih memahami individu, tentang hal-hal yang menyebabkan stress pada individu, proses mekanisme coping dan effektor sebagai upaya individu untuk mengatasi stress. Sedangkan kelemahan dari model adaptasi Roy ini adalah terletak pada sasarannya. Model adaptasi Roy ini hanya berfokus pada proses adaptasi pasien dan bagaimana pemecahan masalah pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan tidak menjelaskan bagaimana sikap dan perilaku cara merawat (caring) pada pasien. Sehingga seorang perawat yang tidak mempunyai perilaku caring ini akan menjadi stressor bagi para pasiennya.

2.3 Kanker Serviks

2.3.1 Definisi

Kanker adalah pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dan biasanya dinamakan berdasarkan letaknya. Kanker yang awal tumbuhnya adalah di serviks uterus disebut sebagai kanker serviks (CDC, 2010b). Kanker serviks merupakan jenis kanker yang tumbuh pada sel serviks uterus (Mayo, 2011). Definisi kanker serviks menurut *National Cancer Institute* (NCI) adalah kanker yang terbentuk pada jaringan serviks, organ yang menghubungkan antara uterus dan vagina (NCI, 2010).

2.3.2 Etiologi dan faktor resiko kanker serviks

Penyebab pasti dari kanker serviks belum ditemukan secara pasti, namun data epidemiologi menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kejadian kanker serviks dengan perilaku seksual (Boardman & Junior, 2011). Human papiloma virus (HPV) memegang peranan penting dalam perkembangan sel serviks normal menjadi keganasan meskipun tidak secara langsung menyebabkan kanker serviks (Dunleavy, 2009).

Beberapa faktor diduga meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker serviks, antara lain:

1. *Human Papiloma Virus* (HPV)

Infeksi HPV di kalangan mahasiswi di Amerika merupakan infeksi yang sering terjadi dan merupakan salah satu faktor penyebab kanker serviks (Youngkin, 2004). Macam dari virus HPV terdapat 77 *genotype* dan diantaranya tipe 6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 54,55, 56, 58, 59, 66, dan 68 berpotensi menyebabkan infeksi pada organ anogenital (Boardman &

Junior, 2011). HPV tipe 16 dan 18 merupakan tipe HPV yang paling sering ditemukan pada lebih dari 20% kasus kanker serviks di negara barat, sedangkan HPV tipe 45 dan 31 merupakan tipe yang banyak ditemukan pada kasus kanker serviks di negara berkembang (Dunleavy, 2009). HPV memasuki tubuh manusia melalui jaringan epidermis seperti zona transformasi serviks dan anus atau melalui suatu mikro abrasi dari epitel pada saat berhubungan seksual (Frazer et al., 2006). HPV setelah menginvasi akan mengeluarkan protein E6 dan E7 yang menonaktifkan *tumor suppressor genes* p53 dan pRb serta mensupresi apoptosis sel. Hasil dari supresi pada p53 dan pRb tersebut meningkatkan pembelahan sel, menyebabkan displasia hingga kanker invasif (Dunleavy, 2009; Obgyn, 2008).

2. Usia

Kanker serviks merupakan kanker kedua yang paling sering terjadi pada perempuan usia 15 tahun sampai dengan 44 tahun di Indonesia (WHO, 2010). Surveilans yang dilakukan oleh *Center for Disease Kontrol and Preventions* (CDC) di Amerika pada rentang tahun 2004—2006 menunjukkan bahwa kanker serviks stadium lanjut banyak terjadi pada perempuan yang berusia 50—79 tahun (Henley, King, German, Richardson, & Plescia, 2010). Rerata usia perempuan didiagnosa kanker serviks adalah antara 40—59 tahun (Schorge, 2008).

3. Perilaku seksual wanita maupun pria (Obgyn, 2008)

1) Aktivitas seksual kurang dari 20 tahun

Perempuan berusia kurang dari 20 tahun mempunyai zona transformasi serviks yang masih imatur (Dunleavy, 2009). Zona transformasi serviks merupakan daerah perbatasan antara lapisan epitel columnar dengan lapisan epitel squamous (Schorge, 2008). Kematangan lapisan ini dipengaruhi oleh estrogen

sehingga pada usia muda maupun usia tua maka daerah ini cenderung tipis dan dapat terjadi suatu neoplasia (Dunleavey, 2009).

2) Pasangan seksual lebih dari 1 orang

Pasangan seksual lebih dari 6 orang meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks (González, 2007). Insiden infeksi HPV paling tinggi terjadi pada usia 15—25 tahun (Dunleavey, 2009). Insiden kanker serviks menurun pada orang yang tidak berhubungan seksual atau menggunakan pengaman saat berhubungan seksual (González, 2007).

3) Rentan terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS)

Sebuah penelitian pada sebuah penjara perempuan memberikan hasil bahwa 19 perempuan mantan pekerja seks yang terdeteksi mengalami kanker serviks, seluruhnya disertai dengan penyakit menular seksual (Keighley, 1968).

4) Pasangan/suami yang tidak disunat

Insiden kanker serviks juga meningkat pada perempuan dengan pasangan seksual yang tidak disunat dan terinfeksi HPV (Cunningham, 2005).

4. Pemakaian kontrasepsi

Sebuah penelitian tentang hubungan HPV dengan penggunaan kontrasepsi oral menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi oral terutama pada jangka waktu yang lama akan meningkatkan resiko perkembangan infeksi HPV menjadi suatu *cervical intraepithelial neoplasia* (CIN) pada serviks (Madeleine et al., 2001). Sebuah analisis yang dilakukan berdasarkan 24 studi epidemiologi tentang kanker serviks menjelaskan bahwa penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka panjang oleh perempuan yang sudah dideteksi terinfeksi HPV meningkatkan resiko kanker serviks (Berrington, Jha, Peto, & Green, 2007). Sebuah review mengungkapkan

bahwa penambahan hormone progesterone pada sel serviks yang terinfeksi HPV akan memicu perkembangan sel kearah keganasan (Hellberg & Stendahl, 2005).

5. Penyakit immunosupresi

Hubungan antara penyakit immunosupresi dengan kanker anogenital telah dilaporkan sebelum adanya pandemi AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (Jay & Moscicki, 2000). Neoplasia pada serviks uteri merupakan salah satu tanda *clinical staging HIV* (WHO, 2007). Sebuah hipotesis yang dimuat *The Lancet* mencetuskan bahwa peningkatan insiden keganasan pada penerima transplant adalah dikarenakan terapi immunosupresif yang mereka terima (Matas, Simmons, & Najarian, 1975). Perempuan yang mengalami supresi imun akan beresiko dua atau tiga kali lipat mendapatkan infeksi HPV, *atypical squamous cells of undetermined significance* (ASCUS), dan CIN (Dunleavey, 2009).

6. Riwayat kanker serviks pada keluarga

Sampai saat ini belum ada penelitian yang menjelaskan bahwa kanker serviks dapat diturunkan secara hereditas, namun terdapat penelitian yang menunjukkan bahwa penurunan imunitas yang mempengaruhi epitel serviks dapat meningkatkan resiko serviks terinfeksi HPV. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pada individu yang *interleukin-12 p40* gene (*IL-12 β*)-nya tidak tertranskripsi dengan baik saat terjadi infeksi atau peradangan, maka resiko kanker serviks meningkat (Tamandani, Shekari, & Suri, 2009).

7. Kebiasaan merokok

World Health Organization (WHO) telah menyebutkan pada artikel resmi WHO bahwa telah menjadi suatu konsensus umum bahwa merokok meningkatkan resiko kanker serviks, terutama pada perempuan yang merokok 40 batang atau

lebih dalam sehari serta menyumbang 30% angka kematian dari kanker serviks (WHO, 2012). Sebuah *pooled analysis* dari beberapa studi *case-kontrol* menunjukkan bahwa merokok meningkatkan resiko kanker serviks pada perempuan yang terinfeksi HPV (Plummer et al., 2003). Sebuah penelitian di Utah, USA tentang resiko kanker serviks pada perempuan perokok aktif dan pasif menunjukkan hasil bahwa resiko kanker serviks pada perokok pasif yang terpapar asap rokok tiga jam atau lebih dalam sehari lebih tinggi dibanding dengan perempuan yang merokok (Slattery et al., 1989).

8. Paritas

Sebuah *multicenter case-kontrol study* memberikan hasil bahwa jumlah kehamilan aterm lebih dari tujuh kali pada perempuan yang positif terinfeksi HPV meningkatkan resiko *squamous-cell cancer* dibandingkan dengan yang hamil aterm kurang atau sama dengan dua kali (Muñoz et al., 2002). Multiparitas dipercaya menambah efek traumatik dan immunosupresif pada sel serviks sehingga meningkatkan progresifitas dari infeksi HPV yang akan meningkatkan resiko *cervical neoplasia* (Matos, Moutinho, Pinto, & Medeiros, 2005).

9. Keadaan sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah

Perempuan yang mempunyai kelas sosial ekonomi yang rendah beresiko lebih besar untuk terjadi kanker serviks dibandingkan dengan perempuan dari sosial ekonomi yang tinggi (Rasjidi, 2009). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa perempuan Asia, Hispanic, dan Latin mempunyai resiko kanker serviks lebih tinggi dibanding perempuan kulit putih. Hal ini dihubungkan dengan kelas sosial perempuan pada ras tersebut cenderung lebih rendah serta

kurangnya paparan informasi serta program skrining dini dari kanker serviks (Rasjidi, 2009; Schorge, 2008).

2.3.3 Stadium kanker serviks

Terdapat beberapa macam cara klasifikasi kanker serviks baik berdasar gambaran histopatologi sel kanker serviks maupun stadium klinis kanker serviks. Stadium yang sering digunakan adalah sistem stadium klinis yang ditetapkan oleh *the International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), dikenal sebagai system FIGO (Dunleavey, 2009).

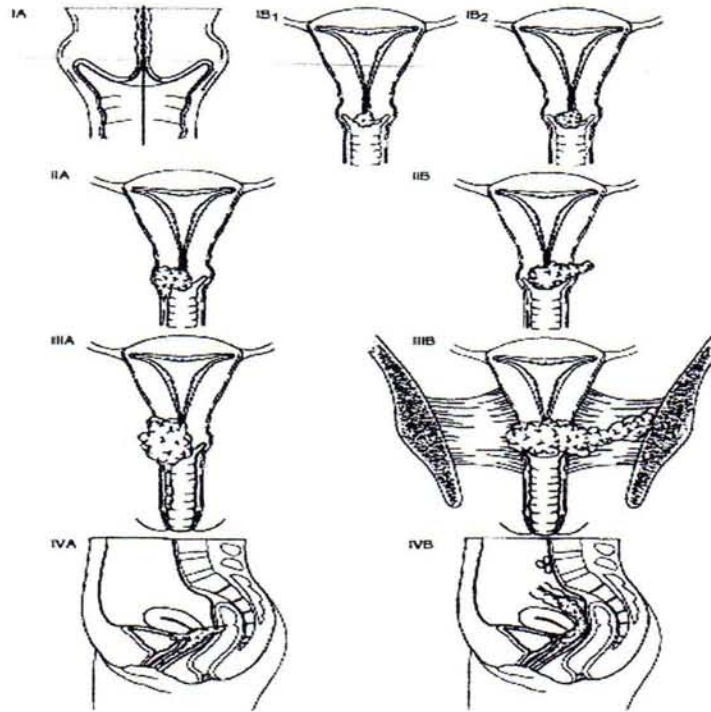
Tabel 2.1 Stadium Kanker Serviks FIGO

Stadium	Kategori
0	Karsinoma In Situ (CIS) merupakan <i>preinvasive carcinoma</i>
I	Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri
IA	Karsinoma mikroinvasif
IA1	Kedalaman invasi stroma tidak lebih dari 3mm dan perluasan horizontal tidak lebih dari 7mm
IA2	Kedalaman invasi stroma lebih dari 3mm dan tidak lebih dari 5mm dan perluasan horizontal 7mm atau kurang
IB	Secara klinis sudah diduga adanya tumor mikroskopik lebih dari IA2
IB1	Secara klinis lesi berukuran 4 cm atau kurang pada dimensi terbesar
IB2	Secara klinis lesi berukuran lebih dari 4 cm pada dimensi terbesar
II	Tumor menyebar keluar serviks tetapi tidak sampai dinding panggul atau sepertiga bawah vagina
IIA	Tanpa invasi parametrium

Stadium	Kategori
IIB	Dengan invasi parametrium
III	Tumor menyebar ke dinding panggul dan/atau sepertiga bawah vagina yang menyebabkan hidronefrosis atau penurunan fungsi ginjal
Stadium	Kategori
IIIA	Tumor menyebar ke sepertiga bawah vagina namun tidak sampai ke dinding panggul
IIBB	Tumor menyebar ke dinding panggul dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal
IVA	Tumor menginvasi buli-buli atau rektum dan keluar panggul
IVB	Metastase jauh

(Rasjidi, 2009)

Pada dasarnya kanker serviks stadium I hanya berada di dalam serviks, sedangkan stadium II sampai dengan IV telah meluas keluar serviks (Dunleavey, 2009). Gambar 2.1 menunjukkan ilustrasi penyebaran kanker serviks.



Gambar 2.3.2 Stadium Kanker Serviks (Dunleavey, 2009)

2.3.4 Manifestasi kanker serviks

Keluhan dan gejala kanker serviks terkait dengan tingkatan stadium kanker. Pada lesi pra-kanker tidak ditemukan gejala yang spesifik, namun perdarahan paska koitus maupun lekore yang kadang berbau busuk pernah dilaporkan (Obgyn, 2008; Rosevear, 2002). Manifestasi lain timbul seiring dengan perjalanan stadium kanker yang lanjut yaitu nyeri panggul, kelelahan, perdarahan spontan, penurunan nafsu makan, sesak napas, konstipasi, dan kesulitan berkemih (Dunleavey, 2009). Selain permasalahan fisik, seorang perempuan yang didiagnosa kanker ginekologis akan mengalami permasalahan emosi disebabkan oleh pembedahan, kemoterapi, perubahan *body image*, dan gangguan fungsi seksual (Tabano, Condosta, & Coons, 2002). Diagnosis kanker pada seorang

perempuan juga merupakan pengalaman yang traumatis dan mengakibatkan kecemasan terhadap masa depannya (Baze et al., 2008). Suatu studi pada pasien kanker ginekologis yang menggunakan strategi koping maladaptif menunjukkan bahwa terjadi peningkatan distres emosional (Lutgendorf et al., 2002).

2.3.5 Pemeriksaan diagnostik

Abnormalitas serviks uteri sebenarnya bisa dideteksi dengan pemeriksaan yang cukup sederhana, namun untuk menentukan stadium kanker serviks diperlukan pemeriksaan diagnostik lain yang lebih kompleks. Dibawah ini merupakan pemeriksaan yang dilakukan pada pasien kanker serviks:

1. Pemeriksaan ginekologis

Pada pemeriksaan bimanual mungkin didapatkan pembesaran uterus akibat dari invasi tumor (Schorge, 2008) ataupun serviks yang teraba berbungkul.

2. *Papanicolaou Smear (Pap Smear)*

Pap smear menjadi pemeriksaan yang penting bagi deteksi dini kanker serviks setelah diperkenalkan pada tahun 1928 oleh dr. Papanicolaou. Prinsip dari pemeriksaan pap smear adalah mengambil epitel dari permukaan serviks yang mengalami eksfoliasi (Rasjidi, 2009). Interpretasi dari pemeriksaan pap smear berdasarkan *Bethesda System* dapat dilihat pada tabel 2.3.5.

Tabel 2.3.5 Sistem Papanicolaou dan Bethesda

Sistem Papanicolaou	Sistem Bethesda
Klas I	Dalam batas normal
Klas II	ASCUS (<i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i>)
Klas III	Lesi intraepithelial derajat rendah (LGSIL)

Sistem Papanicolaou	Sistem Bethesda
Klas IV	Lesi intraepithelial derajat berat
Klas V	Karsinoma sel squamosa

(Rasjidi, 2009)

3. *Colposcopy*(Kolposkopi)

Pada pemeriksaan kolposkopi menggunakan alat dilakukan penandaan pada seluruh zona transformasi, dan bila ditemukan abnormalitas maka dilanjutkan dengan biopsi (Schorge, 2008).

4. Biopsi

Biopsi dilakukan dengan cara mengambil jaringan serviks, biasanya dengan tehnik konisasi yang menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien sehingga diperlukan pemberian analgesia pada pasien (Rasjidi, 2009; Schorge, 2008).

5. Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)

Prosedur ini merupakan prosedur pemeriksaan abnormalitas serviks yang cukup mudah dilaksanakan terutama di negara berkembang seperti di Indonesia. Cara pemeriksaannya adalah dengan mengoleskan asam asetat 3—5% dan iodium lugol pada serviks, kemudian dilihat perubahan warna yang terjadi (Rasjidi, 2009).

6. *Computed Tomography Scanning*(CT scan)

CT scan dilakukan biasanya untuk mengetahui sejauh mana metastase terjadi dan mengidentifikasi terjadinya hidronefrosis pada pasien kanker serviks (Schorge, 2008).

7. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI sangat membantu untuk menentukan stadium klinis dari kanker serviks. Metastase pada para-aorta juga dapat dideteksi menggunakan MRI.

2.3.6 Penatalaksanaan kanker serviks

Penatalaksanaan kanker serviks ditentukan berdasarkan dua faktor yaitu stadium dan ukuran kanker (Dunleavy, 2009). Terdapat beberapa macam penatalaksanaan kanker serviks antara lain pembedahan, kemoterapi, dan radiasi. Pembedahan dilakukan pada pasien kanker serviks yang tumornya berada pada stadium awal kanker serviks yaitu pada stadium IA sampai dengan IIA, sedangkan untuk stadium lanjut diberikan kemoterapi dan radioterapi. Jenis pembedahan yang dilakukan adalah *simple hysterectomy* untuk stadium IA1, *radical hysterectomy* untuk stadium IA2 sampai dengan IIA. Pembedahan pada stadium IA2 sampai IIA dapat disertai dengan pemberian radioterapi dan kemoterapi (Dunleavy, 2009).

2.3.7 Kemoterapi

Kemoterapi secara umum adalah terapi bagi penderita kanker menggunakan obat anti kanker, sering sebagai terapi multimodalitas diberikan dengan pembedahan maupun radioterapi (Airley, 2009). Kemoterapi dapat diterapkan sebagai terapi kuratif maupun sebagai terapi paliatif (Schorge, 2008).

Kemoterapi berdasarkan tujuan atau waktu pemberian kemoterapi dibagi menjadi tiga macam, yaitu:

1. Kemoterapi *primary induction*

Kemoterapi induksi merupakan kemoterapi utama yang bertujuan untuk mereduksi massa tumor, memperbaiki kualitas hidup penderita, serta biasa

diterapkan pada pasien kanker dengan stadium lanjut yang tidak mempunyai terapi pilihan lain (Airley, 2009; Chu & DeVita, 2008).

2. Kemoterapi *neoadjuvant*

Kemoterapi *neoadjuvant* biasanya diterapkan pada kanker yang masih bersifat lokal sehingga terjadi reduksi masa tumor yang menyebabkan kanker dapat diterapi lanjut dengan pembedahan atau radioterapi (Airley, 2009; Chu & DeVita, 2008). Kemoterapi *neoadjuvant* pada pasien kanker serviks memberikan hasil yang cukup positif (Dunleavey, 2009). Sebuah *systematic review* tentang kombinasi kemoterapi *neoadjuvant* dengan pembedahan atau radioterapi menunjukkan hasil bahwa terjadi penurunan resiko kematian pada pasien kanker serviks (Tierney, 2003).

3. Kemoterapi *adjuvant*

Kemoterapi *adjuvant* diberikan pada pasien kanker setelah penatalaksanaan seperti pembedahan dan radioterapi (Airley, 2009). Kemoterapi ini bertujuan untuk mengatasi penyebaran kanker secara mikro dan mencegah kanker tumbuh kembali di jaringan yang sama (Chu & DeVita, 2008).

Kemoterapi berdasarkan cara pemberian kemoterapi terdapat beberapa cara, antara lain:

1. Kemoterapi intravena

Kemoterapi ini dilaksanakan dengan memasukkan obat anti kanker melalui selang infuse yang terhubung pada vena pasien kanker serviks. Cara pemberian ini merupakan cara pemberian kemoterapi yang umum dilaksanakan di Indonesia.

2. Kemoterapi *direct instillation*

Kemoterapi jenis ini dilakukan dengan memasukkan secara langsung obat anti kanker ke area yang terkena kanker (Chu & DeVita, 2008). Tujuan dari kemoterapi ini adalah untuk meningkatkan konsentrasi obat anti kanker pada area tumor dan menurunkan efek samping sistemik dari obat anti kanker (Dunleavey, 2009).

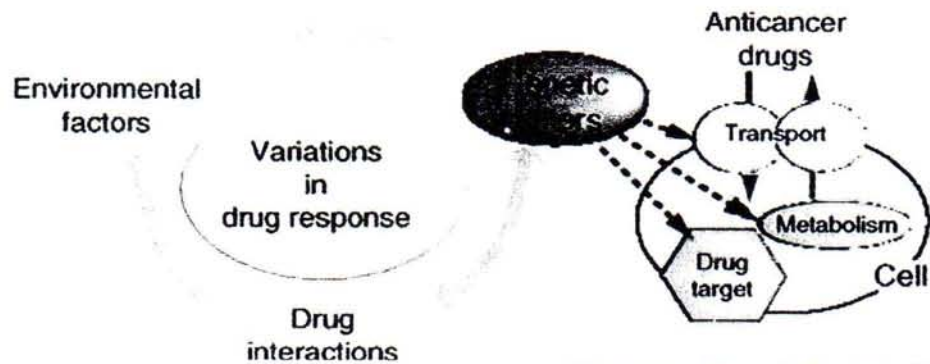
3. *Intra-arterial chemotherapy*

Beberapa obat kemoterapi diberikan secara intra arteri. Tujuan dari pemberian dengan cara tersebut adalah untuk meningkatkan konsentrasi obat pada daerah tumor dan menurunkan efek sistemik dan toksisitas obat. Cara pemberian intra-arteri ini dilakukan dengan memasukkan selang infuse pada arteri hipogastrik (Dunleavey, 2009).

2.3.8 Obat kemoterapi untuk kanker serviks

Obat kemoterapi telah memegang peranan penting dalam pengobatan kanker serviks tingkat lanjut, salah satu obat kemoterapi yang cukup sering digunakan adalah *cisplatin* (Dunleavey, 2009; Tzioras, Pavlidis, Paraskevaïdis, & Ioannidis, 2006). Obat kemoterapi pada prinsipnya mengenai pada sel kanker dan bukan pada sel normal berdasarkan karakteristik pertumbuhan sel (Schorge, 2008). Kemoterapi sering diberikan sebagai pendamping dari radioterapi karena kemoterapi meningkatkan sensitifitas tumor terhadap radioterapi (Dunleavey, 2009).

Cancer Pharmacogenomics



(Sumber: Airley, 2009; hal: 64)

Gambar 2.3.7 Faktor yang mempengaruhi respon klinis dari obat anti kanker

Respon terhadap pengobatan kemoterapi mungkin dipengaruhi oleh faktor genetik dari individu seperti ditunjukkan pada gambar 2.2. Faktor genetik tersebut mempengaruhi jumlah enzim serta protein yang berfungsi untuk menyerap, mengaktivasi, dan mengeliminasi obat kemoterapi (Airley, 2009). Perbedaan genetik dapat terjadi pada sebuah tumor, sehingga tiap tumor memiliki karakteristik berbeda (Schorge, 2008). Hal ini kemudian menjadi pertimbangan dalam pemberian kemoterapi yang bersifat individual untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan (Airley, 2009).

2.3.9 Efek samping kemoterapi

Setiap obat kemoterapi mempengaruhi sel kanker dengan cara berbeda dan pada tahapan mitosis yang berbeda. Setiap obat kemoterapi mempunyai tujuan yang sama yaitu menurunkan kemampuan sel tumor untuk memperbaiki diri dari kerusakan yang ditimbulkan oleh obat kemoterapi, memperkecil massa tumor dan pada akhirnya menghilangkan sel tumor tersebut (Dunleavey, 2009). Obat kemoterapi pada umumnya bersifat toksik dan mempunyai rentang aman yang sempit (Schorge, 2008). Kemoterapi bekerja pada sel yang melakukan

pembelahan secara cepat, sehingga selain sel kanker maka sel normal yang tumbuh dengan cepat pun akan dirusak oleh obat kemoterapi (Gralla, Houlihan, & Messner, 2010). Dosis kemoterapi ditentukan berdasarkan luas tubuh, berat badan, fungsi ginjal dan faal hati untuk mengurangi efek toksik dari obat kemoterapi, namun beberapa faktor seperti keadaan nutrisi klien, keadaan umum, stadium kanker, serta penatalaksanaan sebelumnya juga mempengaruhi respon klien terhadap pengobatan (Schorge, 2008). Toksisitas kemoterapi dapat terjadi secara akut dalam hitungan jam ataupun setelah beberapa hari, minggu, bahkan beberapa bulan setelah pemberian obat (Airley, 2009)

Tabel 2.3.9 Efek samping obat anti kanker pada pengobatan kanker serviks

Nama obat	Supresi sumsum tulang	Alopesia	Efek samping lain
<i>Cisplatin</i>	Ya	Ya	Mual/muntah berat, anorexia, gagal ginjal, neurotoksik, ototoksik
<i>Carboplatin</i>	Ya	Jarang	Mual/muntah sedang
<i>Ifosphamide</i>	Ya	Ya	Mual/muntah sedang, Iritasi bladder
<i>Paclitax</i>	Ya	Ya	Mual/muntah ringan, Nyeri seperti kesemutan, neuropati
<i>Gemcitabine</i>	Ya	Jarang	Mual/muntah ringan, Gejala seperti flu
<i>Methotrexate</i>	Ya	Jarang	Mual/muntah ringan, Mulut kering dan pahit, diare, hiperpigmentasi, gagal ginjal akut
<i>Vinorelbine</i>	Ya	Jarang	Mual/muntah ringan, Parestesia, nyeri saat penyuntikan, konstipasi, diare, anorexia, stomatitis, neutropenia, keletihan

(Dunleavey, 2009)

2.4 Aspek psikologis dan sosial kanker serviks

Setiap pasien kanker mempunyai kebutuhan dan perasaan individu yang berbeda dari individu lain. Pasien kanker yang tinggal di negara maju mungkin berbeda dengan pasien di negara berkembang. Hal ini terjadi tidak hanya dari perbedaan sumber daya untuk menangani kanker, namun juga disebabkan perbedaan pengalaman menghadapi situasi sakit sebelumnya (Catane, Cherny, Kloke, Tanneberger, & Schrijvers, 2006). *The American Society for Psychosocial and Behavioral Oncology and AIDS(ASPBOA)* menggunakan istilah “distres” untuk mendeskripsikan respon pasien terhadap kanker yaitu kesedihan, kekhawatiran, dan ketakutan (Catane et al., 2006). Istilah ini dipilih untuk menghindari stigma terhadap masalah psikososial yang dialami oleh penderita kanker.

Secara umum, pasien kanker dapat mengalami distres psikologis yang berdampak pada keadaan seperti penurunan kualitas hidup, penderitaan yang berkepanjangan, keinginan untuk mati ataupun bunuh diri, dan juga distres pada keluarga (Catane et al., 2006). Stengiga dan Dunn (1997) dalam Dunleavey (2009) menyatakan bahwa permasalahan yang dihadapi oleh perempuan yang didiagnosa kanker ginekologis saat diagnosis dan selama perawatan adalah depresi, kecemasan, dan ketakutan terhadap kematian. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa ansietas dan depresi pada pasien kanker serviks berhubungan dengan pendapatan yang berkurang, merokok, kerusakan *body image*, neuropati perifer, tanda-tanda menopause, dan ketidakaktifan secara seksual (Kim et al., 2009). Beberapa penelitian memaparkan bahwa perempuan yang mendapatkan

hasil pap smear abnormal menampilkan emosi syok, takut, menyalahkan diri sendiri, tidak berdaya, dan marah (Baze et al., 2008). Pasien kanker ginekologi dengan mekanisme koping maladaptif bereesiko mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dan distres yang lebih tinggi dibanding dengan pasien yang mempunyai koping adaptif (Lutgendorf et al., 2002).

Status hubungan sosial pasien kanker perlu dilakukan suatu pengkajian, untuk mengetahui apakah mereka mempunyai sistem pendukung yang cukup. Pasien kanker tidak jarang membutuhkan dukungan emosi dalam menghadapi penyakitnya (Catane et al., 2006). Diagnosa kanker serviks merupakan sesuatu hal yang traumatic bagi pasien, serta dapat mempengaruhi hubungan interpersonal dengan pasangannya (Baze et al., 2008). Sebuah penelitian yang dilakukan di Mumbai india mengungkap bahwa pasien kanker serviks stadium lanjut akan merasa sedih dan tidak berdaya karena tidak dapat menjalankan peran mereka dalam keluarga (Carvalho, Pinto, Muckaden, Marathe, & Tulshan, 2005). Kanker serviks mempunyai dampak psikososial pada pasien maupun keluarga sehingga membutuhkan intervensi psikososial. Intervensi psikososial harus melibatkan strategi pemenuhan kebutuhan emosional pasien, pemberian informasi, dan edukasi tentang diagnosa, penatalaksanaan, dan rehabilitasi (Gilliland, 1991).

2.5 Koping

2.5.1 Pengertian *Coping*

Koping atau *Coping* berasal dari kata *cope* berarti menanggulangi, menguasai. Lazarus dan Launier, 1978 (dalam Ogden, 2007) mendefinisikan *coping* adalah suatu proses untuk mengatasi stressor dengan cara menilai seberapa berat beban dan dampak yang mungkin terjadi dari stressor yang dialami. *Coping*

merupakan tindakan reflek, jalan, dimana individu berinteraksi terhadap stressor untuk berupaya mengembalikan pada kondisi normal dalam waktu singkat. Keadaan ini dapat berupa mengoreksi atau mengatasi masalah, termasuk upaya individu mengubah pola pikir tentang masalah dan belajar mengatasi masalah tersebut.

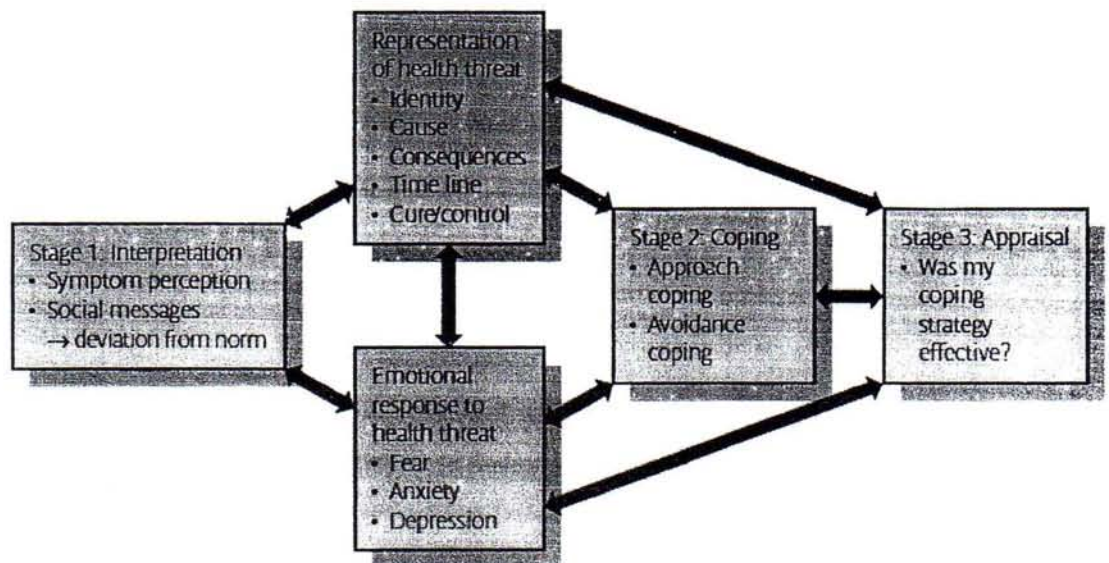
Beberapa tujuan individu melakukan tindakan *coping* antara lain (1) mengurangi kondisi lingkungan yang penuh dengan stressor dan memaksimalkan perbaikan yang dapat dilakukan, (2) mengatur atau berupaya mentoleransikan kegiatan yang negatif, (3) memelihara gambaran diri yang positif, (4) menjaga keseimbangan dan stabilitas emosi, dan (5) melanjutkan kepuasan hubungan interpersonal dengan yang lain (Ogden, 2007).

Lipowski membagi *coping* menjadi *coping style* dan *coping strategy* (Kozier, 2004). *Coping style* adalah mekanisme adaptasi individu meliputi aspek psikologis, kognitif, dan persepsi. *Coping strategy* merupakan *coping* yang dilakukan secara sadar dan terarah dalam mengatasi rasa sakit atau menghadapi stressor. Lazarus mengidentifikasi strategi *coping* yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*), dan fokus pada emosi (*emotion focused coping*). Strategi *coping* berfokus pada masalah sering disebut dengan *task oriented* (orientasi pada tugas), dilakukan dengan penuh kesadaran, dan fokus emosi sering disebut dengan *ego defence mekanisme* (mekanisme pembelaan ego), sering dilaksanakan dalam kondisi tidak sadar, mencari alasan, atau menyalahkan orang lain.

2.5.2 Mekanisme *Coping*

Mekanisme *Coping* adalah cara individu untuk menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumberdaya individu meliputi kesehatan fisik, keyakinan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial dan aset materi yang dimiliki.

Menurut Ogden, 2007 beberapa tahapan yang dialami individu dalam mengembangkan strategi *coping* dipengaruhi oleh bagaimana individu menginterpretasikan gejala penyakit yang dialami, adanya pengobatan yang diberikan, respon emosional yang terjadi akibat pengobatan dan penilaian seseorang terhadap *coping* yang akan dipilih, seperti pada bagan berikut.

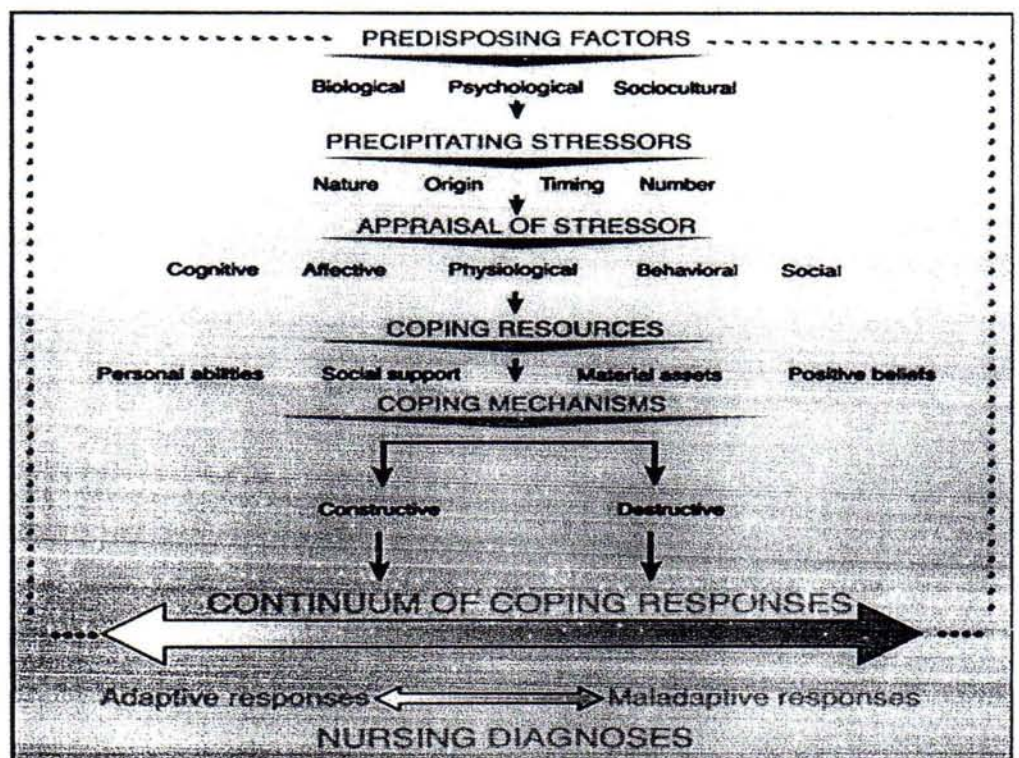


Gambar 2.5.1 Mekanisme *Coping* (Ogden, 2007).

Ada tiga tahap yang harus dilalui seseorang dalam menentukan strategi *coping* yang akan dipilih, (1) penilaian seseorang terhadap tanda gejala penyakit, persepsi ini dipengaruhi oleh pendapat masyarakat dan nilai sosial terhadap

penyakit tersebut, (2) strategi *coping* terpilih, pilihan strategi *coping* ini diawali dengan keberhasilan tindakan pelayanan yang diberikan, dan respon emosional terhadap pengobatan yang diberikan, seseorang dapat menunjukkan respon takut, cemas atau depresi, (3) penilaian terhadap strategi *coping* yang telah dipilih.

Menurut Stuart (1998), mekanisme *coping* seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, stresor presipitasi, penilaian terhadap stres, dan sumber *coping* seseorang.



Gambar 2.5.2 Model Stress Adaptasi (Stuart, 1998).

Faktor predisposisi adalah merupakan faktor pencetus timbulnya stressor, menjadi stimulus yang mengancam individu sehingga memerlukan energi besar dalam menghadapi stressor. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis maupun sosial kultural. Faktor biologis dapat berupa adanya penyakit fisik, konflik interpersonal merupakan pencetus stressor psikologis, termasuk adanya beberapa masalah sosial dan konflik kultural dengan lingkungan sekitar.

Faktor presipitasi merupakan faktor pendukung, yang dapat memperberat kondisi stress. Faktor presipitasi dapat berupa sifat alamiah stressor, keaslian stressor (baru pertama kali terjadi dan dialami individu, belum memiliki pengalaman untuk mengatasi masalah), waktu terjadinya, dan jumlah stressor. Stressor yang terjadi pada waktu dan situasi yang sedang sulit, membuat stressor terasa semakin menyakitkan, demikian pula dengan banyak atau sedikitnya stressor akan memoengaruhi berat ringannya penderitaan yang dialami seseorang.

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respon sosial.

1. Respon kognitif

Respon kognitif merupakan bagian kritis dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian stressful, memilih pola *coping* yang digunakan. Penilaian kognitif merupakan jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kerusakan dan potensial kerusakan. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

2. Respon afektif

Respon afektif adalah sebuah proses membangun perasaan. Dalam penilaian terhadap stresor respon afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, dimana hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respon afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak

percaya, antisipasi atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

3. Respon fisiologis

Respon fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin, nor-epineprin, dan neurotransmitter lain di otak. Respon fisiologis *The fight-or-flight* menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomik dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Respons fisiologis di regulasi melalui jalur HPA-Axis (Hipotalamus, Pituitary, Adrenal), khususnya pada jalur hipotalamus akan menurunkan sekresi CRF pada basofil yang akan memacu kerja pituitari akan menurunkan ACTH. Penurunan ACTH akan menstimulasi penurunan produksi kortisol pada jalur *Adrenal cortex* (Putra, 2011).

4. Respon perilaku

Respon perilaku hasil dari respon emosional dan fisiologis. Respon perilaku merupakan merupakan pilihan seseorang dalam menghadapi stressor sesuai kebiasaan personal dan pengalaman yang dimiliki.

5. Respon sosial

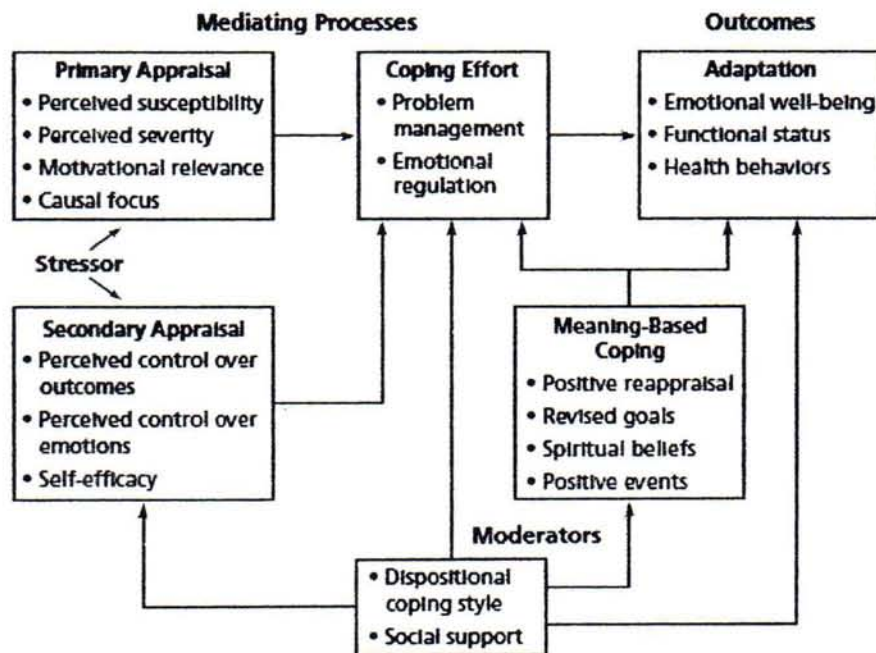
Respon sosial didasarkan pada 3 aktivitas: mencari arti, atribut sosial dan perbandingan sosial. Keadaan ini dapat menciptakan dukungan sosial dan jejaring sosial dalam mendukung individu dalam mengembangkan strategi *coping*.

Sumber *coping* merupakan keadaan yang dapat membantu seseorang dalam menentukan pilihan untuk mengatasi berbagai masalah dan stressor yang dihadapi. Beberapa sumber *coping* antara lain meliputi aset ekonomi, kemampuan

dan ketrampilan personal yang dimiliki, keyakinan positif, dukungan sosial dan motivasi personal untuk menyelesaikan masalah.

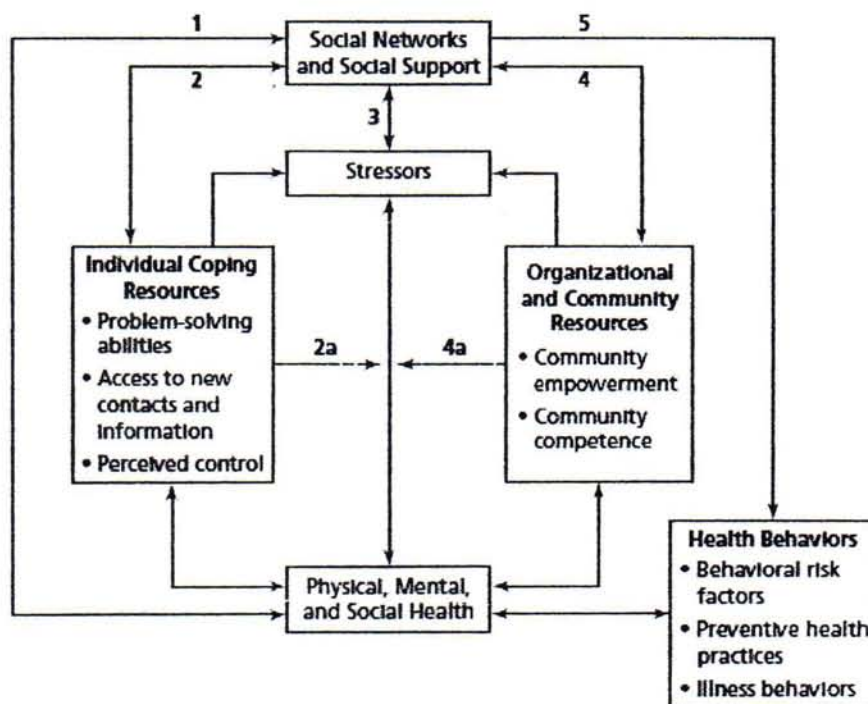
Mekanisme *coping* adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stres (mengatasi stressor). Menurut model adaptasi Stuart ini mekanisme *coping* dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Konstruktif ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah, destruktif ketika menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik.

Mekanisme *coping* dalam pandangan teori model adaptasi Stuart ini merupakan suatu respon yang kontinum, selalu dinamis, mudah berpindah dari satu kondisi ke kondisi lainnya, tidak berhenti pada satu titik. Mekanisme *coping* seseorang dapat terus berubah sesuai beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan adaptasi.



Gambar 2.5.3 Transaksional model dari stress dan *coping* (Glanz, 2008).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan adaptasi antara lain dukungan sosial, jejaring sosial, dan model transaksional dari stress dan *coping*. Menurut teori transaksional model (Glanz, 2008), kemampuan adaptasi seseorang dipengaruhi oleh faktor; penilaian primer dan sekunder terhadap stress, *coping effort* dan makna mendasar tentang coping, secara lengkap seperti pada gambar berikut. Selain transaksional model dari stress dan *coping*, jejaring sosial serta dukungan sosial juga mempengaruhi *coping* seseorang. Dukungan sosial baik dari keluarga, teman atau masyarakat dapat memberikan dukungan terhadap peningkatan kemampuan kognitif, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan memberikan bimbingan mental, spiritual untuk individu dalam mengembangkan strategi *coping*. Model hubungan antara jejaring sosial dan dukungan sosial tampak pada nagan berikut.



Gambar 2.5.4 Model hubungan antara jejaring sosial dan dukungan sosial (Glanz, 2008).

Jika memperhatikan hubungan antara jejaring sosial dengan dukungan sosial yang diberikan masyarakat dalam perilaku kesehatan, sebenarnya dukungan sosial yang diberikan keluarga ini dipengaruhi oleh sumber *coping* individu, tingkat stressor, pengorganisasian masyarakat, dan kondisi penyakit itu sendiri. Oleh karena itu, kepercayaan kesehatan juga sangat menentukan strategi *coping* seseorang dalam mengatasi stressor. Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi coping seseorang adalah kepribadian, pengetahuan, keyakinan, nilai, dan sikap.

2.6 Kepribadian / *personality*

2.6.1 Definisi Kepribadian :

Kepribadian disebut juga *Personality*. Dalam bahasa latin asal kata *personaliti* dari *persona* (topeng), sedangkan dalam ilmu psikologi menurut Gordon Allport : suatu organisasi yang dinamis dari sistem psiko-fisik individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas. Interaksi psiko-fisik mengarahkan tingkah laku manusia Berdasarkan pengertian di atas maka corak perilaku individu dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan akan berbeda-beda. Kepribadian adalah ciri, karakteristik, gaya atau sifat-sifat yang memang khas dikaitkan dengan diri kita. Dapat dikatakan bahwa kepribadian itu bersumber dari bentukan-bentukan yang kita terima dari lingkungan, misalnya bentukan dari keluarga pada masa kecil kita dan juga bawaan-bawaan yang dibawa sejak lahir. Jadi yang disebut kepribadian itu sebetulnya adalah campuran dari hal-hal yang bersifat psikologis, kejiwaan dan juga yang bersifat fisik, yaitu keseluruhan cara di mana seorang individu bereaksi dan berinteraksi dengan individu lain.

Kepribadian merupakan pola khas seseorang dalam berpikir, merasakan dan berperilaku yang relatif stabil dan dapat diperkirakan (Dorland, 2002). Kepribadian juga merupakan jumlah total kecenderungan bawaan atau hereditas dengan berbagai pengaruh dari lingkungan serta pendidikan, yang membentuk kondisi kejiwaan seseorang dan mempengaruhi sikapnya terhadap kehidupan (Weller, 2005). Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa kepribadian meliputi segala corak perilaku dan sifat yang khas dan dapat diperkirakan pada diri seseorang, yang digunakan untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap rangsangan, sehingga corak tingkah lakunya itu merupakan satu kesatuan fungsional yang khas bagi individu itu.

Kepribadian (*personality*) bukan sebagai bakat kodrati, melainkan terbentuk oleh proses sosialisasi. Kepribadian merupakan kecenderungan psikologis seseorang untuk melakukan tingkah laku sosial tertentu, baik berupa perasaan, berpikir, bersikap, dan berkehendak maupun perbuatan. Merupakan keseluruhan cara seorang individu bereaksi dan berinteraksi dengan individu lain. Kepribadian paling sering dideskripsikan dalam istilah sifat yang bisa diukur yang ditunjukkan oleh seseorang. Kepribadian adalah suatu organisasi yang dinamis dari sistem psiko-fisik individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas. Terjadinya interaksi psiko-fisik mengarahkan tingkah laku manusia. Maksud dinamis pada pengertian tersebut adalah perilaku mungkin saja berubah-ubah melalui proses pembelajaran atau melalui pengalaman-pengalaman, reward, punishment, pendidikan, dsb. Perkembangan kepribadian tersebut bersifat dinamis, artinya selama individu masih bertambah pengetahuannya dan mau

belajar serta menambah pengalaman dan keterampilan, mereka akan semakin matang dan mantap kepribadiannya (Depkes, 1992).

Ada dua faktor yang menentukan kepribadian pada tiap-tiap orang. Faktor tersebut adalah faktor keturunan dan faktor lingkungan. Dua faktor ini sangat kuat dalam proses terbentuknya kepribadian dalam diri seseorang. Susunan unsur-unsur akal dan jiwa yang menentukan perbedaan tingkah laku atau tindakan dari tiap-tiap individu manusia itulah yang disebut sebagai kepribadian atau *personality*. Hal itu memberikan suatu identitas sebagai individu yang khusus kepada masing-masing manusia. Kepribadian memiliki 3 unsur penting, yaitu pengetahuan, perasaan, dan dorongan naluri. Tiga unsur inilah yang berperan dalam pembentukan kepribadian tiap-tiap manusia. Dalam suatu masyarakat yang memiliki suatu kebudayaan bersama, terdapat jenis kepribadian yang umum bagi masyarakat itu. Jenis kepribadian itu yang oleh sebagian dinamakan *basic personality structure* (struktur kepribadian dasar), *modal personality* (kepribadian rata-rata). Para ahli tampaknya masih sangat beragam dalam memberikan rumusan tentang kepribadian. Dalam suatu penelitian kepustakaan yang dilakukan oleh Gordon W. Allport (Calvin S. Hall dan Gardner Lindzey, 2005) menemukan hampir 50 definisi tentang kepribadian yang berbeda-beda. Berangkat dari studi yang dilakukannya, akhirnya dia menemukan satu rumusan tentang kepribadian yang dianggap lebih lengkap. Menurut pendapat dia bahwa kepribadian adalah organisasi dinamis dalam diri individu sebagai sistem psiko-fisik yang menentukan caranya yang unik dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungannya.

Kata kunci dari pengertian kepribadian adalah penyesuaian diri. Scheneider (1964) mengartikan penyesuaian diri sebagai “suatu proses respons individu baik yang bersifat behavioral maupun mental dalam upaya mengatasi kebutuhan-kebutuhan dari dalam diri, ketegangan emosional, frustrasi dan konflik, serta memelihara keseimbangan antara pemenuhan kebutuhan tersebut dengan tuntutan (norma) lingkungan. Sedangkan yang dimaksud dengan unik bahwa kualitas perilaku itu khas sehingga dapat dibedakan antara individu satu dengan individu lainnya. Keunikannya itu didukung oleh keadaan struktur psiko-fisiknya, misalnya konstitusi dan kondisi fisik, tampang, hormon, segi kognitif dan afektifnya yang saling berhubungan dan berpengaruh, sehingga menentukan kualitas tindakan atau perilaku individu yang bersangkutan dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Untuk menjelaskan tentang kepribadian individu, terdapat beberapa teori kepribadian yang sudah banyak dikenal, diantaranya : teori Psikoanalisa dari Sigmund Freud, teori Analitik dari Carl Gustav Jung, teori Sosial Psikologis dari Adler, Fromm, Horney dan Sullivan, teori Personologi dari Murray, teori Medan dari Kurt Lewin, teori Psikologi Individual dari Allport, teori Stimulus-Respons dari Throndike, Hull, Watson, teori The Self dari Carl Rogers dan sebagainya

2.6.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepribadian.

Menurut Purwanto (2006) terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kepribadian antara lain:

1. Faktor Biologis

Faktor biologis merupakan faktor yang berhubungan dengan keadaan jasmani, atau seringkali pula disebut faktor fisiologis seperti keadaan genetik,

pencernaan, pernafasaan, peredaran darah, kelenjar-kelenjar, saraf, tinggi badan, berat badan, dan sebagainya. Kita mengetahui bahwa keadaan jasmani setiap orang sejak dilahirkan telah menunjukkan adanya perbedaan-perbedaan. Hal ini dapat kita lihat pada setiap bayi yang baru lahir. Ini menunjukkan bahwa sifat-sifat jasmani yang ada pada setiap orang ada yang diperoleh dari keturunan, dan ada pula yang merupakan pembawaan anak/orang itu masing-masing. Keadaan fisik tersebut memainkan peranan yang penting pada kepribadian seseorang.

2. Faktor Sosial

Faktor sosial yang dimaksud di sini adalah masyarakat ; yakni manusia-manusia lain disekitar individu yang bersangkutan. Termasuk juga kedalam faktor sosial adalah tradisi-tradisi, adat istiadat, peraturan-peraturan, bahasa, dan sebagainya yang berlaku dimasyarakat itu. Sejak dilahirkan, anak telah mulai bergaul dengan orang-orang disekitarnya. Dengan lingkungan yang pertama adalah keluarga. Dalam perkembangan anak, peranan keluarga sangat penting dan menentukan bagi pembentukan kepribadian selanjutnya. Keadaan dan suasana keluarga yang berlainan memberikan pengaruh yang bermacam-macam pula terhadap perkembangan kepribadian anak.

