

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN  
(EKSTROVERT DAN INTROVERT) DENGAN RESPONS PSIKOLOGIS  
PASIE PERAWATAN PALIATIF**

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*  
DI PUSKESMAS BALONGSARI SURABAYA



Oleh :

**JIHAN UTAMI**  
**NIM : 010511006B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**  
**2009**

**SKRIPSI**  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN**  
**(EKSTROVERT DAN INTROVERT) DENGAN RESPONS PSIKOLOGIS**  
**PASIEH PERAWATAN PALIATIF**

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*  
DI PUSKESMAS BALONGSARI SURABAYA

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam**  
**Program Studi Ilmu Keperawatan**  
**di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya**



Oleh :

**JIHAN UTAMI**  
**NIM : 010511006B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**  
**2009**

**LEMBAR PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dilakukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 14 Agustus 2009  
Yang menyatakan

Jihan Utami  
NIM.010511006 B

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**  
**TANGGAL 14 AGUSTUS 2009**

OLEH :

Pembimbing Ketua

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP.140 238 226

Pembimbing II

Elida Ulfiana, S.Kep. Ns  
NIP.139 060 786

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Penjabat Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes  
NIP. 132 295 670

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

TANGGAL 20 AGUSTUS 2009

Ketua Penguji :

Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours) (.....)

NIP. 140 238 226

Anggota :

1. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes (.....)

NIP. 132 255 152

2. Elida Ulfiana, S.Kep, Ns (.....)

NIK. 139 060 786

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Penjabat Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes  
NIP. 132 295 670

**MOTTO**

*Tidak ada masa depan yang gemilang bagi mereka yang telah kehilangan pengharapan dan imannya.*

**So, tetap optimis dalam menjalani hidup dan menatap masa depan yang penuh tantangan.**

*Be Creative, be innovative, be cool and smart young lady!*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nyalah kami dapat menyusun skripsi dengan judul **“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN (EKSTROVERT DAN INTROVERT) DENGAN RESPONS PSIKOLOGIS PASIEN PERAWATAN PALIATIF”** dapat diselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya dengan hati yang tulus dan ikhlas kepada:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Honours), selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan sekaligus selaku pembimbing ketua yang telah memberikan dorongan, bimbingan, dan arahan kepada penulis hingga penulisan skripsi ini selesai.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes, selaku Penjabat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan staf pendidikan yang telah memberikan ijin penelitian dan bantuannya sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar.
3. Elida Ulfiana, S.Kep. Ns, selaku pembimbing II yang telah bersedia dengan penuh kesabaran memberikan saran, motivasi dan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

4. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji, memberikan masukan dan motivasi untuk terselesaikannya skripsi ini.
5. Sriyono, S.Kep. Ns, selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, dukungan moral, informasi dan motivasi dari tiap semester ke semester berikutnya selama penulis menempuh pendidikan di PSIK Unair.
6. Seluruh dosen keperawatan yang telah menjadi inspirasi bagi saya dalam penyusunan skripsi ini.
7. dr. Maya Syahria Saleh, M.Kes, selaku Kepala Puskesmas Balongsari Surabaya yang telah memberikan ijin, bantuan, fasilitas dan keleluasaan demi kelancaran terlaksananya penelitian ini.
8. Warit Windari, Amd.Kep, selaku Perawat di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya serta seluruh staf medis dan tata usaha Puskesmas Balongsari yang turut serta membantu dalam penelitian ini.
9. Seluruh Kader Relawan Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya yang telah meluangkan waktunya untuk mendampingi *home visit*.
10. Seluruh Pasien Rawat Jalan Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya dan keluarganya yang telah bersedia menjadi responden dan meluangkan waktunya untuk berperan aktif memberikan bantuan dalam memberikan informasi selama proses pengumpulan data.
11. Kedua orang tuaku tercinta Ayahanda H. Hartoyo, SE. dan ibunda Hj. Khoimira, serta adik-adikku tersayang Khalida Awami dan Mega Pratiwi di Bontang, Eyang Putri dan saudara-saudara, meskipun jarak jauh, terima kasih atas segala doa, kasih sayang dan keikhlasan dalam memberikan dukungan



moril maupun materil selama penulis menempuh studi pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FKp Unair sampai dengan penyelesaian skripsi ini.

12. Anindito Priyambudi, ST., meskipun LDR, terima kasih atas kasih sayang, kesetiaan, pengertian, dukungan dan doa selama penulis menempuh studi di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FKp Unair sampai dengan penyelesaian skripsi ini.
13. Sahabat-sahabatku tersayang (Khoiri, Anjar, Tria, CPA, Endro, Rizka, Eko, Nissa, Aang, Sari, Maya, Elsa, Selvia, Firman, Udin, dll) dan Tim Kreatif KLA5IK serta teman-teman seperjuangan mahasiswa PSIK-FKp Angkatan 2005, terima kasih atas segala *support*, kebersamaan, kekompakan dan persaudaraan yang indah, semoga tetap abadi selamanya.
14. Seluruh staf tata usaha, perpustakaan dan karyawan PSIK FKp Unair yang telah memberikan bantuan dan waktunya selama proses penelitian.
15. Dan seluruh pihak yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik serta memberikan rahmat dan hidayah-Nya bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya. Semoga hasil ini nantinya dapat bermanfaat bagi penelitian khususnya dan bagi para pembaca pada umumnya.

Surabaya, Agustus 2009

Penulis

JIHAN UTAMI

**ABSTRACT****THE CORRELATION OF FAMILY SUPPORT AND TYPES OF PERSONALITY (EXTROVERT AND INTROVERT) TO PSYCHOLOGICAL RESPONSES IN PATIENT OF PALLIATIVE CARE****A Cross-Sectional Study at Balongsari Governmental Clinic, Surabaya****By : Jihan Utami**

The patients within palliative care will experience kinds of psychological responses that affected by family support and types of personality, i.e., extrovert and introvert which could improve their quality of life, The objectives of this study were to identify correlation of family support and types of personality to psychological responses in patient of palliative care.

This study used cross-sectional design. Population was palliative care patient at Balongsari Governmental Clinic, Surabaya. Sample size was 17 individuals, recruited by using purposive sampling. Data were collected by using questionnaires, comprising demographic data, family support, types of personality, psychological responses, and analyze by means of Spearman's Rho and Fisher's Exact non-parametric statistic test with significance level of  $p < 0,05$ .

The result of this study showed that psychological responses was high in 76% and moderate in 24%. There was 88% of the respondents have better family support and 12% of the respondents have enough family support. There was 41% of the respondents had introvert type of personality and 59% had extrovert type of personality. The result of Spearman's Rho correlation test with  $p = 0,004$  and correlation coefficient ( $r_s$ ) = 0,958, it indicated a significant correlation between family support and psychological responses. And the results of Fisher's Exact correlation test with  $p = 0,015$  and contingency coefficient = 0,553, it indicated a significant correlation between types of personality (extrovert and introvert) and psychological responses.

It can be concluded from this study that there was correlation between family support and psychological responses in palliative care patient, and there was also correlation between types of personality (extrovert and introvert) and psychological responses in palliative care patient. Further studies should search other factors of psychological responses in palliative care patient.

**Keyword** : *family support, types of personality, psychological responses, palliative care*

## DAFTAR ISI

|   | Halaman |
|---|---------|
| Halaman Judul Depan .....   | i       |
| Halaman Judul Dalam .....   | ii      |
| Lembar Pernyataan .....   | iii     |
| Lembar Persetujuan .....  | iv      |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji.....   | v       |
| Motto .....   | vi      |
| Ucapan Terima Kasih .....   | vii     |
| <i>Abstract</i> .....   | x       |
| Daftar Isi .....  | xi      |
| Daftar Gambar.....  | xiii    |
| Daftar Tabel .....  | xiv     |
| Daftar Lampiran.....  | xv      |
| Daftar Singkatan .....  | xvi     |
| <br>  |         |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>  |         |
| 1.1 Latar Belakang .....  | 1       |
| 1.2 Rumusan Masalah .....   | 5       |
| 1.3 Tujuan Penelitian .....   | 5       |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....   | 5       |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....   | 6       |
| 1.4 Manfaat Penelitian .....  | 6       |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis .....  | 6       |
| 1.4.2 Manfaat Praktis .....   | 6       |
| <br>  |         |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>   |         |
| 2.1 Konsep Dasar Dukungan Keluarga .....  | 8       |
| 2.1.1 Definisi Dukungan Keluarga .....  | 8       |
| 2.1.2 Bentuk – Bentuk Dukungan Keluarga .....                                   | 10      |
| 2.1.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan .....                         | 12      |
| 2.2 Konsep Dasar Kepribadian .....  | 15      |
| 2.2.1 Definisi Kepribadian .....  | 15      |
| 2.2.2 Fungsi Kepribadian .....  | 17      |
| 2.2.3 Pola dan Struktur Kepribadian .....                                       | 18      |
| 2.2.4 Tipologi Kepribadian <i>Ekstrovert</i> dan <i>Introvert</i> .....         | 20      |
| 2.2.5 Ciri-ciri Kepribadian <i>Ekstrovert</i> dan <i>Introvert</i> .....        | 21      |
| 2.2.6 Karakteristik Kepribadian <i>Ekstrovert</i> dan <i>Introvert</i> .....    | 23      |
| 2.2.7 Instrumen Pengukuran Kepribadian .....                                    | 25      |
| 2.3 Konsep Dasar Perawatan Paliatif .....                                       | 31      |
| 2.3.1 Definisi Perawatan Paliatif .....   | 31      |
| 2.3.2 Tujuan Perawatan Paliatif .....   | 33      |
| 2.3.3 Ruang Lingkup Perawatan Paliatif .....                                    | 34      |
| 2.3.4 Aspek - Aspek Pada Pasien Paliatif .....                                  | 36      |
| 2.4 Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif .....                          | 38      |
| 2.4.1 Respon Psikologis Pada Pasien Perawatan Paliatif dan<br>Keluarganya ..... | 38      |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 2.4.2  | Respons psikologis Kübler-Ross .....  | 40        |
| 2.4.3  | Tingkat Kesadaran ( <i>State of Awareness</i> ) Terhadap Kondisi Terminal ..... | 43        |
| 2.4.4  | Peran Perawat Terhadap Respons Pasien Tahap Terminal.....                       | 44        |
| <b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b> |   |           |
| 3.1  | Kerangka Konseptual .....   | 47        |
| 3.2  | Hipotesis Penelitian.....   | 49        |
| <b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b>             |   |           |
| 4.1  | Desain Penelitian .....   | 50        |
| 4.2  | Kerangka Kerja .....  | 51        |
| 4.3  | Populasi, Sampel dan Sampling .....   | 52        |
| 4.3.1  | Populasi .....  | 52        |
| 4.3.2  | Sampel .....  | 52        |
| 4.3.3  | Sampling .....  | 53        |
| 4.4  | Identifikasi Variabel .....   | 53        |
| 4.4.1  | Variabel Dependen.....  | 54        |
| 4.4.2  | Variabel Independen .....   | 54        |
| 4.5  | Definisi Operasional .....  | 54        |
| 4.6  | Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data .....                                  | 56        |
| 4.6.1  | Instrumen Penelitian .....  | 56        |
| 4.6.2  | Lokasi dan Waktu Penelitian .....   | 57        |
| 4.6.3  | Prosedur Pengumpulan Data .....   | 57        |
| 4.6.4  | Analisis Data .....   | 58        |
| 4.7  | Etik Penelitian.....  | 61        |
| 4.8.1  | Lembar persetujuan responden ( <i>Informed consent</i> ) .....                  | 62        |
| 4.8.2  | Tanpa nama ( <i>Anonymity</i> ).....  | 62        |
| 4.8.3  | Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....                                     | 62        |
| 4.8  | Keterbatasan .....  | 62        |
| <b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>              |   |           |
| 5.1  | Hasil Penelitian .....  | 64        |
| 5.1.1  | Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....   | 65        |
| 5.1.2  | Karakteristik Demografi Responden .....   | 66        |
| 5.1.3  | Variabel yang diukur .....  | 70        |
| 5.2  | Pembahasan .....  | 74        |
| <b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>              |   |           |
| 6.1  | Kesimpulan .....  | 90        |
| 6.2  | Saran .....   | 91        |
| <b>Daftar Pustaka .....</b>                    |   | <b>93</b> |
| <b>Lampiran .....</b>                          |   | <b>96</b> |

## DAFTAR GAMBAR

|   | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 2.1 <i>Eysenck Personality and Individual Differences</i> .....  | 21      |
| Gambar 2.2 Hubungan antara dimensi ekstrasversi-introversi, <i>emotionally stable</i> , dan neurotis Eysenck dengan <i>Gray's dimensions of impulsivity and anxiety</i> ..... | 24      |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....   | 47      |
| Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian .....  | 51      |
| Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....   | 66      |
| Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia .....  | 67      |
| Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan .....   | 67      |
| Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Sebelum Sakit   | 68      |
| Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Waktu Vonis Sampai dengan Saat Ini .....   | 68      |
| Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status di Keluarga.....   | 69      |
| Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Keluarga .....   | 69      |
| Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Respons Psikologis .....  | 70      |
| Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga .....   | 70      |
| Gambar 5.10 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Aspek Dukungan Emosional dan Penghargaan, Dukungan Fasilitas, dan Dukungan Informasi.....                                | 71      |
| Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Kepribadian.....  | 71      |

**DAFTAR TABEL**

|   | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1 Ikhtisar Tipologi Jung.....   | 19      |
| Tabel 2.2 Perbedaan Ciri dan Karakteristik Kepribadian Ekstrovert dan Introvert.....        | 25      |
| Tabel 2.3 Contoh Tahapan Respons Psikologis Kubler Ross .....                               | 41      |
| Tabel 4.5 Definisi Operasional Penelitian .....   | 54      |
| Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga dengan Respons Psikologis..... | 72      |
| Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Kepribadian dengan Respons Psikologis.....  | 73      |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|   | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1 Surat Pengantar Bantuan Fasilitas Penelitian .....   | 96      |
| Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian .....                          | 97      |
| Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian ..... | 98      |
| Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian..... | 99      |
| Lampiran 5 Lembar Pengumpulan Data Demografi.....               | 100     |
| Lampiran 6 Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga.....              | 102     |
| Lampiran 7 Lembar Kuesioner Tipe Kepribadian .....              | 104     |
| Lampiran 8 Lembar Kuesioner Respons Psikologis .....            | 107     |
| Lampiran 9 Tabulasi Data Umum dan Khusus.....                   | 109     |
| Lampiran 10 Tabulasi Jawaban Kuesioner Dukungan Keluarga .....  | 111     |
| Lampiran 11 Tabulasi Dukungan Keluarga.....                     | 112     |
| Lampiran 12 Tabulasi Jawaban Kuesioner Respons Psikologis.....  | 113     |
| Lampiran 13 Tabulasi Respons Psikologis .....                   | 115     |
| Lampiran 14 Tabulasi Uji Statistik .....                        | 116     |

## DAFTAR SINGKATAN

|     |  |
|-----|--|
| ANS | : <i>Automatic Nervous System Reactivity</i>                   |
| BAS | : <i>Behavior Activation System</i>                            |
| BIS | : <i>Behavior Inhibition System</i>                            |
| CAL | : <i>Cortical Arousal Level</i>                                |
| PKM | : Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)                       |
| RM  | : Rekam Medik  |
| WHO | : <i>World Health Association</i> (Organisasi Kesehatan Dunia) |



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Seseorang yang didiagnosis mengidap sebuah penyakit yang tergolong berat dan berstadium lanjut (salah satunya, kanker) di mana pengobatan medis sudah tidak mungkin diterima pasien, akan mengalami sebuah guncangan yang hebat (Chusairi, 2003). Menurut WHO, sekitar 20% pasien kanker di dunia mengalami depresi. Sedangkan di Indonesia, sekitar 66% pasien kanker mengalami depresi/ansietas. Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta, pasien gangguan fisik karena kanker sekitar 25 - 40% mengalami gangguan psikologis. Menurut Loche & Gorman, individu yang divonis kanker akan kehilangan harapan hidupnya (*life expectancy*) (Rita, 2006). Di sini peran perawatan paliatif sangat dibutuhkan. Perawatan paliatif tidak berfungsi menyembuhkan, namun hanya berfungsi mengendalikan nyeri dan keluhan fisik lainnya serta meminimalisir masalah emosi, sosial, dan spiritual yang dihadapi pasien (Hartini, 2004). Konginan (2008), seperti yang dikutip oleh Yupito (2008), menjelaskan bahwa masalah psikologis dalam perawatan paliatif yang terjadi pada pasien kanker stadium lanjut (baik pasca vonis atau dalam perawatan) antara lain *denial* (menyangkal), marah, cemas, depresi, gangguan kognitif, gangguan seksual, masalah-masalah *relationship* dengan keluarga dan duka cita. Menurut Rita (2006), salah satu faktor internal yang mempengaruhi respon psikososiospiritual pasien paliatif adalah kepribadian/*personality*. Menurut Erna (dalam Hartini, 2004), tingkat depresi

pasien paliatif terkait dengan pemahaman pasien akan sakit dan penyakitnya serta terkait erat dengan faktor kepribadian individunya. Jung (1971), seperti yang dikutip oleh Buyung (1993), mengatakan bahwa orang melankolik (*introvert*) terkenal sebagai manusia sensitif, pesimis dan selalu melihat segala sesuatu dari sisi negatif. Ia terlalu khawatir akan kehidupannya, sehingga mudah stres dan depresi. Sedangkan salah satu faktor eksternal yang memengaruhi respon psikososiospiritualnya adalah ikatan kekeluargaan (dukungan keluarga). Dalam prinsip perawatan pasien kanker di rumah, keluarga menjadi bagian dari tim yang ikut merawat pasien. Keluarga dituntut untuk memberi dukungan, baik finansial, psikologis, sosial, kultural, maupun spiritual (Witjaksono, 2006).

Data Departemen Kesehatan tahun 2004 menyatakan bahwa di Indonesia diperkirakan setiap tahunnya terdapat 100 penderita kanker baru dari setiap 100.000 penduduk. Tiap tahun pasien baru di Indonesia 0,1% dari jumlah penduduk, meningkat 144 kasus per tahun (13,3%). Lebih dari 60% dalam kondisi terminal (Rita, 2006). Tejawinata mengatakan bahwa Surabaya dengan jumlah penduduk lebih dari 3 juta jiwa, tiap tahun terjadi kasus baru penyakit kanker lebih dari 3000 orang, sekitar 1.750 penderita kanker stadium lanjut dan yang tercatat mendapat perawatan paliatif hanya sekitar 750 orang (Prasetyo, 2009). Tingkat kematian yang disebabkan oleh kanker meningkat dari tahun ke tahun. Namun hingga kini masih banyak masyarakat yang belum mengetahui kanker secara mendalam sehingga pasien kanker datang sudah dalam keadaan stadium lanjut (Yayasan Paliatif Surabaya, 2008). Berdasarkan data yang didapat di Pusat Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr.

Soetomo, jumlah kunjungan pasien paliatif di Pusat Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri (PPPBN) RSUD Dr. Soetomo dari tahun 1996 ke tahun 2006 meningkat tajam. Pada tahun 1996, jumlah kunjungan kurang lebih sebesar 800 orang. Sepuluh tahun kemudian, angka itu berkembang menjadi kurang lebih 3600 pasien. Sedangkan di tahun 2007, angka kunjungan menurun menjadi kurang lebih 2600 pasien (Ernawati, 2009). Menurut Tejawinata, di RSUD Dr. Soetomo pada tahun 2008 tercatat 3.383 kunjungan pasien kanker. Dari jumlah itu 707 di antaranya merupakan kasus baru (Prasetyo, 2009). Di Puskesmas Balongsari Surabaya, yang merupakan Puskesmas rujukan paliatif pertama di Indonesia, selama ini cukup banyak pasien paliatif yang mengeluh masalah psikologis selain masalah nyeri pada lokasi kanker pada saat mereka kontrol atau saat dilakukan *home visit* (RM PKM Balongsari, 2009). Beberapa pelayanan di Poli Paliatif dan Bebas Nyeri PKM Balongsari adalah konsultasi dengan dokter spesialis, konseling, pengobatan simptomatis, rawat luka, dan kunjungan rumah (*home visit*).

Meskipun penderita mengetahui akan segera terjadi kematian atau kehilangan pada dirinya, tetapi terdapat respons psikologis yang sama terhadap situasi tersebut. Seorang peneliti dan psikiater dari Amerika bernama Elizabeth Kübler-Ross meneliti reaksi dukacita pada manusia yang mengalami kehilangan atau bahkan menghadapi kematian. Menurut Kübler Ross ada lima tahap reaksi emosional yang dilewati seorang yang menghadapi kematian. Yang pertama adalah *denial* atau pengingkaran, lalu diikuti dengan *anger* alias marah dan tidak mau menerima, tahap berikutnya adalah *bargaining* atau tawar-menawar, kemudian *depression* alias depresi, dan tahap terakhir adalah

*acceptance* alias menerima/pasrah (Taylor, 1997). Penelitian tentang Profil Wanita Poli Perawatan Paliatif yang dilakukan oleh Hartini (2004) menyebutkan bahwa dukungan orang-orang di sekeliling, terutama suami, anak dan saudara terhadap wanita pasien paliatif terhadap tuntutan akan penunaian tugas-tugas dan kewajiban memberikan pengaruh yang signifikan pada kondisi psikologis wanita, sebab dukungan positif orang-orang di sekitar merupakan stimulus positif terhadap perkembangan psikologis yang sehat terutama penerimaan diri. Penelitian di Universitas Wageningen di Belanda yang melibatkan 1.000 orang responden mengumumkan bahwa risiko meninggal pada usia dini karena berbagai penyakit tidak seberapa tinggi ditanggung oleh orang optimistis (*ekstrovert*), yaitu 55% lebih rendah dibanding kelompok berlawanan. Sementara itu sebuah studi di Amerika menunjukkan bahwa dalam waktu 30 tahun, kelompok orang yang optimis memiliki cacat yang lebih sedikit serta menderita nyeri kronis yang lebih sedikit pula dibandingkan kelompok yang berlawanan (Falahluqmanulhakiem, 2009).

Sebagai petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap hal-hal yang menyangkut diri pasien, harus ada upaya membantu pasien untuk mendapatkan kenyamanan dan dukungan dari lingkungan dalam menghadapi penyakitnya serta meningkatkan kualitas hidupnya. Moos dalam Sarafino (1998), seperti yang dikutip oleh Lubis (2006), mengemukakan beberapa strategi dalam mengatasi stres yang dapat dilakukan oleh penderita gangguan kesehatan, antara lain mencari dukungan instrumental dan emosional dari keluarga, teman dan praktisi kesehatan yang terlibat dengan menunjukkan kebutuhan dan perasaan. Dukungan keluarga secara moral dapat membantu

proses penerimaan pasien (jalan untuk menemukan kedamaian) dalam menghadapi kematiannya. Menurut Depkes RI, dukungan keluarga bagi penderita terbukti memberi kekuatan bagi mereka untuk melawan kanker (Indriasari, 2009). Namun adanya dugaan bahwa faktor tipe kepribadian individu memengaruhi respon psikologis pada pasien dengan perawatan paliatif masih perlu penjelasan. Dari latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk mencari kejelasan hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian (*ekstrovert* dan *introvert*) dengan respons psikologis (berdasarkan teori Kübler Ross) pada pasien dengan perawatan paliatif.