3. Faktor Kebudayaan

Perkembangan dan pembentukan kepribadian pada diri masing – masing orang tidak dapat dipisahkan dari kebudayaan masyarakat di mana seseorang itu dibesarkan. Beberapa aspek kebudayaan yang sangat mempengaruhi perkembangan dan pembentukan kepribadian antara lain: 1) Nilai-nilai (*Values*) di dalam setiap kebudayaan terdapat nilai-nilai hidup yang dijunjung tinggi oleh

manusia-manusia yang hidup dalam kebudayaan itu. Untuk dapat diterima sebagai anggota suatu masyarakat, kita harus memiliki kepribadian yang selaras dengan kebudayaan yang berlaku di masyarakat itu.2) Adat dan Tradisi: Adat dan tradisi yang berlaku disuatu daerah, di samping menentukan nilai-nilai yang harus ditaati oleh anggota-anggotanya, juga menentukan pula cara-cara bertindak dan bertingkah laku yang akan berdampak pada kepribadian seseorang.

3) Pengetahuan dan Keterampilan: Tinggi rendahnya pengetahuan dan keterampilan seseorang atau suatu masyarakat mencerminkan pula tinggi rendahnya kebudayaan masyarakat itu. Makin tinggi kebudayaan suatu masyarakat makin berkembang pula sikap hidup dan cara-cara kehidupannya.

4) Bahasa: Di samping faktor-faktor kebudayaan yang telah diuraikan di atas, bahasa merupakan salah satu faktor yang turut menentukan cirri-ciri khas dari suatu kebudayaan. Betapa erat hubungan bahasa dengan kepribadian manusia yang memiliki bahasa itu. Karena bahasa merupakan alat komunikasi dan alat berpikir yang dapat menunjukkan bagaimana seseorang itu bersikap, bertindak dan bereaksi serta bergaul dengan orang lain.

5) Milik Kebendaan (material possessions) Semakin maju kebudayaan suatu masyarakat/bangsa, makin maju dan modern pula alat-alat yang dipergunakan bagi keperluan hidupnya. Hal itu semua sangat mempengaruhi kepribadian manusia yang memiliki kebudayaan itu.

2.6.2. Faktor-faktor penentu kepribadian

a. Faktor keturunan

Keturunan merujuk pada faktor genetika seorang individu. Tinggi fisik, bentuk wajah, gender, temperamen, komposisi otot dan refleks, tingkat energi dan irama biologis adalah karakteristik yang pada umumnya dianggap, entah sepenuhnya atau secara substansial, dipengaruhi oleh siapa orang tua dari individu tersebut, yaitu komposisi biologis, psikologis, dan psikologis bawaan dari individu. Terdapat tiga dasar penelitian yang berbeda yang memberikan sejumlah kredibilitas terhadap argumen bahwa faktor keturunan memiliki peran penting dalam menentukan kepribadian seseorang.

Dasar pertama berfokus pada penyokong genetik dari perilaku dan temperamen anak-anak. Dasar kedua berfokus pada anak-anak kembar yang dipisahkan sejak lahir. Dasar ketiga meneliti konsistensi kepuasan kerja dari waktu ke waktu dan dalam berbagai situasi. Penelitian terhadap anak-anak memberikan dukungan yang kuat terhadap pengaruh dari faktor keturunan. Bukti menunjukkan bahwa sifat-sifat seperti perasaan malu, rasa takut, dan agresif dapat dikaitkan dengan karakteristik genetik bawaan. Temuan ini mengemukakan bahwa beberapa sifat kepribadian mungkin dihasilkan dari kode genetik sama yang memperengaruhi faktor-faktor seperti tinggi badan dan warna rambut. Para peneliti telah mempelajari lebih dari 100 pasangan kembar identik yang dipisahkan sejak lahir dan dibesarkan secara terpisah. Ternyata peneliti menemukan kesamaan untuk hampir setiap ciri perilaku, ini menandakan bahwa bagian variasi yang signifikan di antara anak-anak kembar ternyata terkait dengan faktor genetik.

Penelitian ini juga memberi kesan bahwa lingkungan pengasuhan tidak begitu memengaruhi perkembangan kepribadian atau dengan kata lain, kepribadian dari seorang kembar identik yang dibesarkan di keluarga yang berbeda ternyata lebih mirip dengan pasangan kembarnya dibandingkan kepribadian seorang kembar identik dengan saudara-saudara kandungnya yang dibesarkan bersama-sama.

b. Faktor lingkungan

Faktor lain yang memberi pengaruh cukup besar terhadap pembentukan karakter adalah lingkungan di mana seseorang tumbuh dan dibesarkan; norma dalam keluarga, teman, dan kelompok sosial; dan pengaruh-pengaruh lain yang seorang manusia dapat alami. Faktor lingkungan ini memiliki peran dalam membentuk kepribadian seseorang. Sebagai contoh, budaya membentuk norma, sikap, dan nilai yang diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya dan menghasilkan konsistensi seiring berjalannya waktu sehingga ideologi yang secara intens berakar di suatu kultur mungkin hanya memiliki sedikit pengaruh pada kultur yang lain. Misalnya, orang-orang Amerika Utara memiliki semangat ketekunan, keberhasilan, kompetisi, kebebasan, dan etika kerja Protestan yang terus tertanam dalam diri mereka melalui buku, sistem sekolah, keluarga, dan teman, sehingga orang-orang tersebut cenderung ambisius dan agresif bila dibandingkan dengan individu yang dibesarkan dalam budaya yang menekankan hidup bersama individu lain, kerja sama, serta memprioritaskan keluarga daripada pekerjaan dan karier.

2.6.4 Cara identifikasi kepribadian

Terdapat sejumlah upaya awal untuk mengidentifikasi sifat-sifat utama yang mengatur perilaku. Seringnya, upaya ini sekadar menghasilkan daftar panjang sifat yang sulit untuk digeneralisasikan dan hanya memberikan sedikit bimbingan praktis bagi para pembuat keputusan organisasional. Dua pengecualian adalah Myers-Briggs Type Indicator dan Model Lima Besar. Selama 20 tahun hingga saat ini, dua pendekatan ini telah menjadi kerangka kerja yang dominan untuk mengidentifikasi dan mengklasifikasikan sifat-sifat seseorang. *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI) adalah tes kepribadian menggunakan empat karakteristik dan mengklasifikasikan individu ke dalam salah satu dari 16 tipe kepribadian. Berdasarkan jawaban yang diberikan dalam tes tersebut, individu diklasifikasikan ke dalam karakteristik ekstraver atau introver, [sensitif] atau intuitif, pemikir atau perasa, dan memahami atau menilai. Instrumen ini adalah instrumen penilai kepribadian yang paling sering digunakan. MBTI telah dipraktikkan secara luas di perusahaan-perusahaan global seperti Apple Computers, AT&T, Citigroup, GE, 3M Co., dan berbagai rumah sakit, institusi pendidikan, dan angkatan bersenjata AS. Myers-Briggs Type Indicator kurang memiliki bukti pendukung yang valid, tetapi hal tersebut tidak berlaku pada model lima faktor kepribadian -yang biasanya disebut Model Lima Besar. Selama beberapa tahun terakhir, sejumlah besar penelitian mendukung bahwa lima dimensi dasar saling mendasari dan mencakup sebagian besar variasi yang signifikan dalam kepribadian manusia. Faktor-faktor lima besar mencakup ekstraversi, mudah akur dan bersepakat, sifat berhati-hati, stabilitas emosi, dan terbuka terhadap hal-hal baru.

2.6.5 Macam-macam Kepribadian

Dunia psikologi memiliki 4 tipe kepribadian, yang diperkenalkan pertama kali oleh Hippocrates (460-370 SM). Hal ini dipengaruhi oleh anggapan bahwa alam semesta beserta isinya tersusun dari empat unsur dasar yaitu: kering, basah, dingin, dan panas. Dengan demikian dalam diri seseorang terdapat empat macam sifat yang didukung oleh keadaan konstitusional berupa cairan-cairan yang ada di dalam tubuhnya, yaitu: sifat kering terdapat dalam *chole* (empedu kuning), sifat basah terdapat dalam *melanchole* (empedu hitam), sifat dingin terdapat dalam *phlegma* (lendir), dan sifat panas terdapat dalam *sanguis* (darah). Keempat cairan tersebut terdapat di dalam tubuh dengan proporsi tertentu. Jika proporsi cairan-cairan tersebut di dalam tubuh berada dalam keadaan normal, maka individu akan normal atau sehat, namun apabila keselarasan proporsi tersebut terganggu maka individu akan menyimpang dari keadaan normal atau sakit (Suryabrata, 2007).

Pendapat Hippocrates disempurnakan oleh Galenus (129-200 SM) yang mengatakan bahwa di dalam tubuh manusia terdapat 4 macam cairan tersebut dalam proporsi tertentu. Apabila suatu cairan terdapat di dalam tubuh melebihi proporsi yang seharusnya (dominan) maka akan menimbulkan adanya sifat-sifat kejiwaan yang khas. Sifat-sifat kejiwaan yang khas ada pada seseorang sebagai akibat dari dominannya salah satu cairan tersebut yang oleh Galenus sehingga menggolongkan manusia menjadi empat tipe berdasarkan temperamennya, yaitu Koleris, Melankolis, Phlegmatis, dan Sanguinis (Suryabrata, 2007). Menurut Galenus, seorang koleris mempunyai sifat khas yaitu hidup, besar semangat, daya juang besar, hatinya mudah terbakar, dan optimis. Sedangkan seorang melankolis

mempunyai sifat mudah kecewa, daya juang kecil, muram dan pesimistis. Sifat khas phlegmatis tidak suka terburu-buru (*calm*, tenang), tak mudah dipengaruhi dan setia.

Seorang sanguinis mempunyai sifat khas hidup, mudah berganti haluan, ramah, lekas bertindak tapi juga lekas berhenti (Sujanto, 2001) Selain itu, Florence Littauer juga mengembangkan lagi tipe kepribadian yang telah dijelaskan oleh Hipocrates dan Galenus. Buku yang berjudul *Personality Plus*, Littauer menjelaskan lebih rinci mengenai sifat masing-masing kepribadian. Seorang sanguinis pada dasarnya mempunyai sifat ekstrovert, membicara dan optimis. Dari segi emosi, ciri seorang sanguinis yaitu kepribadian yang menarik, suka bicara, menghidupkan pesta, rasa humor yang hebat, ingatan kuat untuk warna, secara fisik memukau pendengar, emosional dan demonstrative, antusias dan ekspresif, periang dan penuh semangat, penuh rasa ingin tahu, baik dipanggung, lugu dan polos, hidup dimasa sekarang, mudah diubah, berhati tulus, selalu kekanakan-kanakan. Segi pekerjaan, sifat seorang sanguinis yaitu sukarelawan untuk tugas, memikirkan kegiatan baru, tampak hebat dipermukaan, kreatif dan inovatif, punya energi dan antusiasme, mulai dengan cara cemerlang, mengilhami orang lain untuk ikut dan mempesona orang lain untuk bekerja. Seorang sanguinis sebagai teman mempunyai sifat mudah berteman, mencintai orang, suka dipuji, tampak menyenangkan, disukai anak-anak, bukan pendendam, mencegah suasana membosankan, suka kegiatan spontan. Kelemahan dari sanguinis yaitu terlalu banyak bicara, mementingkan diri sendiri, orang yang suka pamer, terlalu bersuara, orang yang kurang disiplin, senang menceritakan kejadian berulang kali, lemah dalam ingatan, tidak dewasa, tidak tetap pendirian (Littauer, 1996).

Seorang melankolis pada dasarnya mempunyai sifat *introvert*, pemikir dan pesimis. Segi emosi, ciri seorang melankolis yaitu mendalam dan penuh pemikiran, analitis, serius dan tekun, cenderung jenius, berbakat dan kreatif, artistic atau musikal, filosofis dan puitis, menghargai keindahan, perasa terhadap orang lain, suka berkorban, penuh kesadaran, idealis. Segi pekerjaan, sifat seorang melankolis yaitu berorientasi jadwal, perfeksionis, standar tinggi, sadar perincian, gigih dan cermat, tertib terorganisir, teratur dan rapi, ekonomis, melihat masalah, mendapat pemecahan kreatif, perlu menyelesaikan apa yang dimulai, suka diagram, grafik, bagan dan daftar. Segi pertemanan atau sosialisasi seorang melankolis mempunyai sifat hati-hati dalam berteman, menetapkan standar tinggi, ingin segalanya dilakukan dengan benar, mengorbankan keinginan sendiri untuk orang lain, menghindari perhatian, setia dan berbakti, mau mendengarkan keluhan, bisa memecahkan masalah orang lain, sangat memperhatikan orang lain, mencari teman hidup ideal. Kelemahan dari melankolis yaitu mudah tertekan, punya citra diri rendah, mengajukan tuntutan yang tidak realistis kepada orang lain, sulit memaafkan dan melupakan sakit hati, sering merasa sedih atau kurang kepercayaan, suka mengasingkan diri, suka menunda-nunda sesuatu (Litteaur, 1996). Seorang koleris pada dasarnya mempunyai sifat *ekstrovert*, pelaku dan optimis. Segi emosi, ciri seorang koleris yaitu berbakat pemimpin, dinamis dan aktif, sangat memerlukan perubahan, harus memperbaiki kesalahan, berkemauan kuat dan tegas, memiliki motivasi berprestasi, tidak emosional bertindak, tidak mudah patah semangat, bebas dan mandiri, memancarkan keyakinan, bisa menjalankan apa saja. Segi pekerjaan, sifat seorang koleris yaitu berorientasi target, melihat seluruh gambaran, terorganisasi dengan baik, mencari pemecahan

praktis, bergerak cepat untuk bertindak, mendelegasikan pekerjaan, menekankan pada hasil, membuat target, merangsang kegiatan, berkembang karena saingan. Segi pertemanan atau sosialisasi koleris mempunyai sifat tidak terlalu perlu teman, mau memimpin dan mengorganisasi, biasanya selalu benar, unggul dalam keadaan darurat, mau bekerja untuk kegiatan, memberikan kepemimpinan yang kuat, menetapkan tujuan.

Kelemahan dari koleris yaitu pekerja keras, suka memerintah, mendominasi, tidak peka terhadap perasaan orang lain, tidak sabar, merasa selalu benar, merasa sulit secara lisan atau fisik memperlihatkan kasih sayang dengan terbuka, keras kepala, tampaknya tidak bisa tahan atau menerima sikap, pandangan, atau cara orang lain (Litteaur, 1996). Seorang phlegmatis pada dasarnya mempunyai sifat introvert, pengamat dan pesimis. Segi emosi, ciri seorang phlegmatis yaitu kepribadian rendah hati, mudah bergaul dan santai, diam, tenang, sabar, baik keseimbangannya, hidup konsisten, tenang tetapi cerdas, simpatik dan baik hati, menyembunyikan emosi, bahagia menerima kehidupan, serba guna. Segi pekerjaan, sifat seorang phlegmatis yaitu cakap dan mantap, damai dan mudah sepakat, punya kemampuan administrative, menjadi penengah masalah, menghindari konflik, baik di bawah tekanan, menemukan cara yang mudah. Dari segi pertemanan/ sosialisasi plegmatis mempunyai sifat mudah diajak bergaul, menyenangkan, tidak suka meninggung, pendengar yang baik, punya banyak teman, punya belas kasihan dan perhatian, tidak tergesa-gesa, bisa mengambil hal baik dari yang buruk, tidak mudah marah. Kelemahan dari phlegmatis yaitu cenderung tidak bergairah dalam hidup, sering mengalami perasaan sangat khawatir, sedih atau gelisah, orang yang merasa sulit membuat keputusan, tidak

mempunyai keinginan untuk mendengarkan atau tertarik pada perkumpulan, tampak malas, lambat dalam bergerak, mundur dari situasi sulit (Littaur, 1996).

Dalam bukunya, Florence Littauer juga mengatakan bahwa diantara 4 tipe kepribadian diatas, manusia juga dapat mempunyai kemungkinan campuran diantara ke empatnya. Tipe kepribadian campuran tersebut antara lain: Campuran Alami yaitu antara kepribadian sanguinis dengan koleris serta campuran antara kepribadian melankolis dan phlegmatic , Campuran pelengkap yaitu antara kepribadian koleris dan melankolis serta campuran kepribadian sanguinis dan phlegmatic, Campuran yang berlawanan yaitu antara kepribadian sanguinis dan melankolis serta antara kepribadian koleris dan phlegmatis.

2.6.6 Tahap-Tahap Perkembangan Kepribadian

Perkembangan kepribadian menurut Jean Jacques Rousseau dalam Dalyono, 2002 berlangsung dalam beberapa tahap yaitu:

1. Tahap perkembangan masa bayi (sejak lahir- 2 tahun)

Tahap ini didominasi oleh perasaan. Perasaan ini tidak tumbuh dengan sendiri melainkan berkembang sebagai akibat dari adanya reaksi-reaksi bayi terhadap stimulus lingkungan.

2. Tahap perkembangan masa kanak-kanak (umur 2-12 tahun)

Pada tahap ini perkembangan kepribadian dimulai dengan makin berkembangnya fungsi indra anak dalam mengadakan pengamatan.

3. Tahap perkembangan pada masa preadolesen (umur 12- 15 tahun)

Pada tahap ini perkembangan fungsi penalaran intelektual pada anak sangat dominan. Anak mulai kritis dalam menanggapi ide orang lain. anak juga mulai belajar menentukan tujuan serta keinginan yang dapat membahagiakannya.

4. Tahap perkembangan masa adolesen (umur 15- 20 tahun)

Pada masa ini kualitas hidup manusia diwarnai oleh dorongan seksualitas yang kuat, di samping itu mulai mengembangkan pengertian tentang kenyataan hidup serta mulai memikirkan tingkah laku yang bernilai moral.

5. Tahap pematangan diri (setelah umur 20 tahun)

Pada tahap ini perkembangan fungsi kehendak mulai dominan. Mulai dapat membedakan tujuan hidup pribadi, yakni pemuasan keinginan pribadi, pemuasan keinginan kelompok, serta pemuasan keinginan masyarakat. Pada masa ini terjadi pula transisi peran social, seperti dalam menindaklanjuti hubungan lawan jenis, pekerjaan, dan peranan dalam keluarga, masyarakat maupun Negara. Realisasi setiap keinginan menggunakan fungsi penalaran, sehingga dalam masa ini orang mulai mampu melakukan "*self direction*" dan "*self control*". Dengan kemampuan inilah manusia mulai tumbuh dan berkembang menuju kematangan pribadi untuk hidup mandiri dan bertanggung jawab

2.6.7 Konsistensi Kepribadian

Menurut teori trait, kepribadian dasar tertentu menentukan karakteristik seseorang dalam berbagai situasi, dari hari ke hari, sampai tahap tertentu dalam hidupnya. Penelitian longitudinal Block tentang individu menunjukkan konsistensi karakteristik kepribadian yang cukup tinggi. Dari penelitian tersebut didapati adanya korelasi yang signifikan yang menggambarkan adanya konsistensi kepribadian, khususnya pada karakteristik kepribadian tertentu. Meskipun memang ditemukan juga adanya individu yang memperlihatkan perubahan kepribadian yang cukup dramatis, perubahan tersebut didorong oleh kenyataan

bahwa hidup adalah perjuangan sehingga banyak orang berusaha mengembangkan potensi dengan cara menjejaki peran dan perilaku yang baru (Atkinson, 2003).

Block menemukan adanya perbedaan tingkat konsistensi pada masing-masing individu, beberapa individu mencapai kestabilan kepribadian pada awal kehidupannya., individu yang lain mengalami perubahan besar pada masa sekolah lanjutan sampai masa dewasa tengah terutama remaja yang memiliki konflik dan ketegangan, baik dalam dirinya sendiri maupun dalam hubungannya dengan orang lain sehingga belum memiliki kestabilan kepribadian. Di samping itu, situasi pada saat penilaian kepribadian juga sangat mempengaruhi konsistensi kepribadian (Atkinson, 2003).

2.6.7 Pengukuran Kepribadian

Sobur (2003) menyatakan bahwa terdapat beberapa cara untuk mengukur kepribadian, diantaranya yaitu dengan cara sebagai berikut:

1. Observasi Langsung

Observasi langsung merupakan observasi yang berbeda dengan observasi biasa. Observasi ini mempunyai sasaran yang khusus, sedangkan observasi biasa mengamati seluruh tingkah laku subjek. Observasi direk dilakukan dengan memilih situasi tertentu, yaitu pada saat dapat diperkirakan munculnya indikator dari ciri-ciri yang ingin diteliti, dilakukan dalam situasi yang dikontrol, dapat diulang dan dapat dibuat replikasinya. Observasi direk juga disebut dengan observasi *quasi experimental*. Ada tiga tipe metode dalam observasi direk, yaitu:

a) *Time Sampling Method*

Setiap subjek diselidiki pada periode waktu tertentu. Periode tersebut bisa berlangsung selama beberapa detik, beberapa menit, atau bahkan beberapa jam, tergantung pada tipe tingkah laku atau indikator atau ciri-ciri yang ingin diteliti.

b) *Incident Sampling Method*

Metode ini, sampling dipilih dari berbagai tingkah laku. Laporan observasinya berupa catatan-catatan yang mencakup intensitas, lama waktunya, dan efek-efek setelah respon.

c) Metode Buku Harian Terkontrol

Dilakukan dengan cara mencatat dalam buku harian tentang tingkah laku khusus yang ingin diketahui oleh yang bersangkutan.

Syarat penggunaan metode ini yaitu peneliti adalah orang dewasa dan cukup inteligen, serta dilakukan untuk pengabdian pada perkembangan ilmu pengetahuan.

2. Wawancara (*Interview*)

a) *Stress Interview*

Stress Interview digunakan untuk mengetahui kemampuan seseorang untuk bertahan terhadap hal-hal yang mengganggu emosinya dan seberapa lama seseorang dapat kembali menyeimbangkan emosinya setelah tekanan ditiadakan.

b) *Exhaustive Interview*

Exhaustive Interview merupakan cara *interview* yang berlangsung sangat lama, dan diselenggarakan secara *nonstop*. Tujuannya adalah membuat *interviewee* lelah dan melepaskan sikap defensifnya dengan berbicara terus terang. Cara ini biasanya digunakan untuk meneliti para tersangka tindak kriminal dan

sebagai pemeriksaan taraf ketiga. Selain itu juga digunakan dalam memilih pegawai untuk jabatan penting.

3. Tes Proyektif

Metode ini dilakukan untuk mengetahui proyeksi pribadi seseorang melalui gambar atau hal-hal lain yang dilakukannya. Tes ini memberi peluang kepada *testee* untuk bisa secara bebas memberikan makna atau arti terhadap hal yang disajikan, dan tidak ada pemaknaan yang dianggap benar atau salah.

4. Inventori Kepribadian

Inventori kepribadian adalah kuesioner yang mendorong individu untuk melaporkan reaksi atau perasaannya dalam situasi tertentu. Kuesioner ini mengajukan pertanyaan-pertanyaan pada setiap orang, dan jawabannya biasanya diberikan dalam bentuk yang mudah dinilai

2.6.8 Jenis – jenis Kepribadian :

I. Kepribadian Manusia Menurut Enneagram: Enneagram adalah salah satu jenis psikotes yang banyak digunakan. Enneagram dikembangkan oleh Oscar Ichazo dan Claudio Naranjo pada tahun 1950-an. Berikut adalah sembilan kepribadian manusia menurut enneagram.

1. (Perfeksionis)

Orang yang berkepribadian reformer memiliki sifat yang sangat rasional dan sangat idealis. Sangat suka akan keteraturan dan cenderung taat pada aturan. Dia memiliki jiwa yang kuat untuk menentukan mana yang benar dan mana yang salah. Dia sangat ingin merubah dan memperbaiki pola-pola yang salah dalam

orang lain. Terkadang bahkan terlalu kritis dan terlalu perfeksionis. Biasanya bekerja dalam bidang pendidikan atau pemerintahan.

2. Giver / Helper (Penolong)

Orang yang berkepribadian giver memiliki sifat yang sangat peduli kepada sesama, berhati lembut, tulus ikhlas, dan empati kepada orang lain. Dia rela mengorbankan waktu bahkan hartanya untuk membantu orang lain. Biasanya dia justru malu untuk mengatakan kebutuhannya atau meminta tolong kepada orang lain meskipun sudah pernah ia tolong. Terkadang bahkan terlalu sentimentil (membawa perasaan). Biasanya orang yang seperti ini datang dari golongan mapan atau bahkan relawan.

3. Achiever / Motivator / Performer

Orang yang berkepribadian achiever selalu berorientasi pada prestasi. Biasanya memiliki sifat energik, bersemangat, percaya diri, punya ambisi untuk maju, dan memikirkan orang lain yang memikirkannya. Bahkan terkadang gila kerja dan sangat pantang menyerah. Walaupun gagal, dia mencobanya lagi dan lagi sampai berhasil. Biasanya orang yang berkepribadian seperti ini cocok menjadi pengusaha atau atlet.

4. Romantic / Artist / Individualist

Orang yang berkepribadian romantic memiliki sifat sensitif, kreatif, mampu mengekspresikan diri, penyendiri, dan memiliki jiwa seni yang tinggi. Bahkan terkadang menjadi sangat penyendiri dan tertutup dengan siapapun. Dia kurang

nyaman saat bertemu dengan orang lain. Orang yang bertipe seperti ini biasanya cocok menjadi seniman.

5. Observer / Thinker / Investigator

Orang yang berkepribadian observer memiliki sifat sangat penasaran, mampu berkonsentrasi bahkan dengan hal yang sangat rumit, memiliki cara pandang yang berbeda, mandiri, inovatif, dan inventif (mampu menciptakan sesuatu). Secara fisik, ia memiliki otak cerebral yang kuat. Dia bahkan terkadang terlalu asik dengan konsep dan gagasannya sendiri juga seringkali suka menyendiri. Orang yang berkepribadian seperti ini cocok menjadi investigator (detektif) atau penemu.

6. Loyalist / Pessimist

Orang yang berkepribadian loyalist memiliki sifat sangat bertanggungjawab, pekerja keras, lebih suka cari aman, kurang inovatif, kurang percaya diri, tidak bisa mengambil keputusan, dan pesimis. Terkadang bahkan terlalu pesimis dan takut akan perubahan. Orang seperti ini biasanya takut berinovasi sehingga lebih cocok bekerja di sektor formal atau menjadi asisten.

7. Generalist / Optimist / Adventure

Orang yang berkepribadian generalist memiliki sifat bersemangat, terbuka, suka kesibukan, berjiwa spontan, selalu optimis, sangat suka hal baru, dan memiliki kepercayaan diri yang tinggi. Namun ia terkadang kurang disiplin, kurang bersabar, dan kurang fokus. Orang yang berkepribadian generalis cocok menjadi petualang, fotografer, atau menjadi pembawa acara petualangan.

8. Challenger / Leader / Boss / Protector / Intimidator

Orang yang berkepribadian challenger memiliki sifat suka memimpin, berani menghadapi tantangan, melindungi pengikutnya, suka memerintah, bicara langsung ke inti, percaya diri, dan dominan. Terkadang dia bahkan menjadi terlalu egois, terlalu mendominasi, merasa harus mengendalikan semuanya, dan temperamen (mudah marah/emosi). Orang yang berkepribadian challenger cocok menjadi pemimpin, manajer/CEO, atau perwira.

9. Peacemaker / Mediator / Accomodator

Orang yang berkepribadian peacemaker memiliki sifat suka melerai, suka perdamaian, penyabar, menghindari konflik, tidak suka berselisih, bisa mempercayai orang lain, *easygoing*, dan toleran. Orangnya juga cukup kreatif dan optimis. Namun ia juga terkadang keras kepala

II. Kepribadian Manusia Menurut Carl Jung

Carl Jung adalah seorang dokter psikologi dari Swiss. Dia membedakan kepribadian manusia menjadi tiga yaitu introvert, ambivert, dan ekstrovert. Namun, diantara ketiga kepribadian tersebut, hanya dua yang populer yaitu introvert dan ekstrovert. Disini juga tidak ada kepribadian yang terbaik dan terburuk. Berikut adalah kepribadian manusia menurut Carl Jung:

1. Introvert

Introvert adalah kepribadian yang cenderung berfokus pada dunia di dalam pikiran manusia. Orang introvert hanya bersenang-senang dengan dunianya sendiri dan tertutup dengan orang lain. Lebih suka berpikir kritis, namun tidak pernah menyuarakan pikirannya tersebut. Sifat yang dimiliki kepribadian introvert adalah penyendiri, pemalu, suka berpikir, lebih suka bekerja/melakukan sesuatu sendirian, suka berimajinasi, susah bergaul, dan jarang bercerita. Orang introvert lebih suka berinteraksi hanya dengan satu orang. Ketika ada satu orang lagi datang, dia diam dan mereka berdua tetap berbicara. Meski begitu, mereka biasanya sangat aktif di internet. Internet seolah menjadi anugerah bagi introvert. Orang introvert biasanya akan menjadi entrepreneur yang hebat atau bahkan bisa menjadi inovator.

2. Ambivert

Ambivert adalah kepribadian yang berada diantara introvert dan ekstrovert. Maksudnya adalah, orang itu bisa menjadi ekstrovert dan bisa juga berubah menjadi introvert. Sehingga orang tersebut lebih fleksibel dalam beraktifitas jika kepribadiannya ini bisa ia kelola dengan baik. Dia juga mampu berkomunikasi baik dengan orang introvert maupun ekstrovert. Ada juga yang sering mengatakan bahwa orang ambivert adalah orang yang memiliki kepribadian ganda.

3. Ekstrovert

Ekstrovert adalah kepribadian yang berfokus dengan dunia luar. Kepribadian ini tentu berlawanan dengan introvert yang cenderung tertutup. Orang berkepribadian ekstrovert sangat mudah berkomunikasi dengan orang lain dan mudah pula untuk bergaul. Tindakannya lebih banyak daripada berpikir. Dia juga lebih suka keramaian ketimbang tempat yang sunyi. Sifat yang dimiliki antara lain aktif, percaya diri (bahkan berlebihan), suka bekerja kelompok, supel (gampang bergaul), senang beraktifitas, lebih suka bercerita daripada diceritakan, dan bertindak dulu baru berpikir.

III. Kepribadian Manusia Menurut Hippocrates

Hippocrates adalah seorang filsuf Yunani Kuno. Dia membedakan kepribadian menjadi empat yaitu sanguin, koleris, melankolis, dan plegmatis. Perbedaan tersebut didasarkan pemikiran Hippocrates akan unsur. Dia mengatakan bahwa alam semesta ini terdiri dari empat unsur dasar yaitu tanah, air, udara, dan api dengan sifat kering, basah, dingin, dan panas. Berikut adalah penjelasan kepribadian manusia menurut Hippocrates. Tidak ada kepribadian yang terbaik maupun terburuk.

1. Sanguin

Sanguin adalah kepribadian manusia dengan sifat suka bicara, sangat mudah bergaul, suka mengikuti trend, suka membesar-besarkan suatu hal, suara/tawa yang kadang berlebihan, mudah mengikuti suatu kelompok, sering terlambat, pelupa, sedikit kekanak-kanakan, egois, dan susah konsentrasi. Biasanya orang

yang bertipe sanguin akan terlihat mencolok dibandingkan anggota kelompok yang lain, meskipun ia bukan pemimpin kelompok tersebut.

2. Koleris

Koleris adalah kepribadian manusia dengan sifat suka memimpin, bisa membuat keputusan, dinamis, berkemauan keras, keras kepala, tidak sabaran, mudah emosi, suka pertentangan, bekerja keras, suka kebebasan, sulit mengalah, suka memerintah, produktif, suka kerja efisien, dan memiliki visi ke depan yang bagus. Orang yang berkepribadian koleris akan menjadi pemimpin dalam kelompoknya. Jika misalnya dalam kelompok tersebut sudah ada pemimpin, maka dia akan berani menentang pemimpin tersebut atau pergi membuat kelompok baru.

3. Melankolis

Melankolis adalah kepribadian manusia dengan sifat analitis, sensitif, mau mengorbankan diri, pendendam, selalu melihat masalah dari sisi negatif, kurang bisa bergaul (bersosialisasi), tidak suka perhatian, hemat, perfeksionis, artistik, serius, sangat memperhatikan orang lain, kurang mampu menyatakan pendapat, dan lebih fokus pada cara dibandingkan tujuan. Internet adalah anugerah baginya, karena dari sanalah dia bisa mengatakan semua hal secara bebas (meskipun kadang kelewatan). Biasanya orang-orang seperti ini akan menjadi entrepreneur yang hebat.

4. Plegmatis

Plegmatis adalah kepribadian manusia dengan sifat mudah bergaul, penyabar, selalu berusaha mencari jalan pintas, simpatik, sangat suka keteraturan, memiliki selera humor yang tinggi namun sarkatik (bersifat mengejek/menyinggung), kurang antusias pada hal baru, suka menunda, tidak suka dipaksa, lebih suka menonton daripada ikut terlibat, dan keras kepala. Orang dengan kepribadian seperti ini seringkali disalahartikan sebagai psikopat.

III. Teori Kepribadian “Big Five”

Kepribadian Big Five

Feist dan G.J Feist (2009) menyatakan bahwa *big five* adalah salah satu kepribadian yang dapat baik memprediksi dan menjelaskan perilaku. Suatu pendekatan yang digunakan dalam psikologi untuk melihat kepribadian manusia dengan melalui *trait* yang tersusun dalam lima buah domain kepribadian yang telah dibentuk dengan menggunakan analisis faktor. Setelah beberapa dekade, cabang psikologi kepribadian memperoleh suatu pendekatan taksonomi kepribadian yang dapat diterima secara umum yaitu dimensi “*Big Five Personality*”.

Dimensi *Big Five* pertama kali diperkenalkan oleh Goldberg pada tahun 1981. Dimensi ini tidak mencerminkan perspektif teoritis tertentu, tetapi merupakan hasil dari analisis bahasa alami manusia dalam menjelaskan dirinya sendiri dan orang lain. *Taksonomi Big Five* bukan bertujuan untuk mengganti sistem yang terdahulu, melainkan sebagai

penyatu karena dapat memberikan penjelasan sistem kepribadian secara umum (John & Srivastava, 1999). *Big Five* disusun bukan untuk menggolongkan individu ke dalam satu kepribadian tertentu, melainkan untuk menggambarkan sifat-sifat kepribadian yang disadari oleh individu itu sendiri dalam kehidupannya sehari-hari. Pendekatan ini disebut Goldberg sebagai *Fundamental Lexical (Language) Hypothesis*; perbedaan individu yang paling mendasar digambarkan hanya dengan satu istilah yang terdapat pada setiap bahasa (dalam Pervin, 2005). *Big Five Personality* atau yang juga disebut dengan Five Factor Model oleh Costa & McCrae dibuat berdasarkan pendekatan yang lebih sederhana. Di sini, peneliti berusaha menemukan unit dasar kepribadian dengan menganalisa kata-kata yang digunakan orang pada umumnya, yang tidak hanya dimengerti oleh para psikolog, namun juga orang biasa (Pervin, 2005).

Seperti yang telah dijelaskan pada sub bab sebelumnya, bahwa *big five personality* terdiri dari lima tipe atau faktor. Terdapat beberapa istilah untuk menjelaskan kelima faktor tersebut. Namun, di sini kita akan menyebutnya dengan istilah-istilah berikut: Neuroticism (N), Extraversion (E), Openness to New Experience (O), Agreeableness (A), Conscientiousness (C). Untuk lebih mudah mengingatnya, istilah-istilah tersebut di atas disingkat menjadi OCEAN (Pervin, 2005). Untuk lebih jelasnya, kelima faktor di atas akan dipaparkan pada Gambar 2.3.1 yang didapat dari hasil penelitian Costa dan McCrae (1985;1992).

Karakteristik dengan skor tinggi	Sifat	Karakteristik dengan skor rendah
Kuatir, cemas, emosional, merasa tidak nyaman, kurang penyesuaian, kesedihan yang tak beralasan.	<i>Neuroticism (N)</i> Mengukur penyesuaian Vs ketidakstabilan emosi. Mengidentifikasi kecendrungan individu akan distress psikologi, ide-ide yang tidak realistis, kebutuhan/keinginan yang berlebihan, dan respon coping yang tidak sesuai.	Tenang, santai, tidak emosional, tabah, nyaman, puas terhadap diri sendiri.
Mudah bergaul, aktif, talkative, person-oriented, optimis, menyenangkan, kasih sayang, bersahabat.	<i>Extraversion (E)</i> Mengukur kuantitas dan intensitas interaksi intrapersonal, level aktivitas, kebutuhan akan stimulasi, kapasitas kesenangan.	Tidak ramah, tenang, tidak periang, menyendiri, task-oriented, pemalu, pendiam.
Rasa ingin tahu tinggi, ketertarikan luas, kreatif, original, imajinatif, tidak ketinggalan jaman.	<i>Openness (O)</i> Mengukur keinginan untuk mencari dan menghargai pengalaman baru, Senang mengetahui sesuatu yang <i>tidak familiar</i> .	<i>Openness (O)</i> Mengukur keinginan untuk mencari dan menghargai pengalaman baru, Senang seni, kurang analitis.
Berhati lembut, baik, suka menolong, dapat dipercaya, mudah memaafkan, mudah untuk dimanfaatkan, terus terang.	<i>Agreeableness (A)</i> Mengukur kualitas orientasi interpersonal seseorang, mulai dari perasaan kasihan sampai pada sikap permusuhan dalam hal pikiran, perasaan, dan tindakan.	Sinis, kasar, rasa curiga, tidak mau bekerjasama, pendendam, kejam, mudah marah, manipulatif.
Teratur, dapat dipercaya, pekerja keras, disiplin, tepat waktu, teliti, rapi, ambisius, tekun.	<i>Conscientiousness (C)</i> Mengukur tingkat keteraturan seseorang, ketahanan dan motivasi dalam mencapai tujuan. Berlawanan dengan ketergantungan, dan kecendrungan untuk menjadi malas dan lemah	Tidak bertujuan, tidak dapat dipercaya, malas, kurang perhatian, lalai, sembrono, tidak disiplin, keinginan lemah, suka bersenang-senang

Gambar 2.3 2 Karakteristik sifat – sifat *Five Factor Model*

2.7 Sikap

2.7.1 Pengertian

Perilaku manusia juga dilatar belakangi oleh sikap. Sikap sendiri memiliki pengertian sebagai “organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi relatif yang relatif ajeg yang disertai adanya perasaan tertentu dan memberikan dasar kepada organisme untuk membuat respon atau perilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya”. Atau dalam bahasa sederhana sikap adalah kesediaan beraksi terhadap suatu hal. Sikap memiliki beberapa pengertian dan definisi sebagai berikut : Sikap adalah predisposisi mental untuk melakukan suatu tindakan (Kimball Young (1945). Sikap adalah keajegan dan kekhasan perilaku seseorang dalam hubungan dengan stimulus manusia atau kejadian-kejadian tertentu (Sherif & sherif 1956). Sikap adalah predidposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten dalam tatacara tertentu dan berkenaan dengan objek tertentu (Fishbein & Ajzen 1975). Kcsimpulannya pengertain sikap adalah kecenderungan untuk bertindak dan bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan

Komponen sikap merupakan hubungan dari berbagai komponen yang terdiri atas :

- a. Komponen kognitif : yaitu komponen yang tersusun atas dasar pengetahuan dan informasi yang dimiliki seseorang tentang objek sikapnya atau komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan atau bagaimana mempersepsi objek.
- b. Komponen afektif : komponen yang bersifat evaluatif yang berhubungan dengan rasa senang dan tidak senang.
- c. Komponen konatif : kesiapan seseorang untuk bertingkah laku yang berhubungan dengan objek sikapnya atau komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek.

Ciri-ciri sikap : Sikap memiliki ciri-ciri sebagai berikut : a. Sikap

tidak dibawa sejak lahir. Berarti manusia dilahirkan tidak membawa sikap tertentu pada suatu objek. Oleh karenanya maka sikap terbentuk selama perkembangan individu yang bersangkutan. Karena terbentuk selama perkembangan maka sikap dapat berubah, dapat dibentuk dan dipelajari. Namun kecenderungannya sikap bersifat tetap.

b. Sikap selalu berhubungan dengan objek

Sikap terbentuk karena hubungan dengan objek-objek tertentu, melalui persepsi terhadap objek tersebut.

c. Sikap dapat tertuju pada satu objek dan sekumpulan objek. Bila seseorang memiliki sikap negatif pada satu orang maka ia akan menunjukkan sikap yang negatif pada kelompok orang tersebut.

d. Sikap itu dapat berlangsung lama atau sebentar. Jika sikap sudah menjadi nilai dalam kehidupan seseorang maka akan berlangsung lama bertahan, tetapi jika sikap belum mendalam dalam diri seseorang maka sikap relatif dapat berubah.

e. Sikap mengandung perasaan atau motivasi. Sikap terhadap sesuatu akan diikuti oleh perasaan tertentu baik positif maupun negatif. Sikap juga mengandung motivasi atau daya dorong untuk berperilaku.

2.8 Pengetahuan

Pengertian

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2007,p.143) Proses yang didasari oleh pengetahuan kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersikap langgeng. Sebaliknya

apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003, p.121) b. Tingkat pengetahuan Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan sebagai berikut:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan. (Notoatmodjo, 2003:122)

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari, misalnya dapat menjelaskan mengapa harus datang ke Posyandu (Notoatmodjo, 2003:122).

3) Analisis (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari

penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan (Notoatmodjo, 2003:123).

4) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip (Notoatmodjo, 2003:123)

5) Sintesis (*synthesis*).

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2003:123).

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian/penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang ada (Notoatmodjo, 2003:123)

c. Cara Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes/kuesioner tentang objek pengetahuan yang mau diukur. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 jika salah diberi nilai 0 (Notoatmodjo, 2003). Penilaian dilakukan dengan cara

membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dilakukan 100% . Selanjutnya pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu: 1) Baik : hasil presentasi 76%-100% 2) Cukup : hasil presentasi 56%-75% 3) Kurang : hasil presentasi <56% (A. Wawan dan Dewi M, 2010)

d. Proses Adaptasi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian, terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007:121) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni: 1) Awareness (kesadaran) Subjek tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu 2) Interest (tertarik) Dimana subjek mulai tertarik terhadap stimulus yang sudah diketahui dan dipahami terlebih dahulu. 3) Evaluation Menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus yang sudah dilakukan serta pengaruh terhadap dirinya 4) Trial Dimana subjek mulai mencoba untuk melakukan perilaku baru yang sudah diketahui dan dipahami terlebih dahulu. 5) Adoption Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) adalah:

1) Umur

Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian-penelitian epidemiologi yang merupakan salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan.

Umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Semakin tinggi umur seseorang, maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki karena pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang diperoleh dari orang lain.

2) Pendidikan

Pendidikan merupakan proses menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengetahuan, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungan dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang atau lebih mudah menerima ide-ide dan teknologi. Pendidikan meliputi peranan penting dalam menentukan kualitas manusia. Dengan pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan implikasinya. Semakin tinggi pendidikan, hidup manusia akan semakin berkualitas karenapendidikan yang tinggi akan membuahkan pengetahuan yang baik yang menjadikan hidup yang berkualitas.

3) Paparan media massa

Melalui berbagai media massa baik cetak maupun elektronik maka berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa akan memperoleh informasi yang lebih banyak dan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki.

4) Sosial ekonomi (pendapatan)

Dalam memenuhi kebutuhan primer, maupun skunder keluarga, status ekonomi yang baik akan lebih mudah tercukupi dibanding orang dengan status ekonomi

rendah, semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang semakin mudah dalam mendapatkan pengetahuan, sehingga menjadikan hidup lebih berkualitas

5) Hubungan sosial

Faktor hubungan sosial mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikan untuk menerima pesan menurut model komunikasi media. Apabila hubungan sosial seseorang dengan individu baik maka pengetahuan yang dimiliki juga akan bertambah.

6) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Pengalaman seseorang individu tentang berbagai hal biasanyadiperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses pengembangan misalnya sering mengikuti organisasi

2.9 Keyakinan

Pengertian Keyakinan Diri

Keyakinan diri merupakan salah satu kemampuan pengaturan diri individu. Konsep keyakinan diri pertama kali dikemukakan oleh Bandura. Keyakinan diri mengacu pada persepsi tentang kemampuan individu untuk mengorganisasi dan mengimplementasi tindakan untuk menampilkan kecakapan tertentu (Bandura, 1986,) Pervin memberikan pandangan yang memperkuat pernyataan Bandura tersebut. Pervin menyatakan bahwa keyakinan diri adalah kemampuan yang dirasakan untuk membentuk perilaku yang relevan pada tugas atau situasi yang khusus (Smet, 1994).

Berdasarkan persamaan pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa keyakinan diri adalah perasaan individu mengenai kemampuan dirinya untuk membentuk perilaku yang relevan dalam situasi-situasi khusus yang mungkin tidak dapat diramalkan dan mungkin menimbulkan stres.

Dimensi Keyakinan Diri

a. Tingkat (*level*)

Keyakinan diri individu dalam mengerjakan suatu tugas berbeda dalam tingkat kesulitan tugas. Individu memiliki keyakinan diri yang tinggi pada tugas yang mudah dan sederhana, atau juga pada tugas-tugas yang rumit dan membutuhkan kompetensi yang tinggi. Individu yang memiliki keyakinan diri yang tinggi cenderung memilih tugas yang tingkat kesukarannya sesuai dengan kemampuannya.

b. Keluasan (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan keluasan individu terhadap bidang atau tugas pekerjaan. Individu dapat menyatakan dirinya memiliki keyakinan diri pada aktivitas yang luas, atau terbatas pada fungsi domain tertentu saja. Individu dengan keyakinan diri yang tinggi akan mampu menguasai beberapa bidang sekaligus untuk menyelesaikan suatu tugas. Individu yang memiliki keyakinan diri yang rendah hanya menguasai sedikit bidang yang diperlukan dalam menyelesaikan suatu tugas.

c. Kekuatan (*strength*)

Dimensi yang ketiga ini lebih menekankan pada tingkat kekuatan atau kemantapan individu terhadap keyakinannya. Keyakinan diri menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan individu akan memberikan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan individu. Keyakinan diri menjadi dasar dirinya melakukan usaha yang keras, bahkan ketika menemui hambatan sekalipun. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan

bahwa keyakinan diri mencakup dimensi tingkat (*level*), keluasan (*generality*) dan kekuatan (*strength*).

a. Tingkat (*level*)

Keyakinan diri individu dalam mengerjakan suatu tugas berbeda dalam tingkat kesulitan tugas. Individu memiliki keyakinan diri yang tinggi pada tugas yang mudah dan sederhana, atau juga pada tugas-tugas yang rumit dan membutuhkan kompetensi yang tinggi. Individu yang memiliki keyakinan diri yang tinggi cenderung memilih tugas yang tingkat kesukarannya sesuai dengan kemampuannya.

b. Keluasan (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan keluasan individu terhadap bidang atau tugas pekerjaan. Individu dapat menyatakan dirinya memiliki keyakinan diri pada aktivitas yang luas, atau terbatas pada fungsi domain tertentu saja. Individu dengan keyakinan diri yang tinggi akan mampu menguasai beberapa bidang sekaligus untuk menyelesaikan suatu tugas. Individu yang memiliki keyakinan diri yang rendah hanya menguasai sedikit bidang yang diperlukan dalam menyelesaikan suatu tugas.

c. Kekuatan (*strength*)

Dimensi yang ketiga ini lebih menekankan pada tingkat kekuatan atau kemantapan individu terhadap keyakinannya. Keyakinan diri menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan individu akan memberikan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan individu. Keyakinan diri menjadi dasar dirinya melakukan usaha yang keras, bahkan ketika menemui hambatan sekalipun. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa keyakinan diri mencakup dimensi tingkat (*level*), keluasan (*generality*) dan kekuatan (*strength*).

3. Sumber-Sumber Keyakinan Diri

Bandura (1986) menjelaskan bahwa keyakinan diri individu didasarkan pada empat hal, yaitu:

a. Pengalaman akan kesuksesan

Pengalaman akan kesuksesan adalah sumber yang paling besar pengaruhnya terhadap keyakinan diri individu karena didasarkan pada pengalaman otentik. Pengalaman akan kesuksesan menyebabkan keyakinan diri individu meningkat, sementara kegagalan yang berulang mengakibatkan menurunnya keyakinan diri, khususnya jika kegagalan terjadi ketika keyakinan diri individu belum benar-benar terbentuk secara kuat. Kegagalan juga dapat menurunkan keyakinan diri individu jika kegagalan tersebut tidak merefleksikan kurangnya usaha atau pengaruh dari keadaan luar.

b. Pengalaman individu lain

Individu tidak bergantung pada pengalamannya sendiri tentang kegagalan dan kesuksesan sebagai sumber keyakinan dirinya. Keyakinan diri juga dipengaruhi oleh pengalaman individu lain. Pengamatan individu akan keberhasilan individu lain dalam bidang tertentu akan meningkatkan keyakinan diri individu tersebut pada bidang yang sama. Individu melakukan persuasi terhadap dirinya dengan mengatakan jika individu lain dapat melakukannya dengan sukses, maka individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk melakukannya dengan baik. Pengamatan individu terhadap kegagalan yang dialami individu lain meskipun telah melakukan banyak usaha menurunkan penilaian individu terhadap kemampuannya sendiri dan mengurangi usaha individu untuk mencapai kesuksesan. Ada dua keadaan

a. Proses kognitif

Dalam melakukan tugas akademiknya, individu menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai

tujuan tersebut. Penetapan sasaran pribadi tersebut dipengaruhi oleh penilaian individu akan kemampuan kognitifnya. Fungsi kognitif memungkinkan individu untuk memprediksi kejadian-kejadian sehari-hari yang akan berakibat pada masa depan. Asumsi yang timbul pada aspek kognitif ini adalah semakin efektif kemampuan individu dalam analisis dan dalam berlatih mengungkapkan ide-ide atau gagasan-gagasan pribadi, maka akan mendukung individu bertindak dengan tepat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Individu akan meramalkan kejadian dan mengembangkan cara untuk mengontrol kejadian yang mempengaruhi hidupnya. Keahlian ini membutuhkan proses kognitif yang efektif dari berbagai macam informasi.

b. Proses motivasi

Motivasi individu timbul melalui pemikiran optimis dari dalam dirinya untuk mewujudkan tujuan yang diharapkan. Individu berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan. Terdapat beberapa macam motivasi kognitif yang dibangun dari beberapa teori yaitu atribusi penyebab yang berasal dari teori atribusi dan pengharapan akan hasil yang terbentuk dari teori nilai-pengharapan. Keyakinan diri mempengaruhi atribusi penyebab, dimana individu yang memiliki keyakinan diri akademik yang tinggi menilai kegagalannya dalam mengerjakan tugas akademik disebabkan oleh kurangnya usaha, sedangkan

a. Proses kognitif

Dalam melakukan tugas akademiknya, individu menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan sasaran pribadi tersebut dipengaruhi oleh penilaian individu akan kemampuan kognitifnya. Fungsi kognitif memungkinkan individu

untuk memprediksi kejadian-kejadian sehari-hari yang akan berakibat pada masa depan. Asumsi yang timbul pada aspek kognitif ini adalah semakin efektif kemampuan individu dalam analisis dan dalam berlatih mengungkapkan ide-ide atau gagasan-gagasan pribadi, maka akan mendukung individu bertindak dengan tepat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Individu akan meramalkan kejadian dan mengembangkan cara untuk mengontrol kejadian yang mempengaruhi hidupnya. Keahlian ini membutuhkan proses kognitif yang efektif dari berbagai macam informasi.

b. Proses motivasi

Motivasi individu timbul melalui pemikiran optimis dari dalam dirinya untuk mewujudkan tujuan yang diharapkan. Individu berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan. Terdapat beberapa macam motivasi kognitif yang dibangun dari beberapa teori yaitu atribusi penyebab yang berasal dari teori atribusi dan pengharapan akan hasil yang terbentuk dari teori nilai-pengharapan. Keyakinan diri mempengaruhi atribusi penyebab, dimana individu yang memiliki keyakinan diri akademik yang tinggi menilai kegagalannya dalam mengerjakan tugas akademik disebabkan oleh kurangnya usaha, sedangkan individu dengan keyakinan diri yang rendah menilai kegagalannya disebabkan oleh kurangnya kemampuan. Teori nilai-pengharapan memandang bahwa motivasi diatur oleh pengharapan akan hasil (*outcome expectation*) dan nilai hasil (*outcome value*) tersebut. *Outcome expectation* merupakan suatu perkiraan bahwa perilaku atau tindakan tertentu akan menyebabkan akibat yang khusus bagi individu. Hal tersebut mengandung keyakinan tentang sejauhmana perilaku tertentu akan menimbulkan konsekuensi tertentu. *Outcome value* adalah nilai yang mempunyai arti dari konsekuensi-konsekuensi yang terjadi bila

suatu perilaku dilakukan. Individu harus memiliki *outcome value* yang tinggi untuk mendukung *outcome expectation*.

c. Proses afeksi

Afeksi terjadi secara alami dalam diri individu dan berperan dalam menentukan intensitas pengalaman emosional. Afeksi ditunjukkan dengan mengontrol kecemasan dan perasaan depresif yang menghalangi pola-pola pikir yang benar untuk mencapai tujuan. Proses afeksi berkaitan dengan kemampuan mengatasi emosi yang timbul pada diri sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Kepercayaan individu terhadap kemampuannya mempengaruhi tingkat stres dan depresi yang dialami ketika menghadapi tugas yang sulit atau bersifat mengancam. Individu yang yakin dirinya mampu mengontrol ancaman tidak akan membangkitkan pola pikir yang mengganggu. Individu yang tidak percaya akan kemampuannya yang dimiliki akan mengalami kecemasan karena tidak mampu mengelola ancaman tersebut.