## 1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah respons psikologis pasien dengan perawatan paliatif?
2. Bagaimanakah bentuk dukungan keluarga yang diberikan pada pasien perawatan paliatif?
3. Bagaimanakah tipe kepribadian pasien perawatan paliatif?
4. Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan respons psikologis pada pasien perawatan paliatif?
5. Apakah ada hubungan tipe kepribadian dengan respons psikologis pada pasien perawatan paliatif?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian dengan respons psikologis pada pasien perawatan paliatif di Puskesmas Balongsari Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi respons psikologis pasien perawatan paliatif.
2. Mengidentifikasi dukungan keluarga yang diberikan pada pasien perawatan paliatif
3. Mengidentifikasi tipe kepribadian pasien perawatan paliatif
4. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif.
5. Mengidentifikasi hubungan tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dari segi pengembangan ilmu, hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman hubungan respons psikologis pada pasien perawatan paliatif dengan menggunakan pendekatan model respons psikologis Kübler Ross berdasarkan dukungan dari sosial, terutama keluarga, dan juga berdasarkan tipe kepribadian pasien.

### 1.4.2 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian ini diharapkan agar keluarga mampu memberikan dukungan yang positif kepada pasien perawatan paliatif, sehingga kebutuhan psikologis pasien dapat terpenuhi sampai akhir hidupnya.
2. Hasil penelitian ini tidak hanya memberikan informasi tapi juga dapat meningkatkan pemahaman tentang bagaimana hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian pasien dengan respons psikologis pada pasien perawatan paliatif, serta diharapkan mampu memberikan kontribusi yang positif bagi pasien tersebut dan keluarganya.
3. Hasil penelitian ini dapat memberi pemahaman kepada tenaga kesehatan tentang pentingnya menangani kondisi psikologis (di samping kondisi biologis, sosial dan spiritual) dan penanganan perawatan terutama dalam penilaian dan peningkatan dukungan keluarga pada pasien perawatan paliatif sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.
4. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab 2 ini, peneliti akan menjelaskan topik/subtopik mengenai 1) konsep dukungan keluarga, yang meliputi definisi dukungan keluarga, bentuk dukungan keluarga, dan hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan. 2) Konsep tipe kepribadian, yang meliputi definisi tipe kepribadian, fungsi kepribadian, pola dan struktur kepribadian, tipologi kepribadian *ekstrovert* dan *introvert*, ciri-ciri kepribadian *ekstrovert* dan *introvert*, dan karakteristik kepribadian *ekstrovert* dan *introvert*. 3) Konsep dasar perawatan paliatif, yang meliputi definisi perawatan paliatif, tujuan perawatan paliatif, ruang lingkup perawatan paliatif, dan aspek-aspek pada perawatan paliatif. 4) Respons psikologis pasien perawatan paliatif, yang meliputi respons psikologis pada pasien perawatan paliatif dan keluarganya, respons psikologis Kubler Ross, tingkat kesadaran (*state of awareness*) terhadap kondisi terminal, dan peran perawat terhadap respons pasien tahap terminal.

#### **2.1 Konsep Dukungan Keluarga**

##### **2.1.1 Definisi Dukungan Keluarga**

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Misalnya, jenis-jenis dan kuantitas dukungan sosial dalam fase perkawinan (sebelum sebuah pasangan muda mendapat anak) sangat berbeda dengan banyaknya dan jenis-jenis dukungan sosial yang



dibutuhkan ketika keluarga sudah berada dalam tahap/fase siklus kehidupan terakhir (Friedman, 1998).

Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri, dukungan dari saudara kandung, atau dukungan keluarga eksternal (Friedman, 1998). Mereka yang telah menikah pada umumnya mendapatkan dukungan informal lebih besar daripada mereka yang tidak pernah menikah, yang mana sebaliknya menerima lebih besar dukungan daripada yang duda/janda. Sebagaimana bertambah tua usia kita, jaringan sosial mengkerut ukurannya dan dukungan informal yang diterima menurun jumlahnya. Kemampuan kita untuk memobilisasi dukungan sosial juga menentukan berapa banyak kita menerimanya. Dan orang yang kurang keterampilan komunikasi atau orang yang telah belajar yakin diri atau menolak bantuan akan menerima lebih sedikit dukungan sosial dibanding orang yang aktif mencari bantuan, acuan dan dukungan emosional (Abraham, 1997).

Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping anggota keluarga (Friedman, 1985; Stetz et al, 1986 dalam Friedman, 1998). Baik dukungan sosial keluarga eksternal maupun internal terbukti bermanfaat. Orang yang hidup dalam lingkungan yang bersifat suportif, kondisinya jauh lebih baik daripada mereka yang tidak memilikinya. Secara lebih spesifik, karena dukungan sosial dianggap melemahkan dampak stres (efek penyangga) dan secara langsung memperkuat kesehatan mental individu (efek langsung/efek utama). Dukungan sosial juga dapat berfungsi sebagai strategi preventif untuk mengurangi stres dan konsekuensi negatifnya (Friedman, 1998).

### 2.1.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Baik keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya. Caplan (1976) dalam Friedman (1998), menerangkan bahwa keluarga memiliki delapan fungsi suportif, empat dukungan tersebut antara lain:

1. Dukungan informasional: keluarga sebagai kolektor dan disseminator (penyebar) informasi.
2. Dukungan penilaian/penghargaan: keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga.
3. Dukungan instrumental: keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit.
4. Dukungan emosional: keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Beberapa situasi yang berbeda memerlukan jenis bantuan atau dukungan yang sama sekali berbeda. House membedakan empat jenis atau dimensi dukungan sosial (Winnibust dkk., 1998; Sarafino, 1990, dalam Smet, 1994):

1. Dukungan emosional: mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misalnya: umpan balik dan penegasan).
2. Dukungan penghargaan: terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif kepada yang bersangkutan, dorongan maju atau persetujuan dengan

gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain.

3. Dukungan instrumental: mencakup bantuan langsung/material.
4. Dukungan informatif: mencakup nasehat, petunjuk, saran atau umpan balik.

Menurut Gottlieb (1983) dalam Smet (1994), dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan/atau non-verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

Sedangkan Sarafino (1990) dalam Smet (1994) mengusulkan dukungan sosial mengacu pada kesenangan yang dirasakan, penghargaan akan kepedulian, atau membantu orang menerima dari orang-orang atau kelompok lain.

Kebanyakan peneliti melihat dukungan sosial sebagai dukungan instrumental yang nyata (transaksi-transaksi yang memberikan pertolongan atau bantuan langsung) dan dukungan emosional/informasional (House dan Kahn, 1985; Thoits, 1982, dalam Friedman, 1998). Ia memasukkan dukungan sosial ini dalam keempat jenis dukungan. yaitu: 1) Instrumental, 2) informasional, 3) penilaian/penghargaan, dan 4) emosional.

Jaringan kerja sistem-sistem dukungan sosial (keluarga) memiliki dua tujuan utama kopling yaitu dukungan emosional dan bantuan langsung. Pertama, sistem ini memberikan dukungan pemeliharaan dan emosional bagi anggota keluarganya (Hogue, 1977; MacElveen, 1978 dalam Friedman, 1998).

Dalam tipe hubungan seperti ini, keluarga mendukung dan secara emosional memenuhi beberapa kebutuhan psikososial anggota keluarganya. Ke dua, bantuan dari keluarga besar juga dalam bentuk bantuan langsung, bantuan finansial yang berkesinambungan, belanja, perawatan anak, perawatan fisik terhadap lansia, melakukan tugas rumah tangga, bantuan pada saat krisis (Caplan, 1974 dalam Friedman, 1998). Pada saat sakit, susah, sistem ini menjadi penting dalam membantu anggota keluarga untuk mengatasi dengan berhasil (Friedman, 1998).

### **2.1.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kesehatan**

Gottlieb (1983) dalam Smet (1994) mengusulkan dua teori pokok bahwa dukungan sosial memengaruhi kesehatan. Dua teori pokok tersebut adalah:

1. Hipotesis penyangga (*buffer hypothesis*)

Menurut hipotesis penyangga, dukungan sosial memengaruhi kesehatan dengan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres yang berat.

2. Hipotesis efek langsung (*direct effect hypothesis*)

Hipotesis ini berpendapat bahwa dukungan sosial bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan, tidak peduli banyaknya stres yang dialami orang-orang. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi, yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres.

Menurut Ganster dan Victor dalam Weiss & Lonngquist, seperti yang dikutip oleh Widyawati (2005), terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung

maupun tidak langsung, yaitu: 1) Aspek Perilaku (*behavioral mediators*), di mana dukungan keluarga dapat memengaruhi perilaku seseorang untuk berubah. 2) Aspek Psikologis (*psychological mediators*), di mana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interaksi yang saling memuaskan. 3) Aspek Fisiologis (*physiological mediators*), di mana dukungan keluarga membantu mengatasi respons *fight or flight* dan memperkuat sistem imun.

Pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan terhadap pasien dengan mengikutsertakan keluarga akan menyentuh faktor fisik, psikis, sosial, spiritual serta budaya. Pendekatan holistik di sini adalah suatu pendekatan menyeluruh terhadap penderitaan individu bukan saja pada penyakit dan aspek pengobatan, tetapi juga aspek psiko-sosio-spiritual lainnya, dengan tidak melupakan aspek legal, etik dan profesionalisme (Wibisono, 1998 dalam Rita, 2006). Dukungan keluarga untuk kenyamanan pasien dalam menjalani sakitnya sangat diperlukan. Cukup banyak orang sakit yang menginginkan berada di tengah keluarga pada waktu akhir hayatnya (Gan, 2004).

Menurut Ryan dan Austin (1989) dalam Friedman (1998), keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, serta fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Di samping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stres, paling banyak ditemukan dalam berbagai studi di mana dukungan yang terasa *versus* dukungan yang diterima diukur.

Menurut Morgan, dkk (1986) dalam Abraham (1997), hubungan saling percaya yang kuat penting untuk melindungi orang dari depresi setelah suatu kejadian hidup yang berat, dan bentuk dukungan sosial yang lain mungkin penting pada jangka panjang. Sedangkan menurut Cohan dan Hoberman (1983) dalam Abraham (1997), nampaknya hubungan yang dekat berperan sebagai suatu senjata untuk melawan pengalaman stres pada saat kita berhadapan dengan kejadian hidup yang mengancam. Dukungan sosial, salah satunya keluarga, memengaruhi kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang.

Jenis dukungan sosial yang paling banyak membantu bagi individu mungkin tergantung pada masalah mereka dan dukungan peran dari orang lain. Misalnya, dalam penelitian pada pasien kanker. Dunhell-Schttter (1982) dalam Abraham (1997) menemukan bahwa dukungan informasional dan emosional dipandang sebagai hal yang paling membantu. Penyakit kronis biasanya menuntut pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar daripada kebanyakan keluarga besar yang siap dan dapat diberikan (Pilisuk dan Parks, 1983 dalam Friedman, 1998).

Dalam menjalankan terapi paliatif, anggota keluarga dapat bertindak sebagai pemberi perawatan utama di rumah. Terkadang, ini merupakan satu-satunya pilihan bagi wanita yang tinggal di daerah terpencil. Tenaga medis dapat melatih anggota keluarga tentang cara-cara memberikan obat pada pasien serta menggunakan teknik sederhana untuk memperbaiki kenyamanan dan kondisi pasien. Tenaga medis juga dapat memberikan pelatihan pada pasien, keluarga, maupun yang merawat pasien untuk mengontrol gejala-gejala penyakit yang mungkin timbul. Perawatan di rumah dapat mengalami

kegagalan jika jaringan informal justru tidak memberikan lingkungan emosi dan sosial yang sangat penting untuk perawatan paliatif pasien kanker. Pasien kanker menghadapi tekanan psikologis karena kanker menimbulkan berbagai implikasi seperti rasa sakit, ketergantungan pada orang lain, ketidakmampuan dan ketidakberdayaan, hilangnya fungsi-fungsi tubuh dan sebagainya. Pasien mengalami rasa takut, cemas, *shock*, putus asa, marah, serta depresi. Perasaan yang timbul pada diri pasien justru akan berdampak negatif pada bagaimana pasien menghadapi gejala penyakitnya. Oleh karena itu, dukungan emosi, psikososial dan spiritual dapat membantu mengatasi perasaan negatif pasien, serta memperbaiki kualitas hidup pasien (Andra, 2006).