2.10 Nilai

Nilai adalah patokan normatif yang mempengaruhi manusia dalam menentukan pilihannya di antara cara-cara tindakan alternatif (Kuperman, via Mulyana, 2004). Seperti sosiolog pada umumnya, Kuperman memandang norma sebagai salah satu bagian terpenting dari kehidupan sosial sebab dengan penegakan norma seseorang dapat merasa tenang dan terbebas dari segala tuduhan masyarakat yang akan merugikan dirinya. Nilai merupakan keyakinan yang membuat seseorang bertindak atas dasar pilihannya (Allport, via Mulyana, 2004). Menurut Gordon Allport, nilai terjadi pada wilayah psikologi yang disebut keyakinan. Keyakinan ditempatkan sebagai wilayah psikologi yang lebih tinggi dari wilayah lainnya seperti hasrat, motif, sikap, keinginan, dan

kebutuhan. Kluckhohn (Brameled, via Mulyana, 2004), mendefinisikan nilai sebagai konsepsi (tersirat atau tersurat yang sifatnya membedakan ciri-ciri individu atau kelompok) dari apa yang diinginkan yang mempengaruhi pilihan terhadap cara, tujuan antara dan tujuan akhir tindakan. Nilai adalah rujukan dan keyakinan dalam menentukan pilihan. Pengertian tersebut merupakan kesimpulan dari beberapa pengertian nilai diatas, dimaksudkan sebagai takaran manusia sebagai pribadi yang utuh atau nilai yang berkaitan dengan konsep benar dan salah yang dianut oleh golongan atau masyarakat tertentu. Nilai kemanusiaan adalah nilai mengenai harkat dan martabat manusia. Manusia merupakan makhluk yang tertinggi di antara makhluk ciptaan Tuhan sehingga nilai-nilai kemanusiaan tersebut mencerminkan kedudukan manusia sebagai makhluk tertinggi di antara makhluk-makhluk lainnya. Seseorang mempunyai nilai-nilai kemanusiaan yang tinggi menghendaki masyarakat memiliki sikap dan perilaku sebagai layaknya manusia. Sebaliknya dia tidak menyukai sikap dan perilaku yang sifatnya merendahkan manusia lain. Nilai budaya merupakan nilai yang ada dan berkembang di dalam masyarakat. Koentjoroningrat (1984: 8-25) mengemukakan bahwa nilai budaya itu adalah tingkat pertama kebudayaan ideal atau adat. Nilai budaya merupakan lapisan paling abstrak dan luas ruang lingkupnya. Jadi, nilai budaya adalah suatu yang dianggap sangat berpengaruh dan dijadikan pegangan bagi suatu masyarakat dalam menentukan seseorang berperikemanusiaan atau tidaknya.

Koentjoroningrat (1984: 3) mengemukakan suatu sistem nilai-nilai budaya terdiri atas konsepsi-konsepsi yang hidup dalam alam pikiran sebagian besar warga masyarakat mengenai hal-hal yang harus mereka anggap sangat bernilai

dalam hidup. Oleh karena itu, suatu system nilai budaya biasanya berfungsi sebagai pedoman tertinggi bagi kelakuan manusia. Sistem tata kelakuan manusia yang tingkatnya lebih kongkrit, seperti aturan-aturan khusus, hukum, dan nilai budaya tersebut. Koentjoroningrat (1984: 4) mengungkapkan bahwa nilai budaya dikelompokkan ke dalam lima pola hubungan, yakni: (1) nilai budaya dalam hubungan manusia dengan Tuhan, (2) nilai budaya dalam hubungan manusia dengan alam, (3) nilai budaya dalam hubungan manusia dan masyarakat, (4) nilai budaya dalam hubungan manusia dengan orang lain atau sesama, (5) nilai budaya dalam hubungan manusia dengan dirinya sendiri. Dalam kenyataan bahwa manusia tidak hidup di dalam alam hampa. Manusia hidup sebagai manusia yang bermasyarakat, tidak mungkin tanpa kerja sama dengan orang lain. Secara lahiriah dan batiniah maka manusia merupakan makhluk Tuhan yang paling sempurna disbanding dengan makhluk lain, karena pada manusia selain kehidupan ia juga mempunyai kemampuan untuk berfikir dan berkarya. Masyarakat adalah suatu kelompok manusia, yang di antara para anggotanya terjadi komunikasi, pertalian, dan akhirnya saling mempengaruhi antara satu dengan yang lain. Hal tersebut dilakukan oleh para anggota masyarakat dalam suatu golongan karena manusia tidak bisa hidup sendiri. Dalam masyarakat lama terbentuk segolongan masyarakat dengan cara mengikat atau interatif. Dalam masyarakat seperti ini manusia tunduk kepada aturan-aturan dan adat kebiasaan golongan tempat mereka hidup. Hal ini dilakukan karena mereka menginginkan kehidupan yang stabil, kokoh, dan harmonis. Jika hal itu tercapai, manusia dalam masyarakat tersebut tidak terlihat peranannya, yang lebih jelas tampak ke luar justru kebersamaannya. Segala macam masalah menjadi masalah bersama dan harus diselesaikan bersama.

Nilai budaya dalam hubungan manusia dengan masyarakat adalah nilai-nilai yang berhubungan dengan kepentingan para anggota masyarakat, bukan nilai yang dianggap penting dalam satu anggota masyarakat sebagai individu, sebagai pribadi. Individu atau perseorangan berusaha mematuhi nilai-nilai yang ada dalam masyarakat karena dia berusaha untuk mengelompokkan diri dengan anggota masyarakat yang ada, yang sangat mementingkan kepentingan bersama bukan kepentingan diri sendiri.

2.11 Pola Pikir Peneliti

Kanker serviks merupakan penyumbang mortalitas dan morbiditas perempuan di dunia termasuk di Indonesia. Saat ini di Indonesia masih menduduki peringkat pertama dan merupakan penyebab kematian tertinggi diantara penyakit kanker pada wanita. Kejadian wanita usia produktif terserang kanker serviks meningkat sebesar 60 persen. Penanganan kanker serviks pada stadium awal adalah pembedahan, sedangkan pada stadium sedang atau lanjut dilakukan kemoterapi, radioterapi atau kemoradiasi tanpa pembedahan. Secara medis jika perempuan tersebut dilakukan pembedahan untuk menangani kanker serviks tersebut berarti masih ada kemungkinan untuk sembuh secara total karena pembedahan dilakukan jika stadium kanker serviks tersebut masih dalam stadium awal. Pembedahan yang dilakukan tentunya diiringi dengan pemberian pengobatan sitostatika atau yang dinamakan kemoterapi.

Kemoterapi menimbulkan beberapa efek samping antara lain mual, muntah, stomatitis, kerontokan rambut, kelemahan fisik dan anemia (Dunleavey, 2009). Efek samping kemoterapi tersebut menyebabkan beberapa orang enggan

melakukan kemoterapi, memutuskan tidak melakukan pengobatan lanjutan sehingga pengobatan tersebut dinyatakan tidak tuntas dan keganasan muncul kembali dengan metastase yang lebih luas yang menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi akibat kejadian penyakit kanker serviks ini. Hal ini dikarenakan pasien kanker serviks tersebut tidak bisa resiliensi terhadap kondisi yang dialami saat ini.

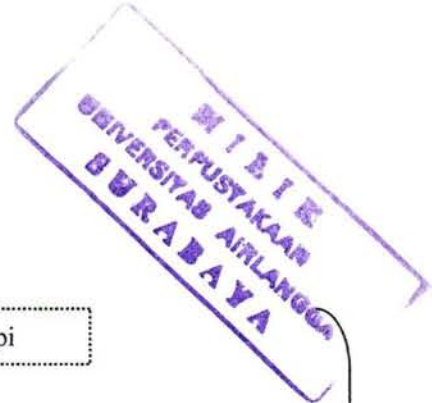
Resiliensi seseorang paling besar dipengaruhi oleh coping seseorang saat menghadapi masalah. Faktor – faktor yang mempengaruhi coping antara lain adalah faktor kesehatan fisik, faktor pengetahuan, pengalaman, nilai, sikap, pelayanan kesehatan, dan dukungan keluarga. Faktor faktor tersebut jika dikaitkan dengan model adaptasi Roy merupakan faktor stimulus internal, stimulus eksternal dan stimulus focal.

Dukungan keluarga merupakan dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga pasien kanker serviks yang dalam hal ini meliputi dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan. Perlu dilakukan pengembangan model asuhan keperawatan coping pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi karena sesuai dengan model adaptasi Roy dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Proses akhir adaptasi yang dimaksud dalam penelitian ini sesuai dengan teori adaptasi Roy adalah resiliensi.

. Empat faktor penting dari Roy adalah manusia, sehat-sakit, lingkungan dan keperawatan yang saling terkait, yaitu sbb: 1. Manusia : Sistem adaptasi dengan proses coping. Faktor internal merupakan faktor dominan yang berkaitan

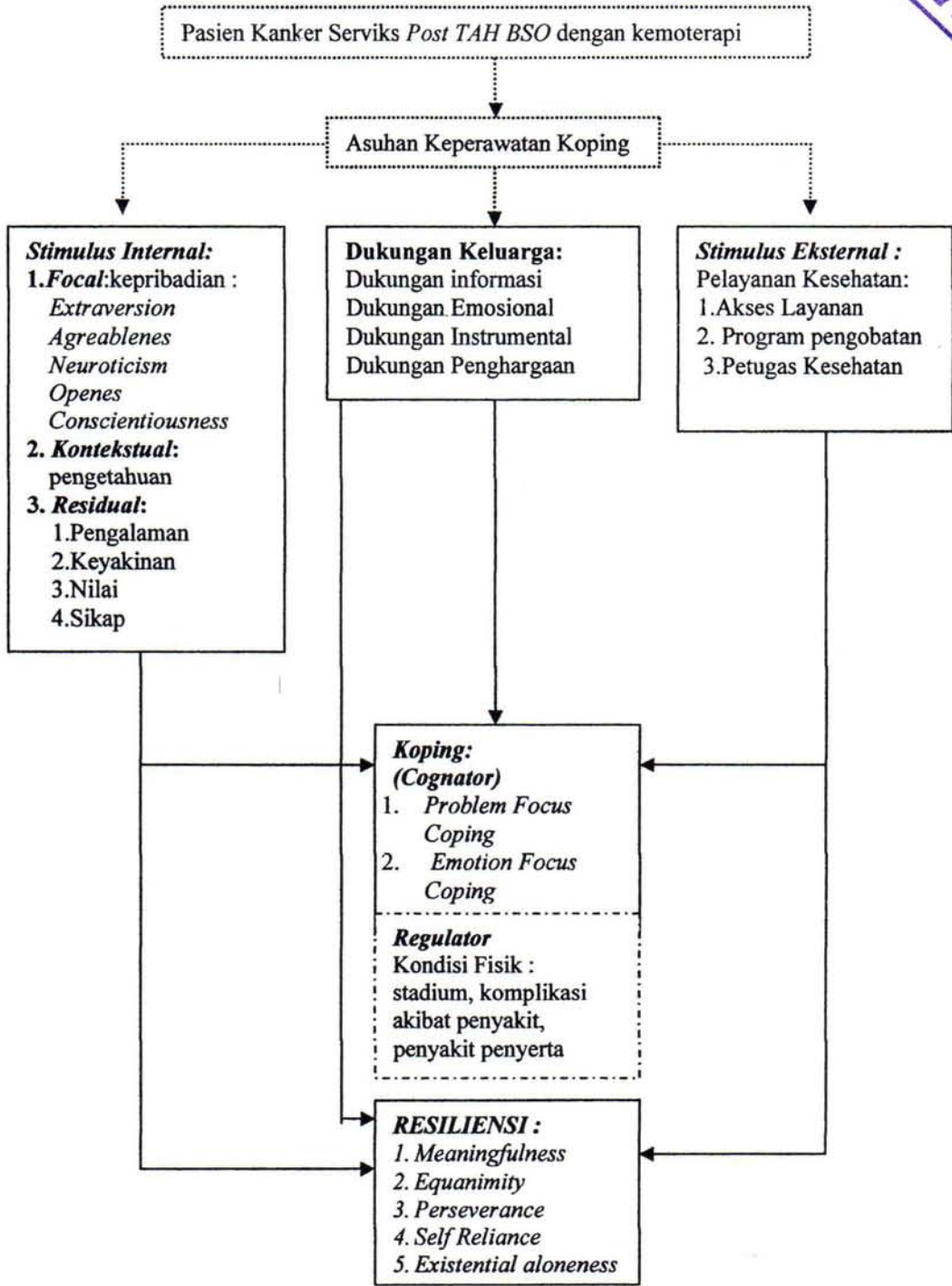
dengan faktor manusia yaitu kepribadian, pengalaman, pengetahuan, nilai, sikap, keyakinan. 2. Lingkungan : Semua kondisi, keadaan dan pengaruh lingkungan sekitar, pengaruh perkembangan dan tingkah laku individu dalam kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Faktor lingkungan menurut teori adaptasi Roy yang dimaksud dalam penelitian ini adalah stimulasi eksternal yaitu pelayanan kesehatan. 3. Sehat-Sakit Kesehatan merupakan pernyataan dan proses keutuhan dan keseluruhan refleksi individu dan lingkungan. Pada penelitian ini yang dimaksud dengan sehat sakit yaitu kondisi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi. 4. Keperawatan, adalah ilmu dan praktek yang memperluas kemampuan adaptasi dan mempertinggi perubahan individu dan lingkungan. Tujuan adalah meningkatkan adaptasi untuk individu dan kelompok dalam empat adaptasi model yang berkontribusi untuk kesehatan, kualitas hidup dan kematian dengan bermartabat. Ilmu keperawatan diaplikasikan dalam asuhan keperawatan agar seseorang bisa beradaptasi dengan mekanisme coping yang positif sehingga resiliens terhadap situasi yang sedang dihadapi saat ini yang dalam hal ini adalah kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi.

BAB 3
KERANGKA KONSEP



BAB 3

KERANGKA KONSEP



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping Berbasis Adaptasi Roy dalam Upaya Meningkatkan Resiliensi Pasien Kanker Serviks Post TAH BSO yang Mendapatkan Kemoterapi

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara adaptasi. Lebih spesifik manusia di definisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognitor dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Empat faktor penting dari *Roy* adalah manusia, sehat-sakit, lingkungan dan keperawatan yang saling terkait, yaitu sbb: 1. Manusia : Sistem adaptasi dengan proses koping. Faktor internal merupakan faktor dominan yang berkaitan dengan faktor manusia yaitu kepribadian, pengalaman, pengetahuan, nilai, sikap, keyakinan. 2. Lingkungan : Semua kondisi, keadaan dan pengaruh lingkungan sekitar, pengaruh perkembangan dan tingkah laku individu dalam kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Faktor lingkungan menurut teori adaptasi *Roy* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah stimulasi eksternal yaitu pelayanan kesehatan. 3. Sehat-Sakit Kesehatan merupakan pernyataan dan proses keutuhan dan keseluruhan refleksi individu dan lingkungan. Pada penelitian ini yang dimaksud dengan sehat sakit yaitu kondisi pasien kanker serviks post TAH BSO dengan kemoterapi. 4: Keperawatan, adalah ilmu dan praktek yang memperluas kemampuan adaptasi dan mempertinggi perubahan individu dan lingkungan. Tujuan adalah meningkatkan adaptasi untuk individu khususnya pada individu dalam keadaan sakit.

Hipotesis Penelitian.

1. Ada pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai,sikap), *stimulus eksternal* (pelayanan kesehatan), dukungan keluarga terhadap koping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
2. Ada pengaruh *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai,sikap), *stimulus eksternal* (pelayanan kesehatan), dukungan keluarga terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
3. Ada pengaruh koping terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN



4.1 Desain Penelitian

4.1 Rancangan Penelitian Tahap 1

Tahapan pertama menggunakan desain eksplanasi. Desain eksplanasi dengan tujuan untuk menyusun pengembangan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks pot TAH BSO dengan kemoterapi berbasis adaptasi Roy. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian ini meneliti pengaruh antara kepribadian, pengalaman, nilai, pengetahuan, sikap dengan koping, , pengaruh dukungan keluarga dengan koping, pengaruh akses layanan kesehatan dengan koping, pengaruh koping terhadap resiliensi.

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi berdasarkan rekam medis di Irna Obgyn RSUD dr Sutomo Surabaya.

4.2.2 Sampel

Teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive method* pada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapat kemoterapi di Irna Obgyn RSUD Dr Sutomo Surabaya pada bulan Januari s.d Desember 2015.

4.2.4 Sampling

Langkah-langkah dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Sampel dipilih dengan cara mengambil pasien setiap bulan sejumlah 12 sd 13 sampel pada setiap minggu diambil 3 pasien yang diambil setiap hari Selasa, Kamis, Sabtu dimana pada hari tersebut adalah hari-hari yang tidak sibuk di rawat inap, sehingga pada akhir pengumpulan data bulan Desember 2015 didapatkan responden sejumlah 150 responden.
2. Responden diminta menandatangani *informed consent* dengan surat persetujuan sebagai subyek penelitian untuk dilakukan wawancara, pengisian kuesioner, diskusi. Informasi diberikan dengan maksud memberikan penjelasan tujuan penelitian, kesukarelaan dan kemampuan untuk memahami informasi. Data yang akan diambil meliputi kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, coping, resiliensi. Instrumen tersebut akan diberikan selama 3 kali secara bertahap, yang pertama adalah kepribadian, yang kedua adalah pengalaman,

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Penelitian .

Tabel 4.1 Variabel dan indikator Penelitian Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping Berbasis Adaptasi Roy dalam Upaya Meningkatkan Resiliensi Pasien Kanker Serviks *Post TAH-BSO* Yang Mendapat Kemoterapi.

Variabel	Indikator
(X1) <i>Stimulus Internal</i>	X1.1Kepribadian X1.2 Pengalaman X1.3 Pengetahuan X1.4 Keyakinan X1.5 Nilai X1.6 Sikap
(X2) <i>Stimulus Eksternal</i>	X 2.1 Pelayanan Kesehatan: X 2.1.1 Akses layanan X 2.1.2 Program pengobatan X 2.1.3 Petugas Kesehatan
(X3) Dukungan Keluarga	X3.1 Dukungan Informasi X3.2 Dukungan Emosional X3.3 Dukungan Instrumental X3.4 Dukungan Penghargaan
(Y1) Mekanisme Koping	Y1.1 <i>Problem Focus Coping Mechanism</i> Y1.2 <i>Emotion Focus Coping Mechanism</i>
(Y2) Resiliensi	Y2.1 <i>Meaningfulness</i> Y2.2 <i>Equanimity</i> Y2.3 <i>Perseverance</i> Y2.4 <i>Self-Reliance</i> Y2.5 <i>Existential Aloneness</i>

Tabel 4.2 Variabel, definisi operasional dan indikator Penelitian Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping Berbasis Adaptasi Roy dalam Upaya Meningkatkan Resiliensi Pasien Kanker Serviks Post TAH-BSO yang Mendapat Kemoterapi.

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(X1) Stimulus Internal	Hal – hal dari dalam diri pasien kanker serviks stadium II TAH-BSO yang mendapat kemoterapi yang merangsang terjadinya kegiatan belajar, seperti pikiran, perasaan dan lain – lain yang dapat ditangkap melalui alat indera.yang langsung beradaptasi dan akan mempunyai pengaruh kuat.		
(X1.1) Kepribadian	Sifat dan tingkah laku khas pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi yang membedakan antara satu orang dengan orang lain. Jenis Kepribadian : <i>Neuroticism</i> = khawatiran, gugup, merasa tidak aman, emosional dan suka bersedih tanpa alasan <i>Extraversion</i> = supel, aktif, banyak bicara, suka berorientasi, <i>fun-loving</i> , memiliki kasih sayang. <i>Openness</i> =	Kuesioner Terdiri dari 50 pertanyaan. Karakteristik berdasarkan skor tinggi untuk masing masing tipe kepribadian.	Data Kontinyu (Interval)

	<p>memiliki rasa ingin tahu, aneh, ketertarikan yang besar, kreatif, alami, imajinatif, modern.</p> <p><i>Agreeableness</i> = berhati lembut, baik hati, saling percaya, penolong, pemaaf, mudah tertipu, jujur</p> <p><i>Conscientiousness</i> = terorganisi, dapat diandalkan, pekerja keras, disiplin diri, tepat waktu, teliti, rapi, tekun dan ambisius.</p> <p>Karakteristik berdasarkan skor rendah :</p> <p>Neuroticism = tenang, santai, tidak emosional, tabah, aman, puas diri</p>		
--	--	--	--

	<p><i>Extraversion</i> = pendiam, sederhana, pemurung, penyendiri, focus pada tugas, pemalu</p> <p><i>Openness</i> = konvensional, rendah hati, memiliki kepentingan yang sempit, tidak artistic dan tidak analitik</p> <p><i>Agreeableness</i> = sinis, kasar, curiga, tidak kooperatif, dendam, kejam, pemarah, manipulative</p> <p><i>Conscientiousness</i> = tidak ada tujuan, tidak dapat diandalkan, pelama s, ceroboh, teledor, lalai, berkemauan</p>		
(X1.2) Pengalaman	Pemberian pengobatan kemoterapi yang sudah dialami oleh penderita.	Frekuensi :seri kemoterapi (menyenangkan /tdk)	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(X1.3) Pengetahuan	Menjelaskan terhadap kemoterapi yang diberikan pada seseorang yang terdiagnosis kanker serviks.	Kuesioner Terdiri dari 10 pertanyaan, jika benar nilainya 1, jika salah nilainya 0, sehingga jika semua pertanyaan benar nilainya 10, jika semua pertanyaan salah maka nilainya 0.	Data Kontinyu (Interval)
(X1.4) Keyakinan	Merupakan kepercayaan pada keberhasilan pengobatan kemoterapi	Kuesioner Terdiri dari 10 pertanyaan. Nilai maksimal 50, nilai minimal 10 dengan penjelasan sbb: STY:1 TY:2 R:3 Y:4 SY:5	Data Kontinyu (Interval)
(X1.5) Nilai	Apa yang dianggap baik dan apa yang dianggap buruk, benar atau salah mengenai pengobatan pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.	Kuesioner Terdiri dari 10 pertanyaan. Nilai maksimal 50, nilai minimal 10 dengan penjelasan sbb: STS:1 TS:2 R:3 S:4 SS:5	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(X1.6) Sikap	Pernyataan evaluatif terhadap pengobatan kemoterapi.	Kuesioner Terdiri dari 10 pertanyaan. Nilai maksimal 50 , nilai minimal 10 dengan penjelasan sbb: STS:1 TS:2 R:3 S:4 SS:5	Data Kontinyu (Interval)
(X2) Stimulus Eksternal	Hal – hal yang berada di luar penderita kanker serviks yang mempunyai pengaruh kuat terhadap pengobatan kemoterapi.		
(X2.1) Pelayanan Kesehatan	Tersedianya sarana dan prasarana pemeliharaan kesehatan pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi	Kuesioner Terdiri dari 7 pertanyaan. Nilai maksimal 28 , nilai minimal 7 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(X3) Faktor dukungan keluarga	Tersedianya sarana dan prasarana keluarga dalam mendukung program pengobatan kemoterapi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan penderita kanker serviks		
(X3.1) Dukungan Instrumental	Dukungan Secara materiil yang diberikan kepada penderita	Kuesioner Terdiri dari 4 pertanyaan. Nilai maksimal 16 , nilai minimal 4.	Data Kontinyu (Interval)
(X3.2) Dukungan Informasi	Bantuan yang diberikan oleh keluarga pada anggota yang menjalani	Kuesioner Terdiri dari 4 pertanyaan. Nilai maksimal 16 , nilai minimal 4 dengan	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
	kemoterapi yang meliputi pemberian informasi, saran atau umpan balik agar siap menghadapi situasi yang ada.	penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	
(X3.3) Dukungan Emosional	Perasaan peduli, dicintai, kasih sayang, sehingga penderita merasa nyaman dengan kondisi saat ini.	Kuesioner Terdiri dari 4 pertanyaan. Nilai maksimal 16 , nilai minimal 4 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(X3.4) Dukungan Penghargaan	Ungkapan yang positif , dorongan maju yang diberikan kepada penderita	Kuesioner Terdiri dari 4 pertanyaan. Nilai maksimal 16 , nilai minimal 4. dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y1) Mekanisme Koping	Cara yang dilakukan penderita kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi dalam menghadapi	Kuesioner Terdiri dari 72 pertanyaan. Nilai maksimal 288 , nilai minimal 72 dengan penjelasan sbb: TP:1	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
	perubahan yang terjadi akibat proses pengobatan	K:2 S:3 Sl:4	
(Y1.1) <i>Problem Focused Coping Mechanism</i>	Pemecahan masalah pada diri seseorang melalui perencanaan, kontrol diri, dan dukungan.	Kuesioner Terdiri dari 18 pertanyaan. Nilai maksimal 72 , nilai minimal 18 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y1.2) <i>Emotion Focused Coping Mechanisms</i>	Pemecahan masalah pada diri seseorang melalui pengingkaran terhadap suatu masalah, penuh tekanan dan memaksa dalam mengatasi masalah	Kuesioner Terdiri dari 54 pertanyaan. Nilai maksimal 216 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y2) Resiliensi	Kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi dengan sesuatu yang terlihat salah atau tidak sesuai.	Kuesioner Terdiri dari 25 pertanyaan. Nilai maksimal 100 , nilai minimal 25 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(Y2.2) Equanimity	Pengalaman melakukan kemoterapi yang terjadi semasa hidup penderita	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3, Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y2.3) Perseverance	Tindakan yang dilakukan dalam menghadapi tantangan yang dalam hal ini adalah kemoterapi.	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3, Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y2.4) <i>Self-Reliance</i>	Keyakinan penderita mampu menjalankan kemoterapi dengan tuntas.	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3, Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y2.5) <i>Exixtential Aloneness</i>	Kesadaran bahwa setiap orang mampu menghargai keberadaan dirinya saat menjalankan kemoterapi.	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3 Sl:4	Data Kontinyu (Interval)

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(Y2.4) <i>Self-Reliance</i>	Keyakinan penderita mampu menjalankan kemoterapi dengan tuntas.	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3, Sl:4	Data Kontinyu (Interval)
(Y2.5) <i>Exixtential Aloneness</i>	Kesadaran bahwa setiap orang mampu menghargai keberadaan dirinya saat menjalankan kemoterapi.	Kuesioner Terdiri dari 5 pertanyaan. Nilai maksimal 20 , nilai minimal 5 dengan penjelasan sbb: TP:1 K:2 S:3, Sl:4	Data Kontinyu (Interval)

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuisisioner yang terbagi menjadi dua, yaitu:

Kuesioner yang pertama berisi tentang data demografi yang meliputi usia, pekerjaan pendidikan, agama, suku bangsa.

1. Usia

Menggunakan kuesioner tertutup dengan pertanyaan mengacu pada rentang usia.

2. Pendidikan

Menggunakan kuesioner tertutup sesuai dengan urutan jenjang pendidikan dimulai dari pendidikan dasar (SD) sampai dengan perguruan tinggi

3. Pekerjaan

Menggunakan kuesioner tertutup sesuai dengan pekerjaan.

4. Penghasilan keluarga

Menggunakan UMK thn 2014 wilayah Surabaya Rp 2.150.000 Juta per bulan

5. Stadium Kanker Serviks

Mulai stadium Ia sampai dengan stadium IIb

6. Seri Kemoterapi

Menggunakan kuesioner tertutup mulai seri 1 sampai dengan seri >4

7. Terapi Kombinasi

Menggunakan kuesioner tertutup sesuai dengan terapi yang dilakukan selain kemoterapi.

Stimulus Internal (X1)

Bagian ini digunakan untuk pengumpulan data yang berhubungan dengan stimulus internal (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap).

a. Pengumpulan data pengalaman (X1.1) dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan berapa kali responden menjalankan kemoterapi, yang dalam istilah medis dikatakan berapa seri seseorang telah melakukan atau menjalankan terapi atau pengobatan yang dalam hal ini adalah kemoterapi.

b. Pengukuran data Pengetahuan (X1.2) dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan pengetahuan yang berhubungan dengan kemoterapi yang sedang dijalani oleh responden. Pengukuran didasarkan pada indikator yang terdiri dari sepuluh (10) pertanyaan. Kemudian hasil perhitungan skor diberi interpretasi berdasarkan

kriteria yang dipakai yaitu: baik, jika diperoleh hasil prosentase antara 76–100%; cukup, jika diperoleh hasil prosentase antara 56–75%; dan kurang, jika diperoleh hasil prosentase <56% (Nursalam, 2008).

Tabel 4. 3 Blue print kuesioner pengetahuan tentang kemoterapi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Pengetahuan	1. Pengertian kemoterapi	1 -2
	2. Tujuan dilakukan pengobatan kemoterapi	3- 4
	3. Pentingnya kemoterapi	5-6
	4. Efek samping kemoterapi.	7-8
	5. Akibat tidak patuh kemoterapi	9-10

c. Pengukuran keyakinan (X1.3)

Dibuat oleh peneliti berdasarkan Keyakinan seseorang tentang kemandirian/keampuhan dari kemoterapi, untuk mengurangi resiko atau dampak yang lebih serius. Seseorang membentuk tiga jenis keyakinan (Mowen, 2002:312): keyakinan atribut-objek (*object – attribute beliefs*), pengetahuan tentang sebuah objek memiliki atribut khusus yang disebut keyakinan atribut-objek. Keyakinan atribut-objek menghubungkan sebuah atribut dengan objek, seperti seseorang, barang, atau jasa. Berikutnya adalah keyakinan atribut-manfaat. Keyakinan atribut-manfaat merupakan persepsi tentang seberapa jauh sebuah atribut tertentu menghasilkan atau memberikan manfaat tertentu. Seseorang mencari produk dan jasa yang akan menyelesaikan masalah-masalah mereka dan memenuhi

kebutuhan mereka, dengan kata lain, memiliki atribut yang akan memberikan manfaat yang dapat dikenal. Terakhir adalah keyakinan objek-manfaat. Keyakinan objek-manfaat merupakan persepsi tentang seberapa jauh kemoterapi yang akan memberikan manfaat tertentu. Pengukuran didasarkan pada indikator yang terdiri dari 10 pertanyaan. Kemudian hasil perhitungan skor diberi interpretasi berdasarkan kriteria yang dipakai yaitu: percaya, jika diperoleh hasil prosentase antara $> 60\%$. Tidak percaya jika diperoleh hasil prosentase $< 60\%$.

Tabel 4. 4 Blue print kuesioner keyakinan tentang kemoterapi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Keyakinan	1. Keyakinan melakukan pengobatan kemoterapi.	1- 3
	2. Keyakinan manfaat pengobatan kemoterapi.	4- 7
	3. Keyakinan manfaat pengobatan terhadap penyakit.	8-10

d. Pengukuran nilai (X1.4)

Dibuat oleh peneliti berdasarkan nilai seseorang tentang pengobatan kemoterapi. Meglino dan Ravlin [1998] mendefinisikan nilai sebagai keyakinan tentang diinternalisasi sesuai perilaku, ini dampak (antara lain) bagaimana seorang individu menafsirkan informasi. Para penulis melakukan kajian komprehensif dari literatur dan mengusulkan kerangka kerja untuk mengidentifikasi dan mengklasifikasi, menunjukkan sifat interatif nilai-nilai dan cara bahwa nilai-nilai dapat mempengaruhi baik persepsi dan perilaku. Rokeach

mendefinisikan konsep nilai sebagai “*an enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is personally or socially preferable ...*”(Rokeach, 1973, hal. 5). Berdasarkan definisi ini, konsep nilai mencerminkan tiga karakteristik penting kognisi tentang apa yang diinginkan; afektif, dengan emosi yang terkait, dan memiliki komponen perilaku yang mengarah ke tindakan ketika diaktifkan (Rokeach, 1973, hlm 5-7). Nilai menunjukkan alasan dasar bahwa cara pelaksanaan atau keadaan tertentu lebih disukai secara pribadi atau social dibandingkan cara pelaksanaan atau keadaan akhir yang berlawanan (Rokeach, 1973:5). Nilai memuat elemen pertimbangan yang membawa ide-ide seseorang individu mengenai hal-hal benar, baik, dan diinginkan. Pengukuran didasarkan pada indikator yang terdiri dari 10 pertanyaan. Kemudian hasil perhitungan skor diberi interpretasi berdasarkan kriteria yang dipakai yaitu: yakin , jika diperoleh hasil prosentase antara > 50%. Tidak yakin jika diperoleh hasil prosentase < 50 %.

Tabel 4. 5 Blue print kuesioner tentang nilai pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Nilai	1. Pemikiran tentang apa yang diinginkan terhadap kemoterapi.	1- 3
	2. Perasaan yang muncul dalam melakukan kemoterapi.	4- 7
	3. Perilaku yang muncul selama kemoterapi.	8 -10

e. Pengukuran Sikap (X1.5)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek (Soekidjo N, 2003). Newcomb dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah merupakan “pre-disposisi” tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Menurut Azwar (2005), komponen-komponen sikap adalah : Kognitif, terbentuk dari pengetahuan dan informasi yang diterima yang selanjutnya diproses menghasilkan suatu keputusan untuk bertindak. Afektif Menyangkut masalah emosional subyektif sosial terhadap suatu obyek, secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap suatu obyek. Konatif Menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Pengukuran didasarkan pada indikator yang terdiri dari 10 pertanyaan. Kemudian hasil perhitungan skor diberi interpretasi berdasarkan kriteria yang dipakai yaitu: Positif , jika diperoleh hasil prosentase antara > 50%. Negatif jika diperoleh hasil prosentase < 50 %

2. Pengumpulan data kepribadian (X1) berdasarkan instrumen *International Personality Item Poll* yang terdiri dari 50 pertanyaan tertutup . Dalam penelitian ini menggunakan teori kepribadian *Big Five* karena instrumen yang disusun bukan hanya untuk menggolongkan individu ke dalam satu

kepribadian tertentu, melainkan untuk menggambarkan sifat-sifat kepribadian yang disadari oleh individu itu sendiri dalam kehidupannya sehari-hari. Pendekatan ini disebut Goldberg sebagai *Fundamental Lexical (Language) Hypothesis*; perbedaan individu yang paling mendasar digambarkan hanya dengan satu istilah yang terdapat pada setiap bahasa (dalam Pervin, 2005). Kuesioner tersebut diisi oleh responden yang dipandu oleh tim peneliti sehingga dari hasil tersebut dapat diperoleh jenis kepribadian *extraversion*, *agreeableness*, *neuroticism*, *openness*, *conscientiousness*.

3. Stimulus Eksternal (X2)

(X2.1) Faktor pelayanan kesehatan

Bagian B digunakan untuk pengumpulan data yang berhubungan dengan faktor pelayanan kesehatan (akses layanan, petugas kesehatan. Program pengobatan). Data yang berkaitan dengan faktor pelayanan kesehatan berdasarkan kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan berdasarkan konsep yang ada, metode analisis yang digunakan adalah metode analisis menggunakan diskriptif.

Tabel 4. 6 Blue print kuesioner tentang faktor pelayanan kesehatan pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Pelayanan Kesehatan	1. Akses Layanan	1- 2
	2. Program pengobatan	3
	3. Petugas Kesehatan	4-7

4. (X3) Dukungan Keluarga

Bagian ini digunakan untuk pengumpulan data yang berhubungan dengan peran keluarga (program pengobatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan). Data tersebut diambil berdasarkan kuesioner yang dibuat oleh peneliti yang disusun berdasarkan konsep pengkajian keluarga (Friedman, 2003) dengan cara diisi oleh keluarga dan dapat wawancara langsung ke keluarga, metode analisis menggunakan diskriptif. Dukungan keluarga yang dimaksud di dalam penelitian ini adalah dukungan ekonomi dan fasilitas. Pengukuran data dukungan keluarga ini dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan pengetahuan yang berhubungan dengan kemoterapi yang sedang dijalani oleh responden. Pengukuran didasarkan pada indikator yang terdiri dari 14 pertanyaan. Kemudian hasil perhitungan skor diberi interpretasi berdasarkan kriteria yang dipakai yaitu: baik, jika diperoleh hasil prosentase antara 76–100%; cukup, jika diperoleh hasil prosentase antara 56–75%; dan kurang, jika diperoleh hasil prosentase <56% (Nursalam, 2008).

Tabel 4.7 Blue print kuesioner tentang dukungan keluarga pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Dukungan Keluarga	1.Dukungan Informasi.	1 - 4
	2.Dukungan Emosi.	5 - 8
	3. Dukugan Instrumen.	9 -12
	4.Dukungan Penghargaan.	13 -16

5. Koping (Y1)

Instrumen mekanisme koping ini menggunakan *Coping Strategis Inventory*, (Revised 1984) yang terdiri dari 4 kategori yaitu *Problem Focused Engagement*, *Emotion Focused Engangement*, *Problem Focused Disengagement*, *Emotion Focused Disengagement*. Instrumen tersebut terdiri dari berbagai item yang berkaitan dengan *problem solving*, *cognitive restructuring*, *ekspress emotion*, *social upport*, *problem avoidance*, *wishful thinking*, *self criticism*, *social withdrawal*. Pertanyaan Koping ini terdiri dari 72.

Tabel 4. 8 Blue print kuesioner tentang koping pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi berdasarkan instrumen *Coping Strategis Inventory*

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Koping	<i>Problem Focus Koping</i>	
	1. Pemecahan masalah	1 - 9
	2. Restrukturisasi kognitif. & Dukungan sosial.	10 - 18
	<i>Emotion Focus Koping</i>	
	1. Ungkapan emosi.	19-36
	2 Menghindari masalah.	37-46
	3 Ber angan-angan.	47-56
	4 Penarikan sosial	65-72
	5 Kritik diri	57-64

4. Resiliensi (Y2)

Resiliensi diukur dengan menggunakan instrumen Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC) yang terdiri dari 25 item pertanyaan. Instrumen ini sudah digunakan oleh beberapa peneliti dari China, Jepang, Thailand, India, Singapore untuk mengukur resiliensi pada beberapa kasus penyakit dewasa seperti kecacatan paska stroke, penyandang cacat, dll.

Tabel 4.9 Blue print kuesioner tentang resiliensi pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi berdasarkan instrumen *Connor Davidson Resiliensi Scale (CD-RISC)*

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Resiliensi	1. <i>Meaningfulness</i>	1-5
	2. <i>Equanimity</i>	6-10
	3. <i>Perseverance</i>	11-15
	4. <i>Self-Reliance</i>	16-20
	5. <i>Existential Aloneness</i>	21-25

4.5 Validitas dan Reliabilitas

Instrumen penelitian sebelum digunakan dilakukan uji coba untuk pengujian atas validitas dan reliabilitas, agar data yang diperoleh akurat dan objektif. Hal ini dimaksudkan agar instrumen yang digunakan sebagai alat ukur mempunyai kesahihan (validitas) dan reliabilitas yang tinggi. Uji validitas dan reliabilitas itu terutama untuk alat ukur yang menghasilkan nilai kuantitatif (Sudarwan Danin, 2003).

4.5.1 Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen dianggap valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan (Purwoto, 2007). Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam pengumpulan data (Nursalam, 2003). Valid tidaknya suatu item instrumen dapat diketahui dengan membandingkan indeks korelasi *product moment pearson* dengan level signifikansi 5%. Bila probabilitas hasil korelasi $<0,05$, maka dinyatakan valid dan jika $>0,05$ dinyatakan tidak valid. Syarat minimum koefisien korelasi adalah sebesar 0,444. Jadi korelasi masing-masing item pernyataan harus lebih besar dari 0,444 (Purwanto, 2007).

Berdasarkan hasil validitas terhadap instrumen penelitian diperoleh bahwa seluruh indikator pada kuesioner ini dianggap mampu mengukur variable dalam penelitian ini, karena nilai probabilitas seluruh pertanyaan $<0,05$.

4.5.2 Reliabilitas

Suryabrata (dalam Purwoto, 2007) menjelaskan reliabilitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh suatu pengukuran tersebut tanpa

penyimpangan (*error free*) sehingga memberikan konsistensi pengukuran. Reliabilitas dari alat ukur menunjukkan intensitas (keajegan) dari hasil pengukuran, sekiranya alat ukur yang sama tersebut digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang sama atau berlainan, nilai koefisien Alpha Cronbach $>0,6$, maka instrumen cukup reliabel (Azuarjuliandi, 2008) dan dalam penelitian ini menggunakan koefisien reliabilitas Alpha Cronbach $>0,6$. Rumus uji reliabilitas adalah sebagai berikut :

$$r_i = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum s_t^2} \right)$$

Keterangan:

r_i = Reliabilitas instrumen

n = jumlah butir pertanyaan

s_i^2 = varians butir

s_t^2 = varians total

Kriteria dari nilai *Croanbach's Alpha* adalah apabila didapatkan nilai *Croanbach's Alpha* kurang dari 0,600 berarti buruk, sekitar 0,700 diterima dan lebih dari atau sama dengan 0,800 adalah baik (Purwanto, 2002). Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kuesioner sudah memenuhi syarat rliabilitas, secara umum kuesioner ini keajegannya sudah bagus dan mampu mengukur apa yang diinginkan.

4.6 Cara Pengolahan dan Analisis Data

1. Deskriptif

Pada penelitian ini akan dilakukan pada variabel penelitian, dengan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing masing variabel. Analisis data secara deskriptif dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi koping dalam asuhan keperawatan sebagai upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi. Analisis deskriptif ini dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan prosentase dari aspek yang diukur. Analisis deskriptif juga ditujukan untuk menggambarkan indikator setiap variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrumen penelitian. Deskripsi setiap indikator dinyatakan dalam nilai frekuensi dan rata-rata. Dengan analisis deskriptif ini diperoleh gambaran faktor yang mempengaruhi koping pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi.

2. Analisis inferensial

1. Analisis bivariat

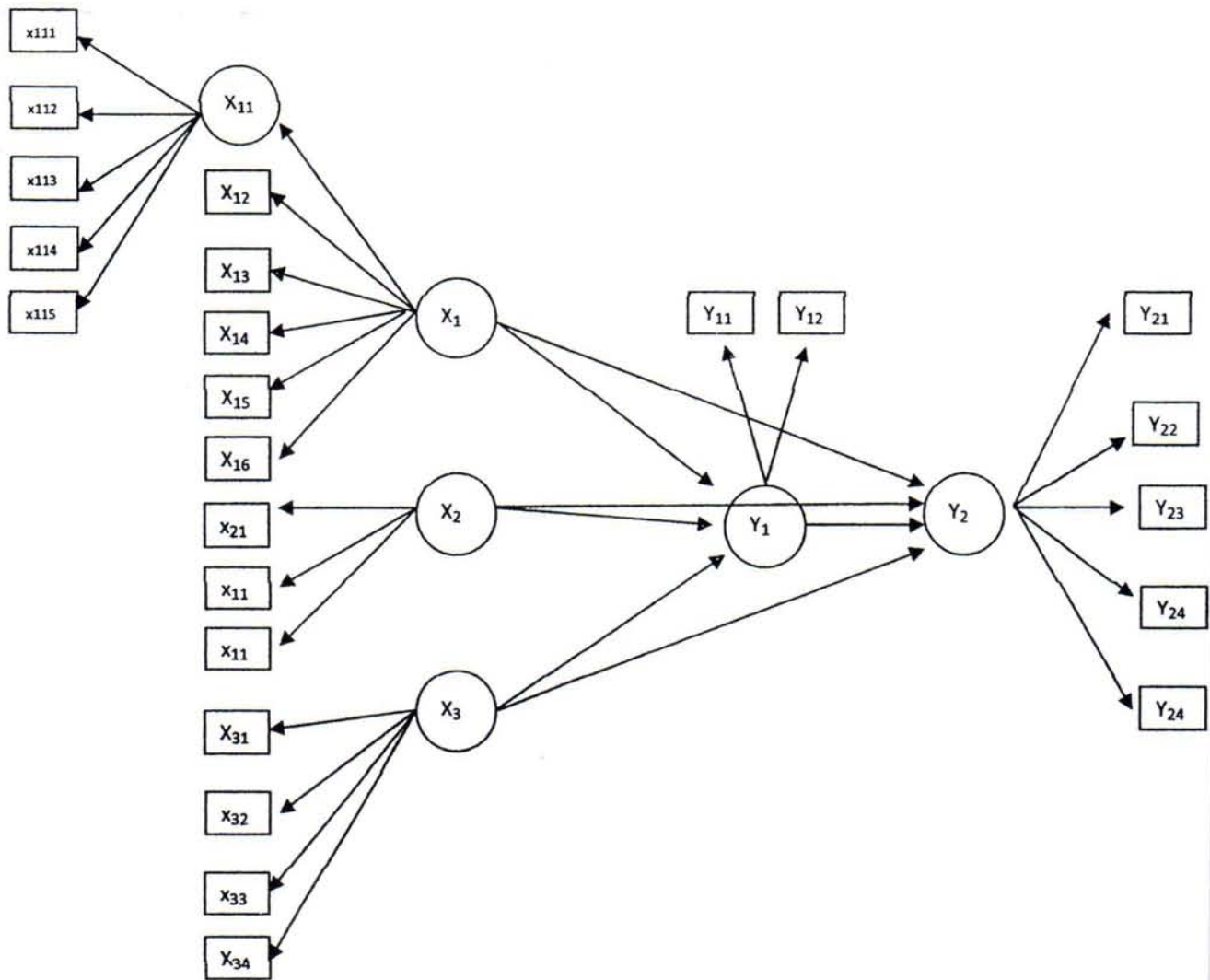
Analisis bivariat dilakukan pada dua variabel yang diduga ada hubungan.

2. SEM (*Structural Equation Models*) dengan AMOS 5.0 Analisis inferensial digunakan untuk menguji model hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. SEM memiliki kelebihan sebagai Pelibatan koreksi terhadap atenuasi, keluwesan mengembangkan model, pengujian secara komprehensif, mampu

mengatasi masalah ketidaknormalan distribusi (dengan beberapa syarat), Evaluasi model terdiri atas dua bagian evaluasi yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi model struktural.

a. Evaluasi model pengukuran

Model pengukuran dengan indikator reflektif dievaluasi berdasarkan hasil validitas dan reliabilitas. Indikator dianggap valid jika memiliki nilai outer loading diatas 0,5 dan nilai t-statistik diatas 1,96. Uji reliabilitas merupakan uji dari nilai realibilitas dari konstruk yang membentuknya. Namun dalam uji kali ini outer model tidak dilakukan, dikarenakan uji validitas sudah dilakukan dengan uji PearsonProduct Moment dan uji reliabilitas konstruk dari indikator sudah dilakukan dengan cronbach alpha.



Gambar 4.1 Kerangka analisis model hubungan antar variabel

Gambar di atas menunjukkan analisis model hubungan antar variabel. x_1 , x_2 , x_3 merupakan variabel laten eksogen yang mempengaruhi koping (Y_1) yang merupakan variabel laten endogen. Variabel laten x_1 adalah stimulus internal yang mempunyai variabel indikator x_{11} sampai dengan x_{16} yaitu meliputi kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, Variabel laten eksogen x_3 yaitu dukungan keluarga memiliki variabel indikator x_{31} yaitu dukungan instrument, x_{32}

yaitu dukungan informasi, x33 yaitu dukungan emosional, x34 yaitu dukungan penghargaan. Variabel laten Y2 yaitu resiliensi memiliki lima variabel indikator yaitu y21 : meaningfulness, y22: equanimity, y23:perseverance, y24:self reliance, y25:existential aloneness.

b. Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik t (t-test).

4.8 Sosialisai melalui Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) ini dilakukan di akhir tahap I setelah mengetahui faktor dominan apa yang berpengaruh terhadap resiliensi pasien kanker serviks post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi. Sosialisasi FGD ini dilakukan kepada perawat yang berdinam di rawat inap mengenai hasil yang sudah dilakukan oleh peneliti pada tahap I. Sosialisasi melalui FGD ini dilakukan dalam rangka menyusun modul / buku saku yang akan diberikan kepada pasien.

4.9 Tahapan Penyusunan Modul.

Modul atau buku saku yang dibuat ini berdasarkan analisis tahap I dengan materi faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap resiliensi pasien kanker serviks post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi. Modul ini merupakan intervensi keperawatan yang merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat kepada pasien dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi.

4.10 Rancangan Penelitian Tahap II

Tahapan kedua menggunakan desain *quasi eksperimen*. Tujuan penelitian pada tahap kedua adalah untuk tahap simulasi model. Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektifitas penerapan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks post TAH BSO dengan kemoterapi berbasis teori adaptasi roy. Penelitian *quasi eksperimen* dilakukan dengan *pretest* sebelum dilakukan perlakuan dan *posttest* setelah perlakuan diberikan. Penelitian *quasi eksperimen* terdapat kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tetapi dalam penentuan sampelnya tidak dilakukan random.

Non R	Pre	X	Post
Non R	Pre	-X	Post

Gambar 4.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

Non R : Non random

Pre : pre-test sebelum diberikan modul dukungan keluarga

Post : post-test setelah diberikan modul dukungan keluarga

X : *Pemberian Modul Dukungan Keluarga*

-X : *Treatment konvensional* artinya pendidikan kesehatan yang rutin dilakukan oleh perawat yang berdinasi di instalasi rawat inap.

4.10 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pengumpulan data adalah di Rumah Sakit Dr Sutomo Surabaya yang terpilih menjadi sampel penelitian. Waktu penelitian dilaksanakan selama 1 bulan mulai Desember 2015 sampai dengan Januari 2016

4.11 Populasi, Sampel dan Sampling

4.11.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi berdasarkan rekam medis di Irna Obgyn RSUD dr Sutomo Surabaya.

4.11.2 Sampel

Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive* sampling pada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapat kemoterapi di Irna Obgyn RSUD Dr Sutomo Surabaya pada bulan Desember 2015 s.d Januari 2016.

4.11.3 Sampling

Langkah-langkah dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Sampel dipilih dengan cara mengambil responden satu bulan yaitu bulan desember 2015 sampai dengan januari 2016 sejumlah 20 responden. Responden sejumlah 20 akan dimasukkan ke kelompok kontrol 10 responden masuk ke dalam kelompok perlakuan sebanyak 10 responden.

2. Meminta *informed consent* dari responden dengan menandatangani surat persetujuan sebagai subyek penelitian untuk dilakukan wawancara, pengisian kuesioner, diskusi. Informasi diberikan dengan maksud memberikan penjelasan tujuan penelitian, kesukarelaan dan kemampuan untuk memahami informasi.
3. Peneliti mengambil kelompok kontrol terlebih dahulu sampai dengan 10 responden. Kelompok kontrol diberikan pre test selama 60 menit secara berkelompok 3-4 responden setiap kelompok. Setelah diberikan pre test dipersilakan untuk kembali melakukan aktivitas. Post test pada kelompok kontrol dilakukan setelah satu bulan kemudian ketika keluarga mengantar pasien untuk melakukan kemoterapi seri berikutnya.
4. Setelah kelompok kontrol dipastikan semua pulang, selanjutnya peneliti mengambil responden kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan diberikan pre test sebelum dilakukan perlakuan. Perlakuan yang diberikan oleh peneliti adalah pemberian modul dukungan keluarga kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Modul ini diberikan selama 2x 60 menit yang meliputi penjelasan dan demonstrasi yang dilakukan oleh responden. Perlakuan diberikan secara kelompok masing masing kelompok terdiri dari 3-4 responden. Evaluasi / post test dilakukan setelah 1 bulan diberikan perlakuan saat pasien melakukan kemoterapi seri berikutnya di ruang rawat inap.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN



BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Obyek Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Rawat Jalan (Irna) Obgyn RSUD Dr. Sutomo Surabaya yang meliputi ruang Merak, Ruang Merpati, Ruang Kenari, Ruang Cendrawasih. Uji Kelaikan etik penelitian dilaksanakan di Bidang Penelitian dan Pengembangan RSUD dr. Sutomo Surabaya dan mendapatkan surat persetujuan etik pada bulan Januari 2015. Penelitian dilaksanakan selama 12 bulan (Januari sd. Desember 2015). Penelitian ini dilakukan terhadap pasien post TAH BSO yang mendapatkan Kemoterapi yang melakukan rawat inap di Instalasi Rawat Inap Obgyn RSUD dr. Sutomo Surabaya.

Pengambilan data dilakukan saat pasien menjalani kemoterapi di Irna Obgyn RSUD dr. Sutomo Surabaya baik akan menjalani kemoterapi ataupun yang sudah menjalani kemoterapi. Peneliti sebelumnya memberikan informed consent kepada calon responden. Beberapa calon responden yang bersedia dimasukkan ke responden penelitian. Calon responden yang tidak bersedia tidak dimasukkan ke dalam responden penelitian. Beberapa alasan yang menyebabkan calon responden tidak bersedia menjadi responden antara lain adalah keluarga pasien khawatir merasa terganggu terhadap proses penelitian, tidak ada keluarga yang menunggu, tidak bersedia untuk dilakukan tanya jawab. Peneliti memandu responden di dalam pengisian kuesioner. Kuesioner yang diberikan oleh peneliti sejumlah 6 paket yang mana satu paket terdiri dari satu variabel. Peneliti mengunjungi responden sebanyak 3 kali kunjungan untuk mengisi instrumen penelitian

mengingat satu instrumen untuk satu variabel memerlukan waktu kurang lebih satu jam sehingga jika 2 instrumen diberikan dalam satu kali pertemuan sudah memakan waktu kurang lebih 2 jam. Pertimbangan tersebut ditujukan agar responden penelitian tidak lelah di dalam menjawab pertanyaan sesuai dengan instrumen yang dipandu oleh peneliti dan diharapkan data yang didapatkan dari responden tersebut adalah data yang sesungguhnya tanpa dipengaruhi oleh kelelahan responden di dalam mengisi instrumen penelitian. Urutan instrumen penelitian yang diberikan kepada responden adalah sebagai berikut: hari pertama instrumen penelitian yang diberikan adalah Stimulus Internal yang terdiri dari pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, dan stimulus eksternal yang terdiri dari pelayanan kesehatan. Hari kedua instrumen yang diberikan kepada responden adalah Faktor dukungan keluarga dan kepribadian. Hari ketiga instrumen yang diberikan kepada responden adalah instrumen mekanisme coping dan resiliensi, sehingga satu responden memerlukan waktu 3 hari di dalam pengumpulan data. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 150 responden yaitu perempuan dengan kanker serviks post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi di ruang rawat Inap RSUD dr. Sutomo Surabaya. Di dalam melakukan pengumpulan data peneliti dibantu oleh petugas administrasi di dalam menentukan responden penelitian sesuai dengan buku administrasi yang tersedia di ruang rawat Inap Obgyn RSUD dr. Sutomo Surabaya. Berdasarkan data tersebut peneliti mendatangi calon responden yang selanjutnya peneliti melakukan komunikasi dan kontrak serta memberikan informed consent kepada calon responden penelitian. Di

dalam melakukan pengumpulan data peneliti memandu sendiri terhadap pengisian instrumen yang diberikan kepada responden

5.1.1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1 : Karakteristik Responden Penderita Kanker Serviks *Post TAH-BSO* yang Mendapat Kemoterapi di Ruang Rawat Inap Obgyn RSUD dr. Soetomo Surabaya tahun 2015(n:150)

No	Karakteristik	Jumlah	Persen
1	Sosio Demografi		
	Umur		
	< 35 th	13	9
	35 - 45 th	39	26
	46 - 55 th	62	41
	56 - 65 th	33	22
	> 65 th	3	2
	Total	150	100
2	Pekerjaan		
	IRT	88	59
	PNS/Pensiunan PNS	20	13
	Pegawai Swasta	22	15
	Tani/Wiraswasta	20	13
	Total	150	100
3	Status Perkawinan		
	Kawin	107	71
	Janda	43	29
	Total	150	100
4	Pendidikan		
	SD	44	29
	SMP	41	27
	SMA	48	32
	PT	17	12
	Total	150	100
5	Stadium		
	I	30	20
	II	120	80
	Total	150	100
6	Penyakit Penyerta		
	Ada	44	29
	Tidak Ada	106	71
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa usia responden terbanyak adalah pada rentang usia 46-55 tahun yang memiliki presentasi sebesar 41 %. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa usia terbanyak perempuan yang mengalami kanker serviks adalah usia lansia awal meskipun paradigma ini berubah secara perlahan bahwa pergeseran usia tersebut menjadi usia produktif. Pekerjaan responden terbesar adalah Ibu Rumah tangga (59%). Status perkawinan responden mayoritas adalah kawin (71%). Hal ini sesuai dengan faktor risiko terbesar kejadian kanker serviks adalah perempuan yang sudah kawin. Pendidikan terbesar responden adalah setingkat Sekolah Menengah Atas ((32%) , meskipun pendidikan Sekolah Dasar juga banyak (29%) dan pendidikan yang paling sedikit adalah Perguruan Tinggi (12%). Stadium yang terbanyak pada responden dengan TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi adalah stadium II(80%). Kondisi tersebut menggambarkan situasi bahwa seseorang datang ke pelayanan esehatan mayoritas dalam stadium II ke atas bahkan yang tersering adalah stadium lanjut atau III ke atas. Terdapat responden 29% dengan penyakit penyerta seperti Anemia, DM, Hipertensi. Sebagian besar anemi diderita karena dampak kemoterapi dan perdarahan per vaginam akibat kanker serviks tersebut. Sebagian besar responden (88%) sudah melakukan kemoterapi 1-3 kali.

5.2 Deskripsi dan Hubungan antar Variabel Penelitian

5.2.1 Deskripsi Variabel Penelitian

Diskripsi Variabel Penelitian meliputi variabel pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, kepribadian, pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, koping, resiliensi.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pengalaman Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Menyenangkan		Biasa		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Pengalaman Menjalankan Kemoterapi	37,0	24,6	51,0	34,0	62,0	41,3	100,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.2 diketahui bahwa pasien kanker serviks *Post TAH BSO* sebagian besar kurang menyenangkan yaitu sebesar 41%. Hal tersebut berkaitan pada data demografi responden bahwa sebagian besar responden mengalami stadium II sehingga seri kemoterapi yang dijalani semakin banyak.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Pengertian	34,0	22,6	110,0	73,3	6,0	4,0	150,0	100
2	Tujuan	39,0	26,0	16,0	10,6	100,0	66,6	150,0	100
3	Manfaat	115,0	76,6	11,0	7,3	24,0	16,0	150,0	100
4	Efek samping	98,0	65,3	47,0	31,3	5,0	3,4	150,0	100
5	Akibat tdk patuh	8,0	67,9	17,0	11,3	121,0	80,6	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.3 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar masih mempunyai pengetahuan yang kurang baik pada

indikator akibat tidak patuh yaitu sebesar 80,6%. Indikator manfaat cukup baik yaitu sebesar 76,6%. Pada Indikator pengertian sebagian besar responden cukup yaitu sebesar 73,3%. Indikator tujuan sebagian besar responden dalam kategori kurang dengan angka sebesar 66,6%. Sebagian besar responden mengetahui efek samping kemoterapi dengan angka sebesar 65,3%. Hal tersebut dikarenakan semua petugas kesehatan sudah menjelaskan semua hal yang terkait dengan kemoterapi, bahkan pasien sudah mencari informasi dari sumber yang lain mengenai kemoterapi misalnya dari media elektronik, media cetak, bahkan berbagi pengalaman dengan sesama penderita yang sudah menjalankan kemoterapi.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi keyakinan Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Yakin thd tujuan kemoterapi	102,0	68,0	42,0	28,0	6,0	4,0	150,0	100
2	Yakin thd manfaat kemoterapi	105,0	70,0	16,0	10,7	29,0	19,3	150,0	100
3	Ketepatan jadwal kemoterapi	42,0	28,0	11,0	7,3	97,0	64,4	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.4 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar mempunyai keyakinan yang baik pada indikator tujuan kemoterapi dan manfaat kemoterapi yaitu masing masing 68% dan 70 %. Pada indikator ketepatan jadwal kemoterapi sebagian besar yaitu 64,4 % dalam kategori kurang. Hal tersebut menggambarkan bahwa informasi mengenai manfaat dan tujuan kemoterapi sudah dijelaskan oleh petugas kesehatan sehingga pasien sudah mengerti manfaat dan tujuan kemoterapi, tetapi karena efek samping yang dialami

pasien karena dampak kemoterapi beberapa pasien menunda untuk melakukan kemoterapi seri berikutnya dengan berbagai macam alasan terutama kesiapan fisik dan psikologis.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Nilai Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Pemikiran	50,0	33,4	55,0	36,6	45,0	30,0	150,0	100
2	Pertimbangan	60,0	40,0	32,0	21,3	58,0	38,6	150,0	100
3	Harapan	117,0	78,0	14,0	9,3	19,0	12,4	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.5 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar mempunyai nilai yang baik pada indikator harapan terhadap pengobatan kemoterapi yaitu sebesar 78%. Hal ini dikarenakan informasi manfaat dan tujuan kemoterapi sudah dijelaskan dengan baik oleh petugas kesehatan dan dapat dimengerti dengan baik oleh pasien dan beberapa keluarga pasien. Pada indikator pemikiran kategori yang paling banyak adalah cukup yaitu sebesar 36,6%. Pada kategori pertimbangan mayoritas responden yaitu 40% adalah baik.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Sikap Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Kognitif	89,0	59,3	58,0	38,7	3,0	2,0	150,0	100
2	Afektif	57,0	38,0	32,0	21,3	61,0	40,7	150,0	100
3	Konatif	29,0	19,3	26,0	17,3	95,0	63,3	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.6 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar indikator konatif dalam kategori kurang yaitu sebesar 63,3%. Indikator kognitif sebagian besar dalam kategori baik yaitu 59%. Indikator afektif sebagian besar dalam kategori kurang yaitu 40,7 %.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Kepribadian Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Jumlah	
		(f)	(%)
1	<i>Extraversion</i>	56,0	37,3
2	<i>Agreeableness</i>	21,0	14,0
3	<i>Neuroticism</i>	35,0	23,4
4	<i>Openness</i>	24,0	17,0
5	<i>Conscientiousness</i>	14,0	9,3
	Total	150,0	100,0

Hasil penelitian pada tabel 5.7 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar mempunyai tipe kepribadian Ekstraversion yaitu sebesar 37,3 %. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks yang dirawat pada stadium II ke bawah mempunyai tingkat sosial tinggi serta senang berinteraksi dan bersahabat. Sesuai dengan yang ditemui di Irma Obgyn rumah sakit dr sutomo bahwa semakin seseorang terbuka semakin dini penyakit bisa terdeteksi sehingga semakin tepat dan cepat penanganan yang diberikan, karena mayoritas pasien yang datang sudah dalam kondisi terminal atau stadium III ke atas. Tipe kepribadian yang paling sedikit adalah tipe kepribadian *Conscientiousness* yaitu sebesar 9,3 %. Pada tipe kepribadian ini dijelaskan bahwa seseorang yang sangat berhati hati dan disiplin. Sesuai dengan kondisi yang ada

beberapa pasien yang datang dengan kondisi stadium II kurang berhati hati dan disiplin sehingga datang ke pelayanan dalam kondisi stadium II bukan pada stadium 0 atau I.

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Akses Layanan	139,0	92,7	11,0	7,3	0	0	150,0	100
2	Program pengobatan	24,0	16,0	126,0	84,0	0	0	150,0	100
3	Petugas kesehatan	150,0	100,0	0	0	0	0	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.8 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* semua yaitu 100% baik pada indikator petugas kesehatan. Tiga indikator yang terdapat dalam variabel pelayanan kesehatan tidak ada yang mempunyai kategori kurang. Indikator program pengobatan adalah indikator yang paling rendah dibandingkan dengan dua indikator yang lainnya yaitu akses layanan dan petugas kesehatan namun demikian mempunyai kategori cukup yaitu 84%.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Dukungan Informasi	52,0	34,6	82,0	54,7	16,0	10,7	150,0	100
2	Dukungan Emosional	87,0	58,0	38,0	25,3	25,0	16,7	150,0	100
3	Dukungan Instrumental	91,0	60,6	28,0	18,7	31,0	20,7	150,0	100
4	Dukungan Penghargaan	99,0	66,0	30,0	20,0	21,0	14,0	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.9 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar dalam kategori baik untuk indikator dukungan penghargaan yaitu sebesar 66%. Dukungan *instrumental* dalam kategori kurang paling banyak dibandingkan ketiga indikator dukungan keluarga tersebut yaitu sebesar 20,7%. Indikator dukungan informasi paling banyak dalam kategori cukup yaitu sebesar 54,7%.

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Koping Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Jumlah	
		(f)	(%)
1	<i>Problem Focus Koping</i>	52,0	34,7
2	<i>Emotion Fokus Koping</i>	98,0	65,3
	Total	150,0	100,0

Hasil penelitian pada tabel 5.10 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar mempunyai mekanisme koping *Problem Focus Koping* yaitu sebesar 34,7%. Selebihnya responden memiliki mekanisme koping *Emotional Fokus Koping* yaitu 65,3%. Semua pasien adalah perempuan yang mayoritas memiliki penyelesaian masalah secara *emotion focus coping*, tetapi kondisi perempuan tersebut adalah sakit sehingga kemungkinan beberapa orang berubah mekanisme kopingnya setelah mengalami sakit karena rasa ingin sembuh nya dalam menjalankan proses perawatan.

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Resiliensi Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* Yang Mendapatkan Kemoterapi di RSUD Dr. Sutomo Surabaya Tahun 2015

No	Indikator	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		Σ	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	<i>Meaningfulness</i>	97	64,7	40,0	26,7	13,0	8,7	150,0	100
2	<i>Equanimity</i>	49	32,7	49,0	32,7	52,0	34,7	150,0	100
3	<i>Perseverance</i>	56	37,3	41,0	27,3	53,0	35,3	150,0	100
4	<i>Self-Reliance</i>	35	23,3	15,0	10,0	100,0	66,7	150,0	100
5	<i>Existential Aloneness</i>	103	68,7	30,0	20,0	17,0	11,3	150,0	100

Hasil penelitian pada tabel 5.11 diketahui bahwa pasien kanker serviks *post TAH BSO* sebagian besar dalam kategori baik untuk indikator *Existential Aloneness* yaitu sebesar 68,7 %. Indikator *Self Reliance* merupakan indikator yang memiliki nilai terbesar pada kategori kurang yaitu sebesar 66,7%.

5.2.2 Analisis Uji Model

Dalam penelitian ini teknik analisis data yang digunakan adalah SEM yang merupakan metode analisis multivariat yang dapat digunakan untuk menggambarkan keterkaitan hubungan linier secara simultan antara variabel pengamatan/yang dapat diukur langsung (indikator/manifest) dan variabel yang tidak dapat diukur secara langsung (variabel laten). Variabel laten merupakan variabel tak teramati (unobserved) atau tak dapat diukur (unmeasured) secara langsung. Terdapat dua tipe variabel laten dalam SEM yaitu endogen dan eksogen. Variabel laten endogen adalah variabel laten yang minimal pernah menjadi variabel tak bebas dalam satu persamaan, meskipun dalam persamaan lain di dalam model tersebut menjadi variabel bebas. Variabel laten eksogen adalah variabel laten yang berperan sebagai variabel bebas dalam model. SEM merupakan gabungan dari analisis jalur, analisis faktor konfirmatori dan analisis

regresi. Secara garis besar system persamaan struktural terdiri dari model struktural (structural model) yaitu model yang menggambarkan hubungan antar peubah laten dan model pengukuran (measurement model) yaitu model yang menggambarkan hubungan antara peubah laten dengan peubah manifestnya.

5.2.2.1 Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.

Tabel 5.12 Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.0 untuk variabel stimulus Internal

Variabel			P	Estimate
Keprib.	<---	Internal		0,335
Pengl.	<---	Internal	0,00	0,786
Pengeth	<---	Internal	0,00	0,556
Keyak	<---	Internal	0,00	0,684
Nilai	<---	Internal	0,00	0,894
Sikap	<---	Internal	0,00	0,864

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil analisis CFA menggunakan AMOS 0,5 adalah kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap semua mempunyai kontribusi pada stimulus internal. Kontribusi stimulus internal untuk nilai sebesar 0,894 yaitu nilai tertinggi dibandingkan dengan indikator yang lainnya. Kontribusi stimulus internal untuk kepribadian sebesar 0,335.

Tabel 5.13 Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.0 untuk variabel stimulus Dukungan Keluarga

			P	Estimate
Instr	<---	Duk Klg	0,00	0,921
Infr	<---	Duk Klg	0,00	0,673
Ems	<---	Duk Klg	0,00	0,940
Pengh	<---	Duk Klg	0,00	0,624

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil analisis CFA menggunakan *AMOS* 0,5 adalah dukungan instrumen, dukungan informasional, dukungan emosi, dukungan penghargaan merupakan semua indikator yang berkontribusi pada dukungan keluarga. Sesuai dengan teori yang sudah ada bahwa dukungan keluarga terdiri dari keempat hal tersebut . Kontribusi dukungan keluarga untuk emosi sebesar 0,940 yaitu tertinggi daripada indikator yang lainnya. Dukungan emosi sangat diperlukan pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi karena efek samping kemoterapi dan proses penyakitnya membuat seseorang merasa putus asa. Kontribusi dukungan keluarga untuk penghargaan sebesar 0,624 yang merupakan nilai terendah jika dibandingkan dengan indikator yang lain.

Tabel 5.14 Hasil analisis CFA menggunakan *AMOS* 5.0 untuk variabel resiliensi

Variabel			P	Estimate
<i>Meanfl</i>	<---	Resiliensi	0,00	0,938
<i>Percv</i>	<---	Resiliensi	0,00	0,955
<i>Exist.</i>	<---	Resiliensi	0,00	0,868

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil analisis CFA menggunakan *AMOS* 0,5 adalah *meaningfull*, *perseverance*, *existential aloneness* merupakan indikator yang berkontribusi dalam membentuk resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Kontribusi resiliensi untuk *perseverance* sebesar 0,955 yaitu tertinggi daripada indikator yang lainnya. Terdapat 2 indikator resiliensi yang tidak signifikan sehingga tidak memberikan kontribusi terhadap variabel resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi yaitu *equanimity* dan *Self Reliance*.

Tabel 5.15 Hasil analisis CFA menggunakan AMOS 5.0 untuk variabel kepribadian

			P	Estimate
<i>Extraversion</i>	<---	Kepribadian	0,00	0,950
<i>Agreeableness</i>	<---	Kepribadian	0,00	0,566
<i>Neuroticism</i>	<---	Kepribadian	0,00	0,558
<i>Openness</i>	<---	Kepribadian	0,00	0,628
<i>Conscientiousness</i>	<---	Kepribadian	0,00	0,546

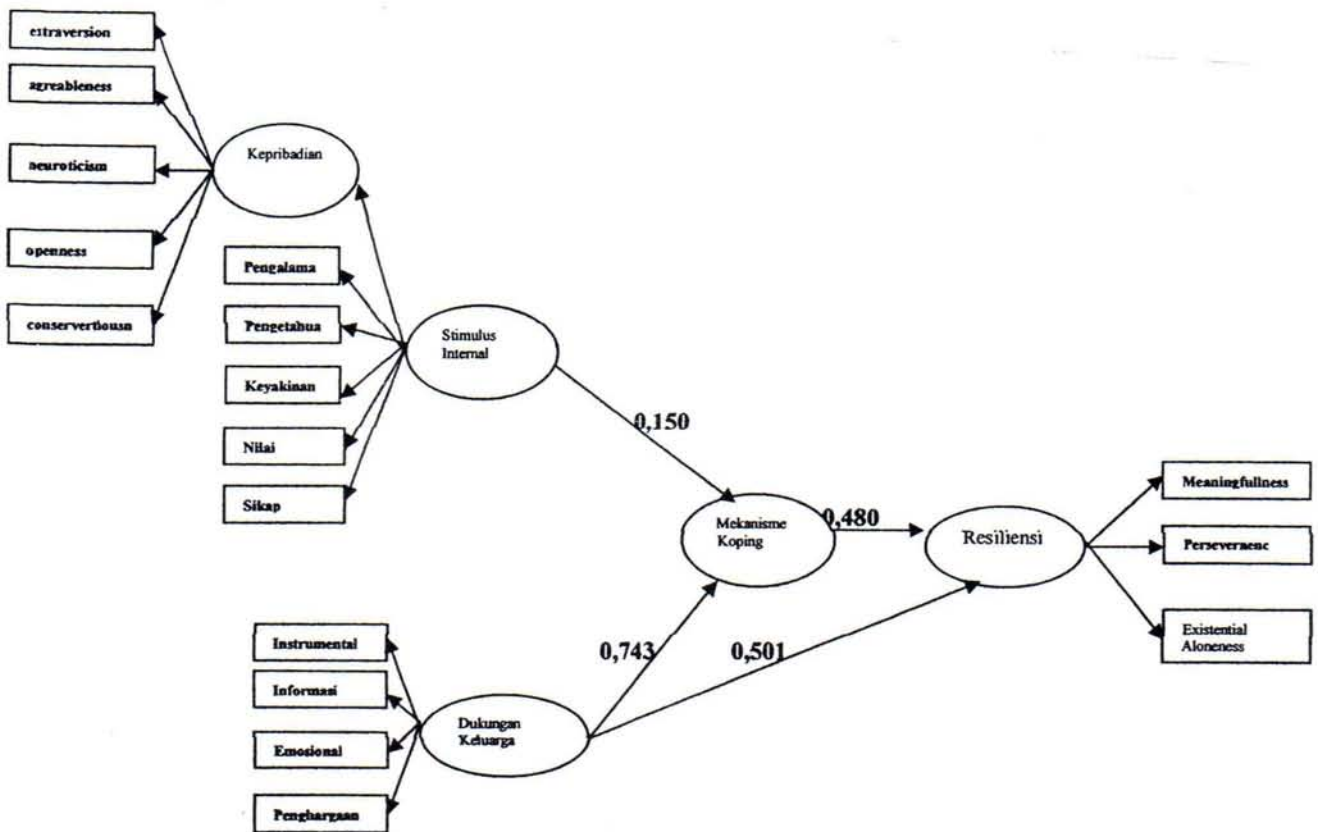
Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil analisis CFA menggunakan AMOS 0,5 adalah *extraversion*, *agreeableness*, *neuroticism*, *openness*, *conscientiousness* merupakan indikator yang berkontribusi dalam membentuk kepribadian pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Kontribusi kepribadian untuk *extraversion* 0,950 yaitu tertinggi daripada indikator yang lainnya

Tabel 5.16 Hasil analisis awal dan keempat menggunakan perangkat lunak AMOS 5,0

Variabel	Analisis awal (kesatu)		Analisis keempat (akhir)	
	p	Estimate	p	Estimate
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Koping ← Duk Klg	0,00	0,75	0,00	0,743
Koping ← <i>Stim Eks</i>	0,32	-0,04		
Koping ← <i>Stim Intl</i>	0,06	-0,15	0,047	0,150
Resiliensi ← Duk Klg	0,00	0,47	0,00	0,501
Resiliensi ← Koping	0,00	0,47	0,00	0,480
Resiliensi ← Internal	0,42	-0,04		
Resiliensi ← <i>Stim Eks</i>	0,19	-0,04		
keprib ← <i>Internal</i>		0,36		0,362
pengal ← <i>Internal</i>	0,00	0,84	0,00	0,836
penget ← <i>Internal</i>	0,00	0,58	0,00	0,576
keyak ← <i>Internal</i>	0,00	0,73	0,00	0,731
nilai ← <i>Internal</i>	0,00	0,85	0,00	0,850
sikap ← <i>Internal</i>	0,00	0,82	0,00	0,815
emosi ← Duk Klg		0,96		0,964
infor ← Duk Klg	0,00	0,64	0,00	0,638
instrumen ← Duk Klg	0,00	0,90	0,00	0,899
penghar ← Duk Klg	0,00	0,61	0,00	0,619
<i>meaning</i> ← Resiliensi		0,94		P0,943
<i>equanim</i> ← Resiliensi	0,05	-0,11	0,05	-0,113
<i>persev</i> ← Resiliensi	0,00	0,96	0,00	0,953

Variabel			Analisis awal (kesatu)		Analisis keempat (akhir)	
			p	Estimate	p	Estimate
Self rel	←	Resiliensi	0,03	-0,12	0,04	-0,123
existen	←	Resiliensi	0,00	0,86	0,00	0,860

Tabel di atas menunjukkan bahwa Model yang dihasilkan dengan analisis AMOS 5.0 memiliki nilai $p=0.000$ yang berarti secara statistika signifikan dan merupakan model fit yang dihasilkan. Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan nilai p terbesar setelah dilakukan analisis ke empat adalah pada kontribusi stimulus internal untuk coping yaitu sebesar 0,047 yang dapat diartikan bahwa stimulus internal mempunyai kontribusi yang sangat rendah pada coping yang dimiliki oleh pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Kontribusi dukungan keluarga untuk emosi sebesar 0,964 yang merupakan nilai tertinggi diantara nilai yang lain yang dapat diartikan bahwa dukungan emosi merupakan indikator yang paling besar dalam berkontribusi pada dukungan keluarga. Berdasarkan analisis amos tersebut didapatkan hasil akhir pengembangan model asuhan keperawatan coping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi adalah sebagai berikut:



Gambar 5.4: Model yang dihasilkan dengan analisis AMOS 5.0 memiliki nilai $p=0.000$ yang berarti secara statistika signifikan dan merupakan model fit yang dihasilkan. Model tersebut merupakan model akhir yang dihasilkan berdasarkan analisis keempat.

Gambar 5.4 tersebut menunjukkan bahwa nilai yang mempunyai besar pengaruh terbesar adalah dukungan keluarga menuju koping sebesar 0,743. Dukungan keluarga tanpa melalui mekanisme koping langsung kepada resiliensi merupakan nilai terbesar berikutnya yaitu sebesar 0,480. Dukungan keluarga merupakan variabel yang baik melalui koping ataupun tidak melalui koping memberikan kontribusi yang besar terhadap resiliensi. Namun demikian besar pengaruh dukungan keluarga lebih besar dengan melalui koping jika dibandingkan dengan tidak melalui koping atau langsung. Nilai estimasi yang

paling rendah adalah stimulus internal ke koping dengan nilai sebesar 0,150. Stimulus internal tidak bisa secara langsung mempengaruhi resiliensi tetapi harus melalui jalur koping terlebih dahulu.

5.3 Sosialisasi Focus Group Discussion (FGD)

Resiliensi pasien kanker serviks Post TAH-BSO yang mendapatkan kemoterapi di RSUD Dr Sutomo Surabaya dilakukan pembahasan dalam Focus Group Discussion (FGD). FGD ini bertujuan untuk melakukan sosialisasi variabel hasil penelitian kepada pengambil keputusan dan orang-orang yang terlibat dalam melakukan perawatan pada pasien kanker serviks Post TAH BSO yang mendapat kemoterapi di RSUD Dr Sutomo Surabaya.

FGD dilakukan terhadap isu-isu strategis, kemungkinan penyebab dan telaah penelitian. Cara menentukan isu-isu strategis berdasarkan masalah yang dialami oleh pasien kanker serviks Post TAH-BSO yang mendapatkan Kemoterapi yang menyebabkan pasien tersebut tidak dapat Resiliensi dengan frekuensi masalah di atas 20 %. Peserta FGD sebanyak 6-8 orang (Krueger & Casey, 2000). Hasil telaah dalam forum FGD dengan isu Resiliensi pasien kanker serviks Post TAH-BSO yang mendapat kemoterapi adalah sebagai berikut:

- 1) Waktu : Selasa, 15 Desember 2015, jam 13.00-14.00
- 2) Tempat : Ruang pertemuan Merak RSUD Dr Sutomo Surabaya
- 3) Peserta FGD : Kepala ruangan, Wakil Kepala ruangan, Perawat pelaksana
(4 orang)
- 4) Jumlah Peserta : 7 orang (perawat dan Peneliti)

5.3.1. Hasil *Focus Group Discussion* (FGD)

Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.17 Hasil *Focused Group Discussion* (FGD)

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
1	Kurangnya pengetahuan pasien tentang kemoterapi 1. Pengertian kemoterapi 2. Tujuan dilakukan pengobatan kemoterapi 3. Pentingnya kemoterapi 4. Efek samping kemoterapi. 5. Akibat tidak patuh kemoterapi	1. Kurangnya pengetahuan pasien 2. Keterbatasan pengalaman dalam melakukan kemoterapi 3. Ketidakmampuan pasien/ keluarga dalam merawat pasien.	a. Pasien sudah diberi tahu segala hal tentang kemoterapi. b. Beberapa pasien yang sudah pernah melakukan kemoterapi lebih dari 2 kali dianggap sudah mengerti karena sebelum tindakan kemoterapi yang pertama sudah sangat banyak penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan.	a. Perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang kemoterapi melalui metode ceramah, diskusi dan demonstrasi b. Penyusunan pedoman dalam mengajarkan cara merawat pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi
			c. Pengalaman dalam merawat pasien kanker serviks Post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi tidak pernah/ atau baru sekali ini saja. d. Sebelum diberikan kemoterapi	c. Mengenalkan pada pasien dan keluarga masalah-masalah yang mungkin muncul setelah diberikan melakukan kemoterapi

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			pasien dan keluarga sudah diberi tahu akan dilakukan kemoterapi pada pasien yang bersangkutan.	
2.	Keterbatasan Pengalaman dalam melakukan Kemoterapi sehingga tidak mengetahui beberapa dampak yang timbul akibat diberikan kemoterapi.	<p>1.Keterbatasan mengenal informasi tentang masalah atau dampak yang ditimbulkan akibat kemoterapi.</p> <p>2.Kurangnya kewaspadaan terhadap dampak yang ditimbulkan akibat kemoterapi</p> <p>3.Pengetahuan pasien yang kurang terhadap kemoterapi.</p> <p>4.Mempunyai pengalaman buruk terhadap dampak yang ditimbulkan akibat kemoterapi</p>	<p>a. Pasien kanker serviks Post TAH-BSO yang mendapatkan kemoterapi lebih dari 2 kali akan lebih tenang ketika melakukan kemoterapi tahap berikutnya karena pengalaman dalam melakukan kemoterapi sudah cukup. Beserta dengan dampak yang ditimbulkan serta bagaimana cara mengatasi dampak yang ditimbulkan.</p> <p>b. Pasien yang sudah menjalankan kemoterapi mengatakan bahwa kondisinya semakin buruk karena dampak kemoterapi yang sedang dijalankannya.</p>	a.Mengundang teman sebaya yang mempunyai motivasi yang cukup tinggi dan dinyatakan sudah tidak ada sel ganas lagi berdasarkan pemeriksaan secara patologi anatomi dan yang bersangkutan mempunyai riwayat yang rutin mengenai jadwal kemoterapi.

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			Akibat dampak atau efek samping yang terjadi akibat kemoterapi beberapa pasien datang di saat waktu yang tdk tepat untuk melakukan kemoterapi atau terlambat atau tidak sesuai dengan jadual yang sudah ditetapkan.	
3.	<p>Keyakinan terhadap kemoterapi yang masih rendah. Keyakinan tersebut meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keyakinan melakukan pengobatan kemoterapi. 2. Keyakinan manfaat pengobatan kemoterapi. 3. Keyakinan ketepatan jadual pengobatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pengetahuan pasien yang kurang terhadap kemoterapi. 2. Mempunyai pengalaman buruk terhadap dampak yang ditimbulkan akibat kemoterapi 		<p>Mengundang teman sebaya yang mempunyai motivasi yang cukup tinggi dan dinyatakan sudah tidak ada sel ganas lagi berdasarkan pemeriksaan secara patologi anatomi riwayat yang rutin mengenani jadual kemoterapi</p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
4.	<p>Nilai terhadap kemoterapi yang masih rendah. Nilai tersebut meliputi :</p> <p>1. Pemikiran tentang apa yang diinginkan terhadap kemoterapi.</p> <p>2. Perasaan yang muncul dalam melakukan kemoterapi.</p> <p>3. Perilaku yang muncul selama kemoterapi</p>	<p>1. Kurangnya pengetahuan tentang penanganan dampak kemoterapi.</p> <p>2. Pasien mengamati penderita lain yang menjalankan kemoterapi dan mempunyai banyak komplikasi sehingga mengeluh tentang dampak yang muncul akibat kemoterapi.</p>	<p>a. Pasien baru tidak bisa dibatasi melakukan komunikasi dengan pasien lama atau keluarganya yang sudah stadium lanjut yang sedang atau sudah melakukan kemoterapi beserta komplikasinya.</p> <p>b. Wakil Kepala Ruangan: Pasien mengatakan bahwa beberapa pasien yang akan melakukan kemoterapi tidak percaya diri ketika akan melakukan kemoterapi dengan alasan khawatir akan dampak yang ditimbulkan akibat kemoterapi.</p>	<p>a. Komunikasi antar pasien dan keluarga pasien difasilitasi oleh perawat untuk kegiatan curah pendapat tentang dampak kemoterapi dan penatalaksanaannya sehingga membuat pasien lain merasa percaya diri ketika atau akan melakukan kemoterapi.</p> <p>b. Perlu komunikasi terapeutik dan pendampingan yang intens antara perawat dengan pasien maupun keluarga dalam hal pemberian kemoterapi.</p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
5.	<p>Sikap terhadap kemoterapi yang masih kurang. Sikap tersebut meliputi :</p> <p>a. Komponen kognitif : yaitu komponen yang tersusun atas dasar pengetahuan dan informasi yang dimiliki seseorang tentang kemoterapi.</p> <p>b. Komponen afektif : komponen yang bersifat evaluatif yang berhubungan dengan rasa senang dan tidak senang</p> <p>c. Komponen konatif : kesiapan seseorang untuk bertindak laku</p>	<p>1. Pengetahuan pasien yang masih kurang karena mendapatkan informasi yang lebih banyak dari seseorang yang kurang berkompeten di dalam menjelaskan kemoterapi.</p> <p>1. Pasien kurang senang ketika akan atau saat diberikan kemoterapi</p> <p>2. Pasien kurang siap dari segi fisik maupun psikologis dalam menjalankan kemoterapi.</p>	<p>a. Kepala ruang: Pengetahuan pasien yang masih kurang karena mendapatkan informasi yang lebih banyak dari seseorang yang kurang pas dalam memberikan informasi tentang kemoterapi dalam sisi medis.</p> <p>b. Beberapa pasien nampak murung ketika akan menjalani kemoterapi maupun sesudah kemoterapi.</p> <p>b. Perawat pelaksana : Beberapa pasien mengeluh yang berlebihan ketika merasakan efek samping kemoterapi dan menceritakan efek tersebut ke beberapa teman satu ruangan sesama pasien yang sudah maupun yang belum pernah melakukan kemoterapi sehingga pasien yang akan menjalankan kemoterapi mempunyai</p>	<p>a. Perlu mengajak pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali manfaat kemoterapi</p> <p>b. Perlu metode mengajar yang tepat dengan memberi kesempatan bertanya pada pasien dan keluarga pasien kemoterapi <i>Post TAH BSO</i> tentang kemoterapi pada kasus kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> dan menggali kembali informasi yang sudah dimengerti oleh pasien maupun keluarga pasien tentang pemberian kemoterapi pada pasien kanker <i>post serviks post</i></p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			sugesti yang berlebihan mengenai efek samping kemoterapi seperti apa yang sudah diceritakan oleh temannya tersebut.	TAH BSO.
6.	<p>Kepribadian pasien kanker serviks Post TAH BSO yang mendapat kemoterapi yang sangat bervariasi .</p> <p>Kepribadian tersebut meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Extraversion</i> 2. <i>Agreableness</i> 3. <i>Neuroticism</i> 4. <i>Openness</i> 5. <i>Conservertiousnes</i> 	<p>1. Kepribadian meliputi segala corak perilaku dan sifat yang khas dan dapat diperkirakan pada diri seseorang, yang digunakan untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap rangsangan, sehingga corak tingkah lakunya itu merupakan satu kesatuan fungsional yang khas bagi individu itu.</p>	<p>a. Kepribadian pasien kanker serviks yang bermacam macam menentukan dampak fisik maupun psikologis pasien kanker serviks Post TAH BSO yang mendapatkan kemoterapi.</p>	<p>a. Perlu pemahaman oleh perawat dan keluarga yang merawat pasien kanker serviks Post TAH-BSO sehingga keluarga pasien dan perawat dapat memenuhi kebutuhan psikologis kepada pasien kankert serviks Post TAH BSO dalam rangka meningkatkan kualitas hidup pasien tersebut.</p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
7	<p>Pelayanan Kesehatan pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang masih kurang.</p> <p>Pelayanan Kesehatan tersebut meliputi :</p> <p>1) Akses Pelayanan.</p> <p>2) Program Pengobatan</p> <p>3) Petugas Kesehatan</p>	<p>1. Akses layanan yang kurang terjangkau dikarenakan pasien tinggal di pelosok desa terpencil.</p> <p>2. Program pengobatan hanya terdapat di RS tertentu yang tidak semua rumah sakit menyediakan pengobatan ini.</p> <p>3. Petugas Kesehatan yang kurang informatif dalam menyampaikan informasi baik kepada pasien maupun kepada keluarga pasien.</p>	<p>a. Beberapa pasien yang datang ke RSUD Dr Sutomo Surabaya sudah dirujuk dari fasilitas yang dekat dengan tempat tinggal pasien tersebut tetapi karena jarak tempuh tidak dekat oleh karena itu perlu waktu untuk datang ke RSUD Dr Sutomo Surabaya.</p> <p>b. Petugas Kesehatan sudah memberikan informasi kepada pasien dan keluarga ketika akan mendapatkan kemoterapi. Informasi yang diberikan meliputi Pengertian kemoterapi, tujuan diberikan kemoterapi, efek samping akibat kemoterapi, cara mengatasi akibat dampak yang terjadi karena</p>	<p>a. Perlu memberikan informasi yang dapat diterima oleh keluarga dan pasien dengan cara konseling kesehatan dan dilakukan evaluasi terhadap paparan informasi yang diterima oleh pasien maupun keluarga pasien. Jika dari hasil evaluasi tersebut kurang maksimal informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, perawat melakukan modifikasi cara pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.</p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			c. pemberian kemoterapi. d. Perawat ruangan: Beberapa pasien tidak tepat atau tertunda dalam melakukan kemoterapi.	
8.	Dukungan Keluarga pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang masih rendah. Dukungan keluarga tersebut meliputi : 1. Dukungan Informasi. 2. Dukungan Emosi. 3. Dukungan Instrumen. 4. Dukungan Penghargaan.	1. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang kemoterapi. 2. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang dampak positif dukungan yang diberikan kepada pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.	a. Beberapa keluarga pasien terlihat acuh terhadap pasien. b. Keluarga <i>menampakkan</i> kesedihan di depan pasien, bahkan beberapa keluarga <i>menangis</i> di depan pasien sehingga pasien ikut menangis. c. Beberapa pasien sering menanyakan keberadaan keluarganya di luar jam berkunjung. d. Pasien menanyakan apakah semua tindakan yang dilakukan kepada pasien sudah sepengetahuan keluarganya.	a. Perlu memberikan pengertian kepada keluarga tentang manfaat dukungan keluarga terhadap fisik maupun psikologis pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang mendapat Kemoterapi. b. Melibatkan keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. c. Melatih keluarga pasien di dalam memberikan dukungan kepada

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
				<p>pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> melalui pelatihan dukungan keluarga yang dilakukan oleh perawat kepada keluarga terdekat yang sering melakukan komunikasi dengan pasien atau mengambil keputusan dalam perawatan pasien.</p>
9.	<p>Resiliensi pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang masih rendah. Resiliensi tersebut meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meaningfullnes 2. Equanimity 3. Perseverance 4. Self- Reliance 5. Existential Aloneness 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangnya dukungan petugas kesehatan 2. Kurangnya Dukungan keluarga 	<p>a. Beberapa pasien mengatakan bahwa karena dukungan keluarga yang begitu tinggi, pasien termotivasi untuk sembuh sehingga berusaha untuk beradaptasi dengan baik akibat efek samping yang diakibatkan karena kemoterapi</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Perlu peningkatan dukungan keluarga terhadap kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> dengan cara bermain peran (<i>role play</i>) b. Melatih keluarga pasien di dalam memberikan dukungan kepada pasien

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			<p>b. Pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang mempunyai suami mengatakan bahwa stress yang dialami bukan karena penyakitnya, akan tetapi karena khawatir akan ditinggal suaminya karena menderita penyakit kanker serviks dan sudah tidak mempunyai <i>rahim</i> lagi.</p> <p>c. Pasien kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> yang mendapatkan kemoterapi yang selalu didampingi dan diperhatikan oleh keluarga biasanya lebih adaptif terhadap proses penyembuhannya sehingga cepat pulang karena hari rawatnya relatif lebih singkat.</p> <p>d. Tidak ada artinya apabila dukungan petugas kesehatan sangat baik tetapi tidak ada dukungan keluarga, karena pasien</p>	<p>melakukan komunikasi dengan pasien atau mengambil keputusan kanker serviks <i>Post TAH BSO</i> melalui pelatihan dukungan keluarga yang dilakukan oleh perawat kepada keluarga terdekat yang sering</p>

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Hasil FGD	Telaah Penelitian
			<p>merasa lebih dekat dengan keluarganya daripada dengan petugas kesehatan. e. Beberapa pasien mengatakan ingin selalu didampingi oleh keluarganya ketika sakit. Komunikasi antara petugas kesehatan – pasien – keluarga yang baik adalah keinginan dari pasien</p>	

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa permasalahan resiliensi yang terjadi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi berhubungan dengan kurangnya pengetahuan, keterbatasan pengetahuan, keyakinan yang rendah terhadap proses pengobatan, nilai yang rendah terhadap pengobatan, sikap yang kurang, kepribadian yang beraneka ragam, pelayanan kesehatan yang masih kurang, dukungan keluarga yang rendah. Dari permasalahan yang muncul tersebut perlu adanya intervensi pada keluarga dengan cara keluarga diberi kesempatan langsung untuk terlibat dalam melakukan tindakan kepada pasien. Keluarga diberikan pendidikan kesehatan dengan cara pelatihan dan role play bagaimana keluarga memberikan dukungan yang meliputi dukungan informasi, dukungan emosi, dukungan instrument, dukungan penghargaan.

5.5.2 Hasil sosialisasi FGD

Telaah yang sudah dilakukan dalam FGD tentang Resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi menghasilkan sebuah jalan keluar dari permasalahan berupa rekomendasi sebagai berikut:

1) Kurangnya pengetahuan pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi dalam hal Pengertian kemoterapi, tujuan dilakukan pengobatan kemoterapi, pentingnya kemoterapi, efek samping kemoterapi, akibat tidak patuh kemoterapi:

- a. Pendidikan kesehatan tentang kemoterapi perlu diberikan pada pasien.
- b. Penyusunan pedoman perlu disusun dalam mengajarkan cara mengatasi efek samping yang ditimbulkan akibat kemoterapi.
- c. Sosialisai pada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapat kemoterapi tentang dampak atau efek samping yang muncul akibat kemoterapi meliputi masalah pencernaan, integumen, endokrin, hematologi, dll.

2) Keterbatasan pengalaman pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi:

- a. Peningkatan kesadaran tentang proses penyembuhan.
- b. Testimoni dengan *survivor* kanker yang berhasil sembuh.
- c. Pendidikan kesehatan tentang cara menangani dampak atau efek samping yang muncul akibat kemoterapi.

3) Keyakinan yang rendah terhadap proses pengobatan.

- a. Pendidikan kesehatan tentang manfaat kemoterapi.

- b. Mendorong keluarga melakukan dukungan yang maksimal terhadap pasien kanker serviks Post TAH-BSO yang mendapat kemoterapi.
- 4) Nilai yang rendah terhadap pengobatan :
- a. Testimoni dengan *survivor* kanker yang berhasil sembuh.
 - b. Perlu dukungan keluarga yang maksimal pada saat pengobatan.
- 5) Sikap yang kurang terhadap kemoterapi:
- a. Perlu menghadirkan keluarga saat melakukan tindakan keperawatan khususnya dalam hal persiapan kemoterapi dan penanganan efek samping kemoterapi.
 - b. Perlu metode mengajar yang melibatkan pasien dan keluarga dalam hal persiapan kemoterapi dan penanganan efek samping kemoterapi.
- 6) Kepribadian yang beraneka ragam:
- a. Perlu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga untuk dapat mengenali kepribadian pasien sehingga baik keluarga maupun pasien dapat mengetahui apa yang menjadi kelemahan dan kelebihan pasien. Hal tersebut dapat lebih menggali potensi yang dimiliki oleh pasien.
- 7) Pelayanan Kesehatan yang masih kurang:
- a. Perlu dukungan keluarga dalam hal memenuhi kekurangan pelayanan kesehatan seperti memutuskan dengan segera jika pasien memerlukan rujukan, menyediakan transportasi yang digunakan untuk menjangkau tempat rujukan, menyiapkan biaya pengobatan dan perawatan.
- 8) Dukungan Keluarga yang masih kurang:

- a. Perlu pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang pentingnya dukungan informasi dari keluarga kepada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi dengan cara ceramah dan simulasi / role play.
 - b. Perlu pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang pentingnya dukungan emosi dari keluarga kepada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi dengan cara ceramah dan simulasi / role play.
 - c. Perlu pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang pentingnya dukungan instrumen dari keluarga kepada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi dengan cara ceramah dan simulasi / role play.
 - d. Perlu pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang pentingnya dukungan penghargaan dari keluarga kepada pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi dengan cara ceramah dan simulasi / role play.
- 9) Resiliensi Pasien yang masih rendah:
- a. Mengajarkan pasien untuk membentuk koping yang positif dalam menjalani kemoterapi.
 - b. Mengajarkan keluarga untuk dapat berperan serta membentuk koping yang positif pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi melalui dukungan keluarga secara maksimal dengan metode role play.

5.4 Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan Kemoterapi.

Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan kemoterapi menekankan pada aspek pembelajaran keterlibatan langsung keluarga dalam merawat pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan kemoterapi. Isu isu strategis atau masalah yang muncul antara lain karena kurangnya pengetahuan, keterbatasan pengalaman, keyakinan dan nilai yang rendah terhadap pengobatan, fasilitas kesehatan yang kurang, dukungan keluarga yang masih rendah. Perawat selama ini sudah memberikan pendidikan kesehatan yang cukup pada pasien dan keluarga, namun demikian perlu adanya metode role play dan pelatihan tentang dukungan keluarga mengingat sesuai dengan hasil analisis statistik menunjukkan bahwa dukungan keluarga mempunyai kontribusi yang paling tinggi terhadap mekanisme koping maupun resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan kemoterapi.

Pada prinsipnya model Asuhan Keperawatan koping melalui dukungan keluarga ini bertujuan untuk meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH-BSO* yang mendapatkan kemoterapi. Pengembangan pada struktur perawatan dengan melibatkan keluarga secara langsung dalam melakukan dukungan informasi, instrumen, emosional, penghargaan yang menekankan pada aspek kehadiran saat perawat merawat pasien kanker serviks *Post TAH-*

BSO yang mendapat kemoterapi untuk meningkatkan resiliensi. Keterlibatan keluarga selanjutnya adalah melakukan penjelasan kembali dan dapat mempratekkan atau melakukan demonstrasi bagaimana keluarga memberikan dukungan informasi, emosi, instrumen, dan penghargaan. Pengembangan model perawatan untuk meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi lebih meningkatkan pada keterlibatan keluarga dalam setiap intervensi perawat terutama dalam melakukan dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasi, emosional, struktural, penghargaan.

Berikutnya adalah pemberian kesempatan oleh perawat pada keluarga pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi untuk menjelaskan kembali bagaimana cara memberikan dukungan kepada pasien berupa dukungan informasi, emosi, struktural, penghargaan. Keterlibatan keluarga juga dalam bentuk mendemonstrasikan kembali cara yang sudah diajarkan perawat kepada keluarga dalam upaya memberikan dukungan kepada pasien berupa dukungan informasi, emosi, struktural, penghargaan. Bentuk keterlibatan keluarga dalam memberikan dukungan keluarga kepada pasien ini lebih tepatnya jika dinamakan metode Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) untuk meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Adapun diskripsi dari pengembangan model adalah sebagai berikut :

Tabel 5.18 Pengembangan Berdasarkan Aktifitas asuhan koping pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi melalui dukungan keluarga kanker serviks (DK2S).

No	Struktur Pembelajaran	Standart DK2S	Pengembangan
1.	Dukungan Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan keluarga dalam mengenal kemoterapi. 2. Kemampuan keluarga menjelaskan masalah yang muncul pada pasien akibat pemberian kemoterapi. 3. Kemampuan keluarga menjelaskan bagaimana cara mengatasi masalah yang muncul pada pasien akibat pemberian kemoterapi. 4. Kemampuan keluarga mendemonstrasikan cara memberikan dukungan keluarga khususnya adalah dukungan informasi. 	Kemampuan keluarga secara mandiri dalam memberikan dukungan informasi pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.
2.	Dukungan Emosi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan keluarga untuk peduli kepada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 2. Kemampuan keluarga untuk mencintai pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 3. Kemampuan keluarga untuk memberikan kasih sayang pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 4. Kemampuan keluarga untuk memberikan rasa 	Kemampuan keluarga secara mandiri dalam memberikan dukungan emosi pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.

No	Struktur Pembelajaran	Standart DK2S	Pengembangan
		5. nyaman kepada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 6. Kemampuan keluarga mendemonstrasikan rasa peduli, mencintai, memberikan kasih sayang, sehingga penderita merasa nyaman dengan kondisi saat ini.	
3.	Dukungan Instrumen	1. Kemampuan keluarga untuk ikut serta membantu merawat pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 2. Kemampuan keluarga dalam memberikan makanan yang bergizi pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 3. Kemampuan keluarga dalam menyediakan biaya ke klinik atau puskesmas untuk pemantauan kesehatan ataupun pengobatan pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 4. Kemampuan keluarga untuk mengantarkan ke klinik ataupun RS pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 5. Kemampuan keluarga mendemonstrasikan dalam memberikan makanan yang	Kemampuan keluarga secara mandiri dalam memberikan dukungan instrumen pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.

No	Struktur Pembelajaran	Standart DK2S	Pengembangan
		bergizi pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.	
4.	Dukungan Penghargaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan keluarga untuk menyemangati dalam melakukan perawatan dan pengobatan pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 2. Kemampuan keluarga untuk memberikan arahan untuk kesembuhan dan keberlanjutan perawatan dan pengobatan pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 3. Kemampuan keluarga untuk memberikan motivasi kepada keluarga dalam pemberian pengobatan kemoterapi hingga tuntas pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi. 4. Kemampuan Keluarga untuk memberi pujian ketika pasien bisa <i>melakukan cara</i> mengatasi efek samping pada kemoterapi: botak, mual muntah, pusing. 5. Kemampuan keluarga mendemonstrasikan cara <i>menyemangati</i>, memberikan arahan untuk kesembuhan dan keberlanjutan perawatan dan pengobatan sampai 	Kemampuan keluarga secara mandiri dalam memberikan dukungan penghargaan pada pasien kanker <i>serviks Post TAH BSO</i> yang mendapat kemoterapi.

No	Struktur Pembelajaran	Standart DK2S	Pengembangan
		tuntas, memberi pujian ketika pasien bisa melakukan cara mengatasi efek samping pada kemoterapi: botak, mual muntah, pusing.	

5.7 Simulasi Model

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini berupa pendidikan kesehatan dengan cara melibatkan keluarga secara langsung dalam setiap tindakan yang dilakukan pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi. Dalam konteks penelitian ini menggunakan metode Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) merupakan bentuk operasional dari transaksional.

Pada kelompok perlakuan dan kontrol masing-masing dilakukan pengukuran resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi sebelum dilakukan intervensi. Pemilihan pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi didasarkan pada keterlibatan selama proses penelitian yang meliputi tahap awal pengumpulan data, pengembangan modul dan implementasi keperawatan. Perbedaan perlakuan dilakukan pada media dan keterlibatan keluarga pasien. Pada kelompok perlakuan, media yang diberikan adalah modul dan bentuk keterlibatan meliputi kehadiran keluarga saat memberikan perawatan pada pasien. Keterlibatan keluarga dalam memberikan penilaian dan pendapat saat mengalami masalah dan kesempatan mendemonstrasikan ketrampilan yang telah didapat (DK2S). Sedangkan pada

kelompok kontrol, maka hasil resiliensi terhadap kemandirian ibu didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.19 Hasil Uji t test Resiliensi Pasien Kanker Serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Indikator	Mean±SD Perlakuan		Mean ±SD Kontrol		t	p	Keterangan
		Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah			
1	Dukungan Informasi	77,49 ± 5,62	86,67 ±7,03	72,00 ±10,54	72,50 ±10,43	3,562	0,003	Signifikan
2	Dukungan Emosi	78,33 ± 8,04	86,67 ±10,54	68,33 ± 13,49	72,50 ±6,85	3,562	0,003	Signifikan
3	Dukungan Instrumen	73,00 ± 6,56	78,33 ±5,49	65,67 ± 11,00	69,33 ±8,86	2,730	0,015	Signifikan
4	Dukungan Penghargaan	73,33 ± 8,60	85,83 ±9,66	66,66 ± 13,61	72,50 ±6,85	2,623	0,017	Signifikan

Dari informasi tabel 5.19 berdasarkan data tentang resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi adanya peningkatan resiliensi sebelum dan sesudah Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S). Data di atas menunjukkan bahwa rata-rata terjadi peningkatan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* sebelum dilakukan DK2S dibandingkan dengan resiliensi setelah dilakukan DK2S. Peningkatan resiliensi terjadi pada kelompok perlakuan. Pada kelompok kontrol terjadi peningkatan tetapi peningkatannya tidak setinggi yang terjadi pada kelompok perlakuan. Pada kelompok perlakuan peningkatannya sangat signifikan. Keadaan ini menunjukkan bahwa DK2S dapat meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO*.

Hasil uji *t-test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Pada tabel di atas menunjukkan bahwa pada setiap indikator dukungan

keluarga pada kelompok perlakuan terdapat perbedaan yang signifikan. Pada kelompok kontrol, pada setiap indikator dukungan tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Terdapat perbedaan antara resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* melalui Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) dibandingkan dengan metode konvensional. Resiliensi pasien kanker serviks *Post TAH BSO* menggunakan Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) lebih meningkat dibandingkan dengan metode konvensional.