Menurut Wortman dan Conway (1985) dalam Friedman (1998), di samping pentingnya dukungan sosial, orang yang sakit mungkin secara nyata menerima dukungan sosial sedikit dari anggota keluarga dan teman. Dalam suatu penelitian oleh Peters-Golden (1982) dalam Friedman (1998) pada pasien kanker payudara, 75% melaporkan bahwa mereka diperlakukan secara berbeda oleh anggota jaringan sosial mereka. Lebih dari setengah menyatakan mereka dihindari atau ditakuti, dan hampir sepertiganya menyatakan bahwa mereka disalahtafsirkan oleh orang lain.

## **2.2 Konsep Dasar Kepribadian**

### **2.2.1 Definisi Kepribadian**

Gordon Allport mengemukakan bahwa kepribadian adalah suatu organisasi yang dinamis dari sistem psikofisik individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas (bahwa setiap individu

bertingkah laku dalam caranya sendiri karena tiap individu memiliki kepribadiannya sendiri). Tidak ada dua orang yang berkepribadian sama (Koeswara, 1991).

Menurut Jung seperti dikutip Kartono (1996) kepribadian atau *psyche* adalah totalitas dari semua peristiwa psikis, baik yang sadar maupun yang tidak sadar. Keduanya memiliki fungsi adaptasi. Alam sadar (kesadaran atau *conscious*) yang berfungsi untuk mengadakan penyesuaian terhadap dunia luar. Alam sadar ini tidak lain adalah ego. Alam tak sadar (ketidaksadaran atau *unconscious*) yang berfungsi mengadakan adaptasi/penyesuaian terhadap kehidupan batiniah (dunia dalam).

Sedangkan menurut Depkes RI (1992) dalam Yosep (2007), kepribadian adalah semua corak perilaku dan kebiasaan individu yang terhimpun dalam dirinya dan digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan baik dari luar maupun dari dalam. Corak perilaku dan kebiasaan ini merupakan kesatuan fungsional yang khas pada seseorang. 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.

Kepribadian merupakan suatu organisasi yang hanya dimiliki oleh manusia, yang menjadi penentu pemikiran dan tingkah lakunya. Setiap individu manusia memiliki kepribadian yang khas, berbeda dengan individu lain (Haryanto, 1994).



George Kelly memandang kepribadian sebagai cara yang unik dari individu dalam mengartikan pengalaman-pengalaman hidupnya (Koeswara, 1991).

Eysenck menyatakan kepribadian adalah jumlah total pola-pola perilaku aktual atau potensial dari individu yang ditentukan oleh hereditas fungsional dan lingkungan, berasal dan berkembang melalui interaksi fungsional dari empat sektor utama, yaitu kognitif, konatif, afektif dan somatik (Suryabrata, 2005).

### **2.2.2 Fungsi Kepribadian**

Disebutkan oleh Markin (1974) dalam Mustafa (2004) bahwa kepribadian memiliki beberapa aspek fungsional, yaitu:

#### **1. Konsistensi**

Tanpa pengukuran konsistensi, tidaklah dapat disebut kepribadian sebab manusia akan berubah-ubah sedemikian rupa sehingga tidak dapat dikarakteristikan sebagai kepribadian. Terdapat dua tingkatan kepribadian, yaitu:

- 1) Eksternal: berhubungan dengan perasaan yang diekspresikan dan perwujudannya dalam bentuk tindakan.
- 2) Internal: meliputi faktor-faktor yang tidak dapat diamati seperti sikap, minat, nilai dan motif. Konsistensi merupakan karakteristik dasar kepribadian. Manusia cenderung mewujudkan konsistensi pada kedua tingkatan kepribadian.

## 2. Akomodasi dan Plastis

Meskipun kepribadian bersifat konsisten dan stabil, namun pada saat yang sama juga akan mengadakan penyesuaian diri terus-menerus terhadap perubahan kondisi-kondisi yang terjadi di lingkungan.

## 3. Integrasi

Menunjuk pada kenyataan bahwa berbagai aspek kepribadian diorganisasikan dan diintegrasikan ke dalam sejumlah pola secara keseluruhan. Kepribadian dikarakteristikkan sebagai suatu bentuk dinamis yang mencari keharmonisan dan diintegrasikan serta mengarahkan aktivitas dalam cara-cara yang kongruen.

Dari penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kepribadian berfungsi untuk mendeskripsikan perasaan yang akan diwujudkan ke dalam bentuk perilaku, yang meliputi faktor-faktor yang tidak dapat diamati, di mana pada saat yang sama dapat juga menjalankan suatu proses adaptasi yang diintegrasikan dan mengarah pada suatu aktivitas.

### **2.2.3 Pola dan Struktur Kepribadian**

Eysenck dalam Suryabrata (2005) berpendapat mengenai struktur kepribadian, bahwa kepribadian tersusun atas tindakan-tindakan, disposisi-disposisi yang terorganisasi dalam susunan hierarki berdasarkan atas keumuman dan kepentingannya. Diurut dari yang paling tinggi dan mencakup ke paling rendah dan paling umum, serta isinya masing-masing adalah sebagai berikut:

1. *Type*, yaitu organisasi di dalam individu yang lebih umum, kombinasi traits dalam suatu dimensi yang luas.
2. *Trait*, yaitu sementara habitual respons yang paling berhubungan satu sama lain yang cenderung ada pada individu tertentu.
3. *Habitual response*, mempunyai corak yang lebih umum daripada *specific response*, yaitu respon-respon yang berulang-ulang terjadi jika individu menghadapi kondisi atau situasi yang sejenis.
4. *Specific response*, yaitu tindakan atau respons yang terjadi pada suatu keadaan atau kejadian tertentu, jadi lebih khusus.

Dari keempat hal di atas, yang mendapat sorotan cukup banyak dari Eysenck adalah *trait* dan *type*.

Sedangkan pendapat Jung, kepribadian disusun oleh sejumlah sistem yang beroperasi dalam tiga tingkat kesadaran: 1) Alam sadar (ego), 2) alam tak sadar pribadi (kompleks) dan 3) alam tak sadar kolektif (arsetip/*archetype*). Di samping sistem-sistem yang beroperasi pada daerah operasinya masing-masing, terdapat sikap (*introversi-ekstroversi*) dan fungsi (pikiran-perasaan-persepsi-intuisi) yang beroperasi pada semua tingkat kesadaran (Alwisol 2004).

Tabel 2.1: Ikhtisar Tipologi Jung (Alwisol, 2004)

| Sikap       | Fungsi       | Tipe                       | Ciri Kepriadian  |
|-------------|--------------|----------------------------|--|
| Ekstraversi | Pikiran      | Ekstraversi-pikiran        | Manusia ilmiah, aktivitas intelektual berdasarkan data obyektif        |
|             | Perasaan     | Ekstraversi - perasaan     | Manusia dramatik, menyatakan emosinya secara terbuka dan cepat berubah |
|             | Penginderaan | Ekstraversi - penginderaan | Pemburu kenikmatan, memandang dan menyenangkan dunia apa adanya        |
|             | Intuisi      | Ekstraversi - intuisi      | Pengusaha, bosan dengan rutinitas                                      |
| Introversi  | Pikiran      | introversi - pikiran       | Manusia filsuf, penelitian intelektual secara internal                 |

|  |              |                           |  |
|--|--------------|---------------------------|--|
|  | Perasaan     | introversi - perasaan     | Penulis kreatif, menyembunyikan perasaan, sering mengalami badai emosional                       |
|  | Penginderaan | introversi - penginderaan | Seniman, mengalami dunia dengan cara pribadi dan berusaha mengekspresikannya secara pribadi pula |
|  | Intuisi      | introversi - intuisi      | Manusia peramal, sukar mengkomunikasikan intuisinya  |

#### 2.2.4 Tipologi Kepribadian *Ekstrovert* dan *Introvert*

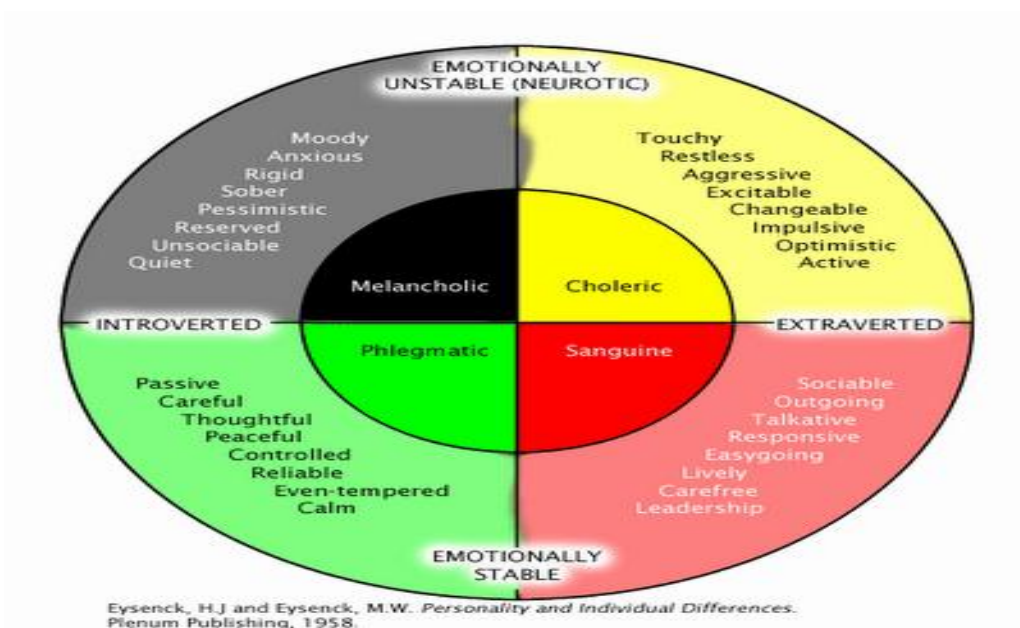
Carl Gustav Jung, ahli psikologi, membedakan tiga tipe kepribadian, bergantung pada sikapnya terhadap dunia luar dan dunia batiniah sendiri, yaitu tipe *ekstrovert*, tipe *introvert* dan *ambivert*. Tetapi yang paling dikenal adalah tipe *ekstrovert* dan *introvert*.

Kebanyakan orang mengenal istilah *ekstrovert* dan *introvert* dari psikiater Swiss bernama Carl Gustav Jung, seorang mantan murid Sigmund Freud. Namun yang mengembangkan *ekstrovert* dan *introvert* lebih lanjut secara mendetail adalah Eysenck sendiri. Eysenck melaksanakan penyelidikannya yang pertama, yaitu variabel yang menggambarkan kontras antara *ekstrovert* dan *introvert*. Eysenck mengonsepskan kepribadian manusia dalam tiga faktor atau supertraits, yaitu *ekstroversion – introversion*, stabilitas emosi dan ketidakstabilan emosi (neurotisme), serta psikotisme/sosialisasi. Pembahasan disini lebih menitikberatkan pada *ekstroversion – introversion* (Suryabrata, 2005).