BAB 6
PEMBAHASAN



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Hubungan antar variabel

6.1.1 Pengaruh Stimulus Internal (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap), stimulus eksternal, dukungan keluarga terhadap mekanisme coping.

Stimulus Internal (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap), stimulus eksternal, dukungan keluarga berpengaruh positif dan signifikan terhadap coping. Keadaan ini dapat dijelaskan bahwa dengan kepribadian, pengetahuan, pengalaman, nilai, sikap, keyakinan individu dapat menyadari, dapat meningkatkan mekanisme coping yang positif. Mengerti tentang keadaan lingkungan yang ada di sekitarnya. Komponen pengetahuan itu merupakan aktivitas yang *integrated*, maka seluruh yang ada dalam individu seperti perasaan, pengalaman, kemampuan berpikir, kerangka acuan, dan aspek-aspek yang lain yang ada dalam diri individu yang akan ikut berperan (Lazarus, 1983).

Beberapa faktor yang Mempengaruhi Strategi Coping (Lazarus 1984) :

1) Kesehatan Fisik: kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres, individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar. 2) Keyakinan atau pandangan positif: keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan

(*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe : (*problem-solving focused coping*. 3) Keterampilan memecahkan masalah: keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi yang terkait dengan pengetahuan yang berhubungan dengan kanker serviks dan kemoterapi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat. 4) Keterampilan sosial, keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat. 5) Dukungan sosial, dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya. 6) Materi, dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

Pengetahuan dan pengalaman pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi akan sangat mempengaruhi terjadinya keyakinan positif yang akan berpengaruh terhadap koping yang dimiliki dalam menghadapi proses perawatan pasien kanker serviks *post TAH BSO*. Pengetahuan yang kurang dalam hal perawatan pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi dan pengalaman yang minimal akan menyebabkan

pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi menyebabkan seseorang memiliki mekanisme koping yang negatif terhadap proses perawatan khususnya dalam pemberian kemoterapi seri berikutnya atau dalam mengatasi dampak yang terjadi akibat pemberian kemoterapi.

Pengalaman pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi sebagian besar mendapatkan pengalaman yang sedang dalam menjalankan kemoterapi. Pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi yang melakukan kemoterapi kurang dari dua kali sangat kurang pengalaman dalam melakukan kemoterapi atau dalam mengatasi dampak yang terjadi akibat pemberian kemoterapi. Pengalaman yang direspon secara positif maka dapat meningkatkan koping yang adaptif, sebaliknya jika pengalaman respon negative akan meningkatkan koping yang negative. Pengalaman merupakan suatu proses pembelajaran dan penambahan perkembangan potensi bertingkah laku baik dari pendidikan formal maupun non formal atau bisa diartikan sebagai suatu proses yang membawa seseorang kepada suatu pola tingkah laku yang lebih tinggi. Suatu pembelajaran juga mencakup perubahan yang relatif tepat dari perilaku yang diakibatkan pengalaman, pemahaman dan praktek. (Knoers & Haditono, 1999). Pengalaman merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia sehari – harinya. Pengalaman juga sangat berharga bagi setiap manusia, dan pengalaman juga dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia. Pengalaman

pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi dalam menjalankan seri kemoterapi juga merupakan hal yang tidak terlupakan, karena hampir semua pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi mengharapkan hal yang terbaik untuk mempercepat penyembuhan kanker serviks yang sedang dialami. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu. (Notoadmojo, 1997).

Pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang akan mendapatkan kemoterapi pertama kali merasakan bahwa kemoterapi akan mampu menyembuhkannya. Keyakinan pasien menjadi berkurang ketika setelah mereka merasakan dampak yang cukup berat akibat efek samping kemoterapi yang dijalannya. Hari pertama setelah melakukan kemoterapi pertama mereka mengeluh tidak bisa tidur dan istirahat sama sekali. Mual muntah dan sakit yang dirasakan sampai ke tulang. Efek tersebut baru bisa pulih kembali kurang lebih satu minggu setelah melakukan kemoterapi. Belum sembuh dari dampak yang dirasakan akibat efek samping kemoterapi yang sebelumnya, pasien harus melakukan kemoterapi seri yang berikutnya. Menjalankan kemoterapi seri selanjutnya oleh sebagian pasien dianggap hal yang traumatik karena tidak bisa beradaptasi dengan dampak kemoterapi yang dialaminya.

Pengalaman menjalankan kemoterapi menentukan kesigapan baik pasien maupun keluarga di dalam mengatasi dampak kemoterapi yang akan dilakukan pasien untuk seri berikutnya. Pengalaman tentang kemoterapi tidak akan bisa pernah terlupakan bagi penderita kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi. Beberapa keluarga dan pasien mengatakan pengalaman kemoterapi pertama kali menjadikan pengalaman yang sangat buruk sepanjang hidupnya. Mereka mengatakan dengan adanya dampak atau efek samping yang pertama kali terjadi setelah menjalankan kemoterapi yang pertama kali merasakan putus asa. Ketidakyakinan untuk menjalankan kemoterapi yang berikutnya merupakan perasaan yang muncul karena respon pengalaman yang kurang positif dalam menjalankan kemoterapi dan bagaimana penatalaksanaan kemoterapi yang seharusnya dilakukan oleh keluarga dan pasien sehingga membuat pasien merasa nyaman dan tidak trauma terhadap kemoterapi yang sudah pernah dijalani.

Pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang akan mendapatkan kemoterapi lebih dari 3 kali sebagian besar mengatakan bahwa pasien dan keluarga sudah cukup bisa beradaptasi dengan efek kemoterapi yang akan dijalannya. Persiapan menjelang kemoterapi pun dilakukan dengan sangat baik oleh pasien dan keluarga. Mereka juga bisa mempersiapkan dalam mengantisipasi dampak yang muncul akibat kemoterapi. Meskipun beberapa pasien mengatakan sudah cukup lelah dengan menjalankan kemoterapi lebih dari 3 kali atau seri. Pasien yang sudah menjalankan kemoterapi lebih dari 3

kali mempunyai semangat untuk menjalankan kemoterapi berikutnya lebih besar karena kemoterapi yang akan dijalannya hanya tinggal beberapa kali saja. Namun demikian beberapa pasien kondisinya ada yang memburuk semakin banyak kemoterapi yang dijalannya karena tidak bisa beradaptasi dengan efek samping atau dampak yang muncul akibat kemoterapi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi mempunyai pengetahuan yang baik tentang kemoterapi. Hal tersebut terjadi karena paparan informasi yang diperoleh pasien sudah cukup banyak dari petugas kesehatan, sesama penderita kanker, media cetak maupun elektronik.

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2003)

Pengetahuan juga dapat didefinisikan sebagai fakta atau informasi yang kita anggap benar berdasarkan pemikiran yang melibatkan pengujian empiris (pemikiran fenomena yang diobservasi secara langsung) atau berdasarkan atas proses berpikir lainnya seperti pemberian alasan logis atau penyelesaian masalah (Hidayat, 2007). Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hasil “tahu” penginderaan manusia terhadap suatu objek tertentu, termasuk di dalamnya adalah ilmu. Pengetahuan

merupakan khasanah kekayaan mental yang secara langsung turut memperkaya hidup kita dan merupakan informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang, sehingga pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa pengetahuan memiliki enam tingkatan yang bergerak berurutan dari tingkatan yang paling rendah sampai yang paling kompleks, yakni ; 1) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap bahan yang dipelajari atau rangsangan yang terpelajari merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, mengidentifikasi, mengatakan dan sebagainya. 2) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan dan menyebutkan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari. 3) Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain. 4) Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu obyek dalam komponen. Tetapi

masih didalam suatu atau struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menjabarkan ini (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya. 5) Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada misalnya dapat menyusun, merencanakan, menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

Sebagian responden dapat menjawab mengenai pengertian kemoterapi, tujuan dilakukan pengobatan kemoterapi, pentingnya kemoterapi dan efek samping kemoterapi, akan tetapi sebagian besar responden (80%) tidak bisa menjawab akibat atau dampak jika seseorang terlambat dalam melakukan kemoterapi untuk seri berikutnya. Sesuai dengan teori yang sudah ada bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya adalah usia responden, pengalaman dalam melakukan kegiatan tertentu yang dalam hal ini adalah kemoterapi, paparan informasi sebelumnya, soial budaya, minat terhadap obyek tertentu, dll.

Menurut pendekatan konstruktivistis, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan tersedia dan sementara orang lain tinggal

menerimanya. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi mempunyai keyakinan yang kurang dalam melakukan kemoterapi dalam hal ketepatan jadwal melakukan kemoterapi. Keyakinan yang baik sebagian besar terdapat pada bagian tujuan dilakukan kemoterapi. Hal tersebut banyak faktor yang mempengaruhi mengapa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* mempunyai keyakinan yang kurang dalam ketepatan jadwal melakukan kemoterapi antara lain adalah informasi yang didapatkan dari beberapa orang yang gagal dalam melakukan kemoterapi, efek samping atau dampak yang sudah dirasakan sehingga pasien merasa kurang yakin bahwa kemoterapi bisa menyembuhkan sakitnya, karena setelah dilakukan kemoterapi bukan malah menjadi lebih enak badannya, akan tetapi sebaliknya badan terasa sakit semua dan lemas.

Keyakinan adalah suatu sikap yang ditunjukkan oleh manusia saat ia merasa cukup tahu dan menyimpulkan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran. (Sarwono, 2002). Karena keyakinan merupakan suatu sikap, maka keyakinan seseorang tidak selalu benar atau keyakinan semata bukanlah jaminan kebenaran. Contoh: Pada suatu masa, manusia pernah meyakini bahwa bumi merupakan pusat tata surya, belakangan disadari bahwa keyakinan itu keliru.

Keyakinan adalah suatu keadaan psikologis pada saat seseorang menganggap suatu premis benar.(Eric,2006), keyakinan adalah fondasi untuk melakukan apa saja. Seseorang baru akan bertindak bila merasa yakin mampu melakukan sesuatu. Jika tidak yakin maka upaya yang di lakukan akan dikerjakan dengan setengah hati. Dan seseorang tahu, apapun yang dilakukan dengan setengah hati, tanpa kesungguhan, maka hasilnya pasti tidak akan pernah maksimal. Seringkali upaya yang dilakukan, jika diawali dengan perasaan tidak yakin, akan berakhir dengan kegagalan. Hal tersebut juga terjadi dengan pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Terdapat tiga macam. fondasi atau landasan seseorang yakin. Pertama, yakin yang hanya bermain di level kognisi atau pikiran sadar. Kedua, yakin yang bermain pada level afeksi atau pikiran bawah sadar. Yakin yang tipe ketiga yaitu yakin tanpa landasan.

Yakin harus diikuti dengan semangat . Komponen atau bagian dari semangat adalah konsistensi, persistensi, kegigihan. Tindakan yang dilandasi dengan suatu keyakinan yang teguh, bahwa kita pasti bisa berhasil, pasti akan dilakukan dengan penuh semangat. Semangat ini sebenarnya adalah motivasi intrinsik atau dorongan bertindak yang berasal dari dalam diri seseorang. Kekuatan semangat ini yang membuat seseorang akan terus mencoba walaupun telah gagal berkali-kali. Kekuatan semangat ini yang mendasari peribahasa “Tidak ada yang namanya kegagalan. Yang ada hanyalah hasil yang tidak seperti yang kita inginkan.

Syarat kedua adalah yakin yg diikuti dengan kekuatan fokus. Berarti kita hanya melakukan hal-hal yang memang berhubungan dengan target yang ingin kita capai. Pikiran kita menjadi sangat tajam, terpusat, seperti sinar laser yang siap untuk menembus berbagai penghalang. Kita tidak akan membiarkan berbagai cobaan atau distraksi membuat pikiran atau kegiatan kita menyimpang dari tujuan semula. Saat kekuatan fokus bekerja kita akan sangat memperhatikan hal-hal detail dalam upaya mencapai keberhasilan.

Syarat ketiga adalah yakin yg diikuti dengan kedamaian pikiran. Syarat ketiga ini sangat penting diperhatikan karena ini merupakan barometer untuk menentukan apakah keyakinan kita terhadap sesuatu itu *ekologis* atau tidak. Bila keyakinan kita bersifat *ekologis*, didasari dengan pikiran yang benar dan kebijaksanaan, maka saat kita bekerja keras dan giat untuk mencapai impian-impian kita, pikiran dan hati kita akan tetap merasa tenang, damai, dan bahagia. Ini adalah satu aspek penting yang jarang sekali diperhatikan oleh kebanyakan orang. Perasaan tenang, damai, dan bahagia merupakan indikasi bahwa apa yang kita lakukan benar-benar kita yakini akan berhasil. Sukses merupakan dampak yang pasti akan terjadi.

Syarat keempat adalah yakin yg diikuti dg kebijaksanaan. Kekuatan ini sangat penting karena digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap apa yang telah kita lakukan pada keyakinan kita. Dengan menggunakan kebijaksanaan kita dapat melakukan evaluasi dengan baik, benar, akurat, dan tanpa melibatkan emosi. Jika hasil yang dicapai belum seperti yang kita inginkan maka dengan

menggunakan kebijaksanaan kita dapat mengetahui permasalahannya dan dapat meningkatkan diri kita. Jika hasilnya sudah seperti yang kita inginkan maka, dengan menggunakan kebijaksanaan, kita dapat mempertahankan dan meningkatkan pencapaian itu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoeterapi mempunyai nilai yang kurang dalam melakukan kemoterapi terutama pada indikator pertimbangan. Nilai adalah alat yang menunjukkan alasan dasar bahwa "cara pelaksanaan atau keadaan akhir tertentu lebih disukai secara sosial dibandingkan cara pelaksanaan atau keadaan akhir yang berlawanan. (Hofstede,1980) . Nilai adalah asumsi yang abstrak dan sering tidak disadari tentang apa yang dianggap penting dalam masyarakat (Young,2013). Nilai adalah kesadaran yang secara relatif berlangsung disertai emosi terhadap objek (Green,2012). Nilai merupakan petunjuk umum yang telah berlangsung lama serta mengarahkan tingkah laku dan kepuasan dalam kehidupan sehari-hari (Woods, 2010). Nilai adalah gambaran mengenai apa yang diinginkan, yang pantas, berharga, dan dapat mempengaruhi perilaku sosial dari orang yang bernilai tersebut.(Lawang, 2009). Nilai adalah segala sesuatu yang dihargai masyarakat karena mempunyai daya guna fungsional bagi perkembangan kehidupan manusia (Hendropuspito, 2011).

Nilai memuat elemen pertimbangan yang membawa ide-ide seorang individu mengenai hal-hal yang benar, baik, atau diinginkan. Nilai sosial adalah

nilai yang dianut oleh seseorang, mengenai apa yang dianggap baik dan apa yang dianggap buruk oleh masyarakat. Untuk menentukan sesuatu itu dikatakan baik atau buruk, pantas atau tidak pantas harus melalui proses menimbang. Hal ini tentu sangat dipengaruhi oleh kebudayaan yang dianut masyarakat. Tak heran apabila antara masyarakat yang satu dan masyarakat yang lain terdapat perbedaan tata nilai. Bagi manusia, nilai berfungsi sebagai landasan, alasan, atau motivasi dalam segala tingkah laku dan perbuatannya. Nilai mencerminkan kualitas pilihan tindakan dan pandangan hidup seseorang dalam masyarakat. Menurut Notonegoro, nilai sosial terbagi tiga, yaitu: Nilai material, yaitu segala sesuatu yang berguna bagi fisik/jasmani seseorang. Nilai vital, yaitu segala sesuatu yang mendukung aktivitas seseorang. Nilai kerohanian, yaitu segala sesuatu yang berguna bagi jiwa/psikis seseorang.

Beberapa ciri-ciri nilai sosial adalah sebagai berikut : Nilai merupakan konstruksi masyarakat yang tercipta melalui interaksi di antara para anggota masyarakat. Nilai tercipta secara sosial bukan secara biologis ataupun bawaan lahir. Nilai sosial diimbaskan. Nilai dapat diteruskan dan diimbaskan dari satu orang atau kelompok ke orang atau kelompok lain melalui berbagai macam proses sosial seperti kontak sosial, komunikasi interaksi, difusi, adaptasi, adopsi, akulturasi maupun asimilasi. Nilai dipelajari. Nilai diperoleh, dicapai dan dijadikan milik diri melalui proses belajar, yakni sosialisasi yang berlangsung sejak masa kanak-kanak dalam keluarga. Nilai memuaskan manusia dan mengambil bagian dalam usaha pemenuhan kebutuhan-kebutuhan

sosial. Nilai yang disetujui dan yang telah diterima secara sosial itu menjadi dasar bagi tindakan dan tingkah laku, baik secara pribadi, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan.. Nilai merupakan asumsi-asumsi abstrak dimana terdapat konsensus sosial tentang harga relatif dari obyek dalam masyarakat. Nilai-nilai sosial secara konseptual merupakan abstraksi dari unsur-unsur nilai bermacam-macam obyek di dalam masyarakat. Nilai-nilai cenderung berkaitan satu dengan yang lain dan membentuk pola-pola dan sistem nilai dalam masyarakat. Dalam hal ini apabila tidak terjadi keharmonisan jalinan integral dari nilai-nilai akan timbul problema sosial dalam masyarakat.

Sistem-sistem nilai beragam bentuknya antara kebudayaan yang satu dengan kebudayaan yang lain, sesuai dengan penilaian yang diperlihatkan oleh setiap kebudayaan terhadap bentuk-bentuk kegiatan tertentu dalam masyarakat yang bersangkutan. Dengan kata lain, keanekaragaman kebudayaan dengan bentuk dan fungsi yang saling berbeda, menghasilkan sistem nilai yang berbeda pula. Nilai selalu memberikan pilihan dari sistem-sistem nilai yang ada, sesuai dengan tingkatan kepentingannya. Masing-masing nilai dapat mempunyai pengaruh yang berbeda terhadap orang perorangan dan masyarakat sebagai keseluruhan. Nilai-nilai juga melibatkan emosi dan perasaan. Nilai-nilai dapat mempengaruhi perkembangan pribadi dalam masyarakat secara positif maupun negative.-

Fungsi sosial antara lain sebagai berikut: Sebagai faktor pendorong, hal ini berkaitan dengan nilai-nilai yang berhubungan dengan cita-cita atau harapan. Sebagai petunjuk arah: cara berpikir, berperasaan, dan bertindak, serta panduan

menentukan pilihan, sarana untuk menimbang penilaian masyarakat, penentu dalam memenuhi peran sosial, dan pengumpulan orang dalam suatu kelompok sosial. Nilai dapat berfungsi sebagai alat pengawas dengan daya tekan dan pengikat tertentu. Nilai mendorong, menuntun, dan kadang-kadang menekan para individu untuk berbuat dan bertindak sesuai dengan nilai yang bersangkutan. Nilai menimbulkan perasaan bersalah dan menyiksa bagi pelanggarnya. Nilai dapat berfungsi sebagai alat solidaritas di kalangan kelompok atau masyarakat. Nilai dapat berfungsi sebagai benteng perlindungan atau penjaga stabilitas budaya kelompok atau masyarakat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoeterapi mempunyai sikap yang kurang dalam melakukan kemoterapi terutama pada indikator konatif. Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Menurut Sunaryo (2004), sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek dan situasi yang relatif ajeg, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respons dan berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya.

La Pierre (dalam Azwar, 2003) memberikan definisi sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli

sosial yang telah terkondisikan. Soetarno (1994) memberikan definisi sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu. Sikap senantiasa diarahkan kepada sesuatu artinya tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap diarahkan kepada benda-benda, orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan lain-lain.

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Sikap adalah: 1) Pengalaman pribadi. Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas. 2) Kebudayaan. B.F. Skinner (dalam, Azwar 2005) menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk kepribadian seseorang. Kepribadian tidak lain daripada pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah reinforcement (penguatan, ganjaran) yang dimiliki. Pola reinforcement dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain. 3) Orang lain yang dianggap penting. Pada umumnya, individu bersikap konformis atau searah dengan sikap orang-orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut. 4) Media massa. Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan

landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam mempresepsikan dan menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

Sikap memiliki beberapa karakteristik, antara lain: arah, intensitas, keluasan, konsistensi dan spontanitas (Assael, 1984 dan Hawkins dkk, 1986). Karakteristik dan arah menunjukkan bahwa sikap dapat mengarah pada persetujuan atau tidaknya individu, mendukung atau menolak terhadap objek sikap. Karakteristik intensitas menunjukkan bahwa sikap memiliki derajat kekuatan yang pada setiap individu bisa berbeda tingkatannya. Karakteristik keluasan sikap menunjuk pada cakupan luas mana kesiapan individu dalam merespon atau menyatakan sikapnya secara spontan. Dari definisi-definisi yang dikemukakan di atas dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi perasaan dan kecenderungan potensial untuk bereaksi yang merupakan hasil interaksi antara komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling bereaksi didalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek.

Komponen yang secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) yaitu kognitif (*cognitive*): berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk maka ia akan menjadi dasar seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari obyek tertentu. Afektif (*affective*) : menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki obyek tertentu. Konatif (*conative*) : komponen konatif atau

komponen perilaku dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku dengan yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapi.

Kepribadian berpengaruh positif dan signifikan terhadap mekanisme coping. Lazarus (1976) mengatakan bahwa coping adalah setiap usaha tingkah laku yang dijalankan oleh individu untuk mengatasi kesakitan atau luka, ancaman atau tantangan dengan cara mengubah hubungan yang bermasalah dengan lingkungan. Individu menjalankan coping jenis *direct action* atau tindakan langsung bila dia melakukan perubahan posisi terhadap masalah yang dialami. Hal ini dipengaruhi oleh kepribadian pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapatkan kemoterapi.

Individu melakukan langkah aktif dan antisipatif (bereaksi) untuk menghilangkan atau mengurangi bahaya dengan cara menempatkan diri secara langsung pada keadaan yang mengancam dan melakukan aksi yang sesuai dengan bahaya tersebut. Langkah aktif dan antisipatif tersebut dipengaruhi oleh kepribadian seseorang selain pengalaman yang sudah pernah didapatkan oleh seseorang.

Kualitas utama manusia sehat adalah penerimaan diri. Mereka menerima semua segi keberadaan mereka, termasuk kelemahan-kelemahan, dengan tidak menyerah secara pasif terhadap kelemahan tersebut dalam hal ini adalah menjalankan proses kemoterapi selanjutnya yang mana dampak yang diakibatkan karena kemoterapi sangat tidak nyaman bagi pasien. Kepribadian yang sehat adalah tidak dipengaruhi oleh emosi-emosi mereka, dan tidak berusaha bersembunyi dari emosi-emosi itu. Mereka dapat mengendalikan emosi, sehingga tidak mengganggu

hubungan antar pribadi. Pengendaliannya tidak dengan cara ditekan, tetapi diarahkan ke dalam saluran yang lebih konstruktif. Kualitas lain dari kepribadian sehat adalah “sabar terhadap kekecewaan”. Hal ini menunjukkan bagaimana seseorang bereaksi terhadap tekanan dan hambatan atas berbagai keinginan atau kehendak. Mereka mampu memikirkan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan yang sama. Orang-orang yang sehat tidak bebas dari perasaan tidak aman dan ketakutan.

Orang-orang sehat memandang dunia secara objektif. Sebaliknya, orang-orang yang mempunyai kepribadian *neurotis* kerap kali memahami realitas disesuaikan dengan keinginan, kebutuhan, dan ketakutan mereka sendiri. Orang sehat tidak meyakini bahwa orang lain atau situasi yang dihadapi itu jahat atau baik menurut prasangka pribadi. Mereka memahami realitas sebagaimana adanya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi sebagian besar mempunyai kepribadian *extraversion*. *Extraversion (E)* merupakan dimensi yang mengukur tingkat keterbukaan seseorang. Dimensi ini merupakan dimensi yang membahas *Ekstrovert* dan *introvert*. Jika nilai *Extraversion* tinggi, maka orang yang memiliki tingkat sosial tinggi, senang berinteraksi serta bersahabat. Sebaliknya, nilai *Extraversion* yang rendah menunjukkan bahwa orang tersebut masuk ke golongan *Introverted* dimana orang ini cenderung tenang dan tidak memiliki tingkat motivasi yang tinggi dalam bergaul.

Pengertian Kepribadian Menurut Para Ahli Kepribadian merupakan suatu konsep yang sangat luas. Itulah kenapa definisi kepribadian yang

disampaikan oleh beberapa ahli lain kadang berbeda. Namun perbedaan pendapat tersebutlah yang nantinya akan melengkapi serta juga memperkaya pengetahuan kita tentang konsep kepribadian. Berikut ini adalah pengertian atau juga definisi kepribadian menurut para ahli. Roucek dan Warren (2000) didalam buku "*Sociology an Introduction*", Roucek serta Warren mendefinisikan kepribadian ialah sebagai organisasi faktor-faktor biologis, psikologis, serta juga sosiologis yang mendasari perilaku individu. Faktor-faktor biologis tersebut meliputi keadaan fisik, watak, seksual, sistem saraf, proses pendewasaan individu yang bersangkutan, dan juga kelainan-kelainan biologis lainnya. Adapun faktor psikologis tersebut meliputi unsur tempramen, perasaan, kemampuan belajar, keinginan, keterampilan, dan lain sebagainya. Faktor sosiologis yang mempengaruhi kepribadian seorang individu tersebut dapat berupa proses dari sosialisasi yang diperoleh sejak kecil. Koentjaraningrat (2007) menyatakan bahwa kepribadian tersebut tersusun dari unsur-unsur akal serta juga jiwa yang menentukan tingkah laku atau juga tindakan seseorang. Yinger (2000) mengatakan bahwa kepribadian adalah keseluruhan dari perilaku seseorang dengan sistem kecenderungan tertentu yang berinteraksi atau berhubungan dengan serangkaian situasi. Jadi, bisa disimpulkan bahwa kepribadian adalah suatu perpaduan yang utuh antara sifat, sikap, pola pikir, emosi, serta juga nilai-nilai yang mempengaruhi individu tersebut agar berbuat sesuatu yang benar sesuai dengan lingkungannya. Theodore M. Newcomb (2002) menyatakan bahwa kepribadian adalah suatu organisasi sikap yang dipunyai seseorang sebagai latar belakang dari perilakunya. Hal tersebut berarti bahwa kepribadian itu menunjukkan

organisasi dari sikap-sikap seorang individu untuk dapat berbuat, mengetahui, berpikir, serta juga merasakan dengan secara khusus jika ia berhubungan dengan orang lain atau juga pada saat ia menghadapi suatu masalah / keadaan. M. A. W. Brower (2001) berpendapat bahwa kepribadian itu adalah corak tingkah laku sosial seorang individu yang meliputi yaitu kekuatan, keinginan, opini, dorongan, serta sikap-sikap seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepribadian: 1) Faktor Biologis, pada tiap-tiap orang pasti mempunyai warisan biologis yang berbeda dengan orang yang lainnya juga. Warisan biologis tersebut dapat berupa bentuk fisik yang berbeda diantara 1 orang dengan orang yang lain, bahkan juga pada anak kembar sekalipun. Karakteristik fisik seseorang tersebut dapat menjadi salah satu dari faktor penentu perkembangan kepribadian yang sesuai dengan bagaimana ia dapat memahami keadaan dirinya serta juga bagaimana ia diperlakukan didalam masyarakat. 2) Faktor Geografis dan Kebudayaan Khusus Letak geografis yang berbeda tersebut akan menghasilkan suatu jenis kebudayaan yang akan berbeda pula. Misalnya saja masyarakat pesisir yang akan menghasilkan kebudayaan nelayan, dengan masyarakat pedesaan yang akan menghasilkan kebudayaan petani, serta juga kebudayaan masyarakat kota. Letak geografis tersebut sebenarnya hanya merupakan dari karakteristik kepribadian umum dari suatu lingkungan masyarakat dan juga tidak semua warga masyarakat tersebut termasuk di dalamnya. Oleh sebab itu dapat disimpulkan bahwa kepribadian umum adalah suatu kepribadian yang dipunyai oleh sebagian besar anggota kelompok masyarakat. 3). Faktor Pengalaman Kelompok: Selama kehidupan seseorang, pasti terdapat kelompok-kelompok tertentu yang

diserap adanya gagasan-gagasan serta juga norma-normanya oleh seseorang. Kelompok keluarga merupakan kelompok pertama yang akan dilalui oleh suatu individu dan juga mungkin yang mempunyai peranan paling penting bagi pembentukan kepribadian seseorang. Kelompok lain yang dapat menjadi referensi individu didalam membentuk suatu kepribadiannya ialah kelompok bermain. Peranan kelompok bermain tersebut akan semakin berkurang pengaruhnya beriringan dengan pertambahnya usia seseorang. Selain dari keluarga serta kelompok bermain, kelompok mejemuk juga mempunyai peranan yang cukup besar bagi pembentukan suatu kepribadian seseorang. Kelompok mejemuk tersebut menunjuk pada suatu kenyataan masyarakat yang sangat bermacam-macam. Bermacam-macam dalam kelompok masyarakat ini memiliki pandangan-pandangan yang berbeda beda juga dalam memandang nilai serta norma. Didalam suatu keadaan perbedaan seperti ini, seorang individu tersebut hendaknya dapat menentukan sendiri apa sih yang dianggapnya baik bagi dirinya sehingga tidak terhanyut didalam arus perbedaan yang terjadi didalam masyarakat majemuk ditempatnya berada. 4). Faktor Pengalaman Unik : 2 orang yang hidup di lingkungan yang sama, belum tentu akan mempunyai kepribadian yang sama. Hal itu disebabkan karena adanya pengalaman yang pernah didapatkan oleh masing-masing individu yang selalu bersifat unik serta juga tidak ada seorangpun yang menyamainya. Itulah kenapa 2 orang individu yang hidup di suatu lingkungan yang sama tidak akan dapat menghasilkan kepribadian yang juga sama, bahkan pada orang yang lahir kembar sekalipun.

Teori Big Five merupakan teori yang banyak dimanfaatkan. Hal ini karena teori Big Five menunjukkan konsistensi pada usia dan jenis kelamin serta hasilnya bisa dikatakan sama jika digunakan dengan tes atau bahasa yang berbeda. Teori Big Five (BF) membagi kepribadian menjadi 5 dimensi yang biasa dikenal dengan singkatan OCEAN. Dimensi tersebut adalah *Openness* (O), *Conscientiousness* (C), *Extraversion* (E), *Agreeableness* (A) dan *Neuroticism* (N). Big Five mengukur kelima dimensi ini pada seseorang. Dengan demikian, hasil dari penggolongan kepribadian Big Five ini bukan mengerucut ke satu dimensi kepribadian saja, melainkan ukuran dari kelima dimensi OCEAN tersebut.

Openness (O) to Experience/Intellect merupakan dimensi yang mengukur tingkat penyesuaian seseorang. Jika nilai *Openness* tinggi, maka cenderung terbuka terhadap ide-ide baru, mudah bertoleransi terhadap perubahan dan senang dengan pengalaman-pengalaman baru. Jika nilai *Openness* rendah, maka bisa digolongkan ke dalam golongan *Closed-Minded* yang berarti cenderung tertutup dengan ide-ide baru. Pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kepribadian *Openness (O)* sebagian besar dapat resiliensi, hal ini dikarenakan seseorang dengan tipe ini cenderung lebih terbuka dan menerima terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya termasuk lebih bisa beradaptasi dengan efek samping yang muncul karena kemoterapi.

Conscientiousness (C) merupakan dimensi yang mengukur tingkat kehati-hatian seseorang. Jika nilai *Conscientiousness* tinggi, maka cenderung mengerjakan sesuatu dengan berhati-hati. Orang dengan *Conscientiousness* merupakan orang yang

terorganisir serta disiplin karena sifat hati-hatinya itu. Jika nilai *Conscientiousness* rendah, maka masuk ke golongan *Disorganized* yang berarti cenderung tidak teratur atau kacau. Pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kepribadian *Conscientiousness (C)* sebagian besar dapat resiliensi. Mereka cenderung melakukan kemoterapi tepat waktu sesuai dengan jadwal. Sifat disiplin ini juga mempengaruhi ketika beberapa dari mereka mengidap penyakit penyerta seperti dm, anemi sehingga kemoterapi tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, semakin membuat mereka merasa tidak disiplin dan mengalami stress yang berlebihan jika dibandingkan dengan yang lain.

Extraversion (E) merupakan dimensi yang mengukur tingkat keterbukaan seseorang. Jika nilai *Extraversion* tinggi, maka orang yang memiliki tingkat sosial tinggi, senang berinteraksi serta bersahabat. Sebaliknya, nilai *Extraversion* yang rendah menunjukkan bahwa orang tersebut masuk ke golongan *Introverted* dimana orang ini cenderung tenang dan tidak memiliki tingkat motivasi yang tinggi dalam bergaul. Pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kepribadian *Extraversion (E)* sebagian besar dapat resiliensi, hal ini dikarenakan seseorang dengan tipe ini cenderung lebih terbuka dan rileks dalam menghadapi suatu permasalahan. Mungkin juga seseorang yang tergolong dalam kondisi ini adalah *Extraversion ekstrovered*. Peneliti tidak meneliti lebih lanjut apakah kepribadian jenis ini masuk ke dalam *introverd* atau *ekstroverd*.

Agreeableness (A) merupakan dimensi yang mengukur tingkat keramahan seseorang. Orang dengan nilai *Agreeableness* yang tinggi biasanya digambarkan

dengan seseorang yang suka membantu, pemaaf dan penyayang. Nilai *Agreeableness* yang rendah menunjukkan bahwa orang tersebut masuk ke golongan *Disagreeable*, orang dengan tipe ini merupakan orang yang senang memberikan kritik, susah diajak kerjasama karena sifat kritisnya tersebut. Pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kepribadian *Agreeableness (A)* sebagian besar dapat resiliensi, karena orang dengan tipe ini adalah orang yang sangat memperhatikan dirinya sendiri termasuk pengobatan yang sedang mereka jalani yaitu kemoterapi.

Neuroticism (N) merupakan dimensi yang mengukur tingkat kecemasan seseorang. Orang dengan nilai *Neuroticism* yang tinggi cenderung lebih mudah merasa khawatir dalam hidupnya, secara emosional labil dan mudah merasa tidak aman. Karena rasa khawatirnya tersebut, orang seperti ini sering mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan dan komitmen. Nilai *Neuroticism* yang rendah masuk ke golongan *Calm / Relaxed* yang membuat orang dengan tipe ini cenderung lebih gembira dan puas terhadap hidup dibandingkan orang dengan *Neuroticism* yang tinggi karena memiliki sifat yang tenang dan rileks. Pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kepribadian *Neuroticism (N)* sebagian besar tidak dapat resiliensi, karena seseorang dengan kepribadian ini cenderung mempunyai emosional yang labil dan tidak bisa menerima kondisi tubuhnya yang dianggap tidak sempurna.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar kepribadian pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi mempunyai kepribadian jenis *extraversion* tetapi tidak dikaji lebih lanjut apakah masuk ke dalam *introvert* atau *extrovert*. Kepribadian seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor begitu juga

kepribadian pada responden ini, terutama ketika terdiagnosis kanker serviks dan menjalani kemoterapi. Peneliti tidak mendapatkan data dari responden sebelumnya apakah kepribadian sebelum sakit atau sebelum dilakukan kemoterapi adalah sama. Hal ini dapat menjadikan pertimbangan bagi seseorang yang ingin meneliti lebih lanjut mengenai kepribadian pada pasien kemoterapi.

Stimulus eksternal berpengaruh positif dan signifikan terhadap mekanisme koping. Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Notoatmojo (2006) adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan *preventif* (pencegahan) dan *promotion* (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Semakin seseorang dapat merasakan pelayanan kesehatan secara maksimal, semakin seseorang percaya diri dalam melakukan pengobatan, dan seseorang menjadi yakin terhadap proses penyembuhan penyakitnya sehingga mekanisme kopingnya menjadi positif karena salah satu faktor yang mempengaruhi koping adalah kepercayaan diri seseorang, yang mana dalam hal ini jika seseorang percaya terhadap pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, maka percaya diri dalam melakukan pengobatan sampai tuntas terjadi pada pasien tersebut sehingga dengan adanya percaya diri yang meningkat mekanisme koping juga akan menjadi positif.

Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini ada 3 indikator yaitu akses layanan, program pengobatan, petugas kesehatan. Semakin merasakan manfaat akses layanan, pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi semakin

termotivasi untuk melakukan pengobatan secara rutin sehingga perkembangan penyakitnya dapat terpantau dengan baik. Selain hal tersebut motivasi ini akan berdampak kepada coping pasien kanker serviks post TAH BSO dengan kemoterapi, karena salah satu faktor yang mempengaruhi coping adalah motivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan yang dalam hal ini adalah pasien kanker serviks post TAH BSO yang , melakukan perawatan untuk proses penyembuhan.

Petugas Kesehatan adalah orang yang sangat penting pengaruhnya terhadap coping seseorang karena petugas kesehatanlah yang memberikan motivasi selain dari keluarga. Petugas kesehatan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga, petugas kesehatan yang mendampingi pasien dan keluarga sehari hari ketika pasien berada di ruang rawat. Dengan didampingi oleh petugas kesehatan dalam waktu yang cukup, pasien merasakan ketenangan di dalam melakukan perawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi mempunyai kategori baik yaitu seratus persen pada indikator petugas kesehatan. Hal tersebut terjadi karena petugas kesehatan memberikan fasilitas baik berupa informasi ataupun sarana yang dapat digunakan oleh pasien dan keluarga untuk melakukan perawatan.

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. definisi pelayanan kesehatan menurut Notoatmojo (2006) adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Sedangkan menurut Levey dan

Loomba (1973), Pelayanan Kesehatan Adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Bentuk Pelayanan Berdasarkan Kesehatan Berdasarkan Tingkatannya: 1) Pelayanan kesehatan tiongkat pertama (primer) diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan.

Contohnya : Puskesmas, Puskesmas keliling, klinik. 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua(sekunder) Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer.

Contoh : Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D. 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Contohnya: Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di

bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Petugas kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Dokter, Perawat, Bidan.

Faktor dukungan keluarga berpengaruh positif dan signifikan terhadap mekanisme coping. Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan. Dukungan keluarga merupakan informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Menurut Sarason (1983) dalam Zainudin (2002). Dukungan keluarga adalah keberatan, kesedihan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita, pandangan

yang samajuga dikemukakan oleh Cobb (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

Fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah (Fridman,1999 : 24) :1) Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. 2) Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan. 3) Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. 4) Fungsi ekonomis : untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan. 5) Fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (1981:12) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan

seberapa besar perubahannya. 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga. 3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. 4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Bentuk Dukungan Keluarga: 1) Dukungan Emosional (*Emosional Support*)

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita kanker serviks (misalnya: umpan balik, penegasan) (Marlyn, 1998). 2) Dukungan Penghargaan (*Apprasial Assistance*) keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas

anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk penderita kusta, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita kanker serviks dengan penderita lainnya seperti orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri) (Marlyn, 1998). 3) Dukungan Materi (*Tangible Assistance*). Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marlyn, 1998) 4) Dukungan Informasi (*informasi support*) Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor dan disseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia, mencakup memberri nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat (Utami, 2003).

Dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga kepada penderita kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah : informasi yang dimiliki oleh keluarga untuk ditransferkan kepada penderita, kondisi kondusifitas sebuah keluarga yang merawat, sosial budaya, dll.

Mekanisme coping pasien kanker serviks *post TAH BSO* dapat dipengaruhi oleh baik tidaknya dukungan keluarga yang diterima pasien tersebut selama menjalani kemoterapi. Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial.

Mengapa dalam penelitian ini yang diteliti adalah dukungan sosial : dukungan keluarga, bukan dukungan sosial yang lain misalnya dukungan teman,dll, karena penderita kanker serviks semua adalah perempuan, status perkawinannya kawin atau sudah cerai, mempunyai suami dan anak, sehingga pasien mengalami gangguan fungsi dan peran sebagai perempuan. Fungsi sebagai perempuan: sebagai istri, peran sebagai perempuan sebagai ibu. Dengan berubahnya status kesehatan pada perempuan karena kanker serviks tersebut akan mempengaruhi status peran dan fungsinya sebagai perempuan, sehingga dalam hal ini keluarga lah yang dapat mendukung terhadap perubahan fungsi dan peran sebagai perempuan tersebut. Sesuai analisis statistik yang sudah dilakukan, menunjukkan bahwa dukungan emosional merupakan dukungan yang paling berkontribusi besar terhadap dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien kanker serviks. Dukungan emosional adalah dukungan yang diberikan kepada individu untuk meningkatkan perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa dukungan emosional yang paling penting adalah dukungan suami jika pasien masih memiliki suami. Jika pasien tidak memiliki suami karena suaminya sudah bercerai atau meninggal, dukungan anak merupakan dukungan keluarga yang paling penting. Suami dan anak merupakan orang yang berpengaruh besar terhadap psikologis seseorang. Suami adalah pasangan hidup istri atau ayah dari anak-anak (Hidayat, 2005). Suami mempunyai suatu

tanggung jawab yang penuh dalam suatu keluarga tersebut dan suami mempunyai peranan yang penting, dimana suami sangat dituntut bukan hanya sebagai pencari nafkah, akan tetapi sebagai pemberi motivasi atau dukungan dalam berbagai kebijakan yang akan diputuskan termasuk merencanakan keluarga. Dukungan suami adalah salah satu bentuk interaksi yang didalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata yang dilakukan oleh suami terhadap istrinya (Hidayat, 2005).

Dukungan yang diberikan suami merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang didalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata, bantuan tersebut akan menempatkan individu-individu yang terlibat dalam sistem sosial yang pada akhirnya akan dapat memberikan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* baik pada keluarga sosial maupun pasangan (Ingela, 1999). Dukungan moral seorang suami pada istrinya hal yang memang dibutuhkan dan sangat dianjurkan suami memberikan dukungan atau motivasi yang lebih besar kepada istrinya (Dagun, 2002). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Suami Menurut Cholil *et al* dalam Bobak (2004) menyimpulkan beberapa faktor yang mempengaruhi dukungan suami antara lain adalah: 1) Budaya: Masyarakat di berbagai wilayah Indonesia yang umumnya masih tradisional (*Patrilineal*), menganggap wanita tidak sederajat dengan kaum pria, dan wanita hanyalah bertugas untuk melayani kebutuhan dan keinginan suami saja. Anggapan seperti ini dapat mempengaruhi perlakuan suami terhadap istri. 2) Pendapatan sekitar 75%-100% penghasilan masyarakat dipergunakan untuk membiayai seluruh

keperluan hidupnya. Secara nyata dapat dikemukakan bahwa pemberdayaan suami perlu dikaitkan dengan pemberdayaan ekonomi keluarga sehingga kepala keluarga harus memperhatikan kesehatan keluarganya. 3)Tingkat Pendidikan: tingkat pendidikan akan mempengaruhi wawasan dan pengetahuan suami sebagai kepala rumah tangga. Semakin rendah pengetahuan suami maka akses terhadap informasi kesehatan bagi keluarga akan berkurang sehingga suami akan kesulitan untuk mengambil keputusan secara efektif.

Sikap negatif tentang kanker, mengakibatkan pasien yang baru didiagnosis berespon dengan cemas dan rasa takut, bahkan ketika prognosinya baik sekalipun, efek psikologis dan fisiologis akan menyebabkan perubahan pada konsep diri antara lain citra tubuh, gaya hidup. Dukungan keluarga memiliki peran penting bagi individu dalam menghadapi tantangan hidup sehari-hari termasuk pada pasien kanker serviks. Selain dukungan keluarga, mekanisme yang dimiliki oleh pasien itu sendiri dapat mempengaruhi psikologis pada pasien. Untuk itu diharapkan kepada keluarga dan petugas kesehatan agar memberi dukungan dan motivasi untuk menambah semangat pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi.

Dukungan sosial yang rendah khususnya adalah dukungan keluarga pada penderita penyakit kronik dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti peningkatan rasa stress, tidak berdaya dan putus asa, hal-hal tersebut yang pada akhirnya menurunkan status kesehatan. Menurunnya status kesehatan berarti menurunnya kualitas hidup penderita (Antari, 2013).

Penelitian tentang hubungan antara dukungan sosial, tingkat stress dan derajat kesehatan seseorang cukup banyak dilakukan di dunia. Beberapa penelitian yang sudah dilakukan menunjukkan bahwa seseorang yang mendapatkan dukungan sosial yang sedang hingga rendah mempunyai tingkat gangguan kesehatan yang lebih tinggi bila dibandingkan seseorang yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi (Yu *et al*, 2010). Mekanisme kerja dukungan sosial sehingga dapat bermanfaat bagi kesehatan tidak diketahui secara pasti, namun dukungan sosial khususnya adalah dukungan keluarga dikatakan dapat menurunkan tingkat stres (Kornblith *et al.*, 2001).

Dukungan keluarga membuat lebih terpenuhinya kebutuhan pasien, akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan, meningkatkan status psikososial, status nutrisi, dan peningkatan sistem imun (Patel, Paterson, Kimmel, 2005). Penelitian lain yang dilakukan pada pasien kanker payudara oleh Kornblith *et al.*, (2001) menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang sedang/rendah dapat menjadi penyebab efek psikososial yang timbul akibat perubahan hidup yang penuh dengan stres. Dukungan keluarga yang rendah dapat menambah efek dari gangguan psikologis yang berat. Menurut Pramudiani (1999), dukungan keluarga sangat diperlukan bagi individu yang mengalami stres ataupun bagi individu yang tidak mengalami stres. Fungsi dukungan sosial pada saat individu mengalami stres adalah sebagai sumber untuk melindungi individu dari stres yang berat.

Kemampuan *coping* stres tiap individu mempunyai tingkatan yang berbeda-beda karena banyak hal yang mempengaruhinya selama menderita penyakit kanker serviks terutama dampak yang terjadi karena efek samping kemoterapi.. Dalam

asuhan keperawatan, menurut Roy (1984) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai "*Holistic adaptif system*" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem adalah Suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Dalam hal ini pun demikian bahwa pasien kanker serviks ini tidak bisa berdiri sendiri tanpa adanya keluarga yang mendampingi, sehingga dukungan keluarga memang sangat dibutuhkan pada penderita kanker serviks ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi mempunyai koping kategori *Emosion Focus Koping*. Hal ini bisa terjadi karena semua responden adalah seorang perempuan yang mana sesuai dengan teori bahwa sebagian atau mayoritas perempuan memiliki mekanisme koping *emotion focus coping* dalam menyelesaikan masalahnya. Penelitian tentang strategi koping *Problem Focus Coping (PFC)* pada umumnya menemukan bahwa *Problem Focus Coping (PFC)* berhubungan dengan penyesuaian yang lebih baik dan *Emotional Focus Coping (EFC)* berkaitan dengan penyesuaian yang lebih buruk (Aldwin dalam Park, dkk, 2001) serta distress dan gangguan (Stanton, dkk, 1994).

Koping adalah sebuah mekanisme untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya non spesifik yaitu stres. Apabila mekanisme koping ini berhasil, seseorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut (Ahyan, 2010).

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999). Menurut Lazarus (1985), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu. Berdasarkan kedua definisi di atas, maka yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku individu dapat mengatasi stres dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Ada lima sumber koping yaitu: aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan individu, teknik-teknik pertahanan, dukungan sosial dan dorongan motivasi (Hidayat, 2008).

Carver, dkk., (1989), mengemukakan 5 macam PFC: 1) menghadapi masalah secara aktif, yaitu proses menggunakan langkah-langkah aktif untuk mencoba menghilangkan stressor atau memperbaiki akibatnya. Strategi ini meliputi memulai tindakan langsung, meningkatkan usaha, dan menghadapi masalah dengan cara-cara yang bijaksana; 2) perencanaan, adalah berpikir mengenai bagaimana menghadapi stressor. Perencanaan meliputi mengajukan strategi tindakan, berpikir mengenai langkah untuk mengurangi masalah dan bagaimana mengatasi masalah; 3) mengurangi aktifitas-aktifitas persaingan, berarti mengajukan rencana lain, mencoba menghindari gangguan orang lain, tetap membiarkan orang lain sebagai cara untuk menangani stressor. Seseorang mungkin mengurangi keterlibatan dalam aktifitas

persaingan atau menahan diri dari perebutan sumber informasi, sebagai cara untuk memusatkan perhatian pada tantangan atau ancaman yang ada; 4) pengendalian, yaitu menunggu kesempatan yang tepat untuk bertindak, menahan diri, dan tidak bertindak secara prematur. Pada dasarnya strategi ini tidak dianggap sebagai suatu strategi menghadapimasalah yang potensial, tetapi terkadang responnya cukup bermanfaat dan diperlukan untuk mengatasi tekanan, karena perilaku seseorang yang melakukan strategi pengendalian diri difokuskan untuk menghadapi tekanan secara efektif; 5) mencari dukungan sosial karena alasan instrumental, yaitu mencari nasehat, bantuan atau informasi;

Kedua, disebut dengan *emotion focused coping* (EFC), merupakan usaha yang dilakukan oleh individu untuk mengurangi atau menghilangkan stress yang dirasakannya tidak dengan menghadapi masalahnya secara langsung, tetapi lebih diarahkan untuk untuk menghadapi tekanan-tekanan emosi dan untuk mempertahankan keseimbangan afeksinya (Lazarus & Folkman, dalam Folkman, Bell (1977, dalam Rasmun 2004) menyatakan ada dua metode koping yang di gunakan oleh individu dalam mengatasi masalah psikologis yaitu: metode koping jangka panjang dan metode koping jangka pendek. Metode koping jangka panjang bersifat konstruktif dan merupakan cara yang efektif dan realitas dalam menangani masalah psikologis untuk kurun waktu yang lama, hal ini seperti; berbicara dengan orang lain, teman, keluarga atau profesi tentang masalah yang sedang dihadapi, mencoba mencari informasi yang lebih banyak tentang masalah yang sedang dihadapi, menghubungkan situasi atau masalah yang sedang dihadapi dalam kekuatan supra

natural, melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan/masalah, membuat berbagai alternatif tindakan untuk mengurangi situasi, mengambil pelajaran dari peristiwa atau pengalaman masalah. Sedangkan metode koping jangka pendek digunakan untuk mengurangi stres/ketegangan psikologis dan cukup efektif untuk waktu sementara, tetapi tidak efektif jika digunakan dalam jangka panjang contohnya adalah; menggunakan alkohol, melamun fantasi, mencoba melihat aspek humor dari situasi yang tidak menyenangkan, tidak ragu, dan merasa yakin bahwa semua akan kembali stabil, banyak tidur, banyak merokok, menangis, beralih pada aktifitas lain agar dapat melupakan masalah.

Pada tingkat keluarga koping yang dilakukan dalam menghadapi masalah seperti yang di kemukakan oleh Mc.Cubbin (1979, dalam Rasmun, 2004) adalah; mencari dukungan sosial seperti minta bantuan keluarga, tetangga, teman, atau keluarga jauh, reframing yaitu mengkaji ulang kejadian masa lalu agar lebih dapat menanganinya dan menerima, menggunakan pengalaman masa lalu untuk mengurangi stres/kecemasan, mencari dukungan spiritual, berdoa, menemui pemuka agama atau aktif pada pertemuan ibadah, menggerakkan keluarga untuk mencari dan menerima bantuan, penilaian secara pasive terhadap peristiwa yang di alami dengan cara menonton tv, atau diam saja. Menurut Carver, dkk., (1989), terdapat 8 strategi yang termasuk dalam kategori EFC, yaitu: 1) mencari dukungan sosial karena alasan emosional, yaitu mencari dukungan moral, simpati atau pengertian; 2) pelepasan emosi, yaitu kecenderungan untuk memusatkan pada gangguan apapun dan melepaskan emosi yang dirasakannya; 3) tindakan pelarian, yaitu mengurangi usaha

seseorang untukm berhadapan dengan stressor, menghentikan usaha mencapai tujuan menghilangkan stressor yang mengganggu; 4) pelarian secara mental, merupakan variasi dari tindakan pelarian, terjadi ketika kondisi pada saat itu menghambat munculnya tindakan pelarian.

Strategi yang menggambarkan pelarian secara mental ini adalah melakukan tindakan-tindakan alternatif untuk melupakan masalah, melamun, melarikan diri dengan tidur, membenamkan diri nonton televisi; 5) reinterpretasi dan perkembangan yang positif, yaitu mengatur emosi yang berkaitan dengan distress, bukannya menghadapi stressor itu sendiri. Kecenderungan ini oleh Lazarus dan Folkman (dalam Carver, dkk, 1989) disebut dengan penilaian kembali secara positif. Namun demikian, kecenderungan ini tidak terbatas pada mengurangi distres. Menafsirkan transaksi yang penuh stres secara positif mungkin akan membuat seseorang melanjutkannya dengan tindakan yang aktif, atau menggunakan PFC; 6) penolakan, yaitu menolak untuk percaya bahwa suatu stressor itu ada, atau mencoba bertindak seolah-olah stressor tersebut tidak nyata. Kadang-kadang penolakan menjadi pemicu masalah baru jika tekanan yang muncul diabaikan, karena dengan menyangkal suatu kenyataan dari masalah yang dihadapi seringkali mempersulit upaya menghadapi masalah yang seharusnya lebih mudah untuk pemecahan masalah; 7) penerimaan, yaitu individu menerima kenyataan akan situasi yang penuh stress, menerima bahwa kenyataan tersebut pasti terjadi. Penerimaan dapat memiliki dua makna, yaitu sebagai sikap menerima tekanan sebagai suatu kenyataan dan sikap menerima karena belum

adanya strategi menghadapi masalah secara aktif yang dapat dilakukan; 8) mengalihkan pada agama, individu mencoba mengembalikan permasalahan yang dihadapi pada agama, rajin beribadah dan memohon pertolongan Tuhan. Kemampuan setiap individu dalam memilih strategi koping dan menggunakannya untuk mengurangi tekanan adalah berbeda. Perbedaan juga terdapat dalam hal pemahaman tentang bagaimana dan kapan harus memakai strategi koping yang diperlukan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang dianggap sangat berpengaruh terhadap strategi koping adalah penilaian kognitif (Folkman, 1984; Folkman, dkk., 1986; Watson, dkk., 1984; Taylor, 1995). Menurut Folkman, dkk (1986), pemilihan strategi yang akan digunakan oleh individu dalam menghadapi suatu masalah dipengaruhi oleh penilaian individu terhadap masalah tersebut dan penilaiannya terhadap potensi yang dimilikinya untuk menghadapi masalah itu. Penilaian itu disebut sebagai penilaian kognitif.