Menurut Eysenck, dua dimensi yaitu *extravert-introvert* dan *emotional stability-instability*, dibagi dalam 4 kuadran (www.trans4mind.com):

1. *Stable extraverts* (sanguin: seperti ramah, suka bicara, *responsive*, *easygoing*, lincah/bersemangat, tidak hati-hati, berjiwa pemimpin)

2. *Unstable extraverts* (koleris: mudah tersinggung, tidak bisa diam, selalu gembira, mudah berubah, menuruti kata hati, *irresponsible*)
3. *Stable introverts* (phlegmatis: *calm, even-temperamen*, dapat dipercaya, terkontrol, cinta damai, pemikir, hati-hati, pasif)
4. *Unstable introverts* (melankolis: tenang, pendiam, pesimis, serius, tenang, kaku, cemas, *moody*).



Gambar 2.1 *Eysenck Personality and Individual Differences* (www.trans4mind.com)

### 2.2.5 Ciri-ciri Kepribadian *Ekstrovert* dan *Introvert*

Kepribadian *ekstrovert* memandang kepada masa depan yang penuh harapan (optimis). Mereka mempunyai sikap yang positif terhadap obyek (*positive thinking*). Sebuah teori menyebutkan bahwa orang *ekstrovert* memiliki strategi yang lebih efektif untuk menghadapi stres. Mereka juga paling sigap mencari pertolongan medis begitu mendapati gejala-gejala penyakit di tubuh mereka. Sedangkan tipe *introvert* (tertutup) adalah orang

yang termasuk tipe mudah stres. Umumnya menderita gangguan emosi tingkat tinggi dan secara sadar menekan perasaan itu. Akibatnya, mereka memiliki risiko kanker dan penyakit jantung. Sekali terkena penyakit jantung koroner, orang tipe tertutup menanggung risiko kematian yang tinggi. Demikianlah laporan sebuah studi yang dilakukan tim peneliti di Universitas Harvard. Penulis laporan studi itu menyatakan bahwa orang-orang dengan tipe kepribadian ini kurang pandai mengatur hormon stres. Jantung mereka berdetak lebih cepat, tekanan darah lebih tinggi dan pembuluh darah lebih tegang. Semua kondisi itu buruk bagi sistem kardiovaskular. Mereka mungkin punya sistem kekebalan yang lebih aktif dibanding orang kebanyakan, sehingga infeksi lebih sering terjadi dan membahayakan pembuluh darah (Falalhuqmanulhakiem, 2009).

Di antara semua konsep kepribadian Jung, *introvert* dan *ekstrovert* paling banyak digunakan. Jung menemukan bahwa masing-masing individu dapat dikarakteristikan mengarah ke dunia luar dan dalam. *Introvert* lebih mengarah ke dunia dalam (batin), sedangkan ekstrovert lebih fokus ke dunia luar. Tidak seorangpun murni *introvert* atau murni *ekstrovert*. Jung membandingkan keduanya ke dalam proses detak jantung, ritme pergantian antara siklus kontraksi (*introvert*) dan siklus ekspansi (*ekstrovert*). *Introvert* dan *ekstrovert* saling menguntungkan. Tidak satupun lebih baik dari yang lain. Idealnya, fleksibel dan dapat menyikapi kapan harus menggunakannya untuk merespon situasi dan kondisi. *Introvert* tertarik pada perasaan dan pikirannya sendiri, cenderung introspeksi mendalam, tenggelam dalam kehidupannya sendiri dan meniadakan kontak dengan lingkungan sekitar. Sedangkan

*ekstrovert* , perhatian dengan dunia luar (orang-orang dan benda/sesuatu di sekitarnya). Mereka lebih bersosialisasi dan lebih tanggap terhadap apa yang terjadi di sekitarnya (Frager, hal.58).

### **2.2.6 Karakteristik Kepribadian *Ekstrovert* dan *Introvert***

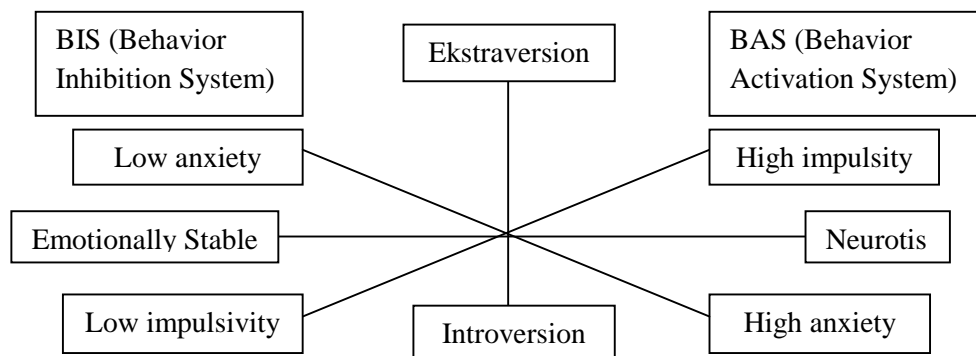
Eysenck (1967) dalam Suryabrata (2005) mencoba menunjukkan bentuk hubungan kepribadian secara biologis melalui konsep CAL (*Cortical Arousal Level*) dan ANS (*Automatic Nervous System Reactivity*).

Menurut Eysenck, pribadi *introvert* memiliki tingkat keterangsangan korteks (CAL= *Cortical Arousal Level*) lebih tinggi daripada *ekstrovert* . CAL adalah gambaran bagaimana korteks mereaksi stimulasi indrawi. CAL tingkat rendah artinya korteks tidak peka, reaksinya lemah. Sebaliknya, CAL tinggi, korteks mudah terangsang untuk bereaksi. *Ekstrovert* dikarakteristikan dengan individu yang ramah, suka bicara, berpikir positif dan membutuhkan rangsangan eksternal. Berdasarkan teori ini, pada pribadi *ekstrovert* terdapat CAL rendah sehingga dia banyak membutuhkan rangsangan indrawi untuk mengaktifkan korteksnya. Sebaliknya, *introvert* CAL-nya tinggi, dia hanya membutuhkan rangsangan sedikit untuk mengaktifkan korteksnya. Maka orang *introvert* menarik diri, menghindari dari rangsangan sosial. CAL dapat diukur dengan penghantar kulit, gelombang otak atau keringat (Allen, 2003).

Eysenck juga mengungkapkan bahwa *introvert* dikarakteristikan oleh tingginya kadar aktivitas ARAS (*Ascending Reticular Activating System*) di otak daripada *ekstrovert* . Berdasarkan teori ini, *introvert* memiliki kadar perangsang kortisol lebih tinggi karena banyaknya stimulasi ARAS (*Ascending*

*Reticular Activating System*), sehingga mereka cenderung rentan mengalami stres dan depresi. Hal ini dapat ditunjukkan pada pengukuran aktivitas kortisol dengan menggunakan EEG (*electroencephalogram*), aktivitas sistem saraf otonom dan elektrodermal. Perbedaan nyata antara ekstrovert dan *introvert* terletak pada kemampuan rangsangan atau respon rangsangan, bukan pada dasar tingkat rangsangan. Contohnya, keduanya tidak berbeda tingkat aktivitasnya ketika tidur.

Selain itu, Eysenck juga mengemukakan berdasarkan teori dimensi Gray bahwa manusia berbeda sensitivitas pada sistem BIS (*Behavior Inhibition System*) atau BAS (*Behavior Activation System*). Seseorang dengan BIS aktif, terutama sensitif mengisyaratkan hukuman, frustrasi, atau sesuatu yang baru. Dia mudah tersinggung pada emosi yang tidak menyenangkan, termasuk cemas, takut dan sedih. Sedangkan seseorang dengan BAS aktif terutama sensitif pada penghargaan, seperti seseorang yang mudah diserang emosi positif dan cenderung pada mendekati stimulus. Pada *ekstrovert*, aktivitas BAS tinggi dan BIS yang rendah. Sedangkan *introvert*, aktivitas BIS tinggi dan BAS yang rendah (Larsen, 2002).



Gambar 2.2 Hubungan antara dimensi *ekstraversi-introversi*, *emotionally stable*, dan *neurotic* Eysenck dengan *Gray's dimensions of impulsivity and anxiety* (Larsen, 2002).



**Tabel 2.2 Perbedaan Ciri dan Karakteristik Kepribadian *Ekstrovert* dan *Introvert***

| No. | <i>Ekstrovert</i>  | <i>Introvert</i>  |
|-----|--|---|
| 1.  | Memandang kepada masa depan yang penuh harapan (optimis).  | Cenderung pesimis dalam memandang kepada masa depan.  |
| 2.  | Mempunyai sikap yang positif terhadap obyek ( <i>positive thinking</i> )   | Terkadang mempunyai sikap yang negatif terhadap obyek ( <i>negative thinking</i> ) dan perasaan sensitif.   |
| 3.  | Terbuka dan memiliki strategi yang lebih efektif untuk menghadapi stres.   | Cenderung tertutup dan termasuk tipe yang mudah stres.  |
| 4.  | Lebih fokus perhatian dengan dunia luar (orang-orang dan benda/sesuatu di sekitarnya)  | Lebih mengarah ke dunia dalam (batin), tertarik pada perasaan dan pikirannya sendiri, cenderung introspeksi mendalam, tenggelam dalam kehidupannya sendiri dan meniadakan kontak dengan lingkungan sekitar.   |
| 5.  | Memiliki tingkat keterangsangan korteks (CAL= <i>Cortical Arousal Level</i> ) lebih rendah daripada <i>introvert</i> , jadi banyak membutuhkan rangsangan indrawi atau rangsangan eksternal untuk mengaktifkan korteksnya. | Memiliki tingkat keterangsangan korteks (CAL= <i>Cortical Arousal Level</i> ) lebih tinggi daripada <i>ekstrovert</i> , jadi hanya membutuhkan rangsangan sedikit untuk mengaktifkan korteksnya. Maka orang <i>introvert</i> akan menarik diri, menghindari dari rangsangan sosial. |
| 6.  | Rendahnya kadar aktivitas ARAS ( <i>Ascending Reticular Activating System</i> ) di otak daripada <i>introvert</i> , level kortisol rendah sehingga tidak mudah stres.  | Tingginya kadar aktivitas ARAS ( <i>Ascending Reticular Activating System</i> ) di otak daripada <i>ekstrovert</i> , level kortisol tinggi sehingga rentan stress dan depresi.  |

### 2.2.5 Instrumen Pengukuran Kepribadian

1. Instrumen skala penyesuaian diri yang mendasarkan analisis logis teoritis

(Haryanto, 1994:

- 1) Lembar Data Personal Woodsworth (*The Woodsworth Personal Data Sheet*)
- 2) Skala Preferensi Pribadi Edward (*The Edward Personal Preference Scale*)

2. Instrumen yang penyusunannya berpangkal pada dasar patokan empiris (Haryanto, 1994): MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).
3. Instrumen yang menerapkan pendekatan analisis faktor (Haryanto, 1994): *The Sixteen Personality Factor Questionnaire* (16 Faktor Kepribadian) oleh Cattell, dan *The Guilford Zimmerman Temperament Survey* oleh Guilford.
4. Instrumen kepribadian Eysenck (Allen, 2003): *The Maudsley Medical Questionnaire* (MMQ) yang mengukur konsep neoritism (N), *The Maudsley Personality Inventory* (MPI) yang menambahkan konsep *introvert* dan *ekstrovert* , dan *Eysenck Personality Quastionnaire* (EPQ) yang menambahkan psikotism (P).
5. Tes Kepribadian Dharma Graha (Iskandar, 2005).

### **Tes Kepribadian *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI)**

MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) adalah suatu instrumen psikologis kompleks yang didesain untuk mendiagnosis tipe kepribadian serta keadaan mental penderita, yang pada awalnya (tahun 1930 – 1940) digunakan untuk mengetahui kondisi penderita dalam berbagai kategori neurotik maupun psikotik. Pada perkembangannya penggunaan MMPI kemudian meluas untuk berbagai keperluan, termasuk digunakan di lembaga-lembaga tenaga kerja, pusat-pusat konseling di universitas, klinik-klinik kesehatan jiwa, sekolah-sekolah maupun di industri-industri. MMPI juga banyak digunakan untuk penelitian dan seleksi.

Pada tes ini penderita diminta memberi jawaban 'ya' atau 'tidak' pada banyak pertanyaan. Kemudian hasil yang timbul berupa skala-skala yang kemudian dianalisis serta disimpulkan, sesuai profil peningkatan atau penurunan atau normalnya skala (Iskandar, 2005).

### **Tes Kepribadian Dharma Graha**

Pada tes ini penderita diminta memberi jawaban 'ya' atau 'tidak', terdiri 24 item pertanyaan yang mewakili kepribadian *ekstrovert* dan 20 item untuk *introvert*. Jawaban dicocokkan dengan kunci jawaban yang ada. Diberi nilai 1 untuk jawaban yang cocok dan nilai 0 untuk jawaban yang tidak cocok.

#### 1. *Ekstrovert* (Iskandar, 2005)

Dari 24 item maka skor yang diperoleh digolongkan dalam :

- 1) Sangat tinggi > 22
- 2) Tinggi 21 – 17
- 3) Rata-rata 16 – 8
- 4) Rendah 7 – 3
- 5) Sangat rendah <3

Interpretasinya sebagai berikut :

#### 1) Sangat tinggi

Anda adalah benar-benar menyenangkan pergaulan, kawan anda banyak, senang mempelajari ilmu pengetahuan, sedikit urakan, progresif, kurang suka nilai-nilai tradisonal, berani tampil ke muka, siap memimpin. Beberapa kawan anda menyebut anda ambisius, tak mau mengalah,

terutama orang-orang yang iri pada anda. Selain itu anda juga jarang murung.

#### 2) Tinggi

Anda merupakan personaliti yang baik, kawan-kawan anda banyak, dan anda tidak takut kemuka, memimpin dengan demokratis. Musuh-musuh anda menyebut anda urakan, mau menang sendiri dan tidak mau kalah. Sahabat anda menyebut anda periang, suka bergaul, berani dan sukses.

#### 3) Rata-rata

Personaliti anda memang kompleks. Di satu pihak anda ingin bergaul dengan orang lain, di pihak lain banyak sekali hambatan. Anda terlalu memikirkan orang lain sehingga anda ragu-ragu bertindak. Anda suka malu, tetapi kalau terpaksa baru mau maju. Anda perlu dorongan yang kuat baru bisa keluar dari benteng anda. Musuh-musuh anda menyebut anda dingin, kaku, malas dan sombong. Sebaliknya kawan-kawan anda menyebut anda periang, sopan dan serius.

#### 4) Rendah

Anda tidak mempunyai keberanian untuk bergaul, pemalu dan penakut. Tak percaya pada diri sendiri. Cenderung konservatif dan birokratis. Malas bergaul dan belajar, memilih teman hanya sesuai dengan anda, baru mau bergaul. Suka menyendiri dan sering frustrasi.

#### 5) Sangat rendah

Teman anda sepakat untuk mengatakan anda pemalu, pendiam, malas, penakut, konservatif dan penurut. Anda sering frustrasi. Anda marah-marah

pada diri sendiri dan keluarga tanpa berani menuntut hak. Orang-orang melihat anda sebagai orang sulit diajak bergaul. Anda rendah diri, karena merasa pengetahuan anda kurang.

2. *Introvert* (Iskandar, 2005)

Dari 20 item maka skor yang diperoleh digolongkan :

- 1) Sangat tinggi > 17
- 2) Tinggi 17 – 13
- 3) Rata-rata 12 – 6
- 4) Rendah 5 – 3
- 5) Sangat rendah <3

Interpretasinya sebagai berikut :

1) Sangat tinggi

Kawan dan musuh anda mengatakan anda adalah orang kaku, pemalu, pendiam dan keras kepala. Tidak ada kepercayaan diri dan tidak menyadari bahwa segala sifat yang ada itu sebenarnya bisa dibuang. Anda sering gagal, bukan karena tak mampu tetapi karena personaliti anda yang agaknya sulit diterima orang banyak. Orang banyak yang harus mengalah pada anda. Hanya beberapa orang saja yang mau bergaul dengan anda. Segala ide yang baik dari anda tidak berhasil dikemukakan karena katidak mampuan anda untuk berkomunikasi dengan orang lain. Anda menginginkan sikap yang teratur, hirarkis dan ortodok. Anda pemaarah dan mudah tersinggung tapi tak berani mengemukakan hal tersebut pada orang lain. Anda tak berani ke pesta, ke rumah bos dan rasa rendah diri anda sering dikompensasi dengan sifat congkak, angkuh dan sok pintar.

## 2) Tinggi

Ada beberapa hal yang baik dari anda, akan tetapi hal tersebut tertutup karena anda rendah diri, kurang percaya diri. Anda sering disebut angkuh dan sombong, dan anda sering disebut sok pintar dan tidak mau bergaul, anda sering cenderung untuk konservatif. Pada umumnya anda mendapat nilai yang rendah pada skor ekstrovert. Dasar personaliti anda adalah kekurangan percayaan diri. Akibatnya tidak percaya pada orang lain sulit untuk dicapai puncak karir gemilang dengan personaliti seperti ini.

## 3) Rata-rata

Kawan anda menyebut anda pendiam, tetapi baik dan penurut. Anda cenderung mencari teman atau sahabat dengan kepribadian yang sama. Anda sebenarnya malas dan kurang bekerja keras. Kepercayaan pada diri sendiri tidak tinggi. Sebaliknya musuh-musuh anda menyebut anda seorang yang angkuh dan congkak, pemalas dan sulit diajak kerjasama, anda jarang menghasilkan apa-apa.

## 4) Rendah

Anda senang bergaul dan berteman. Kawan-kawan menyebut anda periang, berani dan bersemangat. Selalu menonjol dalam pergaulan baik karena kepandaian atau kenakalan anda.

## 5) Sangat rendah

Lihat tes untuk *ekstrovert* .

## 2.3 Konsep Dasar Perawatan Paliatif

### 2.3.1 Definisi Perawatan Paliatif

Di samping penderitaan fisik, pasien kanker juga mengalami penderitaan psikis dan dihantui perasaan takut serta ketidakpercayaan pada diri sendiri dan lingkungan. Kegelisahan ini memengaruhi perilaku keluarganya. Pada saat inilah sikap dan peranan disertai pendekatan yang manusiawi dari tenaga profesional sangat membantu penderita dan keluarganya. Maka perawatan yang sesuai adalah dengan perawatan paliatif. Perawatan paliatif adalah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker, terutama yang tidak mungkin disembuhkan. Tindakan aktif yang dimaksud antara lain menghilangkan rasa nyeri dan keluhan lain, serta perbaikan dalam bidang psikologik, sosial dan spiritual, yang bertujuan mencapai kualitas hidup yang maksimal bagi penderita dan keluarga. Perawatan paliatif tidak berarti hanya diberikan pada penderita di akhir hayatnya, namun juga diberikan segera setelah diagnosis kanker ditegakkan bersama dengan pengobatan kuratif (Boediwarsono, 2002).

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan, identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002 dalam Supari, 2007). *Palliative home care* adalah pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien, tenaga paliatif dan/atau keluarga atas bimbingan/ pengawasan tenaga paliatif. Sedangkan *Hospice Care* (hospis) adalah tempat dimana pasien

dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di rumah sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri. Perawatan hospis dan *home care* diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya (Supari, 2007).

Menurut Depkes RI (1997) dalam Yupito (2008), perawatan paliatif adalah sistem perawatan terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup dengan meringankan rasa nyeri, memberikan dukungan spiritual dan psiko-sosial mulai pada saat diagnosis ditetapkan sampai akhir hayat serta dukungan terhadap keluarga yang merasa kehilangan atau berduka. Sesuai dengan Pedoman Penanggulangan Kanker Terpadu Paripurna, perawatan paliatif ialah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker terutama yang tidak mungkin disembuhkan.

*Palliative care* adalah manajemen perawatan pasien dengan penyakit kronis dan progresif di mana prognosis dibatasi dan fokus perawatan pada peningkatan kualitas hidup. Perawatan tidak hanya pada pasien kanker kronis, tapi juga pasien GGK, gagal jantung, penyakit saraf motorik, HIV dan dimensia (Gan, 2004).

Selama ini masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan



terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Supari, 2007). Chusairi (2005) mengatakan penyakit yang berada pada tahap terminal membuat para pasien perawatan paliatif memutuskan cara pengobatan medis maupun nonmedis untuk meringankan beban sakit, baik *disease* maupun *illness*nya. Para pasien perawatan paliatif sudah tidak banyak diminta untuk memutuskan sendiri cara pengobatannya, namun pendapat keluarga dan *other person* atau *significant person* lebih berperan dalam pengambilan keputusan *health seeking behavior*-nya. Jadi dukungan sosial (termasuk dukungan keluarga) sangat diperlukan di sini.

### 2.3.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama dari tindakan paliatif ialah mempertahankan dan memperbaiki kualitas hidup penderita kanker dan keluarganya. Oleh karena itu, pemantauan dari keberhasilan tindakan paliatif ialah sampai seberapa besar dapat dicapai peningkatan kualitas hidup. Komponen yang harus dinilai mencakup keluhan fisik, keadaan psikologis serta interaksi sosial (Boediwarsono, 2002).

Sedangkan menurut Gan (2004), tujuan utama perawatan paliatif adalah:

1. Mengurangi nyeri dan gejala distress lainnya.
2. Perawatan psikologis dan spiritual, sehingga mereka dapat meninggal secara bermartabat.
3. Sebuah *support system* untuk membantu mereka hidup secara aktif sampai akhir hidupnya, di samping integritas diri dan harga diri.

4. Sebuah *support system* untuk membantu coping keluarga dengan penyakit pasien dan saat masa kehilangan.

Kualitas hidup juga dilihat dari berbagai aspek dalam tujuh kategori yaitu gejala fisik seperti nyeri; kemampuan fungsional seperti aktifitas; kesejahteraan keluarga; kesejahteraan emosi; kepuasan akan terapi meliputi masalah finansial; seksualitas dan keintiman termasuk citra tubuh; dan fungsi sosial (Cella, 1998 dalam Nurrachmah). Pengukuran kualitas hidup sangat tergantung pada penelitinya, namun pada umumnya, kualitas hidup diukur berdasarkan kepuasan klien terhadap domain kehidupan meliputi fisik, fungsional, sosial, spiritual, psikologis, dan ekonomi (Cohen et al, 1997 dalam Nurrachmah).

### **2.3.3 Ruang Lingkup Perawatan Paliatif**

Berdasarkan SK Menkes Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007, lingkup kegiatan paliatif adalah (Supari, 2007):

1. Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi :
  - 1) Penatalaksanaan nyeri
  - 2) Penatalaksanaan keluhan fisik lain
  - 3) Asuhan keperawatan
  - 4) Dukungan psikologis
  - 5) Dukungan sosial
  - 6) Dukungan kultural dan spiritual
  - 7) Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (*bereavement*).
2. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan dan kunjungan/rawat rumah.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan pelayanan paliatif pada pola dasar sebagai berikut (Nurhayati, 2002):

1. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses yang normal.
2. Tidak mempercepat atau memperlambat kematian.
3. Menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu.
4. Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual.
5. Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya.
6. Berusaha membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga.