Menurut Folkman (1984), penilaian individu terhadap situasi yang dihadapinya dan penilaian terhadap potensi yang dimilikinya untuk menghadapi masalah yang ada, mempengaruhi pemilihan strategi yang akan digunakan. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya setiap individu akan selalu berusaha menyesuaikan strategi yang akan digunakan dengan situasi yang dihadapinya. Menurut Folkman, dkk (1986), jika penggunaan suatu strategi dirasa tidak sesuai atau mengalami kegagalan, maka individu akan melakukan penilaian kembali terhadap situasi yang ada dan mengevaluasi strategi mana yang lebih sesuai dan lebih cepat. Selain penilaian kognitif, terdapat beberapa faktor lain yang juga mempengaruhi pemilihan

strategi koping. Billings dan Moos (1984) menyatakan bahwa faktor usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, kesadaran emosional, tingkat pendidikan, dan kesehatan fisik akan berpengaruh terhadap kecenderungan penggunaan strategi koping. Kepribadian juga terbukti mempengaruhi pemilihan strategi coping. Williams, dkk (dalam Taylor, 1995) menemukan bahwa individu yang tabah cenderung menggunakan strategi koping yang aktif dan efektif seperti PFC dan mencari dukungan sosial. Optimisme juga menyebabkan individu dapat mengatasi masalah secara lebih efektif dan adaptif (Carver & Scheier, 1994). Selain itu penelitian S. Cohen dan Edwards (dalam Cozzarelli, 1993; Taylor, 1995) menemukan bahwa perasaan mampu mengontrol peristiwa yang menekan dapat membantu seseorang menghadapi stress secara lebih efektif. Sementara itu individu yang memiliki harga diri yang tinggi cenderung lebih banyak menggunakan *PFC* (Carver, dkk, 1989).

Menurut Wiscar dan Sandra Sumber koping terdiri menjadi 2 faktor. Faktor dari dalam (internal) dan faktor dari luar (eksternal). 1) Faktor dari dalam meliputi : umur dimana semakin tinggi umur koping individu semakin baik, kesehatan dan energi , system kepercayaan termasuk kepercayaan ekstensial (iman, kepercayaan, agama) komitmen atau tujuan hidup, pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan atau pendidikan semakin tinggi individu mudah untuk mencari informasi, jenis kelamin perempuan lebih sensitive dari laki-laki, perasaan seseorang seperti harga diri, control dan kemahiran, keterampilan, pemecahan masalah. Teknik pertahanan, motivasi 2). Faktor dari luar meliputi : dukungan sosial, sumber material atau pekerjaan, pengaruh

dari orang lain, media massa. Dukungan sosial sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang atau lebih dengan tiga kategori yaitu dukungan emosi dimana seseorang merasa dicintai, dukungan harga diri dimana mendapat pengakuan dari orang lain akan kemampuan yang dimiliki, perasaan memiliki dalam sebuah kelompok.

6.1.2. Pengaruh Stimulus Internal (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap), stimulus eksternal, dukungan keluarga terhadap resiliensi.

Resiliensi menurut Persaud dalam Neenan (2009:3) adalah fondasi dari kesehatan mental yang positif. Resiliensi merupakan kemampuan kognitif dan sosioemosional. Secara implisit Piaget dalam Greff (2005: 10) menulis tentang *nature intelligence* yang mendefinisikan resiliensi ketika ia mengatakan bahwa "itu adalah mengetahui apa yang harus dilakukan ketika anda tidak tahu apa yang harus dilakukan". Dalam hal tersebut resiliensi berarti memiliki ketahanan dalam kondisi yang sulit. Resiliensi bukan hanya kemampuan untuk bertahan dalam kesulitan, namun juga menyembuhkan.

Reivich dan Shatte (2002: 26), bahwa resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi dan beradaptasi terhadap kejadian yang berat atau masalah yang terjadi dalam kehidupan. Bertahan dalam keadaan tertekan, dan bahkan berhadapan dengan kesulitan (*adversity*) atau trauma yang dialami dalam kehidupannya. Penelitian ilmiah yang telah dilakukan lebih dari 50 tahun telah membuktikan bahwa resiliensi adalah kunci dari kesuksesan kerja dan kepuasan hidup.

Siebert (2005: 16) dalam bukunya *The Resiliency Advantage* memaparkan bahwa yang dimaksud dengan resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi dengan baik perubahan hidup pada level yang tinggi, menjaga kesehatan di bawah kondisi penuh tekanan, bangkit dari keterpurukan, mengatasi kemalangan, merubah cara hidup ketika cara yang lama dirasa tidak sesuai lagi dengan kondisi yang ada, dan menghadapi permasalahan tanpa melakukan kekerasan. Definisi yang paling menekankan dua elemen sebagai penting untuk mendefinisikan resiliensi (Luthar dan Zelazo, 2003; Luthar et al, 2000;. Masten et al, 1990;. Rutter, 1987; Werner dan Smith, 1988), Pertama, perspektif masukan : eksposur terhadap risiko dan keadaan yang merugikan, yang dapat bervariasi dari sedang sampai risiko lingkungan yang ekstrim. Risiko dapat dikonseptualisasikan sebagai berikut: digunakan untuk memprediksi kerentanan terhadap berbagai hasil kehidupan negatif termasuk kegagalan.

Reaching out. Resiliensi, selain berguna untuk mengatasi pengalaman negatif, stres, atau menyembuhkan diri dari trauma, juga berguna untuk mendapatkan pengalaman hidup yang lebih kaya dan bermakna serta berkomitmen dalam mengejar pembelajaran dan pengalaman baru. Orang yang berkarakteristik seperti ini melakukan tiga hal dengan baik, yaitu: tepat dalam memperkirakan risiko yang terjadi, mengetahui dengan baik diri mereka sendiri ; dan menemukan makna dan tujuan dalam kehidupan mereka.

Berdasarkan penelitian longitudinal mengenai resiliensi melalui sebuah seminal studi oleh Werner dan Smith (2001) yang mengikuti anak-anak di pulau

Kauai dari bayi sampai dewasa, dengan sampel awal menargetkan semua kehamilan di pulau pada tahun tertentu. Melalui pengumpulan data dan analisis yang mencakup 40 tahun, penelitian ini telah mampu mengidentifikasi risiko kunci dan faktor yang mempengaruhi hasil seluruh perkembangan anak dan menjadi dewasa. Temuan telah menekankan beberapa faktor utama yang mempengaruhi hasil resiliensi, termasuk (1) karakteristik individu, seperti self-esteem dan tujuan hidup, (2) karakteristik keluarga, seperti pengasuhan ibu dan dukungan keluarga, dan (3) yang lebih besar konteks sosial, khususnya yang memiliki model peran dewasa yang memberikan dukungan tambahan (Luthar et al, 2000;. Werner & Smith, 2001).

Penelitian ini, bersama dengan studi longitudinal utama dalam perkembangan anak (lihat Luthar, 2006, untuk ditinjau), menyediakan kerangka kerja untuk pelacakan pengembangan ketahanan di kalangan anak-anak dan remaja dari waktu ke waktu dan dalam transisi mereka ke dewasa. Meskipun penelitian ketahanan dalam perkembangan anak memberikan dasar kritis, pertanyaan longitudinal dari kesehatan dan kesejahteraan di masa dewasa memperkenalkan berbagai tantangan yang unik. Risiko spesifik dan faktor pelindung, dan arti-penting mereka ke tujuan yang diinginkan untuk kompetensi dan adaptasi, bervariasi di seluruh jangka hidup dan dipengaruhi oleh budaya dan konteks.

Individu yang resilien adalah individu yang optimis, optimisme adalah ketika kita melihat bahwa masa depan kita cemerlang (Reivich & Shatte, 2002). Optimisme yang dimiliki oleh seorang individu menandakan bahwa individu tersebut percaya bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan yang

mungkin terjadi di masa depan. Hal ini juga merefleksikan *self-efficacy* yang dimiliki oleh seseorang, yaitu kepercayaan individu bahwa ia mampu menyelesaikan permasalahan yang ada dan mengendalikan hidupnya. Optimisme akan menjadi hal yang sangat bermanfaat untuk individu bila diiringi dengan *self-efficacy*, hal ini dikarenakan dengan optimisme yang ada seorang individu terus didorong untuk menemukan solusi permasalahan dan terus bekerja keras demi kondisi yang lebih baik. Optimisme yang dimaksud adalah optimisme yang realistis (*realistic optimism*), yaitu sebuah kepercayaan akan terwujudnya masa depan yang lebih baik dengan diiringi segala usaha untuk mewujudkan hal tersebut. Berbeda dengan *unrealistic optimism* dimana kepercayaan akan masa depan yang cerah tidak dibarengi dengan usaha yang signifikan untuk mewujudkannya. Perpaduan antara optimisme yang realistis dan *self-efficacy* adalah kunci resiliensi dan kesuksesan

Menurut Grotberg (1999 : 3) salah satu sumber dari resiliensi yaitu "*I am*". *I Am* (kemampuan individu). *I am*, merupakan kekuatan yang terdapat dalam diri seseorang, kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam dirinya. Individu yang resilien merasa bahwa mereka mempunyai karakteristik yang menarik dan penyayang sesama. Hal tersebut ditandai dengan usaha mereka untuk selalu dicintai dan mencintai orang lain. Mereka juga sensitif terhadap perasaan orang lain dan mengerti yang diharapkan orang lain terhadap dirinya. *I am*, merupakan kekuatan yang terdapat dalam diri seseorang, kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam dirinya. Pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi yang memiliki "*I Have*"

menunjukkan keyakinan akan sembuh dari penyakitnya melalui pengobatan yang maksimal dalam hal ini kemoterapi dan berusaha dengan sekuat tenaga mematuhi serta beradaptasi dengan segala kekuatan yang dimilikinya. Hal tersebut ditandai dengan usaha mereka untuk selalu dicintai dan mencintai orang lain. Mereka juga merasa bahwa mereka memiliki empati dan sikap kepedulian yang tinggi terhadap sesama. Perasaan itu mereka tunjukkan melalui sikap peduli mereka terhadap peristiwa yang terjadi pada orang lain. Mereka juga merasakan ketidaknyamanan dan penderitaan yang dirasakan oleh orang lain dan berusaha membantu untuk mengatasi masalah yang terjadi. Mereka sering berbagi pengalaman bagaimana agar kemoterapi yang dijalani tuntas dan bagaimana seseorang bisa sembuh setelah melakukan kemoterapi dengan rasa percaya diri yang cukup tinggi.

Individu yang resilien juga merasakan kebanggaan akan diri mereka sendiri. Mereka bangga terhadap apa yang telah mereka capai. Ketika mereka mendapatkan masalah atau kesulitan, rasa percaya dan harga diri yang tinggi akan membantu mereka dalam mengatasi kesulitan tersebut. Pada penderita kanker serviks yang resiliens mereka menunjukkan rasa percaya diri yang tinggi akan keberhasilan kemoterapi dalam penyembuhan penyakitnya. Mereka merasa mandiri dan cukup bertanggungjawab. Mereka dapat melakukan banyak hal dengan kemampuan mereka sendiri. Mereka juga bertanggungjawab atas pekerjaan yang telah mereka lakukan serta berani menanggung segala konsekuensinya. Selain itu mereka juga diliputi akan harapan dan kesetiaan. Mereka percaya bahwa akan memperoleh masa depan yang

baik setelah pengobatan tuntas. Mereka memiliki kepercayaan dan kesetiaan dalam moralitas dan ke-Tuhan-an mereka.

Causal analysis merujuk pada kemampuan individu untuk mengidentifikasi secara akurat penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi. Individu yang tidak mampu mengidentifikasi penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi secara tepat, akan terus menerus berbuat kesalahan yang sama. Seligman (dalam Reivich & Shatte, 2002) mengidentifikasi gaya berpikir *explanatory* yang erat kaitannya dengan kemampuan *causal analysis* yang dimiliki individu. Gaya berpikir *explanatory* dapat dibagi dalam tiga dimensi: personal (saya-bukan saya), permanen (selalu-tidak selalu), dan *pervasive* (semua-tidak semua). Individu dengan gaya berpikir “Saya-Selalu-Semua” merefleksikan keyakinan bahwa penyebab permasalahan berasal dari individu tersebut (Saya), hal ini selalu terjadi dan permasalahan yang ada tidak dapat diubah (Selalu), serta permasalahan yang ada akan mempengaruhi seluruh aspek hidupnya (Semua). Sementara individu yang memiliki gaya berpikir “Bukan Saya-Tidak Selalu-Tidak semua” meyakini bahwa permasalahan yang terjadi disebabkan oleh orang lain (Bukan Saya), dimana kondisi tersebut masih memungkinkan untuk diubah (Tidak Selalu) dan permasalahan yang ada tidak akan mempengaruhi sebagian besar hidupnya (Tidak semua). Gaya berpikir *explanatory* memegang peranan penting dalam konsep resiliensi (Reivich & Shatte, 2002). Individu yang terfokus pada “Selalu-Semua” tidak mampu melihat jalan keluar dari permasalahan yang mereka hadapi. Sebaliknya individu yang cenderung menggunakan gaya berpikir “Tidak selalu-Tidak semua” dapat merumuskan solusi

dan tindakan yang akan mereka lakukan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada. Individu yang resilien adalah individu yang memiliki fleksibilitas kognitif. Mereka mampu mengidentifikasi semua penyebab yang menyebabkan kemalangan yang menimpa mereka, tanpa terjebak pada salah satu gaya berpikir *explanatory*. Mereka tidak mengabaikan faktor permanen maupun pervasif. Individu yang resilien tidak akan menyalahkan orang lain atas kesalahan yang mereka perbuat demi menjaga *self-esteem* mereka atau membebaskan mereka dari rasa bersalah. Mereka tidak terlalu terfokus pada faktor-faktor yang berada di luar kendali mereka, sebaliknya mereka memfokuskan dan memegang kendali penuh pada pemecahan masalah, perlahan mereka mulai mengatasi permasalahan yang ada, mengarahkan hidup mereka, bangkit dan meraih kesuksesan.

Menurut Grotberg (1999 : 3) salah satu sumber dari resiliensi yaitu "*I Have*". *I Have* (sumber dukungan). *I Have* merupakan dukungan dari lingkungan di sekitar individu. Dukungan ini berupa hubungan yang baik dengan keluarga, lingkungan sekolah yang menyenangkan, ataupun hubungan dengan orang lain diluar keluarga. Melalui *I Have*, seseorang merasa memiliki hubungan yang penuh kepercayaan. Hubungan seperti ini diperoleh dari orang tua, anggota keluarga lain, guru, dan teman-teman yang mencintai dan menerima diri anak tersebut. Individu yang resilien juga mempunyai struktur dan aturan di dalam rumah yang ditetapkan. Mereka berharap dapat mematuhi semua peraturan yang ada dan juga akan menerima konsekuensi dari setiap tindakan yang mereka lakukan dalam menjalani aturan tersebut. Ketika mereka melanggar aturan, mereka butuh seseorang untuk

memeberi tahu kesalahan yang mereka perbuat dan jika perlu menerapkan hukuman. Individu yang resilien juga memperoleh dukungan untuk mandiri dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pemikiran serta inisiatifnya sendiri. Dukungan yang diberikan oleh orangtua ataupun anggota keluarga lainnya akan sangat membantu dalam membentuk sikap mandiri dalam diri seseorang. Pada penelitian ini "I Have" terbanyak adalah dukungan dari keluarga yang didapatkan selama pasien menjalankan kemoterapi.

Menurut Grotberg (1999 : 3) salah satu sumber dari resiliensi yaitu "*I Can*". *I Can* merupakan kemampuan pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi untuk melakukan hubungan sosial dan interpersonal. Mereka dapat belajar kemampuan ini melalui interaksinya dengan semua orang yang ada disekitar mereka. Individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk berkomunikasi serta memecahkan masalah dengan baik. Mereka mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan baik. Pada penelitian ini "I Can" yang dimaksud adalah keyakinan seseorang unuk bisa sembuh dan beradaptasi terhadap efek samping dari kemoterapi.

Kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan dorongan dalam hati juga dimiliki oleh individu yang resilien. Mereka mampu menyadari perasaan mereka dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan perilaku yang tidak mengancam perasaan dan hak orang lain. Mereka juga mampu mengendalikan dorongan untuk memukul, melarikan diri dari masalah, atau melampiaskan keinginan mereka pada hal-hal yang tidak baik. Mereka juga dapat memahami karakteristik dirinya sendiri dan orang lain.

Ini membantu individu untuk mengetahui seberapa banyak waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, dan seberapa banyak ia dapat menangani berbagai macam situasi. Selain itu, individu yang resilien juga dapat menemukan seseorang untuk meminta bantuan, untuk menceritakan perasaan dan masalah, serta mencari cara untuk menyelesaikan masalah pribadi dan interpersonal.

Reivich & Shatte (2002) mengatakan bahwa manusia dapat menggunakan resiliensi untuk hal-hal *Steering through*. Setiap orang membutuhkan resiliensi untuk menghadapi setiap masalah, tekanan, dan setiap konflik yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Orang yang resilien akan menggunakan sumber dari dalam dirinya sendiri untuk mengatasi setiap masalah yang ada, tanpa harus merasa terbebani dan bersikap negatif terhadap kejadian tersebut. Orang yang resilien dapat memandu serta mengendalikan dirinya dalam menghadapi masalah sepanjang perjalanan hidupnya. Penelitian menunjukkan bahwa unsur esensi dari *steering through* dalam stres yang bersifat kronis adalah *self-efficacy* yaitu keyakinan terhadap diri sendiri bahwa kita dapat menguasai lingkungan secara efektif dapat memecahkan berbagai masalah yang muncul.

Bouncing back. Beberapa kejadian merupakan hal yang bersifat traumatik dan menimbulkan tingkat stres yang tinggi, sehingga diperlukan resiliensi yang lebih tinggi dalam menghadapi dan mengendalikan diri sendiri. Bagi beberapa responden *Bouncing back* terjadi pada dirinya akibat dampak yang belum pernah dialami selama hidupnya terutama saat pertama kali dilakukan kemoterapi. Kemunduran yang dirasakan biasanya begitu ekstrim, menguras secara emosional, dan membutuhkan

resiliensi dengan cara bertahap untuk menyembuhkan diri. Orang yang resiliensi biasanya menghadapi trauma dengan tiga karakteristik untuk menyembuhkan diri. Mereka menunjukkan *task-oriented coping style* dimana mereka melakukan tindakan yang bertujuan untuk mengatasi kemalangan tersebut, mereka mempunyai keyakinan kuat bahwa mereka dapat mengontrol hasil dari kehidupan mereka, dan orang yang mampu kembali ke kehidupan normal lebih cepat dari trauma mengetahui bagaimana berhubungan dengan orang lain sebagai cara untuk mengatasi pengalaman yang mereka rasakan.

Reivich dan Shatte (2002: 34), memaparkan tujuh kemampuan yang membentuk resiliensi, yang salah satunya adalah *Emotion Regulation*. Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang di bawah kondisi yang menekan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang kurang memiliki kemampuan untuk mengatur emosi mengalami kesulitan dalam membangun dan menjaga hubungan dengan orang lain. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai macam faktor, di antara alasan yang sederhana adalah tidak ada orang yang mau menghabiskan waktu bersama orang yang marah, merengut, cemas, khawatir serta gelisah setiap saat. Emosi yang dirasakan oleh seseorang cenderung berpengaruh terhadap orang lain. Semakin kita terasosiasi dengan kemarahan maka kita akan semakin menjadi seorang yang pemaarah.

Tidak semua emosi yang dirasakan oleh individu harus dikontrol. Tidak semua emosi marah, sedih, gelisah dan rasa bersalah harus diminimalisir. Hal ini dikarenakan mengekspresikan emosi yang kita rasakan baik emosi positif maupun

negatif merupakan hal yang konstruktif dan sehat, bahkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi secara tepat merupakan bagian dari resiliensi. Reivich dan Shatte juga mengungkapkan dua buah keterampilan yang dapat memudahkan individu untuk melakukan regulasi emosi, yaitu yaitu tenang (*calming*) dan fokus (*focusing*). Dua buah keterampilan ini akan membantu individu untuk mengontrol emosi yang tidak terkendali, menjaga fokus pikiran individu ketika banyak hal-hal yang mengganggu, serta mengurangi stres yang dialami oleh individu.

b. *Impulse Control*. Pada tahun 1970, Goleman (dalam Reivich & Shatte, 2002), penulis dari *Emotional Intelligence*, melakukan penelitian terkait kemampuan individu dalam pengendalian impuls. Penelitian dilakukan terhadap 7 orang anak kecil yang berusia sekitar 7 tahun. Dalam penelitian tersebut anak-anak tersebut masing-masing ditempatkan pada ruangan yang berbeda. Pada masing-masing ruangan tersebut telah terdapat peneliti yang menemani anak-anak tersebut. Masing-masing peneliti telah diatur untuk meninggalkan ruangan tersebut untuk beberapa selang waktu. Sebelum peneliti pergi, masing-masing anak diberikan sebuah marshmallow untuk dimakan oleh mereka. Namun peneliti juga menawarkan apabila mereka dapat menahan untuk tidak memakan marshmallow tersebut sampai peneliti kembali ke ruangan, maka mereka akan mendapatkan satu buah *marshmallow* lagi.

Setelah sepuluh tahun, peneliti melacak kembali keberadaan anak-anak tersebut dan terbukti bahwa anak-anak yang dapat menahan untuk tidak memakan *Marshmallow*, memiliki kemampuan akademis dan sosialisasi yang lebih baik dibandingkan anak-anak yang sebaliknya. Pengendalian impuls adalah kemampuan Individu untuk

mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan, serta tekanan yang muncul dari dalam diri Individu yang memiliki kemampuan pengendalian impuls yang rendah, cepat mengalami perubahan emosi yang pada akhirnya mengendalikan pikiran dan perilaku mereka. Mereka menampilkan perilaku mudah marah, kehilangan kesabaran, impulsif, dan berlaku agresif. Perilaku yang ditampakkan ini akan membuat orang di sekitarnya merasa kurang nyaman sehingga berakibat pada buruknya hubungan sosial individu dengan orang lain. Individu dapat mengendalikan impulsivitas dengan mencegah terjadinya kesalahan pemikiran, sehingga dapat memberikan respon yang tepat pada permasalahan yang ada. Pencegahan dapat dilakukan dengan dengan menguji keyakinan individu dan mengevaluasi kebermanfaatan terhadap pemecahan masalah. Individu dapat melakukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat rasional yang ditujukan kepada dirinya sendiri, seperti 'apakah penyimpulan terhadap masalah yang saya hadapi berdasarkan fakta atau hanya menebak?', 'apakah saya sudah melihat permasalahan secara keseluruhan?', 'apakah manfaat dari semua ini?', dan lain-lain. Kemampuan individu untuk mengendalikan impuls sangat terkait dengan kemampuan regulasi emosi yang ia miliki. Seorang individu yang memiliki skor *Resilience Quotient* yang tinggi pada faktor regulasi emosi cenderung memiliki skor *Resilience Quotient* pada faktor pengendalian impuls.

6.1.3 Pengaruh coping terhadap resiliensi.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh coping terhadap resiliensi pasien kanker servik *post TAH BSO* yang mendapatkan

kemoterapi. Sulistyaningsih (2009) mengatakan koping merupakan bagian dari resiliensi. Menjadi individu yang resilien bukan berarti ia tidak pernah mengalami kesulitan atau stres. Justru sebaliknya, suatu jalan untuk menjadi orang yang resilien adalah dengan sering mengalami tekanan-tekanan emosional yang masih bisa dihadapi. Resiliensi juga bukanlah sebuah *trait*, yang dimiliki ataupun tidak dimiliki oleh seseorang, akan tetapi resiliensi mencakup perilaku, pikiran dan berbagai sikap yang dapat dipelajari dan dikembangkan dalam diri setiap manusia. Menurut Nikkerud, H.C. & Frydenberg, E. (2011), koping merupakan komponen penting dari resiliensi. Resiliensi adalah kemampuan untuk beradaptasi atau bangkit kembali dari tantangan atau dengan kata lain resiliensi mengandung arti memiliki kekuatan batin, kemampuan, optimis, fleksibel dan kemampuan untuk mengatasi kesulitan secara efektif. Konsep resiliensi digunakan untuk menggambarkan sikap dan perilaku manusia ketika ia berhadapan dengan kemalangan atau kesulitan hidup baik kesulitan itu bersumber dari dirinya sendiri, lingkungan keluarga maupun situasi dan konteks lingkungan hidup sekitarnya (Sulistyaningsih, 2009). Resiliensi melibatkan kualitas koping dalam membantu individu bertahan hidup dan berkembang meskipun sedang mengalami kesulitan atau kemalangan (Connor & Davidson 2003) dan meliputi harapan untuk sembuh, harga diri, tekad, dan sikap dan perilaku sosial (Dyer & McGuinness 1996 dalam Smith, (2009).

Konsep resiliensi meliputi keterampilan koping, pengetahuan tentang perawatan yang terjangkau dan tersedia, penerimaan budaya setempat dan perhatian

yang peka, serta dorongan untuk memelihara dan bekerja dengan orang lain. Penelitian yang dilakukan oleh Tugade & Fredricson (2004) telah mengambil kesimpulan bahwa individu atau sekelompok orang yang resilien akan banyak melakukan regulasi emosi dengan menggunakan emosi positifnya untuk menggantikan emosi-emosi negatif yang seringkali muncul manakala mereka tengah menghadapi situasi sulit atau kondisi yang menekan. Salah satu landasan teori yang digunakan dalam penelitian Tugade & Fredricson (2004) tersebut adalah pandangan Lazarus (1993, dalam Tugade & Fredricson, 2004) yang mendefinisikan resiliensi psikologis sebagai koping efektif dan adaptasi positif terhadap kesulitan dan tekanan. Sebagaimana diuraikan dalam tinjauan pustaka bahwa salah satu faktor pembentuk resiliensi adalah bagaimana individu melakukan mekanisme koping. Dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa semakin tinggi kemampuan koping maka semakin tinggi resiliensi, demikian juga sebaliknya bahwa semakin rendah kemampuan koping maka semakin rendah pula resiliensinya. Penelitian Susanto (2013) didasari oleh pendapat Allen & Leary tahun 2010, yaitu kematangan individu terhadap kemampuan koping menunjukkan bahwa individu memiliki kematangan dalam koping yang tinggi maka akan cenderung pada *problem-focused coping (PFC)* saat bermasalah. Sebaliknya seseorang yang memiliki kematangan dalam koping yang relatif rendah maka akan lebih cenderung menggunakan *emotional-focused coping (EFC)* dalam menyelesaikan masalah (Susanto, 2013: 106).

Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa mayoritas pasien kanker serviks yang resiliens menggunakan *PFC* dalam menyelesaikan masalah. Carver, dkk., (1989), mengemukakan 5 macam *PFC*: 1) menghadapi masalah secara aktif, yaitu proses menggunakan langkah-langkah aktif untuk mencoba menghilangkan stressor atau memperbaiki akibatnya. Strategi ini meliputi memulai tindakan langsung, meningkatkan usaha, dan menghadapi masalah dengan cara-cara yang bijaksana; 2) perencanaan, adalah berpikir mengenai bagaimana menghadapi stressor. Perencanaan meliputi mengajukan strategi tindakan, berpikir mengenai langkah untuk mengurangi masalah dan bagaimana mengatasi masalah; 3) mengurangi aktifitas-aktifitas persaingan, berarti mengajukan rencana lain, mencoba menghindari gangguan orang lain, tetap membiarkan orang lain sebagai cara untuk menangani stressor. Seseorang mungkin mengurangi keterlibatan dalam aktifitas persaingan atau menahan diri dari perebutan sumber informasi, sebagai cara untuk memusatkan perhatian pada tantangan atau ancaman yang ada; 4) pengendalian, yaitu menunggu kesempatan yang tepat untuk bertindak, menahan diri, dan tidak bertindak secara prematur. Pada dasarnya strategi ini tidak dianggap sebagai suatu strategi menghadapimasalah yang potensial, tetapi terkadang responnya cukup bermanfaat dan diperlukan untuk mengatasi tekanan, karena perilaku seseorang yang melakukan strategi pengendalian diri difokuskan untuk menghadapi tekanan secara efektif; 5) mencari dukungan sosial karena alasan instrumental, yaitu mencari nasehat, bantuan atau informasi. Responden dalam penelitian ini menggunakan *PFC* dalam menyelesaikan masalahnya.

Bersasarkan penelitian Li-Ching Ma *et al*, 2013, ditemukan bahwa pasien yang sedang menjalani tindakan hemodialisis lebih banyak menggunakan strategi koping yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping*) daripada menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi (*emotion-focused coping*). Juga dikatakan bahwa resiliensi individu yang baik akan mengurangi tekanan-tekanan yang disebabkan oleh dampak-dampak *negatif* dari penyakit gagal ginjal kronis. Hal senada juga ditemukan oleh Yi, Smith, and Vitaliano (2005), pada atlet remaja putri yang sedang menjalani pertandingan, yang menemukan bahwa apabila atlet remaja putri menggunakan strategi koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*) akan menghasilkan resiliensi tinggi dibandingkan dengan penggunaan strategi koping berfokus pada emosi. Susanto (2013) juga menyebutkan bahwa remaja yang tidak resilien mereka akan sulit menghadapi masalah yang sedang dihadapi, mereka cenderung akan mencari pelarian untuk sejenak melupakan dan tidak mau menghadapi permasalahan tersebut, seperti menggunakan obat-obatan terlarang dan minum-minuan keras, dan mengalami depresi yang berkepanjangan. Hal tersebut menunjukkan kesesuaian dengan teori dari Lazarus dan Folkman (dalam Smet, 1994) yang menyatakan bahwa *EFC* merupakan usaha yang digunakan individu untuk mengatur respon emosional terhadap stres. Sedangkan remaja yang resilien, dengan kemampuan koping yang tinggi, remaja akan melakukan berbagai usaha dalam menyelesaikan sebuah permasalahan. Pernyataan ini sesuai dengan karakteristik *PFC* oleh Lazarus dan Folkman (dalam Smet, 1994) bahwa untuk mengurangi tekanan maka individu akan langsung mengambil tindakan

untuk memecahkan masalah atau mencari informasi yang berguna untuk membantu pemecahan masalah. Keterangan dari penelitian Susanto (2013) dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan resiliensi antara individu *PFC* dengan individu *EFC*. Resiliensi pada individu *PFC* akan lebih tinggi dibandingkan dengan resiliensi pada individu *EFC*. Adapun komponen resiliensi menurut Wagnild dan Young (1993; 2010): *Meaningfulness, Equanimity, Perseverance, Self-Reliance, Existential Aloneness*. Setelah dilakukan analisis *CFA* dengan menggunakan AMOS 5.0 didapatkan hasil bahwa indikator yang tidak turut membangun resiliensi pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* adalah *equanimity* dan *self reliance*.

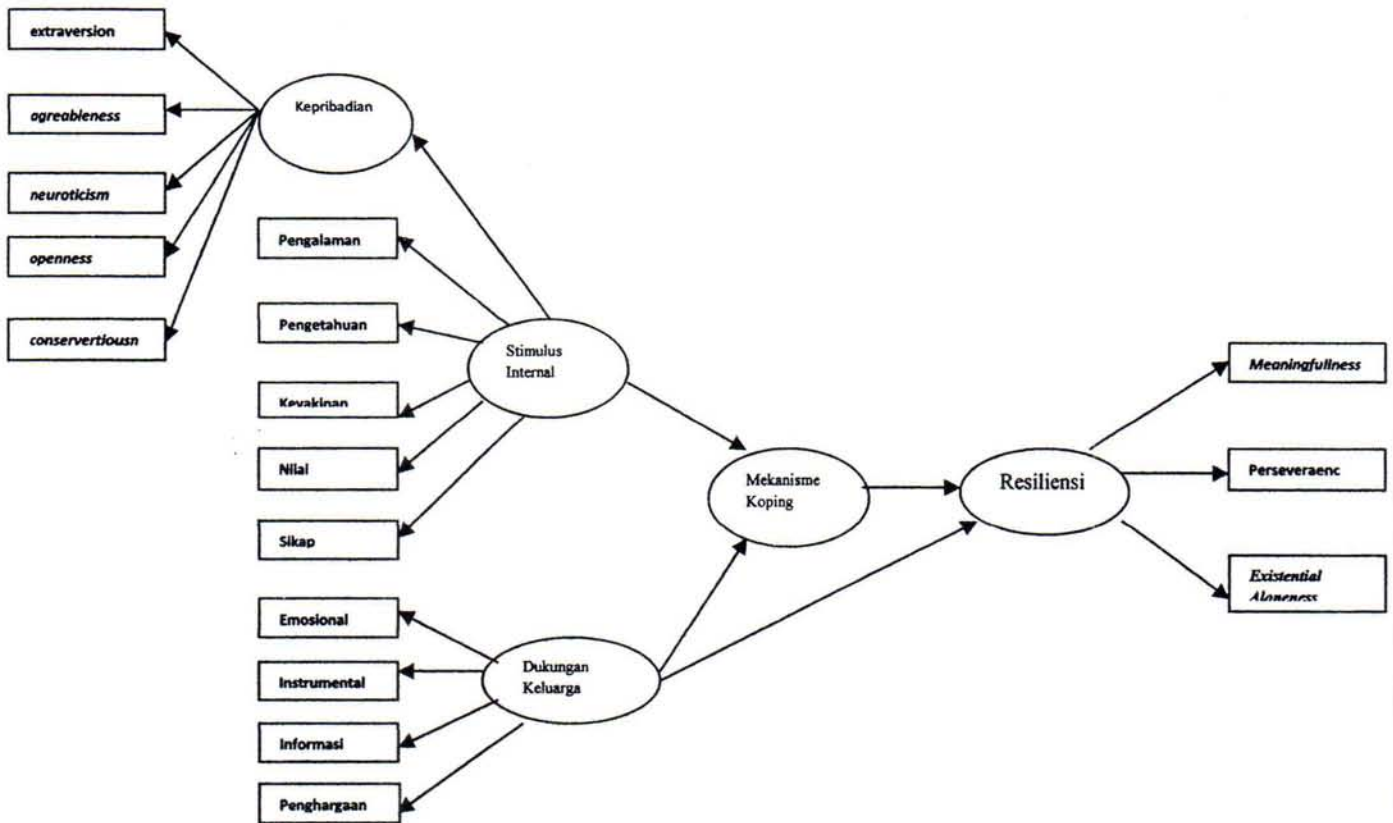
Equanimity adalah ketenangan hati yaitu suatu perspektif mengenai keseimbangan dan harmoni yang dimiliki individu berkaitan dengan hidupnya berdasarkan pengalaman yang terjadi semasa hidupnya. Menurut Wagnild (2010), hidup bukanlah sebatas mengetahui baik atau buruk saja, tetapi mampu memperluas perspektifnya sehingga dapat lebih fokus pada aspek positif daripada negatif dari setiap kejadian yang terjadi dalam hidupnya. Kenyataan yang terjadi pasien menjadikan pengalaman melakukan kemoterapi adalah pengalaman buruk sepanjang hidupnya dan tidak pernah akan terlupakan sehingga meninggalkan bekas yang mendalam dan tidak bisa ditoleransi secara mendalam.

Self Reliance atau keyakinan pada diri sendiri yaitu keyakinan individu terhadap diri serta kemampuan yang ia miliki. Melalui berbagai pengalaman, baik itu kesuksesan maupun kegagalan, individu yang resiliensi, belajar untuk mengatasi permasalahannya sendiri. Mereka secara berkesinambungan menggunakan,

mengadaptasi, memperkuat serta memperbaiki keterampilan tersebut sepanjang hidupnya. Selain itu, *Self-Reliance* juga merupakan kemampuan individu untuk bergantung pada dirinya sendiri serta mengenali kekuatan dan keterbatasan yang ia miliki. Pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi sebagian besar mereka yakin terhadap pengobatan yang dilakukan dalam hal ini adalah kemoterapi, akan tetapi keyakinan tersebut dikalahkan dengan pengalaman yang dianggap sangat buruk akibat dampak kemoterapi yang dilakukan sehingga mereka tidak akan melupakan pengalaman tersebut sepanjang hidupnya.

6.2 Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi.

Model yang dihasilkan dengan analisis AMOS 5.0 memiliki nilai $p=0.000$ yang berarti secara statistika signifikan dan merupakan model fit yang dihasilkan. Model akhir yang dihasilkan berdasarkan analisis keempat yaitu:



Gambar 6.1 Model akhir yang dihasilkan pada pengembangan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

Hasil penelitian menunjukkan dari analisis hubungan antar variabel bahwa model asuhan keperawatan koping yang terbentuk adalah model yang memenuhi syarat. Hasil uji kelayakan model secara keseluruhan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* adalah baik. Hal ini didukung oleh semua kriteria ketepatan model yang memenuhi rentang yang diharapkan.

6.3 Simulasi model

Model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* diterapkan pada kelompok perlakuan dengan tujuan membuktikan efektifitas suatu model. Simulasi model dilakukan sebagai upaya untuk memecahkan masalah dengan memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan melibatkan keluarga pasien ibu secara langsung dalam setiap tindakan yang dilakukan pada pasien. Intervensi dalam konteks penelitian ini menggunakan modul Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S). Modul Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) merupakan bentuk operasional dari intervensi keperawatan dalam upaya melakukan caring kepada pasien dengan melibatkan atau melalui keluarga. Simulasi model dalam bentuk intervensi keperawatan pada keluarga pasien.

Asuhan Keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi melalui Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) agar pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi resilien terhadap kondisi sakitnya. Perlakuan Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) diberikan dengan berpedoman pada modul yang telah disusun. Modul merupakan sarana pembelajaran dalam memberikan intervensi keperawatan. Modul berbentuk satu unit program belajar-mengajar DK2S yang berisi tentang dukungan yang harus diberikan oleh keluarga yang meliputi dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumen dan dukungan penghargaan. Modul berisi hal yang terkecil yang secara terperinci menegaskan tujuan, topik,

pokok-pokok materi, peranan keluarga dalam memberikan dukungan , kegiatan belajar, lembar kerja dan program evaluasi.

Perawat atau bidan memberikan kesempatan pada keluarga untuk hadir di ruang penyuluhan rumah saki. Kehadiran keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keluarga yang setiap hari atau yang paling sering dan mempunyai kedekatan yang lebih jika dibandingkan dengan anggota keluarga yang lainnya menurut pasien. Pendidikan ini diberikan secara berkelompok, satu kelompok terdiri dari 5. Pada uji coba model ini peserta yang digunakan sebagai uji coba model terdiri dari 10 orang yang terbagi menjadi 2 kelompok. Peneliti melakukan kontrak kerja dengan keluarga responden yang akan mengikuti pendidikan kesehatan melalui modul DK2S selama 1,5 jam. Selanjutnya, peneliti membagikan instrumen dukungan keluarga sebelum dilakukan pemberian modul kepada keluarga pasien. Setelah diberikan instrument tersebut, peneliti melakukan kegiatan DK2S sesuai dengan modul yang sudah disusun. Peneliti memberi kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali apa yang sudah disampaikan oleh peneliti yang selanjutnya peneliti mempersilakan keluarga pasien melakukan demonstrasi bagaimana cara memberi dukungan kepada pasien. Demonstrasi ini akan ditanggapi oleh keluarga pasien lain yang hadir dan satu kelompok. Beberapa keluarga pasien yang tidak melakukan demonstrasi memberikan komentar terhadap demonstrasi yang dilakukan oleh keluarga pasien yang lain. Jika anggota kelompok merasakan ada yang kurang terhadap demonstrasi tersebut maka peserta yang lain dapat

memberikan komentar terkait dengan demonstrasi yang dirasa kurang lengkap tersebut.

Pengalaman melakukan demonstrasi peserta untuk memberikan dukungan keluarga kepada pasien dijadikan dasar perawat untuk menilai ketrampilan masing-masing peserta dalam memberikan dukungan kepada pasien baik dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumen, dan dukungan penghargaan. Proses komunikasi antara peneliti dengan peserta dilanjutkan dengan memberi evaluasi terhadap proses yang sudah berjalan.

Hasil penelitian menunjukkan perlakuan Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) dapat meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi. Resiliensi ditunjukkan dengan peningkatan indikator pada variabel resiliensi yang meliputi *meaningfulness, equanimity, perseverance, Self-Reliance, dan Existential Aloneness* mengalami peningkatan pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi. Keberhasilan intervensi ELC ini juga dipengaruhi oleh peran suami dan orang tua sebagai *support system* dalam keluarga. Suami memberikan semangat dan memfasilitasi terhadap pelaksanaan ELC dan ibu bayi *preterm* yang tinggal dengan orang tua juga mendapatkan dukungan serta bantuan dalam merawat bayi *preterm*.

Model pembelajaran DK2S menekankan pada kebutuhan belajar keluarga pasien dengan menyediakan kesempatan untuk mengembangkan dan membangun pengetahuan melalui pengalamannya. Pengalaman akan menjadi dasar untuk memunculkan kesadaran, ketertarikan untuk mempelajari ketrampilan, melakukan

refleksi atas pengalaman yang diperoleh ke dalam masalah yang sedang dihadapi, menerapkan ketrampilan pada kasus yang dihadapi untuk memecahkan masalah. DK2S mengakomodasi proses pembelajaran agar pasien kanker *serviks post TAH BSO* dengan kemoterapi relisilen melalui perubahan perilaku pada keluarga pasien. Carl E. Roger menjelaskan bahwa untuk mengadakan suatu perubahan perlu adanya langkah agar harapan atau tujuan akhir dari perubahan dapat tercapai. Roger menyebutkan langkah dalam perubahan meliputi tahapan yang berurutan yaitu kesadaran (*awareness*), keinginan (*interest*), evaluasi (*evaluation*), mencoba (*trial*), dan penerimaan (*adoption*).

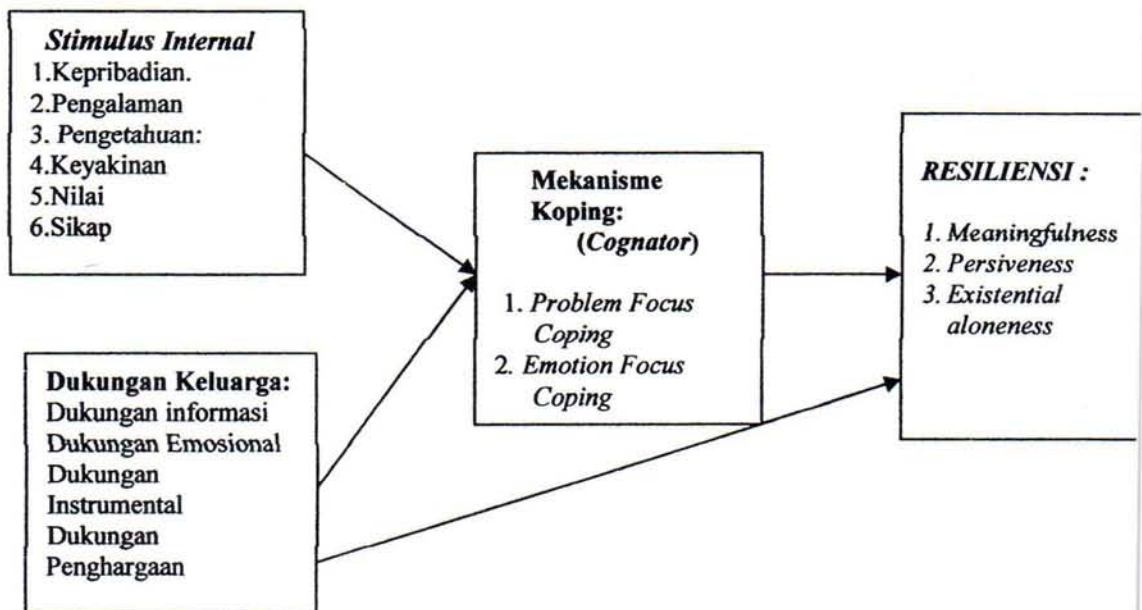
Pendapat Roger ini sangat mendukung proses perubahan perilaku keluarga pasien kanker serviks melalui intervensi Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S). Tahap pertama DK2S yaitu *concrete experience* adalah keluarga dihadirkan dalam ruangan penyuluhan. Tahap kedua, pengalaman reflektif (*Reflection Observation*). Pada tahap ini keluarga pasien melihat (*whatching*) dan melakukan observasi terhadap resiliensi pada pasien. Tahap ketiga *Abstract Conseptualization*. Pada tahap ini keluarga pasien diminta membuat sebuah abstraksi masalah yang mungkin muncul pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* dengan kemoterapi, mengembangkan teori dan ketrampilan yang sudah dilihat dan dipelajari (*thinking*). Pada tahap akhir adalah tahap Eksperimentasi Aktif (*Active Experimentation*). Tahap terakhir ini keluarga pasien telah dapat memberikan dukungan kepada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi. Menurut Kolb dan Kolb (2005) bahwa seseorang telah dapat memutuskan tindakan yang harus

dilakukan untuk menyelesaikan persoalan berdasarkan pengalaman yang telah didapatkan.

Penerapan langkah-langkah Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) dalam asuhan keperawatan adalah menyadarkan pada keluarga pentingnya peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada pasien baik berupa dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumen dan dukungan penghargaan. Dukungan ini penting diberikan oleh keluarga kepada pasien agar pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi bisa resiliens.

6.4 Temuan Baru Hasil Penelitian

Temuan baru dalam penelitian ini adalah model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi berdasar theory adaptasi roy. Temuan baru dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 6.2 Temuan Baru Penelitian Model model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi berdasar teori adaptasi Roy

Penemuan baru yang diperoleh dalam penelitian ini adalah bahwa :

- a. Resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi bisa ditingkatkan dengan membangun koping yang adaptif terlebih dahulu. Faktor yang memberikan kontribusi terbesar dalam penelitian ini adalah faktor dukungan keluarga. Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) merupakan upaya yang dilakukan peneliti sebagai bentuk operasional dukungan keluarga . Interaksi antara keluarga pasien dan perawat dilakukan dengan tujuan agar keluarga mendapatkan pengalaman nyata dalam merawat keluarga dengan kanker vserviks . DK2S mengakomodasi terjadinya pertukaran informasi melalui *learning by doing* sehingga dalam diri keluarga pasien sehingga terjadi internalisasi informasi tentang ketrampilan dalam melakukan dukungan pada keluarganya yang sedang sakit kanker serviks. Peran sentral dari DK2S adalah proses belajar dengan menggunakan pengalaman. Pengalaman keluarga akan memperkuat transformasi ilmu yang telah didapat dan diaplikasikan secara adekuat dalam perawatan pasien kanker serviks post TAH BSO dengan kemoterapi. Transformasi dan internalisasi yang diperoleh melalui DK2S akan meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks post TAH BSO dengan kemoterapi.
- b. Resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi menggunakan intervensi keperawatan berupa Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) lebih

bermakna peningkatannya jika dibandingkan dengan intervensi model konvensional. DK2S merupakan bentuk keterlibatan keluarga secara langsung dalam memberikan dukungan pasien kanker serviks selama perawatan di rumah sakit. Keterlibatan keluarga dalam memberikan dukungan kepada pasien berupa dukungan informasi, dukungan emosi, dukungan instrument, dukungan penghargaan yang dilakukan dengan cara keluarga pasien mendemonstrasikan ketrampilan yang diperoleh dan dapat menggunakan ketrampilannya tersebut dalam mengambil keputusan dan memecahkan masalah. Kehadiran keluarga pasien dalam proses intervensi akan memicu proses berpikir dan menimbulkan kesadaran. Kesadaran akan direfleksikan dalam proses berpikir dan dijadikan pijakan dalam bertindak dan memperoleh ketrampilan baru untuk dapat memecahkan masalah. Keterlibatan keluarga dapat segera dilaksanakan ketika seseorang terdiagnosis kanker serviks sampai proses perawatan selesai.

c. Komponen Indikator dalam membentuk Resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi adalah *meaningfulness*, *perseverance*, *existential aloneness*. Indikator *self reliance* dan *perceverance* tidak berkontribusi dalam membangun resiliens pasien kanker serviks *post TAH BSO* yang endapat kemoterapi.

6.5 Konstribusi Penelitian

6.5.1 Kontribusi Teoritis

- a. Interaksi antara perawat dan keluarga pasien melalui Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) akan meningkatkan dan mempercepat tercapainya resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi.
- b. Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) mengakomodasi penguatan pengetahuan (*knowledge*) keluarga tentang dukungan keluarga dalam hal dukungan informasi, dukungan emosi, dukungan instyrumen, dukungan penghargaan, menguasai ketrampilan cara melakukan dukungan keluarga (*skill*) dan menentukan sikap jika pasien mengalami masalah (*attitude*) yang akan mewujudkan pemberdayaan keluarga untuk terlibat secara langsung dalam proses relisiensi pasien kanker *serviks post TAH BSO* dengan kemoterapi.

6.5.2 Kontribusi Praktis

Penerapan model Asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi berbasis *theory* adaptasi Roy diimplementasikan lebih optimal dengan memperhatikan:

- a. Faktor perawat dan bidan sebagai fasilitator yang baik dalam keterlibatan keluarga pasien secara aktif pada setiap elemen Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) sehingga pasien kanker serviks dapat meningkat resiliensi nya. Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) akan meningkatkan resiliensi pasien kanker *serviks post TAH BSO* dengan kemoterapi.

- b. Faktor kesadaran keluarga sebagai pelaku utama seseorang yang melakukan dukungan keluarga terhadap pasien perlu lebih ditingkatkan dengan pendampingan dalam merawat pasien sehingga keluarga pasien termotivasi untuk melibatkan diri secara aktif dalam setiap tindakan perawatan di rumah sakit sehingga keluarga pasien dapat mengimplementasikan ketrampilan dukungan keluarga saat perawatan di rumah.
- c. Faktor sarana dan kebijakan di rumah sakit dengan menciptakan kondisi ruang perawatan pasien sehingga keluarga selalu terlibat dalam kegiatan perawatan pasien, dengan demikian Dukungan Keluarga Kanker Serviks (DK2S) dapat terlaksana dengan baik.
- d. Faktor sarana lain yang mengoptimalkan pengembangan sarana pembelajaran dengan mendesain ruangan perawatan seperti di rumah sehingga ibu tidak mengalami stres dan meningkatkan resiliensinya.

6.5.3 Keterbatasan Penelitian

- 1) Penelitian ini menguku resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi dan belum mencakup kualitas hidup seseorang jika sudah resiliensi pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi.
- 2) Data primer yang diperoleh dalam penelitian ini sebagian melalui pengisian kuesioner oleh responden dengan pilihan jawaban yang bersifat perseptual, sehingga peneliti tidak dapat mengontrol kejujuran dan kesungguhan responden dalam memilih jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya.

- 3) Responden dalam penelitian ini adalah keluarga dengan pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi yang sudah mengalami kecemasan ketika mendengar keluarganya terdiagnosisi kanker serviks, sehingga belum siap untuk memberikan dukungan keluarga terutama dukungan emosional.

BAB 7
PENUTUP



BAB 7

PENUTUP

Dalam bab ini akan disajikan hasil analisis dan pembahasan untuk selanjutnya dituangkan dalam kesimpulan dan implikasi hasil penelitian.

7.1 Kesimpulan

1. *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap) yang paling besar berkontribusi terhadap coping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* adalah berurut: nilai, pengetahuan, pengalaman, sikap, keyakinan, kepribadian.
2. *Stimulus Eksternal* (akses layanan, program pengobatan, petugas kesehatan) tidak berkontribusi terhadap coping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
3. Dukungan keluarga berkontribusi paling besar terhadap coping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Dukungan emosional merupakan dukungan keluarga yang berkontribusi paling tinggi dibandingkan dengan jenis dukungan keluarga yang lainya.
4. *Stimulus Internal* (kepribadian, pengalaman, pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap,) tidak berkontribusi dalam meningkatkan coping pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.
5. *Stimulus Eksternal* (akses layanan, program pengobatan, petugas kesehatan) tidak berkontribusi terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

6. Dukungan keluarga berkontribusi paling besar terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi. Dukungan emosional merupakan dukungan keluarga yang berkontribusi paling tinggi dibandingkan dengan jenis dukungan keluarga yang lainnya.
7. Mekanisme koping berkontribusi terhadap resiliensi pada pasien kanker serviks *Post TAH BSO* yang mendapat kemoterapi.