Menurut Boediwarsono (2002), ruang lingkup perawatan paliatif adalah:

1. Pengobatan simptomatik: mengurangi nyeri dan keluhan lain yang mengganggu.
2. Menjaga keseimbangan psikologik, sosial dan spiritual.
3. Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya.
4. Meningkatkan kualitas hidup penderita dan menganggap bahwa kematian adalah proses yang normal.
5. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
6. Berusaha membantu duka cita pada keluarganya.

Sedangkan menurut Gan (2004), *scope of palliative care is*:

1. Perawatan pada pasien dan keluarganya

Tim perawatan paliatif harus menjamin bahwa pasien menerima biopsikososio *support* sampai akhir hidupnya dan juga keluarganya selama perawatan dan setelah periode kematian.

## 2. Perawatan di rumah sakit dan *Hospice Care* oleh tim kesehatan

Selama sakit, pasien membutuhkan pelayanan dari spesialis dan rumah sakit, atau pasien bisa juga menggunakan jasa *Hospice care* yang fokus pelayanannya pada perawatan terminal.

### 2.3.4 Aspek - Aspek Pada Pasien Paliatif

#### 1. Fisik (Gan, 2004)

- 1) Mengontrol nyeri pada lokasi kanker
- 2) Terapi simptomatik (dalam perawatan paliatif kadang-kadang diperlukan tindakan pemberian radiasi, kemoterapi serta pembedahan yang tujuannya bukan untuk pengobatan kuratif, melainkan hanya untuk meringankan keluhan penderita).
- 3) Mengurangi gejala atau efek samping terapi (seperti pucat, mual, muntah dan anoreksia)
- 4) Nutrisi (memberikan dan mengontrol diet dan cairan yang adekuat)
- 5) Alat bantu (seperti kursi roda).

#### 2. Psikologis (Mahajuddin, 1998 dalam Hartini, 2006)

##### 1) Rasa Cemas

Rasa cemas pada penderita kanker adalah reaksi normal dari setiap manusia yang mengalami stres dan krisis kesehatan yang diakibatkan kanker. Namun demikian dibuktikan bahwa dengan peningkatan rasa cemas, maka terjadi peningkatan perambatan rasa nyeri pada sambungan-sambungan antara saraf perifer dengan traktus spinotalamik. Lambatnya penyambungan antara saraf perifer dengan

traktus spinotalamik menyebabkan penurunan nilai ambang nyeri sehingga rasa nyeri menjadi semakin hebat.

## 2) Depresi

Penderita kanker pada umumnya juga mengalami depresi, hal ini tampak nyata terutama disebabkan karena rasa nyeri yang tidak teratasi dengan gejala sebagai berikut:

- (1) Penurunan gairah hidup, *interest*, kemampuan konsentrasi dan harga diri
- (2) Somatik berupa berat badan menurun drastis dan insomnia
- (3) Rasa lelah dan tidak memiliki daya kekuatan

## 3. Sosio-Kultural-Spiritual

Bila penderita kanker mengalami rasa nyeri yang sudah tidak dapat lagi diatasi dengan pendekatan farmakologi, maka ketiga aspek sosial, kultural dan spirituallah yang diharapkan masih mampu meringankan rasa nyeri. Oleh karena itu, seorang pasien paliatif harus mendapatkan perawatan suportif agar gejala-gejala penderitaan fisik yang timbul dapat diturunkan. Penderita merasa tidak ditinggalkan sendiri dalam menghadapi rasa sakitnya, dan inilah support utama yang mampu meringankan penderitaan pasien paliatif. Pasien juga harus tawakkal dan berserah diri dalam menghadapi penyakitnya.

Menurut Rita (2006) faktor internal yang memengaruhi respon psikososiospiritual pada pasien paliatif adalah persepsi individu, usia dan peran, jenis kelamin, kematangan emosional, dan *personality*. Sedangkan faktor eksternal yang memengaruhi respon psikososiospiritualnya adalah

ikatan kekeluargaan (dukungan keluarga), tingkat pendidikan, sosial ekonomi, bantuan tenaga profesional (konselor), pengalaman masa lalu terhadap penyakit kanker, riwayat psikiatri masa lalu, dan sikap budaya lingkungan.

#### 4. Kematian

Kematian pada usia muda/produktif merupakan peristiwa yang lebih tragis karena dipandang sebagai kesia-siaan hidup dan terampasnya kesempatan untuk berkembang dan menjadi matang. Sedangkan kematian pada lansia dipandang lebih mudah karena pada umumnya para lansia telah menyiapkan diri dalam menghadapi kematian (Taylor, 1997). Untuk menjangkau kematian, aspek spirituellah yang paling berperan. Spiritualitas ditemukan pada budaya, agama dan tradisi keluarga. Spiritualitas di sini lebih mengarah pada nilai-nilai kehidupan yang diyakini kebenarannya dan tercermin dalam cara hidupnya (Hartini, 2006).

### **2.4 Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif**

#### **2.4.1 Respon Psikologis Pada Pasien Perawatan Paliatif dan Keluarganya**

Masalah yang pertama dihadapi tenaga kesehatan adalah bagaimana menyampaikan berita yang menyedihkan ini kepada keluarganya. Pembicaraan ditujukan agar keluarga mendapat pengetahuan sebanyak mungkin mengenai penyakit dan prognosisnya. Biasanya dokter akan memberitahu/menyampaikan berita sedih ini pada saat ia merasa pasti mengenai penyakit tadi. Pada tahap pertama, keluarga akan menerima kejutan ini tanpa mengucapkan banyak kata,

mereka seakan-akan memerlukan waktu untuk dapat menerima kenyataan tadi. Setelah kejutan pertama, pada keluarganya terjadi perasaan penolakan dan ketidakpercayaan pada kenyataan. Reaksi penolakan ini dapat berupa agresi terhadap dokter, perawat dan rumah sakit. Reaksi penolakan disertai ketidakpercayaan ini lebih-lebih terlihat bila keluarga tidak percaya pada dokter, dan meminta nasehat dari dokter lain atau dukun. Dokter dan perawat harus dapat mengerti perilaku keluarganya ini, terutama pada waktu terjadinya remisi (perbaikan sementara) pada penderita. Keluarga akan menyangka bahwa diagnosis salah dan menolak pengobatan selanjutnya. Reaksi keluarga menghadapi anggotanya dengan penyakit kanker ini sering berbeda. Seorang ibu akan bereaksi lebih emosional dan tidak rasional, di mana perasaan takutnya sangat menyolok. Rasa takut itu ditujukan kepada apa saja yang tidak dianggap normal, seperti takut perdarahan, demam dan bila keadaan umum menurun.

Penyakit yang berat ini tentunya akan memberikan masalah-masalah dalam keseimbangan keluarga. Hampir semua penderita yang berpenyakit kanker mendapat perhatian dan kasih sayang khusus dari keluarganya. Penderita juga menunjukkan sikap ketergantungan kepada keluarganya yang terkadang lebih menjurus ke tirani dan agresi. Dan bila berlangsung lama, tidak jarang kita dapatkan bahwa kematian penderita akhirnya dirasakan sebagai suatu pembebasan yang mungkin disertai perasaan bersalah. Bagi penderita, perlu diberikan keterangan mengenai beratnya penyakit dan setiap tindakan yang akan dilakukan. Demikian juga apakah tindakan itu akan memberikan

rasa sakit atau tidak. Tentu caranya harus disesuaikan dengan umur penderita (Boediwarsono, 2002).

Keluarga memainkan peranan penting dalam merawat pasien tahap terminal dan reaksi mereka akan berkontribusi banyak pada respon pasien terhadap sakitnya. Selama hidup dalam penyakit terminal, pasien mengalami emosi bervariasi. Hal ini akan berubah berdasarkan kedalaman hubungan antara pasien dan keluarganya selama hidupnya hingga ajal. Anggota keluarga juga melewati tahapan emosi berbeda seperti pasien dalam menghadapi kematiannya. Seperti halnya pasien, anggota keluarga membutuhkan usaha untuk melewati fase *denial*, *anger*, *bargaining* dan depresi sampai tahap menerima akan keadaan yang terjadi (Gan, 2004).

Tim medis harus dapat mengatasi emosi dan reaksi pasien berkenaan dengan kematiannya. Berdasarkan teori Dr. Kubler Ross, pasien dengan penyakit terminal melewati lima tahap kematian (Gan, 2004):

1. *Denial*/penolakan (“Tidak, bukan saya!”)
2. *Anger*/kemarahan (“Kenapa harus saya?”)
3. *Bargaining*/penawaran (“Ya, itu saya, tetapi....”)
4. *Depression*/depresi (“Ya, saya”)
5. *Acceptance*/penerimaan.

#### **2.4.2 Respons Psikologis Kübler-Ross**

Elizabeth Kubler Ross adalah seorang psikiater yang bekerja dengan orang-orang sakit yang mendekati kematian. Dia sangat tertarik pada psikologi mati dan kematian. Beberapa tahap menuju kematian menurut Elizabeth Kubler



Ross, berdasarkan kesimpulan beliau pada hasil penelitian terhadap 200 pasiennya adalah (Hartini, 2006):

1. *Denial*/menolak, mereka akan menolak akan apa yang terjadi
2. *Anger*/marah
3. *Bargaining*/tawar-menawar untuk waktu yang akan terjadi
4. *Depression*/depresi
5. *Acceptance*/penerimaan

Kelima tahapan tersebut masing-masing orang berbeda, baik urutan maupun jumlah tahapannya. Hal tersebut sangat tergantung pada suasana emosinya (Hartini, 2006). Urutan tahapan serta proses reaksi emosional akan kematian bisa berbeda setiap orang dan durasi tiap tahapan berkisar dari beberapa jam sampai dengan beberapa bulan. Terkadang bisa kembali ke tahapan sebelumnya (Taylor, 1997).

Apabila individu dapat melalui tahap-tahap tersebut dan mencapai tahap penerimaan, maka ia akan dapat mengakhiri proses kedukaan dan mengatasi perasaan kehilangan secara tuntas. Apabila individu tetap berada pada salah satu tahap lebih awal dan tidak mencapai tahap penerimaan, jika ia mengalami kehilangan lagi, akan sulit baginya untuk mencapai tahap penerimaan (Efendi, 2007).

**Tabel 2.3 Contoh Tahapan Respons Psikologis Kubler Ross (Hartini, 2004)**

| Tahapan       | Penjelasan   | Contoh  |
|---------------|--|---|
| <i>Denial</i> | Sebagian besar orang akan <i>shock</i> ketika mengetahui atau merasa bahwa mereka akan mati. Pikiran pertama kali yang muncul adalah “Oh, tidak, ini tidak akan terjadi padaku, aku tidak akan | Nyonya K (28 tahun), ibu dengan 2 orang anak. Dia sakit dan dirawat di RS karena penyakit kanker hepar. Dia tahu bahwa ia |