7.2 Saran

Berdasarkan temuan penelitian tersebut diatas dapat dikemukakan saran sebagai berikut :

7.2.1 Bagi Keluarga

Model Asuhan keperawatan koping pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi ini dapat diterapkan jika didukung oleh psikologis yang baik oleh keluarga yang akan memberikan dukungan, sebab sebagian besar keluarga belum bisa menerima diagnosis kanker serviks terhadap salah satu anggota keluarganya.

7.2.2 Bagi Rumah Sakit Dr Sutomo Surabaya

Model Asuhan keperawatan koping pada pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi ini dapat diterapkan dengan optimal mengingat sarana prasarana dan petugas kesehatan yang sudah cukup baik di ruang obgyn RUD Dr Sutomo Surabaya.

7.2.3 Bagi Perawat dan Bidan

Meningkatkan kesadaran perawat dan bidan bahwa dukungan keluarga sangat penting dalam proses resiliensi pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi sehingga termotivasi dalam melibatkan keluarga untuk dapat terlibat secara langsung dalam perawatan pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi dalam pemberian intervensi keperawatan.

7.2.4 Bagi Peneliti berikutnya

Dapat dilanjutkan dengan meneliti kualitas hidup pasien kanker serviks *post TAH BSO* dengan kemoterapi baik yang mengalami resiliensi maupun yang tidak mengalami resiliensi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adewuyi, S., Shittu, O., Rafindadi, A., Zayyan, M., Samaila, M., & Oguntayo, A. (2010). Cisplatin chemotherapy for haemostasis in bleeding cervical cancer: experience from a resource-poor setting. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 17(2), 7.
- Airley, R. (2009). *Cancer Chemotherapy*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2006). *Nursing Theories and Their Work* (6th ed.). St. Louis Missouri: Mosby.
- Anderson, J. A. (2001). Understanding Homeless Adults by Testing the Theory of Self-Care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1). doi: 10.1177/08943180122108067
- Arvey, R. D.; Bouchard, T. J. *Genetics, Twins, and Organizational Behavior*, Greenwich, CT: JAI Press, 1994. hal. 65-66.
- Arvey, R. D. "Genetics, Twin, and Organizational Behavior," *Research in Organizational behavior*, vol. 16, Greenwich CT: JAI Press, 1994, hal 65-66.
- Antari, G.A., 2013, *Pengaruh dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita dm tipe 2 di RSUP sanglah denpasar*, Skripsi, PSIK FK Universitas Udayana
- Arikunto, S, 2002, *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*, Jakarta, Rineka Cipta
- Arikunto, S. 1994. *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aronson, E., Wilson. T.D., & Akert, R.M. (2007). *Social Psychology (6th edition)*. Singapore: Pearson Prentice Hall.
- Aziz Alimut Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis. Data*. Surabaya : Salemba Media.
- Azwar, S, 2013, *Penyusunan skala psikologi edisi 2*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar
- Baker, L. K., & Denyes, M. J. (2008). Predictors of Self-Care in Adolescents With Cystic Fibrosis: A Test of Orem's Theories of Self-Care and Self-Care Deficit. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1).

- Barsevick, A., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A Systematic Qualitative Analysis of Psychoeducational Interventions for Depression in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 73-87. doi: 10.1188/02.onf.73-87
- Baze, C., Monk, B. J., & Herzog, T. J. (2008). The impact of cervical cancer on quality of life: A personal account. *Gynecologic Oncology*, 109. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.01.022
- Becker, G., Gates, R. J., & Newsom, E. (2004). Self-Care Among Chronically Ill African Americans: Culture, Health Disparities, and Health Insurance status. *American Journal of Public Health*, 94(12).
- Beer, A. D. (2009). *The effects of resilience training as a component of strengths-focussed training on team performance - a case study in the food and beverages manufacturing industry*. MED, University of south Africa. Retrieved from umkn-dsp01.unisa.ac.za
- Berrington, A., Jha, P., Peto, J., & Green, J. (2007). Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for women with cervical cancer and women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *The Lancet*, 370(9599), 1609-1621.
- B.M. Meglino, E.C. Ravlin, Individual values in organizations: concepts, Controversies and Research, *Management* 24 (3) (1998) 351-389
- Boardman, C. H., & Junior, K. J. M. (2011). *Cervical Cancer* WebMD LLC. Boesen, E. H., Boesen, S. H., Frederiksen, K., Ross, L., Dahlstrøm, K., Schmidt, G., . . . Johansen, C. (2007). Survival After a Psychoeducational Intervention for Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5698-5703. doi: 10.1200/jco.2007.10.8894
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment*: Sage Publications. Brotto, L. A., Heiman, J. R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G. M., Swisher, E., . . . Blaricom, A. V. (2007). *A Psychoeducational Intervention for Sexual Dysfunction in Women with Gynecologic Cancer*. Department of Obstetrics and Gynaecology. University of British Columbia. Vancouver.
- Buss, A. H. "Personality as a Traits," *American Psychologist*, November 1989, hal. 1378-1388.

- Barron, L, 1996, *Can stress cause disease? revisiting the tuberculosis research of thomas holmes 1949-1961*, *Ann Intern Med*, Volume 7, pp. 673-680
- Basyiruddin Usman. 2007. Media Pendidikan. Jakarta: Ciputat Press
- Beaumont & Stout. (2003). *Five factor constellations and popular personality types*. Psychology:106.
- Bierhoff, H. W. (2002). *Prosocial behaviour*. New York: Psychology Press.
- Brown, I., Renwick, R., Nagler, M. (1996). *Conceptual approaches, issues, and applications*. Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation London & New York : Chapman & Hall.
- Carlson, E, D, Engebretson, J, C, & Chamberlain, R, M, 2004. The Evolution Of Theory, A Case Study, *International journal of qualitative methods*, volume 3, pp. 4
- Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related konstruk, Pp. 80-82 in J.P.
- Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29. doi: 10.1080/01460860601087156
- Campbell, J. C., & Soeken, K. L. (1999). Women's Responses to Battering: A Test of the Model. *Research in Nursing & Health*, 22. doi: 0160-6891/99/010049-10
- Capezuti, L., Siegler, E. L., & Mezey, M. D. (2007). *Encyclopedia of Elder Care: The Comprehensive Resource on Geriatric and Social Care*: Springer Pub.
- Carvalho, M., Pinto, M., Muckaden, M., Marathe, M., & Tulshan, R. (2005). Psychosocial issues faced by women with incurable cervical cancer in India - how can we help? *Indian Journal of Palliative Care*, 11(2), 94-96. doi: 10.4103/0973-1075.19185
- Catane, R., Cherny, N. I., Kloke, M., Tanneberger, S., & Schrijvers, D. (2006). *Handbook of Advanced Cancer Care*. Oxon, United Kingdom: Taylor & Francis.
- CDC. (2008). *Blood Pressure Categories by Race/Ethnicity, United States*. atlanta: Centers for Disease Control and Prevention

- CDC. (2010a). *Everyday Preventive Actions That Can Help Fight Germs, Like Flu*. In C. f. D. C. a. *Preventions* (Ed.), (Vol. CS211793-A). Atlanta, USA: Center for Disease Control and Preventions.
- CDC. (2010b). *Inside Knowledge: Cervical Cancer*. atlanta, USA: CDC Publication
- CDC. (2011). *Preventing Infections in Cancer Patients*. Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention
- Chu, E., & DeVita, V. T. (2008). *Physicians' Cancer Chemotherapy Drug Manual 2008*. Sudbury, Massachuset Jones and Bartlett.
- Cunningham, G. (2005). *Williams Obstetrics* (22 ed.). New York: McGRAW-HILL.
- David McGuire, Thomas N. Garavan, Sudhir K. Saha, David O'Donnell, (2006) "*The impact of individual values on human resource decision-making by line managers*", International Journal of Manpower, Vol. 27 Iss: 3, pp.251 – 273
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2002). *Fundamentals of nursing: Standards & Practice* (2 ed.). New York: Delmar-Thomson Learning.
- Denyes, M. J. (1990). *Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI-90)*. Wayne State University.
- Department-of-Health. (2005). *Self Care-a Real Choice. Self Care Support-a Practical Option* Retrieved from www.dh.gov.uk/SelfCare
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dinkes. (2012). *Kegiatan Pengendalian Kanker di Jawa Timur (PPMK, Trans.)* (pp. 5). Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dunleavey, R. (2009). *Cervical cancer : a guide for nurses*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Penyakit Kusta*.
- Depkes RI, 2011, *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2010*, [Online] Available at: http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/1321926974_Profil_Kesehatan_Provinsi_Jawa_Timur_2010.pdf [Diakses 10 9 2013]

- Depkes RI, 2011, *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2013, *Website resmi dinas kesehatan kota surabaya*, [Online] Available at: www.dinkes.surabaya.go.id [Diakses 2 11 2013]
- Djuanda A. (2008). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Edisi kelima, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Emmy S dkk. (2003). *Kusta*. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Floyd, J., & Morgan, J. P. (2012). Cardiotoxicity of nonanthracycline cancer chemotherapy agents. In R. E. Drews & D. G. Poplack (Eds.): Wolters Kluwer.
- Frazer, I. H., Cox, J. T., Mayeaux, E. J., Franco, E. L., Moscicki, A. B., Palefsky, J. M., . . . Villa, L. L. (2006). Advances in prevention of cervical cancer and other human papillomavirus-related diseases. *Paediatric Infectious Disease Journal*, 25(2), 17.
- Friedman, A. *Type A Behavior and Your Heart*, New York: Alfred A. Knopf, 1974, hal. 84.
- Friedman. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktek*, Edisi kelima, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Ganster, D, C, Fusilier, M, R, and Meyes, B, T, 1986, Role of social support in the experience of stress, *Journal of Applied Psycholog*, pp, 71, 102-110
- Geomira, G, 2008, *Modelling the role of diagnosis and treatment on tuberculosis (TB) dynamics*, [Online] Available at: www.researchgate.net[Diakses 29 10 2013]
- Gottlieb, B.H. (1983), *Sosial Support Strategies (Guidelines for Mental Health Practice)*, Sage Publications Inc., California.
- Getachew, H., Dimic, S., & Priebe, S. (2009). Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*, 33(3). doi: 10.1192/pb.bp.107.018077
- Gilliland, K. C. (1991). *Cervical Cancer: A Review of the Psychosocial Factors Following Treatment*. Doctor of Psychology Dissertations, Biola University, California. (ED337725)

- González, B. d. (2007). Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *International Journal Of Cancer*, 120(4).
- Gralla, R. J., Houlihan, N. G., & Messner, C. (2010). Understanding and Managing Chemotherapy Side Effects. In C. Care (Ed.). New York: Elsevier Oncology.
- Haryanto. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan dgn Pemetaan Konsep*: Penerbit Salemba.
- Hellberg, D., & Stendahl, U. (2005). The Biological Role of Smoking, Oral Contraceptive Use and Endogenous Sexual Steroid Hormones in Invasive Squamous Epithelial Cervical Cancer. *Anticancer research*, 25.
- Henley, S. J., King, J. B., German, R. R., Richardson, L. C., & Plescia, M. (2010). Surveillance of Screening-Detected Cancers (Colon and Rectum, Breast, and Cervix) — United States, 2004–2006 MMWR (Vol. 59). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- Herdman, C., Levin, K., Dzuba, I., Castro, W., Muhombe, K., & Sellors, J. (2003). *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A FIELD MANUAL*. New York: PATH and EngenderHealth.
- Hughes, K., Sargeant, H., & Hawkes, A. (2011). Acceptability of the Distress Thermometer and Problem List to community-based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. *BMC Cancer*, 11(1), 46.
- Hofstede, G. (Inggris)"Culture Consequencies," Beverly Hills, CA: Sage, 1980, hal. 81-94.
- Hudojo, Herman. (2003). Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Matematika. JICA
- Intansari, R, 2008, *Coping stress pada ibu dari penderita skizofenia*, Skripsi, Surabaya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Identifying How We Think," *Harvard Business Review*, Juli-Agustus 1997, hal. 114-115.

- Jay, & Moscicki, A. B. (2000). Human Papillomavirus Infections in Women With HIV Disease: Invasive Cervical Cancer. *AIDS Read*, 10(11).
- Jihong Zhao, et, al. "Individual value preferences among American police officers The Rokeach theory of human values revisited". *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, Vol. 21 No. 1, 1998, pp. 22-37
- Johnson, R. L., Gold, M. A., & Wyche, K. F. (2010). Distress in women with gynecologic cancer. *Psycho-Oncology Journal*, 19. doi: 10.1002/pon.1589
- Johnston, B., McGill, M., Milligan, S., McElroy, D., Foster, C., & Kearney, N. (2009). Self care and end of life care in advanced cancer: Literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 13. doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.003
- Judge, T. A. *A Rose by any Other Name, Personality Psychology in the Workplace*, Washington DC: American Psychological Association, hal. 93-118.
- Johnson, D, W, & Johnson, F, P, 1991, *Joining together, message interaction, relationship and community*, New Delhi, Sage Publication.
- Kaplan, S, 2007, Synopsis of psychiatry tenth edition, Dalam: USA Lippicott William & Wilkins: A Wolter Kluwer Business
- King, I.M., 2006, Part One: Imogene M. King's theory of goal attainment. in m.e. parker, nursing theories and nursing practice, 2nd ed., pp. 235-243, Philadelphia, F.A. Davis
- Knoers dan Haditono, 1999. *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam Berbagai Bagian*, Cetakan ke-12, Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Kornblith A.B., Thaler H.T., Wong G., Vlamis V., Lepore J.M., Loseth D.B., Hakes T., Hoskin W.J., Portenoy R.K., 2001, Quality of life of women with ovarian cancer, *Journal of US National Library of Medicine*, Vol. 2, pp.231-42
- Keighley, E. (1968). Carcinoma of The Cervix Among Prostitutes in A Women's Prison. *Br J Vener Dis*, 44, 254.
- Kim, S., Nam, J., Park, S., Bae, D., Park, C., Cho, C., . . . Yun, Y. (2009). Study of anxiety and depression in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 27.

- Langhorne, M. E., Fultcn, J. S., & Otto, S. E. (2007). *Oncology Nursing* (4 ed.): Mosby, Inc/Elsevier.
- Larsen, P. D., & Lubkin, I. M. (2009). *Chronic illness: impact and intervention*: Jones and Bartlett Publishers.
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., . . . Ritchie, J. (2002). *Quality of Life and Mood in Women with Gynecologic Cancer*. *Journal of Cancer*, 94(1). doi: 10.1002/cncr.10155
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1990). Coping and emotion, *Psychological and Biological Approaches to Emotion*, pp. 313-332
- Lieberman, M. A. (1992). The effect of social support on responses to stress, Dalam: *Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects*, London: Collier Macmillan Publisher
- Mahareza, Y. (2008). *Perbedaan kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan yang tinggal bersama keluarga*. Skripsi, Surabaya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Mansjoer A dkk. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi Ketiga Jilid Dua, Penerbit Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- McConnel & Philipchalk, (1992), *Social behavior and application*, Volume 3, Needham Heights, MA, A Viacom Company
- Meera Dhuria, Nandini Sharma, GK Ingle, (2008), Impact of tuberculosis on the quality of life, *Indian Journal of Community Medicine*, Volume (33) 1, pp. 58-59
- Meglino dan Ravin. (Inggris)"Individual Value in Organizations," hal. 351-489.
- Moskowitz, G. B., Gollwitzer, P. M., Wasel, W., & Schaal, B., (1999), Preconscious control of stereotype activation through chronic egalitarian goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 77, pp. 151-177
- Mufiyanti, R. (2008). *Coping stress pengasuh anak pada taman penitipan anak (TPA)*, Skripsi, Surabaya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Mu'Jizah, K., (2009). *Hubungan persepsi penderita tb bta (+) tentang pengobatan dengan status kesembuhan di puskesmas turen kabupaten malang*, Skripsi, Surabaya, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

- M.Thoma, E., M.Weiss, S., & Sylvester. (2000). Nonpharmacological Interventions With Chronic Cancer Pain in Adults. *Journal of The Moffitt Cancer Center*, 7(2).
- Madeleine, M. M., Daling, J. R., Schwartz, S. M., Shera, K., McKnight, B., Carter, J. J., . . . Galloway, D. A. (2001). Human Papillomavirus and Long-term Oral Contraceptive Use Increase the Risk of Adenocarcinoma in Situ of the Cervix. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 10(3)
- McCrae, R. R. *Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the Perspective of the Five Factor Models of Personality*, *Journal of Personality*, Ney York: Wiley, Maret 1989, hal. 17-40
- Matas, A. J., Simmons, R. L., & Najarian, J. S. (1975). Chronic Antigenic Stimulation, Herpesvirus Infection, and Cancer in Transplant Recipients. *The Lancet*, 305(7919). doi: 10.1016/S0140-6736(75)92555-6
- Matos, A., Moutinho, J., Pinto, D., & Medeiros, R. (2005). The influence of smoking and other cofactors on the time to onset to cervical cancer in a southern European population. *European Journal of Cancer Prevention*, 14(5), 485-491.
- McCrae, R. R. *Special Issue: The Five-Factor Model: Issue and Applications*, *Journal of Personality*, Juni 1992. hal. 304-315.
- Mayo_Clinic. (2011). *Cervical Cancer*. Florida,USA: Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muñoz, N., Franceschi, S., Bosetti, C., Moreno, V., Herrero, R., Smith, J. S., . . . Bosch, F. X. (2002). Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet*, 359(9312), 1093-1101.
- NCI. (2010). *Cervical Cancer*. Maryland, USA: National Cancer Institute.
- Noh, H.-I., Lee, J. M., Yun, Y. H., Park, S. Y., Bae, D.-S., Nam, J.-H., . . . Chang, Y. J. (2009). Cervical cancer patient information-seeking behaviors, information needs, and information sources in South Korea. *Supportive Care in Cancer*, 17(10), 14.

- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Cetakan I*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka
- Nursalam, 2013, *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Edisi 3 penyunt, Jakarta, Penerbit Salemba Medika
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ozbay et al, 2007, Social support and resilience to stress, *Psychiatry (Edgmont) MMC*, Volume 4, pp. 35-40
- O'Donohue, W. T., & Cummings, N. A. (2008). *Evidence-based adjunctive treatments*: Elsevier Academic Press.
- Obgyn, S. (2008). *Pedoman Diagnosis dan Terapi Bag/SMF Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan* (3 ed.). Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga & Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo.
- Olukemi O. Sawyerr and Judy Strauss and Jun Yan. "Individual value structure and diversity attitudes The moderating effects of age, gender, race, and religiosity". *Journal of Managerial Psychology* Vol. 20 No. 6, 2005 pp. 498-52
- Pariani, S., & Nursalam. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Parker, M. E. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Patel, S. C., & Jakopac, K. A. (2011). *Manual of Psychiatric Nursing Skills*: Jones & Bartlett Learning.
- Plummer, M., Herrero, R., Franceschi, S., Meijer, C. J. L. M., Snijders, P., Bosch, F. X., . . . Muñoz, N. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes and Control*, 14, 10.
- Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L., 2005, *The impact of social support on end-stage renal disease*, *Semin Dial* 18(2), pp. 98-102

- Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI), Maret 2012, *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*, Volume 8
- Perry, Potter. (1999). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi keempat, Buku Kedokteran EGC.
- Pervin, A Lawrence dkk. (2005). *Personality theory and research*. New York: Jhon Wiley & Sons, Inc
- Pramudani, D, 1999. Kualitas hidup penderita penyakit jantung pasca serangan jantung ditinjau dari dukungan sosial dan interval waktu, *Skripsi*, Semarang, Universitas Katolik Soegijapranata
- Rasjidi, I. (2009). *Deteksi Dini dan Pencegahan Kanker Pada Wanita* (1 ed.). Jakarta: Sagung Seto.
- Richardson, A. (1992). Studies exploring self-care for the person coping with cancer treatment: a review. *Journal of Nursing Study*, 29(2).
- Robbins, Stephen P.; Judge, Timothy A. (2008). *Perilaku Organisasi Buku 1*, Jakarta: Salemba Empat. Hal.126-127
- Rokeach dikutip dari Robbins dan Judge. 2007. *Perilaku Organisasi*. Jakarta : Salemba Empat, pp. 146 – 160
- Rokeach, M. (1968), *Beliefs, Attitudes and Values: A Theory of Organization and Change*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Rosevear, S. K. (2002). *Handbook of gynaecology management*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Rahajoe, Nastiti N; Basir, Darfioes; Makmuri MS; Kartasmita, Cissy B, 2007, *Pedoman nasional tuberkulosis anak*, Jakarta, UKK Respirologi PP IDAI
- Raharjo, T, 2008, *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada lanjut usia*, Skripsi, Surabaya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Ratnasari, N, 2012, Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita tuberkulosis paru (tb paru) di balai pengobatan penyakit paru (BP4) yogyakarta unit minggiran, *Jurnal Tuberkolosis Indonesia*, Volume 8, pp. 7-11
- Renwick, R, & Brown, I, 1996, *Quality of life in health promotion and rehabilitation*, California, Sage Publication, Inc

- Riduwan, 2011, *Dasar-dasar statistika*, Edisi Revisi penyunt, Bandung, Penerbit Alfabeta
- Robbins, Stephen P. *Perilaku Organisasi Buku 1*, Jakarta: Salemba Empat, 2007, hal. 146-156.
- Robinson & P.R. Shaver (Eds), *Measures of social psychological attitudes*. Revised edition. Ann Arbor: ISR
- Rokeach, (Inggris) *The Nature of Human Value*, hal. 6
- Rutter, D.R., Chesham, D.J & Quine, 1993, *Social psychological approaches to health*, New York, Haarvester Wheatsheaf
- Salbiah. (2003). Konsep diri <http://duniapsikologi.dagdigdu.com/files/2008/12/konsep-diri.pdf>. Diakses tanggal 04 Januari 2012.
- Sarafino, E. P., 1998, *Health psychology : biopsychosocial interactions*, New York: John Wiley & Sons, Inc
- Sarason IG., Sarason B.R., GR Pierce, 1990, *Social support: an interactional view*, New York, A Willey Interscience Publication
- Sarwono, S. W. (2002). *Psikologi sosial individu dan teori-teori psikologi sosial*. Jakarta: BalaiPustaka
- Schultz, D. *Psikologi pertumbuhan : model – model kepribadian sehat*. Yogyakarta: Kanisius, 1991.
- Schwitzgebel, Eric (2006), "Belief", di Zalta, Edward, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford, CA: The Metaphysics Research Lab, diakses tanggal 2008-09-19
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S., 1991, The Yellow Brick Road and The Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer, *Health Psychology*, pp. 487-497
- Sekarwiri, E., 2008, Kualitas hidup dan *sense of community* pada warga DKI yang tinggal di wilayah rawan banjir, *Skripsi*, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Seligman, M.E.P., Walker, E., & Rosenhan, D.L., 2001, *Abnormal psychology*, New York, W.W. Norton

- Serido, J., Almeida, D.M., Wethington, E., 2004, Chronic stressor and daily hassles: unique and interactive relationship with psychological distress, *Journal of Health & Social Behavior*, Volume 1, p. 45
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Surabaya: Graha Ilmu.
- Sheridan, C.L. & Radmacher, S.A, 1992, *Health psychology : challenging the biomedical model*, New York, John Wiley & Sons Inc
- Smet, B., 1994, *Psikologi kesehatan*, Jakarta, PT Gramedia Widiasana Indonesia
- Smola, K. W. (Inggris)"Generational Differences Revisiting Generational Work Values for the New Millenium," *Journal of Organizational Behavior*, 2002, hal. 363-382.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: RinekaCipta
- Soekidjo Notoatmodjo, 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*, Jakarta: Rineka Cipta
- Soekidjo Notoatmodjo, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: RinekaCipta
- Soekidjo Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
- Sriati, A. (2008). Harga Diri Remaja. [Http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/pub_likasi_dosen/HARGA%20DIRI.pdf](http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/pub_likasi_dosen/HARGA%20DIRI.pdf). Di akses tanggal 04 Januari 2012.
- Stuart & Sundeen (1995), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 5th Edition*, Year Book Mosby Inc., St. Louis-Missouri.
- Sudijono, Anas. 2006. *Pengantar Statistik Pendidikan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Sudoyo Aru W., Setiohadi Bambang, Alwi Idrus, Marcillus Simadibrata, Siti Setiati, 2007, *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II edisi IV*, Jakarta, Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp. 989-993
- Sugiyono, Dr., Prof., 2010, *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*, Bandung, Alfabeta
- Sunaryo, 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC

- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Suriasumantri. 2003. *Filsafat Ilmu. Sebuah Pengantar Populer*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Syah, Muhibbin. 2003, *Psikologi Belajar*. Jakarta: Rajagrafindo
- Sacks, M. H., & Sledge, W. H. (1995). *Core readings in psychiatry: an annotated guide to the literature*: American Psychiatric Pub.
- Santos, J. F. D. L., & Straughn, J. M. (2012). *Patient information: Cervical cancer treatment; early stage cancer (Beyond the Basics)*. Amsterdam, Netherland: Wolter Kluwer.
- Schorge, J. (2008). *Williams Gynecology*. Texas: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Segall, S., DuHamel, K. N., & Paul, L. (2010). *Psychological Adaptation, Coping, and Distress in Adult-Onset Soft Tissue Sarcomas*. Retrieved from <http://sarcomahelp.org/coping.html>
- Slattery, M. L., Robison, L. M., Schuman, K. L., French, T. K., Abbott, T. M., Overall, J. C., & Gardner, J. W. (1989). Cigarette Smoking and Exposure to Passive Smoke Are Risk Factors for Cervical Cancer. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 261(11), 1593-1598. doi: 10.1001/jama.1989.03420110069026
- Smith, P.B. and Schwartz, S.H. (1997), "Values", in Berry, J.W., Segall, M.H. and Kagitcibasi, C. (Eds), *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, 2nd ed., Allyn & Bacon, Boston, MA, pp. 77-118.
- Snyder, M. *The Psychology of Self-Monitoring*, *Psychology Bulletin*, Juli 2000, hal. 530-555.
- Soep. (2009). *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum di RSUD Pirngadi Medan*. Magister Kesehatan, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Zeller, R. A., & Neese, J. B. (2008). Factor Analysis of the Appraisal of Self-care Agency Scale in American Adults With Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, 34(1). doi: 10.1177/0145721707311955

- Stein, M. B.; Jang, K. L.; Livesley, W. J. *Heritability of Social Anxiety-Related Concerns and Personality Characteristics: A Twin Study*, New York: Viking, 2002. hal. 219-224.
- Sujanto, Agus, Lubis, Halem, Hadi, Taufik. 2006. Psikologi Kepribadian. Jakarta: Bumi Aksara
- Koeswara, E. 1991. Teori-teori Kepribadian. Bandung: Eresco
- Feist, Jess & Feist, G. J. (2006). *Theories of Personality*, Sixth ed. Boston: Mc-Graw Hill.
- Tabano, M., Condosta, D., & Coons, M. (2002). Symptoms affecting Quality of Life in Women With Gynecologic Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 18(3).
- Taliziduhu Ndraha. 2005. Teori Budaya Organisasi. Jakarta : Rineka Cipta, (Bab III mengenai Nilai)**Rekomendasi Paper :**
- Tamandani, D. M. K., Shekari, M., & Suri. (2009). Interleukin-12 Gene Polymorphism and Cervical Cancer Risk. *American Journal of Clinical Oncology*, 32(5), 524-528 510.1097/COC.1090b1013e318192519a.
- Tang, L.-l., Zhang, Y.-n., Pang, Y., Zhang, H.-w., & Song, L.-l. (2011). Validation and reliability of distress thermometer in Chinese cancer patients. *Chinese Journal of Cancer Research*, 23(1), 54-58. doi: 10.1007/s11670-011-0054-y
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*: Springer.
- Tierney, J. (2003). Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 21 randomised trials. [Systematic Review]. *European Journal of Cancer*, 39. doi: 10.1016/S0959-8049(03)00425-8
- Townsend, E. A. (1997). *Good intentions overruled: a critique of empowerment in the routine organization of mental health services*: University of Toronto Press.
- Tzioras, S., Pavlidis, N., Paraskevaidis, E., & Ioannidis, J. P. A. (2006). Effects of different chemotherapy regimens on survival for advanced cervical cancer: Systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 33. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.09.007
- Taufiqoh, Z., 2008, Hubungan sosial support dengan prokrastinasi akademik mahasiswa psikologi unair masa studi lebih dari 4 tahun,*Skripsi*, Surabaya, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga

- Taylor, S. E., 1999, *Health psychology*, 4th edition penyunt, Boston, McGraw Hill
- Taylor, S.E., 2003, *Psikologi sosial*, Jakarta, Kencana Predana Media
- Teknologi Malaysia. terdapat dalam http://books.google.com/books?id=iGF5n Om p jU C&p g=PA219&dq= tingkah+laku+menolong&hl=en& ei=_X 0cTb 2U k sil rAe9_Y3QCw&sa= X&oi=book_result&ct=re sult&re snum= 4&sqi=2&v e d=0CDEQ6AEwAw#v=o nepage&q=tingka h %20laku %20menolong & f=true. Diakses tanggal 20 April 2015.
- The World Medical Association, 2008, *Course on multidrug resistant tuberculosis mdr-tb*, Volume 13, France, Chemin du Levant, 01212 Ferney-Voltaire
- Vardiansyah, Dani. Filsafat Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar, Indeks, Jakarta 2008. Hal.5
- Waltz, C. F., Strickland, O., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*: Springer Pub.
- Wadyawati (2005). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Perubahan Respon Sosial-Emosional. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
- Weiten, W., 1992, *Psychology, themes and variations*, Second Edition, California, Brooks/Cole Publishing Company
- Widayatun, TS. 1999. *Ilmu Prilaku, Cetakan pertama*. CV Sagung Seto: Jakarta.
- World Health Organization, 2009, *Treatment of tuberculosis guidelines*, [Online] Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf [Diakses 23 10 2013]
- World Health Organization, 2013, *WHO/TB data, global tuberculosis control. surveillance, planning, financing*, [Online] Available at: <http://www.who.int/tb/country/en/index.html> [Diakses 28 10 2013]
- Yahaya, Azizi. ct. all.,. (2004). *Psikologi sosial alam remaja*. Ebook. Skudai Johor: University
- Yanuasti (2001).DukunganKeluargaNaskahPublikasi: 25 mei 2008. rac.Uii.ac.id (server) document/public/20080525 ALL.rff.Semara ng.Fakultaspsikologis Univer sitasKatolikSoegiJapranata.Tanggal 15 Desember 2011. Jam 13.45

- Yu J., Henry E., Barbel H., 2010, *Perceptions of quality of social interaction and support socialization*. [Online] Available at: www.socialpsychology.org[Diakses 25 1 2014]**
- WHO. (2010). *Indonesia: Human Papiloma Virus and Related Cancers, Fact sheet 2010*. Barcelona, Spanyol: WHO/ICO HPV Information Centre.**
- Zemke, R. (Inggris)*Generation at Work*, New York: AMACOM, 1999.hal. 1-10**

LAMPIRAN



Lampiran 1

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP) UNTUK MENJADI RESPONDEN

Perkenalkan, saya Esti Yunitasari, mahasiswa Program Doktor di Program Studi Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud untuk melakukan penelitian pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.

Judul Penelitian

Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.

Tujuan Umum

Menyusun model koping dalam upaya meningkatkan resiliensi pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.

Perlakuan yang diterapkan pada Responden

Penelitian ini merupakan penelitian observasional :

1. Penelitian observasional dimana peneliti mengamati suatu keadaan, responden diminta mengisi kuesioner yaitu pasien diminta mengisi kuesioner tentang data demografi yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Kemudian dilanjutkan mengisi kuesioner tentang kepribadian, pengalaman, kepercayaan, nilai, sikap, pengetahuan, dukungan keluarga fasilitas pelayanan kesehatan, dukungan, peran.

Manfaat

1. Penderita kanker serviks yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengetahuan tentang informasi apa saja yang berkaitan dengan penyakit kanker serviks, termasuk bagaimana melakukan adaptasi terhadap dampak kemoterapi yang dilakukan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya pada pasien kanker serviks yang mendapat kemoterapi.
2. Petugas kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengalaman baru dan bisa dijadikan sebagai masukan dalam melakukan intervensi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan khususnya pada perawatan pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi.

Bahaya Potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan dari keterlibatan responden (keluarga, pasien dan petugas kesehatan) dalam penelitian ini karena penelitian ini tidak dilakukan tindakan medis pada responden dan hanya diajak diskusi serta observasi pada penderita kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi sesuai kewenangan atau kompetensi peneliti sebagai perawat.

Hak Untuk Mengundurkan diri

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Adanya Insentif untuk Responden

Responden yang hanya mengisi kuesioner diberikan berupa bingkisan.

Contact Person

Saudara dapat menghubungi peneliti setiap saat apabila ada yang ingin ditanyakan ataupun mengundurkan diri dalam penelitian ini: Esti Yunitasari/081553686871

Lampiran 2

INFORMED CONSENT
PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian ini.

Nama :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara rinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul **Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping Berbasis Adaptasi Roy dalam Upaya Meningkatkan Resiliensi Pasien Kanker Serviks Post TAH-BSO yang Mendapat Kemoterapi.**
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subjek penelitian
4. Bahaya potensial yang akan timbul
5. Hak untuk mengundurkan diri

Setelah mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut, maka dengan ini secara sukarela dengan penuh kesadaran dan tanpa keterpaksaan menyatakan **bersedia / tidak bersedia** ikut dalam penelitian sebagai responden.

Surabaya,.....2015

Peneliti,

Responden,

(Esti Yunitasari)

(.....)

Mengetahui
 Saksi

(.....)

Lampiran 3**KUESIONER**

Data Demografi

Petunjuk:

Berilah tanda check (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban saudara:

No. Responden :.....

Tanggal Pengisian :.....

1. Umur :

- <35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- >50

2. Pendidikan

- 1) tidak tamat sekolah
- 2) SD
- 3) SMP
- 4) SMA
- 5) Perguruan Tinggi

3. Pekerjaan

- 1) Tani
- 2) wiraswasta
- 3) TNI/Polri/PNS
- 4) Tidak bekerja/ibu rumah tangga

4. Penghasilan keluarga

- 1) > 3 juta
- 2) UMR (2,15 jt)-3 juta
- 3) < UMR (2,15 jt) juta

5. Stadium Kanker Serviks :

- IA
- IB
- IIA
- IIB

6. Seri Kemoterapi yang sudah dijalani:

- 1-3 seri
- 3-4 seri
- >4 seri

7. Terapi kombinasi :

- Ya, sebutkan
- Tidak

Lampiran 4

**KUESIONER
KEPRIBADIAN**

Petunjuk:

Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

STS : Sangat Tidak Setuju
 TS : Tidak Setuju
 R : Ragu
 S : Setuju
 SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
1.	Kehidupan saya menyenangkan					
2.	Merasa sedikit peduli terhadap orang lain					
3.	Saya selalu siap menghadapi permasalahan kehidupan					
4.	Mudah mengalami stres					
5.	Memiliki pengetahuan yang banyak tentang kanker serviks					
6.	Tidak banyak bicara					
7.	Mudah bergaul dengan orang lain					
8.	Mudah lupa					
9.	Sebagian besar waktu saya bersantai					
10.	Mengalami kesulitan memahami hal hal yang tidak nyata					
11.	Merasa nyaman di sekitar orang lain					
12.	Merasa Orang yang terhina					
13.	Memperhatikan segala sesuatu dengan sangat teliti					
14.	Khawatir tentang berbagai macam hal akan terjadi pada saya					
15.	Memiliki pemikiran yang jelas					
16.	Perlu pengalaman di dalam mengambil keputusan					
17.	Bersimpati dengan perasaan orang lain					
18.	Membuat sesuatu hal berantakan/kacau					
19.	Jarang merasa sedih					
20.	Tidak tertarik pada ide ide yang tidak nyata					
21.	Memulai percakapan dengan orang lain					
22.	Tidak tertarik pada masalah orang lain					

No	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
23.	Dapat melakukan pekerjaan dengan segera					
24.	Saya mudah terganggu					
25.	Memiliki ide yang sangat baik					
26.	Banyak bicara					
27.	Memiliki hati yang lembut					
28.	Sering lupa meletakkan sesuatu kembali di tempat yang tepat					
29.	Mudah marah					
30.	Tidak memiliki imajinasi yang baik					
31.	Berbicara pada banyak orang yang berbeda di suatu acara.					
32.	Benar benar tidak tertarik dengan orang lain					
33.	Suka memerintah					
34.	Suasana hati saya banyak berubah					
35.	Saya cepat untuk memahami sesuatu hal					
36.	Saya tidak ingin menarik perhatian					
37.	Meluangkan waktu untuk orang lain					
38.	Bertanggung jawab terhadap tugas saya					
39.	Sering mengalami perubahan suasana hati					
40.	Menggunakan kata kata sulit					
41.	Tidak peduli menjadi pusat perhatian orang					
42.	Merasakan perasaan orang lain					
43.	Mengikuti jadwal s					
44.	Mudah tersinggung					
45.	Meluangkan waktu untuk merenung					
46.	Saya merasa tenang di sekitar orang lain					
47.	Membuat orang lain merasa nyaman					
48.	Sangat tertarik dengan pekerjaan saya					
49.	Sering merasa sedih					
50.	Penuh dengan ide/gagasan					
	TOTAL					

Lampiran 5

KUESIONER**PENGALAMAN**

1. Berapa kali menjalankan kemoterapi :

1kali

2 s.d 3 kali

>3 kali

2. Bagaimana pengalaman menjalankan kemoterapi?

a. Menyenangkan.

b. Biasa saja

c. Tidak menyenangkan

Lampiran 6

KUESIONER**PENGETAHUAN****Petunjuk**

Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

B : Benar

S : Salah

No	Pernyataan	B	S
1.	Kemoterapi adalah obat anti kanker.		
2.	Kemoterapi hanya diberikan kepada orang yang hanya menderita kanker saja.		
3.	Tujuan diberikan kemoterapi adalah membunuh sel kanker.		
4.	Kemoterapi hanya diberikan sebelum tindakan operasi.		
5.	Kemoterapi harus diberikan pada penderita kanker serviks.		
6.	Sebelum diberikan kemoterapi pasien harus melakukan persiapan fisik dan psikologis.		
7.	Kemoterapi memberikan dampak yang sangat mengganggu yang tidak bisa di atasi.		
8.	Kemoterapi harus dilakukan rutin sesuai jadwal yang diberikan oleh dokter.		
9.	Jika kemoterapi tidak sesuai jadwal yang sudah diberikan maka akan diulang dan menjadi tidak maksimal di dalam pengobatan.		
10.	Karena kemoterapi memberikan efek samping yang tidak nyaman, maka memberhentikan kemoterapi tanpa konsultasi dengan dokter diperbolehkan.		
	TOTAL		

Lampiran 7

KUESIONER**KEYAKINAN****Petunjuk**

Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

STY : Sangat Tidak Yakin

TY : Tidak Yakin

R : Ragu

Y : Yakin

SY : Sangat Yakin

No	Pernyataan	STY	TY	R	Y	SY
1.	Kemoterapi mengobati penderita penyakit kanker					
2.	Kemoterapi dapat menyembuhkan penyakit kanker					
3.	Kemoterapi membunuh sel kanker					
4.	Kemoterapi yang dilakukan mengecilkan sel kanker					
5.	Kemoterapi yang dilakukan akan menghentikan perdarahan					
6.	Kemoterapi dilakukan sesuai tingkatan penyakit kanker					
7.	Percaya terhadap kemoterapi dapat menyembuhkan penyakit kanker.					
8.	Melakukan sesuai Jadwal kemoterapi sesuai advis dokter.					
9.	Mengingat jadwal kemoetarpi dengan baik .					
10.	Kemoterapi dilakukan dengan rutin disertai persiapan yang maksimal.					
	TOTAL					

Lampiran 8

KUESIONER**NILAI****Petunjuk**

Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

R : Ragu

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
1.	Saya bisa sembuh setelah diberikan kemoterapi.					
2.	Keadaan saya membaik setelah diberikan kemoterapi.					
3.	Dapat beraktivitas normal setelah kemoterapi.					
4.	Merasa lebih semangat menjalankan kemoterapi berikutnya.					
5.	Merasa kondisi lebih baik setelah melakukan kemoterapi.					
6.	Merasa penyakit berangsur angsur sembuh setelah beberapa kali dilakukan kemoterapi.					
7.	Merasa semangat hidup tinggi setelah diberikan kemoterapi.					
8.	Selalu berfikir yang baik terhadap pemberian kemoterapi					
9.	Rileks dalam menjalankan kemoterapi agar kemoterapi dapat berjalan dengan baik .					
10.	Merasa ada harapan baru setelah menjalankan kemoterapi.					
	TOTAL					

Lampiran 9

KUESIONER**SIKAP****Petunjuk**

Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

- STS : Sangat Tidak Setuju
 TS : Tidak Setuju
 R : Ragu
 S : Setuju
 SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
1.	Penyakit kanker serviks merupakan penyakit yang bisa disembuhkan dengan kemoterapi.					
2.	Penyakit kanker serviks merupakan penyakit bukan akibat kutukan.					
3.	Salah satu penyebab penyakit kanker serviks adalah kurang menjaga kebersihan daerah vital.					
4.	Penyakit kanker serviks bisa sembuh dengan dibawa ke dukun atau orang pintar.					
5.	Penderita kanker serviks harus melakukan kemoterapi secara teratur.					
6.	Penderita kanker serviks yang melakukan kemoterapi tidak sesuai jadwal maka harus mengulangi pengobatan dari awal.					
7.	Penderita kanker serviks yang sudah tidak ada keluhan tetapi kemoterapi belum selesai boleh tidak melakukan kemoterapi lagi.					
8.	Kemoterapi hanya menambah penderitaan karena efek samping yang berat dan bermacam macam.					
9.	Pencegahan dapat dilakukan agar efek kemoterapi dapat diminimalis.					
10.	Dapat beradaptasi terhadap efek samping yang timbul karena kemoterapi.					
	TOTAL					

Lampiran 10

KUESIONER**PELAYANAN KESEHATAN**

Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

- T P = Tidak Pernah
 K = Kadang kadang
 S = Sering
 Sl = Selalu

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
	Akses Layanan (x2.1)				
1	Apakah jarak layanan kesehatan mempengaruhi kedatangan untuk melakukan pengobatan?				
2	Apakah Transportasi menjadi kendala untuk menuju ke tempat pelayanan kesehatan?				
	Program Pengobatan (x2.2)				
3	Apakah program pengobatan kemoterapi yang dilakukan sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan oleh dokter?				
	Petugas Kesehatan (X2.3)				
4	Apakah petugas kesehatan hadir di pelayanan kesehatan dan memberikan penjelasan ketika akan dilakukan kemoterapi.				
5	Apakah petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang pemeliharaan kesehatan penyakit kanker serviks.				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
6	Apakah petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah.				
7	Apakah semua pemeriksaan penderita kanker serviks dilakukan di tempat pelayanan kesehatan				
	Total				

Lampiran 11

**KUESIONER
DUKUNGAN KELUARGA**

Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

- T P = Tidak Pernah
 K = Kadang kadang
 S = Sering
 SI = Selalu

No	Dukungan	TP	K	S	SI
Dukungan informasi					
1	Keluarga memberikan informasi bahwa kemoterapi merupakan obat untuk penyakit kanker rahim.				
2	Keluarga mencari informasi dari luar (majalah, buku dll) tentang kemoterapi				
3	Keluarga memberikan bahan bacaan seperti majalah, buku, dll tentang kemoterapi dan penyakit kanker rahim.				
4	Keluarga ikut mendampingi saat konsultasi ke petugas kesehatan untuk mendapatkan kemoterapi				
Dukungan Emosional					
5	Keluarga selalu mendengarkan keluhan-keluhan selama menjalankan kemoterapi.				
6	Keluarga memotivasi selama melakukan pengobatan kemoterapi harus tetap mempertahankan kesehatannya dengan makan dan istirahat yang cukup.				
7	Keluarga selalu menjaga perasaan menyenangkan hati selama sakit dan pengobatan kemoterapi.				

	Dukungan	TP	K	S	SI
8	Keluarga memberikan motivasi kepada ibu untuk melakukan kemoterapi sesuai jadwal rutin yang disampaikan oleh petugas kesehatan.				
Dukungan Instrumental					
9	Keluarga ikut serta membantu merawat selama sakit dan pengobatan kemoterapi.				
10	Keluarga memberikan makanan yang bergizi selama sakit dan mendapatkan pengobatan kemoterapi.				
11	Keluarga menyediakan biaya ke klinik atau puskesmas untuk pemantauan kesehatan ataupun pengobatan.				
12	Keluarga mengantarkan ke klinik ataupun RS selama mendapatkan pengobatan dengan kemoterapi dan selama sakit.				
Dukungan Penghargaan					
13	Keluarga menyemangati dalam melakukan perawatan dan pengobatan kemoterapi.				
14	Keluarga memberikan arahan untuk kesembuhan dan keberlanjutan kemoterapi.				
15	Keluarga memberikan motivasi dalam pemberian pengobatan kemoterapi hingga tuntas.				
16	Keluarga memberi pujian ketika pasien bisa melakukan cara mengatasi efek samping pada kemoterapi: botak, mual muntah, pusing.				

Lampiran 12

KUESIONER KOPING

KOPING (Y1)

Berilah tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

- T P = Tidak Pernah
 K = Kadang kadang
 S = Sering
 Sl = Selalu

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	sering	Selalu
1.	Saya harus berkonsentrasi pada apa yang harus saya lakukan selanjutnya setelah kemoterapi.				
2.	Saya mencoba untuk mendapatkan gambaran baru setelah kemoterapi.				
3.	Saya dapat mengeluarkan pendapat.				
4.	Saya seseorang yang simpati dan pengertian.				
5.	Saya tidur lebih dari biasanya				
6.	Saya berharap bisa mengurus masalah diri saya sendiri.				
7.	Saya berkata pada diri saya sendiri bahwa jika saya tidak begitu ceroboh, hal seperti ini tidak akan terjadi.				
8.	Saya mencoba untuk menjaga perasaan saya untuk diri saya sendiri.				
9.	Saya mengubah sesuatu sehingga hal-hal akan menjadi baik.				
10.	Saya mencoba untuk melihat sisi terang ketika berbicara.				
11.	Saya melakukan beberapa hal untuk mendapatkannya keluar dari sistem saya.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	sering	Selalu
12.	Saya menemukan seorang pendengar yang baik.				
13.	Saya merasa seolah-olah tidak terjadi apa pun terhadap diri saya.				
14.	Saya berharap keajaiban akan terjadi.				
15.	Saya menyadari bahwa saya membawa masalah pada diri saya sendiri.				
16.	Saya menghabiskan lebih banyak waktu sendirian.				
17.	Saya berjuang untuk apa yang saya inginkan.				
18.	Saya berkata pada diri saya sendiri hal-hal yang membantu saya merasa lebih baik.				
19.	Saya membiarkan emosi saya pergi.				
20.	Saya berbicara dengan seseorang tentang perasaan yang saya alami selama menjalankan kemoterapi.				
21.	Saya mencoba untuk melupakan penyakit saya.				
22.	Saya berharap bahwa saya tidak pernah membiarkan diri saya terlibat dengan situasi sulit.				
23.	Saya menyalahkan diri saya sendiri.				
24.	Saya menghindari keluarga dan teman-teman saya.				
25.	Saya merencanakan segala tindakan yang akan saya lakukan.				
26.	Saya mencoba untuk membuat yang terbaik terhadap kemoterapi yang saya lakukan.				
27.	Saya membiarkan perasaan saya untuk mengurangi stres.				
28.	Saya hanya menghabiskan lebih banyak waktu dengan orang yang saya suka.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	sering	Selalu
29.	Saya tidak membiarkan hal buruk terjadi kepada saya.				
30.	Saya berharap bahwa situasi sulit akan berakhir.				
31.	Saya mengkritik diri sendiri atas apa yang terjadi.				
32.	Saya menghindari berada bersama orang-orang.				
33.	Saya menangani masalah dengan kepala dingin.				
34.	Saya bertanya pada diri sendiri apa yang benar-benar penting, dan menemukan bahwa hal-hal yang tidak begitu buruk.				
35.	Saya membiarkan perasaan saya keluar entah bagaimana.				
36.	Saya berbicara dengan seseorang yang saya sangat dekat.				
37.	Saya memutuskan bahwa masalah orang lain itu bukan masalah saya.				
38.	Saya berharap bahwa situasi buruk tidak pernah terjadi pada saya.				
39.	Karena apa yang terjadi adalah kesalahan saya, saya benar-benar menyalahkan diri saya sendiri.				
40.	Saya tidak berbicara dengan orang lain tentang masalah ini.				
41.	Saya tahu apa yang harus dilakukan, jadi saya berusaha lebih keras untuk meraih sesuatu.				
42.	Saya meyakinkan diri saya bahwa hal-hal yang buruk tidak akan terjadi pada saya.				
43.	Saya membiarkan emosi saya keluar.				
44.	Saya membiarkan teman-teman saya membantu.				
45.	Saya menghindari orang yang menyebabkan masalah.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	sering	Selalu
46.	Saya punya keinginan merubah sesuatu hal yang tidak menyenangkan pada diri saya.				
47.	Saya menyadari bahwa saya secara pribadi bertanggung jawab atas kesulitan saya.				
48.	Saya menghabiskan beberapa waktu sendirian.				
49.	Ini adalah masalah rumit, sehingga harus bekerja keras agar bisa keluar dari masalah.				
50.	Saya melihat permasalahan melangkah mundur dari belakang.				
51.	Saya merasa permasalahan saya sangat berat dan orang lain hanya bisa melihat saja.				
52.	Saya bertanya pada seseorang yang pernah menjalani kemoterapi dan saya mendengarkan nasihatnya.				
53.	Saya membuat situasi untuk tidak terlalu serius dalam menghadapi masalah.				
54.	Saya berharap bahwa jika saya menunggu cukup lama, keadaan akan berubah baik.				
55.	Saya menyalahkan diri saya sendiri karena membiarkan hal ini terjadi.				
56.	Saya terus berpikir untuk diri saya sendiri.				
57.	Saya dapat memecahan masalah dalam situasi yang sulit.				
58.	Saya bisa dengan baik dalam memandang situasi, sehingga tidak terjadi hal-hal yang tidak sesuai dengan harapan saya.				
59.	Saya hanya memikirkan perasaan saya dan tidak peduli terhadap orang lain.				
60.	Saya menghabiskan beberapa waktu dengan teman-teman.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	sering	Selalu
61.	Setiap kali saya berpikir tentang penyakit saya, saya .marah sehingga saya berhenti untuk memikirkan penyakit saya.				
62.	Saya berharap saya bisa merubah apa yang terjadi.				
63.	Ini adalah kesalahan saya dan saya harus menanggung akibatnya.				
64.	Saya tidak membiarkan keluarga saya dan teman-teman tahu apa yang sedang terjadi.				
65.	Saya berjuang untuk menyelesaikan masalah				
66.	Saya menghindari masalah yang sedang saya hadapi dan saya tidak memikirka masalah yang sedang saya hadapi dalam melakukan kemoterapi.				
67.	Saya sangat marah karena penyakit saya.				
68.	Saya berbicara dengan seseorang yang berada dalam situasi yang sama.				
69.	Saya menghindari memikirkan kemoterapi saya secara berlebihan.				
70.	Saya berpikir tentang hal-hal yang tidak nyata yang membuat saya merasa lebih baik.				
71.	Saya berkata pada diri saya sendiri betapa bodohnya saya.				
72.	Saya tidak membiarkan orang lain tahu apa yang saya rasakan.				
	TOTAL				

Lampiran 13

KUESIONER RESILIENSI

RESILIENSI (Y2)

Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang telah ibu pilih

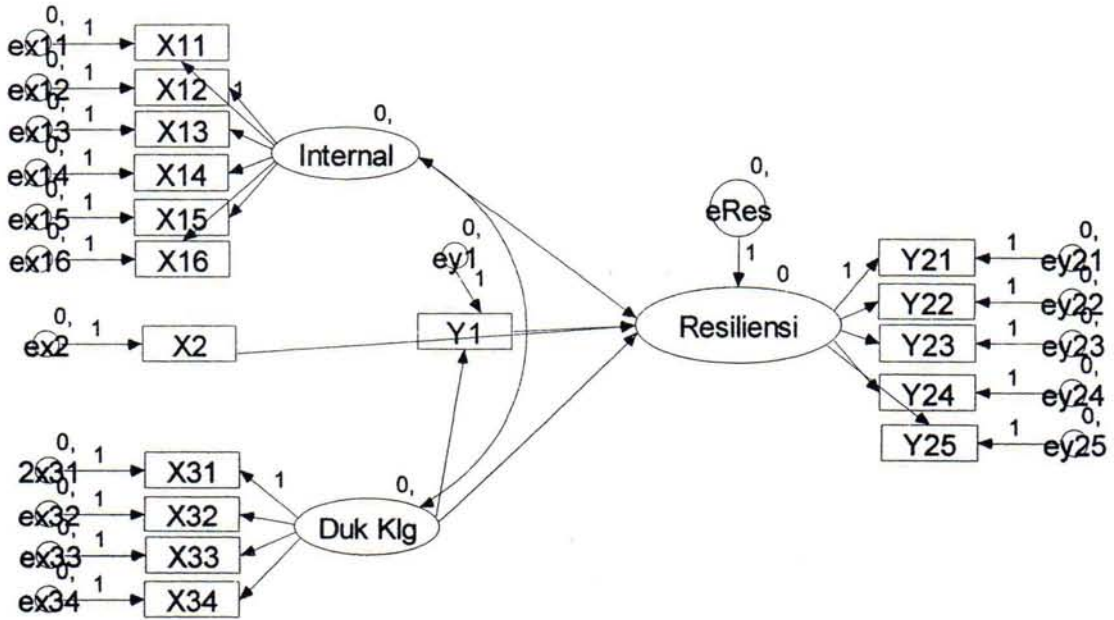
- T P = Tidak Pernah
 K = Kadang kadang
 S = Sering
 Sl = Selalu

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	Sering	Selalu
1.	Saya bisa beradaptasi dengan perubahan akibat kemoterapi.				
2.	Saya memiliki hubungan dekat dengan Tuhan.				
3.	Tuhan dapat membantu permasalahan yang saya hadapi sekarang.				
4.	Saya bisa menangani masalah apa pun yang datang pada saya.				
5.	Keberhasilan masa lalu memberi saya kepercayaan diri untuk melanjutkan menjalankan kemoterapi.				
6.	Saya masih tetap bisa tersenyum dengan kondisi saya sekarang.				
7.	Saya merasa berkewajiban untuk membantu orang lain yang membutuhkan.				
8.	Saya cenderung untuk bangkit kembali setelah sakit.				
9.	Hal ini semua terjadi karena kesalahan saya.				
10.	Saya memberikan upaya terbaik saya, apapun itu.				
11.	Saya bisa sembuh dengan melakukan kemoterapi dengan rutin sesuai jadwal yang diberikan oleh dokter.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang	Sering	Selalu
12.	Saya tidak menyerah dalam melakukan kemoterapi.				
13.	Saya tahu ke mana harus mencari bantuan.				
14.	Meskipun terdapat beberapa dampak akibat kemoterapi yang saya jalani, saya tetap berkonsentrasi dan berfokus terhadap kemoterapi yang saya jalani.				
15.	Saya bisa memecahkan semua permasalahan akibat kemoterapi yang sedang saya jalani.				
16.	Saya tidak mudah putus asa untuk menjalani kemoterapi.				
17.	Saya menganggap diri sebagai orang yang mempunyai keinginan kuat.				
18.	Saya dapat membuat keputusan terhadap situasi yang sulit.				
19.	Saya bisa menangani perasaan tidak menyenangkan.				
20.	Saya harus bertindak atas firasat.				
21.	Saya memiliki rasa yang kuat untuk sembuh dari penyakit saya dengan melakukan kemoterapi.				
22.	Saya punya beberapa penyesalan dalam hidup saya.				
23.	Saya suka tantangan.				
24.	Saya melakukan pengobatan untuk mencapai kesembuhan.				
25.	Saya memiliki kebanggaan dalam keberhasilan terhadap pengobatan (kemoterapi) yang saya jalani.				
	TOTAL				

Lampiran 14

AMW 3-1



Analysis Summary

Date and Time

Date: Tuesday, January 12, 2016
Time: 9:12:42 PM

Title

Dua: Tuesday, January 12, 2016 09:12 PM

Number of variables in your model: 38
 Number of observed variables: 17
 Number of unobserved variables: 21
 Number of exogenous variables: 20
 Number of endogenous variables: 18

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	21	0	0	0	0	21
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	18	1	20	0	17	56
Total	39	1	20	0	17	77

Number of distinct sample moments: 170
 Number of distinct parameters to be estimated: 56

Degrees of freedom (170 - 56): 114

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Y1	<--- Duk Klg	.074	.010	7.761	***	par_9
Y1	<--- Internal	-.158	.084	-1.883	.060	par_17
Y1	<--- X2	-.026	.022	-1.162	.245	par_19
Resiliensi	<--- Duk Klg	.418	.056	7.394	***	par_10
Resiliensi	<--- Y1	3.587	.321	11.184	***	par_13
Resiliensi	<--- Internal	-.394	.419	-.941	.347	par_18
Resiliensi	<--- X2	-.150	.114	-1.320	.187	par_20
X11	<--- Internal	1.000				
X12	<--- Internal	.836	.134	6.254	***	par_1
X13	<--- Internal	.706	.125	5.652	***	par_2
X14	<--- Internal	.811	.134	6.070	***	par_3
X15	<--- Internal	.821	.131	6.268	***	par_4
X16	<--- Internal	.766	.123	6.220	***	par_5
X31	<--- Duk Klg	1.000				
X32	<--- Duk Klg	.423	.031	13.533	***	par_6
X33	<--- Duk Klg	.804	.028	28.405	***	par_7
X34	<--- Duk Klg	.703	.054	12.917	***	par_8
Y21	<--- Resiliensi	1.000				
Y24	<--- Resiliensi	-.234	.122	-1.926	.054	par_12
Y22	<--- Resiliensi	.979	.028	34.650	***	par_14
Y23	<--- Resiliensi	-.195	.093	-2.093	.036	par_15
Y25	<--- Resiliensi	.633	.026	24.472	***	par_16

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X2	2.340	.049	48.211	***	par_32
Y1	1.725	.059	29.388	***	par_34
X12	1.327	.027	48.914	***	par_20
X11	2.353	.074	31.630	***	par_21
X13	1.493	.033	44.954	***	par_22
X15	1.293	.026	49.054	***	par_23
X14	1.360	.030	45.224	***	par_24
X16	1.267	.026	49.529	***	par_25
X32	10.593	.150	70.725	***	par_26
X31	12.000	.234	51.343	***	par_27
X33	11.047	.202	54.677	***	par_28
Y22	8.039	.617	13.019	***	par_29
Y21	7.974	.634	12.576	***	par_30
Y23	15.521	.627	24.749	***	par_31
X34	10.740	.257	41.857	***	par_33
Y24	16.387	.816	20.088	***	par_35
Y25	8.806	.418	21.071	***	par_36

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Duk Klg <-->	Internal	-1.469	.269	-5.470	***	par_11

		Estimate
Duk Klg <-->	Internal	-.810

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Internal	.217	.070	3.097	.002	par_37
Duk Klg	15.193	1.352	11.236	***	par_38
ex2	.704	.058	12.227	***	par_39
ey1	.098	.009	11.458	***	par_40
eRes	1.980	.236	8.372	***	par_41
ex11	1.438	.119	12.049	***	par_42
ex12	.066	.007	9.407	***	par_43
ex13	.220	.019	11.639	***	par_44
ex15	.057	.006	9.046	***	par_45
ex14	.126	.012	10.861	***	par_46
ex16	.066	.007	9.837	***	par_47
2x31	1.140	.247	4.607	***	par_48
ex32	3.980	.336	11.845	***	par_49
ex33	2.342	.249	9.397	***	par_50
ex34	12.135	1.021	11.881	***	par_51
ey21	1.556	.192	8.087	***	par_52
ey22	1.170	.166	7.045	***	par_53
ey23	31.348	2.565	12.220	***	par_54
ey24	53.338	4.364	12.221	***	par_55
ey25	1.745	.161	10.840	***	par_56

	Estimate
X2	.000
Y1	.558
Resiliensi	.842
Y25	.742
Y24	.013
Y23	.015
Y22	.911
Y21	.889
X34	.384
X33	.808
X32	.407
X31	.930
X16	.665
X14	.534
X15	.723

	Estimate
X13	.332
X12	.700
X11	.131

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.090	-.022	.000	.000
Resiliensi	-.343	.747	-.228	3.563	.000
Y25	-.217	.473	-.144	2.256	.633
Y24	.080	-.175	.053	-.834	-.234
Y23	.067	-.146	.044	-.695	-.195
Y22	-.336	.731	-.223	3.488	.979
Y21	-.343	.747	-.228	3.563	1.000
X34	.000	.705	.000	.000	.000
X33	.000	.806	.000	.000	.000
X32	.000	.424	.000	.000	.000
X31	.000	1.000	.000	.000	.000
X16	.774	.000	.000	.000	.000
X14	.816	.000	.000	.000	.000
X15	.831	.000	.000	.000	.000
X13	.711	.000	.000	.000	.000
X12	.843	.000	.000	.000	.000
X11	1.000	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.746	-.039	.000	.000
Resiliensi	-.045	.823	-.054	.474	.000
Y25	-.039	.709	-.047	.409	.861
Y24	.005	-.093	.006	-.053	-.113
Y23	.006	-.101	.007	-.058	-.122
Y22	-.043	.786	-.052	.453	.955
Y21	-.043	.776	-.051	.447	.943
X34	.000	.619	.000	.000	.000
X33	.000	.899	.000	.000	.000
X32	.000	.638	.000	.000	.000
X31	.000	.964	.000	.000	.000
X16	.815	.000	.000	.000	.000
X14	.730	.000	.000	.000	.000
X15	.850	.000	.000	.000	.000
X13	.576	.000	.000	.000	.000
X12	.837	.000	.000	.000	.000
X11	.362	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
--	----------	---------	----	----	------------

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.090	-.022	.000	.000
Resiliensi	-.343	.426	-.149	3.563	.000
Y25	.000	.000	.000	.000	.633
Y24	.000	.000	.000	.000	-.234
Y23	.000	.000	.000	.000	-.195
Y22	.000	.000	.000	.000	.979
Y21	.000	.000	.000	.000	1.000
X34	.000	.705	.000	.000	.000
X33	.000	.806	.000	.000	.000
X32	.000	.424	.000	.000	.000
X31	.000	1.000	.000	.000	.000
X16	.774	.000	.000	.000	.000
X14	.816	.000	.000	.000	.000
X15	.831	.000	.000	.000	.000
X13	.711	.000	.000	.000	.000
X12	.843	.000	.000	.000	.000
X11	1.000	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.746	-.039	.000	.000
Resiliensi	-.045	.469	-.035	.474	.000
Y25	.000	.000	.000	.000	.861
Y24	.000	.000	.000	.000	-.113
Y23	.000	.000	.000	.000	-.122
Y22	.000	.000	.000	.000	.955
Y21	.000	.000	.000	.000	.943
X34	.000	.619	.000	.000	.000
X33	.000	.899	.000	.000	.000
X32	.000	.638	.000	.000	.000
X31	.000	.964	.000	.000	.000
X16	.815	.000	.000	.000	.000
X14	.730	.000	.000	.000	.000
X15	.850	.000	.000	.000	.000
X13	.576	.000	.000	.000	.000
X12	.837	.000	.000	.000	.000
X11	.362	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.000	.000	.000	.000
Resiliensi	.000	.321	-.078	.000	.000
Y25	-.217	.473	-.144	2.256	.000
Y24	.080	-.175	.053	-.834	.000
Y23	.067	-.146	.044	-.695	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y22	-.336	.731	-.223	3.488	.000
Y21	-.343	.747	-.228	3.563	.000
X34	.000	.000	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	X2	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.000	.000	.000	.000
Resiliensi	.000	.354	-.019	.000	.000
Y25	-.039	.709	-.047	.409	.000
Y24	.005	-.093	.006	-.053	.000
Y23	.006	-.101	.007	-.058	.000
Y22	-.043	.786	-.052	.453	.000
Y21	-.043	.776	-.051	.447	.000
X34	.000	.000	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000	.000	.000

Iteration	Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	8	-.949	9999.000	4430.420	0	9999.000
1	e	12	-.807	3.034	2764.382	20	.373
2	e*	6	-.753	.688	2123.115	6	.792
3	e*	3	-.313	.619	1639.367	5	.789
4	e*	0	9652.223	.680	1284.946	5	.871
5	e	0	907.935	.789	1226.413	4	.000
6	e	0	2758.681	.821	1160.102	1	.768
7	e	0	1765.191	.713	1143.236	1	.578
8	e	0	6364.934	.377	1125.368	1	1.116

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
9	e	0	11044.637		.366	1123.609	1	1.229
10	e	0	16674.331		.286	1123.090	1	1.213
11	e	0	24057.018		.160	1122.980	1	1.160
12	e	0	28526.759		.060	1122.971	1	1.069
13	e	0	29459.923		.007	1122.971	1	1.010
14	e	0	28584.640		.000	1122.971	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	56	1122.971	114	.000	9.851
Saturated model	170	.000	0		
Independence model	17	4395.244	153	.000	28.727

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.745	.657	.764	.681	.762
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.745	.555	.568
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	1008.971	905.243	1120.135
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	4242.244	4029.605	4462.151

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.756	3.374	3.028	3.746
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	14.700	14.188	13.477	14.924

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.172	.163	.181	.000
Independence model	.305	.297	.312	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1234.971	1242.145		

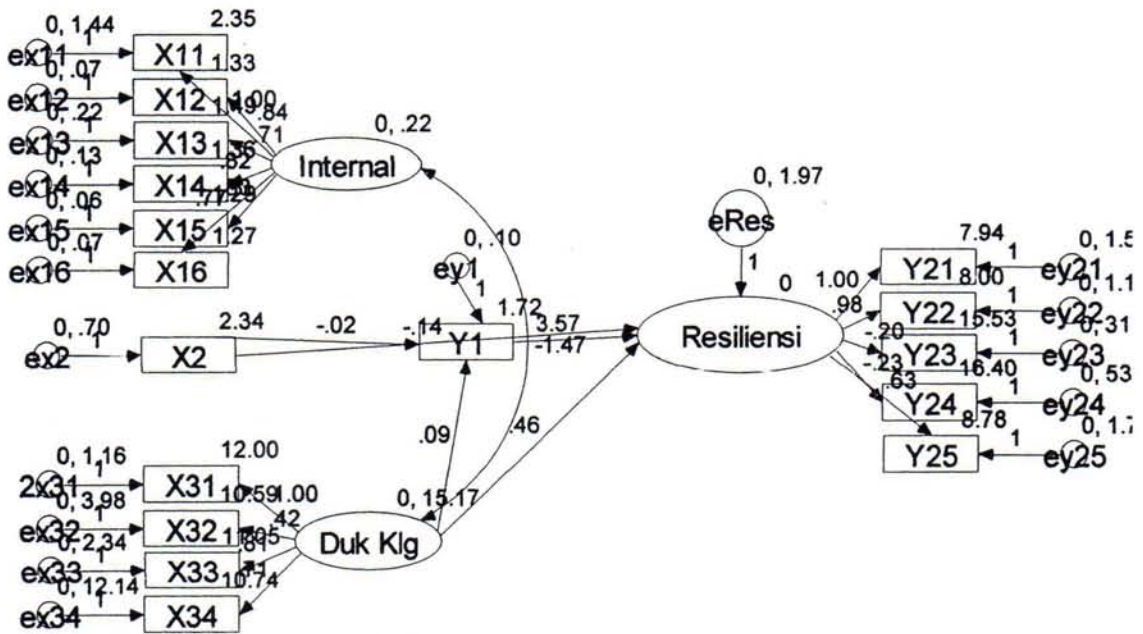
Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Saturated model	340.000	361.779		
Independence model	4429.244	4431.422		

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.130	3.783	4.502	4.154
Saturated model	1.137	1.137	1.137	1.210
Independence model	14.814	14.102	15.549	14.821

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	38	41
Independence model	13	14

Minimization: .046
 Miscellaneous: .406
 Bootstrap: .000
 Total: .452

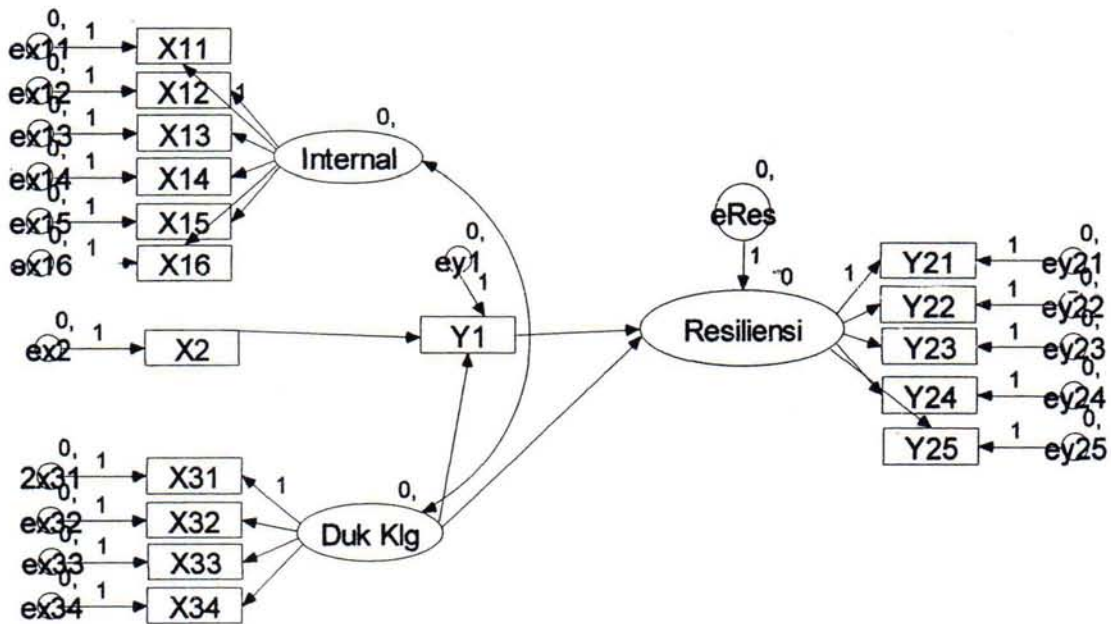
AMW 3-2



			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Y1	<---	Duk Klg	.090	.005	17.773	***	par_9
Y1	<---	X2	-.022	.022	-.990	.322	par_17
Resiliensi	<---	Duk Klg	.459	.041	11.245	***	par_10
Resiliensi	<---	Y1	3.573	.323	11.057	***	par_13

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Resiliensi	<--- X2	-.141	.114	-1.242	.214	par_18
X11	<--- Internal	1.000				
X12	<--- Internal	.842	.136	6.193	***	par_1
X13	<--- Internal	.711	.127	5.605	***	par_2
X14	<--- Internal	.816	.136	6.012	***	par_3
X15	<--- Internal	.831	.134	6.211	***	par_4
X16	<--- Internal	.774	.126	6.162	***	par_5
X31	<--- Duk Klg	1.000				
X32	<--- Duk Klg	.424	.031	13.533	***	par_6
X33	<--- Duk Klg	.806	.028	28.469	***	par_7
X34	<--- Duk Klg	.705	.055	12.925	***	par_8
Y21	<--- Resiliensi	1.000				
Y24	<--- Resiliensi	-.235	.122	-1.927	.054	par_12
Y22	<--- Resiliensi	.979	.028	34.580	***	par_14
Y23	<--- Resiliensi	-.196	.093	-2.096	.036	par_15
Y25	<--- Resiliensi	.633	.026	24.453	***	par_16

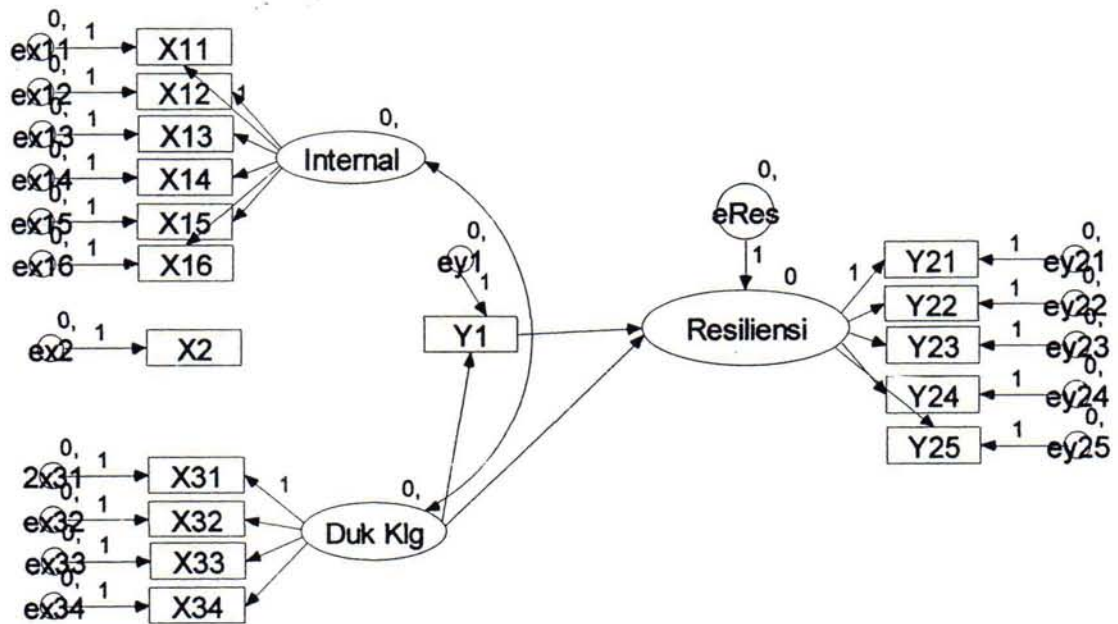
AMW 3-3



		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Y1	<--- Duk Klg	.090	.005	17.751	***	par_9
Y1	<--- X2	-.020	.022	-.922	.356	par_17
Resiliensi	<--- Duk Klg	.452	.041	11.076	***	par_10
Resiliensi	<--- Y1	3.600	.323	11.135	***	par_13
X11	<--- Internal	1.000				
X12	<--- Internal	.842	.136	6.192	***	par_1

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X13	<---	Internal	.711	.127	5.605	***	par_2
X14	<---	Internal	.816	.136	6.011	***	par_3
X15	<---	Internal	.831	.134	6.211	***	par_4
X16	<---	Internal	.774	.126	6.162	***	par_5
X31	<---	Duk Klg	1.000				
X32	<---	Duk Klg	.424	.031	13.532	***	par_6
X33	<---	Duk Klg	.807	.028	28.476	***	par_7
X34	<---	Duk Klg	.705	.055	12.921	***	par_8
Y21	<---	Resiliensi	1.000				
Y24	<---	Resiliensi	-.237	.122	-1.936	.053	par_12
Y22	<---	Resiliensi	.978	.028	34.387	***	par_14
Y23	<---	Resiliensi	-.197	.094	-2.105	.035	par_15
Y25	<---	Resiliensi	.633	.026	24.349	***	par_16

AMW 3-4



Analysis Summary

Date and Time

Date: Tuesday, January 12, 2016
 Time: 9:26:09 PM

Title

Dua: Tuesday, January 12, 2016 09:26 PM

Number of variables in your model: 38
 Number of observed variables: 17
 Number of unobserved variables: 21
 Number of exogenous variables: 20
 Number of endogenous variables: 18

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	21	0	0	0	0	21
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	15	1	20	0	17	53
Total	36	1	20	0	17	74

Number of distinct sample moments: 170
 Number of distinct parameters to be estimated: 53
 Degrees of freedom (170 - 53): 117

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label	Estimate
Y1	<--- Duk Klg	.089	.005	17.592	***	par_9	.743
Resiliensi	<--- Duk Klg	.452	.041	11.129	***	par_10	.501
Resiliensi	<--- Y1	3.602	.323	11.150	***	par_13	.480
X11	<--- Internal	1.000					.362
X12	<--- Internal	.842	.136	6.192	***	par_1	.836
X13	<--- Internal	.711	.127	5.605	***	par_2	.576
X14	<--- Internal	.816	.136	6.011	***	par_3	.731
X15	<--- Internal	.832	.134	6.210	***	par_4	.850
X16	<--- Internal	.775	.126	6.161	***	par_5	.815
X31	<--- Duk Klg	1.000					.964
X32	<--- Duk Klg	.424	.031	13.532	***	par_6	.638
X33	<--- Duk Klg	.807	.028	28.476	***	par_7	.899
X34	<--- Duk Klg	.705	.055	12.917	***	par_8	.619
Y21	<--- Resiliensi	1.000					.943
Y24	<--- Resiliensi	-.237	.123	-1.931	.054	par_12	-.113
Y22	<--- Resiliensi	.978	.029	34.296	***	par_14	.953
Y23	<--- Resiliensi	-.197	.094	-2.099	.036	par_15	-.123
Y25	<--- Resiliensi	.633	.026	24.288	***	par_16	.860

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Y1	1.673	.027	61.695	***	par_31
X12	1.327	.027	48.914	***	par_17
X11	2.353	.074	31.630	***	par_18
X13	1.493	.033	44.954	***	par_19
X15	1.293	.026	49.052	***	par_20

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X14	1.360	.030	45.224	***	par_21
X16	1.267	.026	49.529	***	par_22
X32	10.593	.150	70.725	***	par_23
X31	12.000	.234	51.343	***	par_24
X33	11.047	.202	54.677	***	par_25
Y22	7.639	.545	14.030	***	par_26
Y21	7.560	.561	13.483	***	par_27
Y23	15.615	.660	23.646	***	par_28
X2	2.340	.049	48.211	***	par_29
X34	10.740	.257	41.857	***	par_30
Y24	16.499	.860	19.192	***	par_32
Y25	8.546	.376	22.745	***	par_33

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Duk Klg <-->	Internal	-1.471	.269	-5.472	***	par_11

	Estimate
Duk Klg <--> Internal	-.811

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Internal	.217	.070	3.097	.002	par_34
Duk Klg	15.166	1.351	11.222	***	par_35
ey1	.099	.009	11.468	***	par_36
eRes	1.990	.238	8.364	***	par_37
ex11	1.438	.119	12.049	***	par_38
ex12	.066	.007	9.417	***	par_39
ex13	.220	.019	11.637	***	par_40
ex15	.057	.006	9.035	***	par_41
ex14	.126	.012	10.858	***	par_42
ex16	.066	.007	9.829	***	par_43
ex2	.704	.058	12.227	***	par_44
2x31	1.167	.245	4.766	***	par_45
ex32	3.977	.336	11.840	***	par_46
ex33	2.332	.248	9.385	***	par_47
ex34	12.139	1.022	11.878	***	par_48
ey21	1.544	.192	8.033	***	par_49
ey22	1.184	.167	7.082	***	par_50
ey23	31.337	2.564	12.220	***	par_51
ey24	53.323	4.363	12.221	***	par_52
ey25	1.744	.161	10.832	***	par_53

	Estimate
Y1	.552

	Estimate
Resiliensi	.839
Y25	.740
Y24	.013
Y23	.015
Y22	.909
Y21	.889
X34	.383
X33	.809
X32	.407
X31	.929
X2	.000
X16	.665
X14	.534
X15	.723
X13	.332
X12	.699
X11	.131

	Y	Y	Y	Y	Y	Y	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	X	1	1	1	1	1
		5	4	3	2	1	4	3	2	1	2	6	4	5	3	2
Internal	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.2	.1	.2	.0	.2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	7	6	4
	4	1	0	0	1	1	1	5	2	4	0	5	3	6	1	2
Duk Klg	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.2	.0	.5	.0	-	-	-	-	-
	8	2	0	0	5	4	3	2	6	5	0	.1	.1	.2	.0	.2
	0	4	0	0	6	4	8	4	9	5	0	8	0	2	5	0
Resiliensi	.8	.1	-	-	.3	.3	.0	.0	.0	.0	.0	-	-	-	-	-
	4	6	.0	.0	8	0	0	2	0	5	0	.0	.0	.0	.0	.0
	5	8	0	0	3	0	4	3	7	8	0	1	1	2	0	2
			2	3								9	1	4	5	1

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.089	.000	.000
Resiliensi	.000	.774	3.602	.000
Y25	.000	.490	2.280	.633
Y24	.000	-.183	-.852	-.237
Y23	.000	-.153	-.710	-.197
Y22	.000	.757	3.522	.978
Y21	.000	.774	3.602	1.000
X34	.000	.705	.000	.000
X33	.000	.807	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
X32	.000	.424	.000	.000
X31	.000	1.000	.000	.000
X16	.775	.000	.000	.000
X14	.816	.000	.000	.000
X15	.832	.000	.000	.000
X13	.711	.000	.000	.000
X12	.842	.000	.000	.000
X11	1.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.743	.000	.000
Resiliensi	.000	.858	.480	.000
Y25	.000	.738	.413	.860
Y24	.000	-.097	-.054	-.113
Y23	.000	-.105	-.059	-.123
Y22	.000	.818	.458	.953
Y21	.000	.809	.453	.943
X34	.000	.619	.000	.000
X33	.000	.899	.000	.000
X32	.000	.638	.000	.000
X31	.000	.964	.000	.000
X16	.815	.000	.000	.000
X14	.731	.000	.000	.000
X15	.850	.000	.000	.000
X13	.576	.000	.000	.000
X12	.836	.000	.000	.000
X11	.362	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.089	.000	.000
Resiliensi	.000	.452	3.602	.000
Y25	.000	.000	.000	.633
Y24	.000	.000	.000	-.237
Y23	.000	.000	.000	-.197
Y22	.000	.000	.000	.978
Y21	.000	.000	.000	1.000
X34	.000	.705	.000	.000
X33	.000	.807	.000	.000
X32	.000	.424	.000	.000
X31	.000	1.000	.000	.000
X16	.775	.000	.000	.000
X14	.816	.000	.000	.000
X15	.832	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
X13	.711	.000	.000	.000
X12	.842	.000	.000	.000
X11	1.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.743	.000	.000
Resiliensi	.000	.501	.480	.000
Y25	.000	.000	.000	.860
Y24	.000	.000	.000	-.113
Y23	.000	.000	.000	-.123
Y22	.000	.000	.000	.953
Y21	.000	.000	.000	.943
X34	.000	.619	.000	.000
X33	.000	.899	.000	.000
X32	.000	.638	.000	.000
X31	.000	.964	.000	.000
X16	.815	.000	.000	.000
X14	.731	.000	.000	.000
X15	.850	.000	.000	.000
X13	.576	.000	.000	.000
X12	.836	.000	.000	.000
X11	.362	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.000	.000	.000
Resiliensi	.000	.322	.000	.000
Y25	.000	.490	2.280	.000
Y24	.000	-.183	-.852	.000
Y23	.000	-.153	-.710	.000
Y22	.000	.757	3.522	.000
Y21	.000	.774	3.602	.000
X34	.000	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000	.000

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
--	----------	---------	----	------------

	Internal	Duk Klg	Y1	Resiliensi
Y1	.000	.000	.000	.000
Resiliensi	.000	.357	.000	.000
Y25	.000	.738	.413	.000
Y24	.000	-.097	-.054	.000
Y23	.000	-.105	-.059	.000
Y22	.000	.818	.458	.000
Y21	.000	.809	.453	.000
X34	.000	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000	.000

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	7		-.859	9999.000	4358.663	0	9999.000
1	e*	12		-1.851	3.285	2850.521	20	.314
2	e	6		-.795	.614	2033.562	6	.792
3	e*	3		-.399	.435	1700.027	4	.730
4	e*	0	24848.006		.763	1368.030	6	.690
5	e	0	1375.915		.824	1274.535	5	.000
6	e	0	2169.729		.808	1185.586	1	.758
7	e	0	3045.697		.494	1137.826	1	1.181
8	e	0	6011.217		.416	1128.892	1	1.191
9	e	0	8265.571		.421	1126.842	1	1.192
10	e	0	15817.820		.270	1126.125	1	1.221
11	e	0	21811.677		.214	1125.964	1	1.129
12	e	0	28898.962		.065	1125.945	1	1.076
13	e	0	28956.484		.014	1125.945	1	1.014
14	e	0	29105.739		.000	1125.945	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	53	1125.945	117	.000	9.623
Saturated model	170	.000	0		
Independence model	17	4395.244	153	.000	28.727

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	

Indikator kesesuaian model yaitu $p = 0.000$ dan $\chi^2 = 9.623$

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.744	.665	.764	.689	.762
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Indikator kesesuaian model yaitu $p = 0.000$ dan $\chi^2 = 9.623$

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.765	.569	.583
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	1008.945	905.144	1120.184
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	4242.244	4029.605	4462.151

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.766	3.374	3.027	3.746
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	14.700	14.188	13.477	14.924

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.170	.161	.179	.000
Independence model	.305	.297	.312	.000

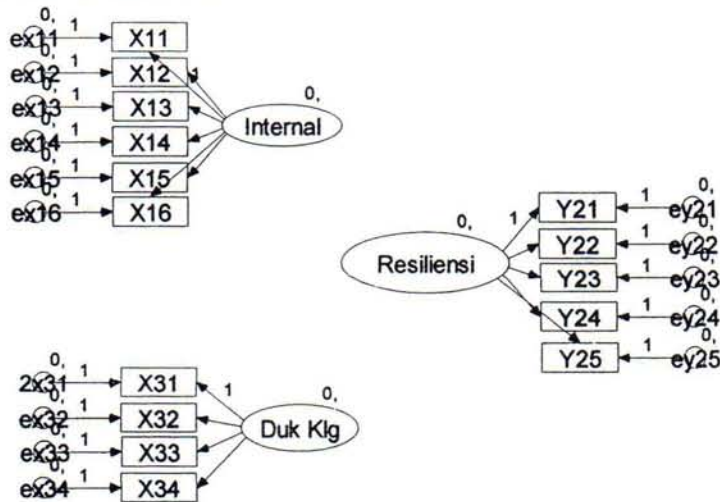
Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1231.945	1238.735		
Saturated model	340.000	361.779		
Independence model	4429.244	4431.422		

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.120	3.773	4.492	4.143
Saturated model	1.137	1.137	1.137	1.210
Independence model	14.814	14.102	15.549	14.821

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	39	42
Independence model	13	14

Minimization: .047
 Miscellaneous: .421
 Bootstrap: .000
 Total: .468

Hasil Analisis CFA



Analysis Summary

Date and Time

Date: Wednesday, January 13, 2016

Time: 11:53:10 AM

Title

cfa: Wednesday, January 13, 2016 11:53 AM

Number of variables in your model: 33
 Number of observed variables: 15
 Number of unobserved variables: 18
 Number of exogenous variables: 18
 Number of endogenous variables: 15

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	18	0	0	0	0	18
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	12	0	18	0	15	45
Total	30	0	18	0	15	63

Number of distinct sample moments: 135
 Number of distinct parameters to be estimated: 45
 Degrees of freedom (135 - 45): 90

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X11 <--- Internal	1.000				

Ini hasil CFA pertama, karena ada yang tidak signifikan (Y24), yg tidak signifikan dihilangkan

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X12	<--- Internal	.855	.152	5.624	***	par_1
X13	<--- Internal	.741	.144	5.162	***	par_2
X14	<--- Internal	.825	.151	5.463	***	par_3
X15	<--- Internal	.944	.165	5.738	***	par_4
X16	<--- Internal	.887	.155	5.714	***	par_5
X31	<--- Duk Klg	1.000				
X32	<--- Duk Klg	.468	.034	13.948	***	par_6
X33	<--- Duk Klg	.883	.037	23.927	***	par_7
X34	<--- Duk Klg	.744	.060	12.467	***	par_8
Y21	<--- Resiliensi	1.000				
Y24	<--- Resiliensi	-.224	.124	-1.809	.071	par_9
Y22	<--- Resiliensi	.984	.032	31.000	***	par_10
Y23	<--- Resiliensi	-.186	.095	-1.956	.050	par_11
Y25	<--- Resiliensi	.642	.026	24.242	***	par_12

Ini hasil CFA pertama, karena ada yang tidak signifikan (Y24), yg tidak signifikan dihilangkan

		Estimate
X11	<--- Internal	.335
X12	<--- Internal	.786
X13	<--- Internal	.556
X14	<--- Internal	.684
X15	<--- Internal	.894
X16	<--- Internal	.864
X31	<--- Duk Klg	.921
X32	<--- Duk Klg	.673
X33	<--- Duk Klg	.940
X34	<--- Duk Klg	.624
Y21	<--- Resiliensi	.938
Y24	<--- Resiliensi	-.107
Y22	<--- Resiliensi	.954
Y23	<--- Resiliensi	-.115
Y25	<--- Resiliensi	.868

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X12	1.327	.027	48.914	***	par_13
X11	2.353	.074	31.630	***	par_14
X13	1.493	.033	44.954	***	par_15
X15	1.293	.026	49.069	***	par_16
X14	1.360	.030	45.224	***	par_17
X16	1.267	.026	49.529	***	par_18
X32	10.593	.150	70.725	***	par_19
X31	12.000	.234	51.343	***	par_20
X33	11.047	.202	54.677	***	par_21
Y22	13.533	.209	64.881	***	par_22

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Y21	13.587	.216	62.994	***	par_23
Y23	14.427	.326	44.225	***	par_24
X34	10.740	.257	41.857	***	par_25
Y24	15.073	.425	35.464	***	par_26
Y25	12.360	.150	82.587	***	par_27

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Internal	.186	.065	2.845	.004	par_28
Duk Klg	13.846	1.376	10.060	***	par_29
Resiliensi	12.240	1.149	10.652	***	par_30
ex11	1.470	.122	12.071	***	par_31
ex12	.084	.008	10.147	***	par_32
ex13	.228	.020	11.670	***	par_33
ex15	.042	.006	7.006	***	par_34
ex14	.144	.013	11.121	***	par_35
ex16	.050	.006	8.252	***	par_36
2x31	2.488	.439	5.670	***	par_37
ex32	3.672	.319	11.513	***	par_38
ex33	1.412	.323	4.367	***	par_39
ex34	12.031	1.030	11.682	***	par_40
ey21	1.669	.252	6.620	***	par_41
ey22	1.168	.226	5.164	***	par_42
ey23	31.396	2.569	12.219	***	par_43
ey24	53.401	4.370	12.220	***	par_44
ey25	1.650	.161	10.256	***	par_45

	Estimate
Y25	.754
Y24	.011
Y23	.013
Y22	.910
Y21	.880
X34	.389
X33	.884
X32	.453
X31	.848
X16	.747
X14	.467
X15	.798
X13	.309
X12	.617
X11	.112

	Y 25	Y2 4	Y2 3	Y 22	Y 21	X 34	X 33	X 32	X 31	X 16	X 14	X 15	X 13	X 12	X 11
Duk Klg	.0 00	.00 0	.00 0	.0 00	.0 00	.0 55	.5 52	.1 13	.3 55	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00
Intern al	.0 00	.00 0	.00 0	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.3 03	.0 97	.3 82	.0 55	.1 72	.0 12
Resili ensi	.2 21	- .00 2	- .00 3	.4 78	.3 40	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00	.0 00

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.642
Y24	.000	.000	-.224
Y23	.000	.000	-.186
Y22	.000	.000	.984
Y21	.000	.000	1.000
X34	.744	.000	.000
X33	.883	.000	.000
X32	.468	.000	.000
X31	1.000	.000	.000
X16	.000	.887	.000
X14	.000	.825	.000
X15	.000	.944	.000
X13	.000	.741	.000
X12	.000	.855	.000
X11	.000	1.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.868
Y24	.000	.000	-.107
Y23	.000	.000	-.115
Y22	.000	.000	.954
Y21	.000	.000	.938
X34	.624	.000	.000
X33	.940	.000	.000
X32	.673	.000	.000
X31	.921	.000	.000
X16	.000	.864	.000
X14	.000	.684	.000
X15	.000	.894	.000
X13	.000	.556	.000
X12	.000	.786	.000
X11	.000	.335	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
--	---------	----------	------------

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	-.642
Y24	.000	.000	-.224
Y23	.000	.000	-.186
Y22	.000	.000	.984
Y21	.000	.000	1.000
X34	.744	.000	.000
X33	.883	.000	.000
X32	.468	.000	.000
X31	1.000	.000	.000
X16	.000	.887	.000
X14	.000	.825	.000
X15	.000	.944	.000
X13	.000	.741	.000
X12	.000	.855	.000
X11	.000	1.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.868
Y24	.000	.000	-.107
Y23	.000	.000	-.115
Y22	.000	.000	.954
Y21	.000	.000	.938
X34	.624	.000	.000
X33	.940	.000	.000
X32	.673	.000	.000
X31	.921	.000	.000
X16	.000	.864	.000
X14	.000	.684	.000
X15	.000	.894	.000
X13	.000	.556	.000
X12	.000	.786	.000
X11	.000	.335	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.000
Y24	.000	.000	.000
Y23	.000	.000	.000
Y22	.000	.000	.000
Y21	.000	.000	.000
X34	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
X16	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.000
Y24	.000	.000	.000
Y23	.000	.000	.000
Y22	.000	.000	.000
Y21	.000	.000	.000
X34	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	6		-.713	9999.000	3992.832	0	9999.000
1	e	7		-.591	3.272	2642.961	21	.367
2	e*	3		-.203	.847	2036.355	6	.896
3	e	1		-.117	.307	1848.896	5	.910
4	e	1		-.053	.606	1721.341	7	.733
5	e	0	945.334		.478	1660.183	5	.812
6	e	0	1981.949		.586	1634.734	1	1.211
7	e	0	3598.786		.589	1625.057	1	1.241
8	e	0	7886.821		.497	1620.884	1	1.268
9	e	0	11945.930		.478	1619.394	1	1.200
10	e	0	21792.711		.289	1618.938	1	1.200
11	e	0	27896.096		.186	1618.862	1	1.115
12	e	0	31507.586		.043	1618.858	1	1.042
13	e	0	31450.282		.004	1618.858	1	1.003
14	e	0	30658.380		.000	1618.858	1	.996

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
-------	------	------	----	---	---------

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	45	1618.858	90	.000	17.987
Saturated model	135	.000	0		
Independence model	15	3983.529	120	.000	33.196

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.594	.458	.607	.472	.604
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.750	.445	.453
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	1528.858	1402.001	1663.105
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	3863.529	3661.026	4073.307

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	5.414	5.113	4.689	5.562
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	13.323	12.922	12.244	13.623

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.238	.228	.249	.000
Independence model	.328	.319	.337	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1708.858	1713.946		
Saturated model	270.000	285.265		
Independence model	4013.529	4015.225		

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	5.715	5.291	6.164	5.732
Saturated model	.903	.903	.903	.954
Independence model	13.423	12.746	14.125	13.429

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	21	23
Independence model	12	12

Minimization:	.047
Miscellaneous:	.265
Bootstrap:	.000
Total:	.312

Hasil CFA ke 2

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X11 <--- Internal	1.000				
X12 <--- Internal	.855	.152	5.624	***	par_1
X13 <--- Internal	.741	.144	5.162	***	par_2
X14 <--- Internal	.825	.151	5.463	***	par_3
X15 <--- Internal	.944	.165	5.738	***	par_4
X16 <--- Internal	.887	.155	5.714	***	par_5
X31 <--- Duk Klg	1.000				
X32 <--- Duk Klg	.468	.034	13.948	***	par_6
X33 <--- Duk Klg	.883	.037	23.927	***	par_7
X34 <--- Duk Klg	.744	.060	12.467	***	par_8
Y21 <--- Resiliensi	1.000				
Y22 <--- Resiliensi	.984	.032	31.001	***	par_9
Y25 <--- Resiliensi	.642	.026	24.234	***	par_10
Y23 <--- Resiliensi	-.178	.095	-1.870	.061	par_11

Ini hasil CFA ke 2, ternyata Y23 tidak signifikan, kemudian dihilangkan

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X11 <--- Internal	.335
X12 <--- Internal	.786
X13 <--- Internal	.556
X14 <--- Internal	.684
X15 <--- Internal	.894
X16 <--- Internal	.864
X31 <--- Duk Klg	.921
X32 <--- Duk Klg	.673
X33 <--- Duk Klg	.940
X34 <--- Duk Klg	.624
Y21 <--- Resiliensi	.938
Y22 <--- Resiliensi	.954
Y25 <--- Resiliensi	.868
Y23 <--- Resiliensi	-.110

Hasil analisis CFA ke 3

Analysis Summary**Date and Time**

Date: Wednesday, January 13, 2016

Time: 12:11:39 PM

Title

cfa: Wednesday, January 13, 2016 12:11 PM

Number of variables in your model: 29
 Number of observed variables: 13
 Number of unobserved variables: 16
 Number of exogenous variables: 16
 Number of endogenous variables: 13

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	16	0	0	0	0	16
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	10	0	16	0	13	39
Total	26	0	16	0	13	55

Number of distinct sample moments: 104
 Number of distinct parameters to be estimated: 39
 Degrees of freedom (104 - 39): 65

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X11 <---	Internal	1.000				
X12 <---	Internal	.855	.152	5.624	***	par_1
X13 <---	Internal	.741	.144	5.162	***	par_2
X14 <---	Internal	.825	.151	5.463	***	par_3
X15 <---	Internal	.944	.165	5.738	***	par_4
X16 <---	Internal	.887	.155	5.714	***	par_5
X31 <---	Duk Klg	1.000				
X32 <---	Duk Klg	.468	.034	13.948	***	par_6
X33 <---	Duk Klg	.883	.037	23.927	***	par_7
X34 <---	Duk Klg	.744	.060	12.467	***	par_8
Y21 <---	Resiliensi	1.000				
Y22 <---	Resiliensi	.985	.032	30.980	***	par_9
Y25 <---	Resiliensi	.642	.027	24.218	***	par_10

Ini hasil analisis CFA ke 3

	Estimate	
X11 <---	Internal	.335
X12 <---	Internal	.786
X13 <---	Internal	.556
X14 <---	Internal	.684
X15 <---	Internal	.894
X16 <---	Internal	.864
X31 <---	Duk Klg	.921
X32 <---	Duk Klg	.673
X33 <---	Duk Klg	.940

	Estimate
X34 <--- Duk Klg	.624
Y21 <--- Resiliensi	.938
Y22 <--- Resiliensi	.955
Y25 <--- Resiliensi	.868

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X12	1.327	.027	48.914	***	par_11
X11	2.353	.074	31.630	***	par_12
X13	1.493	.033	44.954	***	par_13
X15	1.293	.026	49.069	***	par_14
X14	1.360	.030	45.224	***	par_15
X16	1.267	.026	49.529	***	par_16
X32	10.593	.150	70.725	***	par_17
X31	12.000	.234	51.343	***	par_18
X33	11.047	.202	54.677	***	par_19
Y22	13.533	.209	64.881	***	par_20
Y21	13.587	.216	62.994	***	par_21
X34	10.740	.257	41.857	***	par_22
Y25	12.360	.150	82.587	***	par_23

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Internal	.186	.065	2.845	.004	par_24
Duk Klg	13.846	1.376	10.060	***	par_25
Resiliensi	12.228	1.149	10.642	***	par_26
ex11	1.470	.122	12.071	***	par_27
ex12	.084	.008	10.147	***	par_28
ex13	.228	.020	11.670	***	par_29
ex15	.042	.006	7.006	***	par_30
ex14	.144	.013	11.121	***	par_31
ex16	.050	.006	8.252	***	par_32
2x31	2.488	.439	5.670	***	par_33
ex32	3.672	.319	11.513	***	par_34
ex33	1.412	.323	4.367	***	par_35
ex34	12.031	1.030	11.682	***	par_36
ey21	1.681	.253	6.644	***	par_37
ey22	1.154	.226	5.094	***	par_38
ey25	1.651	.161	10.256	***	par_39

	Estimate
Y25	.754
Y22	.911
Y21	.879
X34	.389

	Estimate
X33	.884
X32	.453
X31	.848
X16	.747
X14	.467
X15	.798
X13	.309
X12	.617
X11	.112

	Y2	Y2	Y2	X3	X3	X3	X3	X1	X1	X1	X1	X1	X1
	5	2	1	4	3	2	1	6	4	5	3	2	1
Duk	.00	.00	.00	.05	.55	.11	.35	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Klg	0	0	0	5	2	3	5	0	0	0	0	0	0
Internal	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.30	.09	.38	.05	.17	.01
	0	0	0	0	0	0	0	3	7	2	5	2	2
Resilien	.22	.48	.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
si	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.642
Y22	.000	.000	.985
Y21	.000	.000	1.000
X34	.744	.000	.000
X33	.883	.000	.000
X32	.468	.000	.000
X31	1.000	.000	.000
X16	.000	.887	.000
X14	.000	.825	.000
X15	.000	.944	.000
X13	.000	.741	.000
X12	.000	.855	.000
X11	.000	1.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.868
Y22	.000	.000	.955
Y21	.000	.000	.938
X34	.624	.000	.000
X33	.940	.000	.000
X32	.673	.000	.000
X31	.921	.000	.000
X16	.000	.864	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
X14	.000	.684	.000
X15	.000	.894	.000
X13	.000	.556	.000
X12	.000	.786	.000
X11	.000	.335	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.642
Y22	.000	.000	.985
Y21	.000	.000	1.000
X34	.744	.000	.000
X33	.883	.000	.000
X32	.468	.000	.000
X31	1.000	.000	.000
X16	.000	.887	.000
X14	.000	.825	.000
X15	.000	.944	.000
X13	.000	.741	.000
X12	.000	.855	.000
X11	.000	1.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.868
Y22	.000	.000	.955
Y21	.000	.000	.938
X34	.624	.000	.000
X33	.940	.000	.000
X32	.673	.000	.000
X31	.921	.000	.000
X16	.000	.864	.000
X14	.000	.684	.000
X15	.000	.894	.000
X13	.000	.556	.000
X12	.000	.786	.000
X11	.000	.335	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.000
Y22	.000	.000	.000
Y21	.000	.000	.000
X34	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
X31	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000

	Duk Klg	Internal	Resiliensi
Y25	.000	.000	.000
Y22	.000	.000	.000
Y21	.000	.000	.000
X34	.000	.000	.000
X33	.000	.000	.000
X32	.000	.000	.000
X31	.000	.000	.000
X16	.000	.000	.000
X14	.000	.000	.000
X15	.000	.000	.000
X13	.000	.000	.000
X12	.000	.000	.000
X11	.000	.000	.000

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	6		-.713	9999.000	3159.534	0	9999.000
1	e	7		-.517	3.162	1857.652	21	.376
2	e*	3		-.118	.833	1215.565	6	1.010
3	e	1		-.117	.239	1066.603	6	.805
4	e	1		-.095	.522	942.225	7	.628
5	e	0	1908.166		.498	848.649	5	.943
6	e	0	1146.870		.609	828.059	2	.000
7	e	0	3603.209		.480	807.182	1	1.162
8	e	0	4922.738		.625	802.129	1	1.104
9	e	0	12707.948		.393	799.647	1	1.199
10	e	0	16032.253		.436	799.002	1	1.072
11	e	0	27766.023		.167	798.831	1	1.105
12	e	0	30235.185		.086	798.820	1	1.045
13	e	0	31802.892		.007	798.820	1	1.006
14	e	0	30842.273		.000	798.820	1	1.001

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	39	798.820	65	.000	12.290

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Saturated model	104	.000	0		
Independence model	13	3156.762	91	.000	34.690

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.747	.646	.763	.665	.761
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.714	.534	.543
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	733.820	646.432	828.644
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	3065.762	2885.856	3252.978

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2.672	2.454	2.162	2.771
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	10.558	10.253	9.652	10.880

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.194	.182	.206	.000
Independence model	.336	.326	.346	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	876.820	880.651		
Saturated model	208.000	218.218		
Independence model	3182.762	3184.039		

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2.933	2.640	3.250	2.945
Saturated model	.696	.696	.696	.730
Independence model	10.645	10.043	11.271	10.649

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	32	36
Independence model	11	12

Minimization: .047
Miscellaneous: .234
Bootstrap: .000
Total: .281

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO SURABAYA
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Mayjend.Prof.Dr. Moestopo No. 6-8 Tlp. 031-5501073,5501164
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : 1. Kepala Instalasi Rawat inap Obsgyn
2.
3.
RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Nomor : 070/ 262 / 301.4.2/Litb/11/2015
Tanggal : 3 Pebruari 2015
Sifat : Penting
Lampiran : 1 Exmplar
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Menunjuk surat dari Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masy Universitas Airlangga Surabaya nomor. 7100/UN3.1.10/PPd/2014 tanggal 18 Desember perihal pada pokok surat, dengan ini kami mohon ijin penelitian atas nama :

Esti Yunitasari, S.Kep,Ns.,M.Kes
NIM. 101217087315

Untuk dapat melaksanakan permohonan ijin penelitian di unit kerja / bagian Saudara dengan

“ Pengembangan model asuhan keperawatan koping dalam upaya meningkatkan resiliensi p kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi berbasis adaptasi roy “

Apabila dapat disetujui kami mengharapkan jawaban Saudara dalam waktu tidak terlalu lama proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara, bersama ini kami lamp foto copy surat yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Tembusan :Yth

1. Direktur sebagai laporan
2. Wadir Pendidikan Profesi & Penelitian
3. Arsip

Kepala Bidang Litbang

Dr. IGM Reza Gunadi Ranuh, dr, Sp.A
Pembina TK. I
NIP. 19601105 198802 1 002



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**

62 / Panke. KKE / I / 2015

KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :

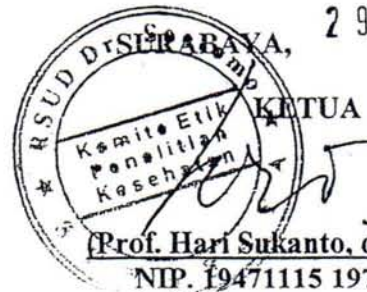
"Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Koping Dalam Upaya Meningkatkan Resiliensi Pasien Kanker Serviks yang Mendapatkan Kemoterapi Berbasis Adaptasi Roy"

PENELITI UTAMA : Esti Yunitasari, S.Kep,Ns., M.Kes


**PENELITI LAIN : 1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
2. Prof. Suhatno, dr., Sp.OG (K)
3. Pungky Mulawardhana, dr., Sp.OG**

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo Surabaya


DINYATAKAN LAIK ETIK



**Prof. Hari Sukanto, dr., Sp.KK (K)
NIP. 19471115 1973 03 1 001**



RSUD Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN & PENGEMBANGAN
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 6-8 Surabaya



Peneliti

NAMA : Esti Yunitasari
NIM : 101217087315
INSTITUSI : S₃ I-Kea
Kepala Bidang Litbang
[Signature]