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
|                   | <p>mati, aku tidak mau mati.”</p> <p>Orang pada umumnya akan mengisolasi diri atau mengasingkan diri. Berapa lama tahapan ini berlangsung sangat tergantung pada individu, bisa cepat, bisa juga lama.</p> <p>Reaksi fisik yang terjadi pada tahap ini biasanya berupa kelelahan, kelemahan, pucat, mual, diare, sesak napas, detak jantung cepat, menangis, gelisah. Reaksi ini dapat berlangsung selama beberapa menit sampai beberapa tahun (Suliswati, 2005 dalam Efendi, 2007).</p>           | <p>akan meninggal dan menyadari hal itu ia mendatangi dokter dan berkata “Aku akan baik-baik saja kan? Peganglah tanganku! Tanganku panas, peganglah tanganku agar menjadi lebih dingin.</p> <p>Tahapan denial pada Ny. K ini berlangsung cepat dan berakhir cepat pula.</p>   |
| <i>Anger</i>      | <p>Setelah melihat kenyataan bahwa seseorang akan mati, maka orang itu menjadi marah dan berkata “Mengapa aku?, mengapa harus aku yang mati?, mengapa tidak yang lain? aku masih muda, aku masih sehat, aku masih...”</p> <p>Mereka ingin mengungkapkan apa yang masih mereka miliki tapi tidak dapat memilikinya.</p> <p>Reaksi fisik yang sering terjadi pada tahap ini antara lain wajah merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur dan tangan mengempal (Suliswati, 2005 dalam Efendi, 2007).</p> | <p>Tn. O seorang pengusaha sukses selalu marah dalam menerima kenyataan bahwa ia harus menjalani <i>treatment</i> yang berkepanjangan terkait dengan penyakit yang dideritanya. Meskipun keluarga memberikan dukungan, namun Tn. O tetap saja marah menerima kenyataan sakitnya.</p>   |
| <i>Bargaining</i> | <p>Tahapan berikutnya yang mungkin terjadi adalah seorang individu akan berkata “Baiklah, aku akan menerima apa yang terjadi padaku, mungkin ini takdirku, tapi... Tuhan biarkan aku melihat anak-anakku lulus sarjana dulu. Biarkan aku melihat putra pertamaku menikah. Tuhan beri aku waktu untuk mendampingi kelahiran cucuku.</p> <p>Tahapan ini menunjukkan bahwa individu mulai menyadari bahwa waktu mereka hidup sudah pendek dan akan berakhir.</p>                                      | <p>Seorang ibu yang sedang berjuang menjalani perawatan di RS dengan motivasi ingin melihat pernikahan putra pertamanya. Dan saat putra pertamanya benar-benar menikah, dengan gaun pengantin yang masih melekat, sang putra pertama mengunjungi ibunya yang sedang menjalani perawatan di RS. Dengan rasa haru dan tangisan syukur, ia berkata “Terima kasih Tuhan, tapi aku masih memiliki anak yang lain, Tuhan!”</p> |

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| <i>Depression</i> | <p>Pada tahapan ini, ditandai dengan menangis, merasa sedih akan kehilangan seluruh kehidupannya dan mereka tidak bisa menghindar dan menutupi rasa duka citanya.</p> <p>Gejala fisik yang sering diperlihatkan adalah menolak makan, susah tidur, letih dan libido menurun (Suliswati, 2005 dalam Efendi, 2007).</p>     | <p>Tn. N yang memiliki kesibukan bernyanyi pada acara-acara tertentu, nampak hilang keceriannya setelah divonis kanker stadium lanjut. Ia sedih melihat istri, anak dan saudara-saudara yang akan ditinggalkannya. Ia sedih belum bisa memberikan kebahagiaan kepada orang-orang yang dicintai.</p>   |
| <i>Acceptance</i> | <p>Akhirnya, seseorang bisa menerima bahwa sekaranglah saatnya menutup semuanya, dan semuanya pasti baik-baik saja. Tahapan ini tidak menekankan apakah harus diakhiri dengan kebahagiaan, akan tetapi orang-orang yang meninggal pada tahapan ini pada umumnya mengakhiri kehidupannya dengan sebuah perasaan damai.</p> | <p>Ny. M (58 tahun) menderita kanker serviks stadium lanjut. Ia yakin bahwa ia akan segera mati karena penyakit kanker, akan tetapi suaminya tidak bisa menerima kenyataan ini dan selalu menolak untuk membicarakan hal ini. Sampai pada suatu saat sepasang suami-istri ini saling mengikhhlaskan dan memafkan untuk saling berpisah.</p> |

### 2.4.3 Tingkat Kesadaran (*State of Awareness*) Terhadap Kondisi Terminal

Tingkat kesadaran (*state of awareness*) terhadap kondisi terminal, baik dari sisi pasien atau keluarga harus dikaji untuk menentukan bagaimana perawat/tim medis harus berkomunikasi dengan pasien dan keluarga (Anselm Strauss, 1965 dalam Gan, 2004). Tingkat kesadaran ini meliputi :

#### 1. *Closed awareness*

Dalam hal ini klien dan keluarga tidak menyadari datangnya kematian, tidak tahu mengapa sakit dan percaya akan sembuh.

## 2. *Suspicion awareness*

Di sini, klien secara konstan mengharapkan banyak informasi akan penyakitnya.

## 3. *Mutual pretence awareness*

Dalam hal ini klien, keluarga dan tim kesehatan tahu bahwa klien dalam kondisi terminal, tetapi merasa tidak nyaman untuk dan menghindari membicarakan kondisi yang dihadapi klien. Ini berat bagi klien karena tidak dapat mengekspresikan ketakutannya.

## 4. *Open awareness*

Pada kondisi ini, klien dan orang di sekitarnya tahu bahwa ia berada di ambang kematian sehingga tidak ada kesulitan untuk membicarakannya.

Pada tahap ini klien dapat dilibatkan untuk proses intervensi keperawatan/medis.

### **2.4.4 Peran Perawat Terhadap Respons Pasien Tahap Terminal**

ICN (1987) dalam Franciscasri (2008) merumuskan profesi keperawatan menekankan pentingnya kontribusi perawat dalam pendampingan klien yang berada dalam ambang kematian dan perawat harus membantu klien untuk dapat menjalani dan menyongsong proses kematian secara manusiawi, damai dan bermartabat. Tujuan keperawatan klien dengan kondisi terminal secara umum:

1. Menghilangkan/ mengurangi rasa kesendirian, takut dan depresi.
2. Mempertahankan rasa aman, harkat dan rasa berguna.
3. Membantu klien menerima rasa kehilangan.
4. Membantu kenyamanan fisik.

5. Mempertahankan harapan (*faith and hope*).

Sedangkan intervensi keperawatan pada pasien berdasarkan tahapannya adalah:

1. Tahap *denial*/menyangkal

Beri dukungan pada fase awal, karena ini berfungsi protektif dan memberi waktu bagi klien untuk melihat kebenaran. Bantu untuk melihat kebenaran dengan konfirmasi kondisi, antara lain melalui *second opinion*.

2. Tahap *anger*/marah

Bantu klien untuk memahami bahwa marah adalah respon normal akan kehilangan dan ketidakberdayaan. Siapkan bantuan berkesinambungan agar klien merasa aman.

3. Tahap *bargaining*/tawar menawar

Asah kepekaan perawat bila fase tawar menawar ini dilakukan secara diam-diam. *Bargaining* sering dilakukan klien karena rasa bersalah atau ketakutan terhadap bayang-bayang dosa masa lalu. Bantu agar klien mampu mengekspresikan apa yang dirasakan. Bila perlu hubungkan ke pemuka agama untuk pendampingan.

4. Tahap depresi

Klien perlu untuk merasa sedih dan beri kesempatan untuk mengekspresikan kesedihannya. Perawat hadir sebagai pendamping dan pendengar.

5. Tahap *acceptance*/menerima

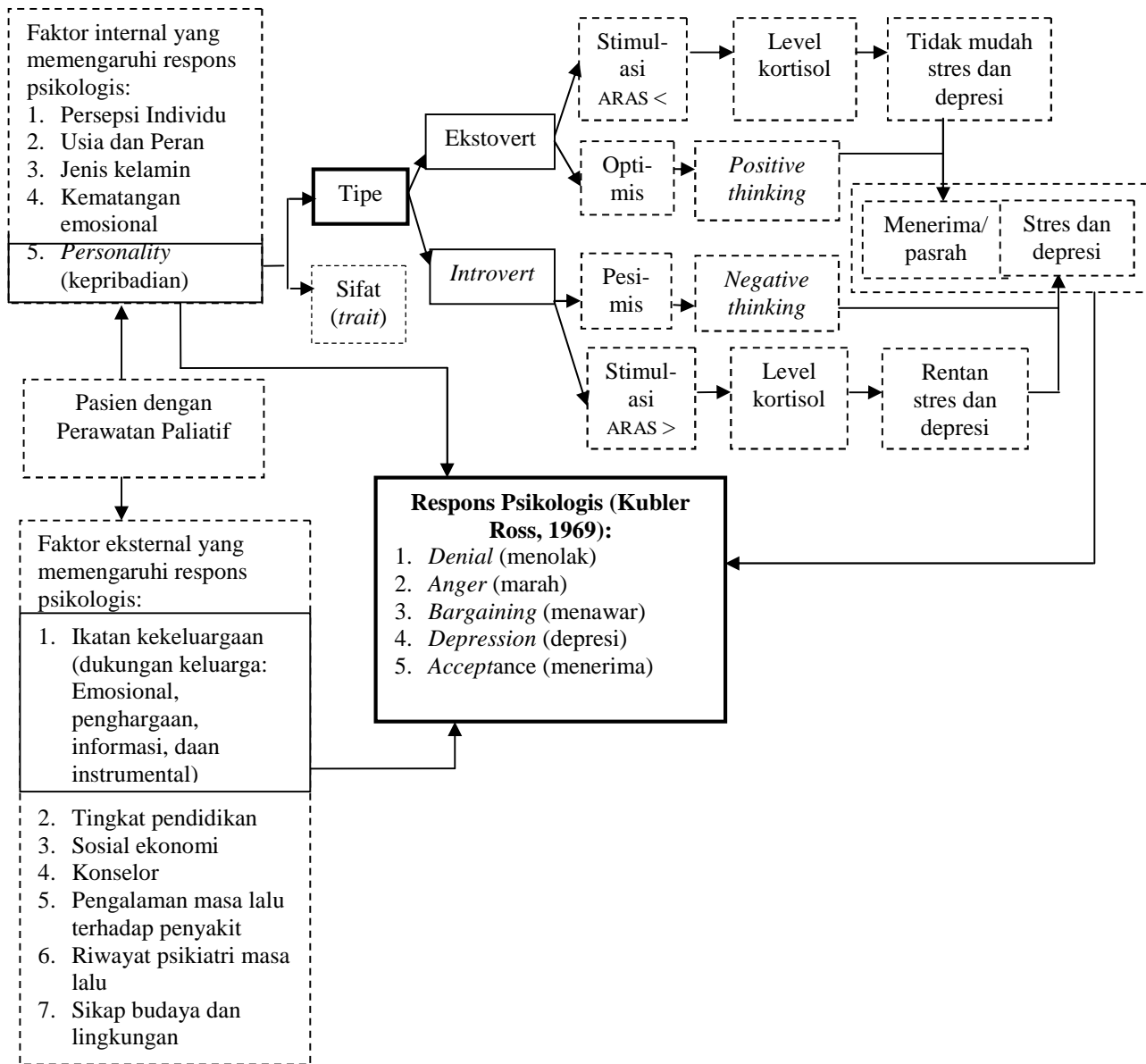
Klien merasa damai dan tenang. Dampingi klien untuk mempertahankan rasa berguna (*self worth*). Berdayakan pasien untuk melakukan segala

sesuatu yang masih mampu dilakukan dengan pendampingan. Fasilitasi untuk menyiapkan perpisahan abadi.

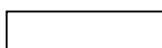
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

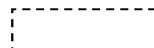
**1.1 Kerangka Konseptual**



**Keterangan:**



: Diukur



: Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe kepribadian (*Ekstrovert* dan *Introvert* ) dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif.”

Individu yang divonis kanker akan kehilangan harapan hidupnya (*life expectancy*). Respons negatif muncul karena adanya situasi yang mengancam atau menyakitkan tubuh individu tersebut yang pada akhirnya akan berdampak pada kondisi fisik, psikologis dan kemampuan individu untuk berinteraksi dengan lingkungan. Ada lima tahap reaksi emosional yang dilewati seorang yang menghadapi kematian: 1) *denial* atau pengingkaran, 2) *anger* alias marah dan tidak mau menerima, 3) *bargaining* atau tawar menawar dengan kekuatan manapun yang dipercaya bisa diajak tawar menawar, 4) *depression* alias depresi, dan 5) *acceptance* alias menerima/pasrah. Pasca vonis, individu akan mendapatkan perawatan paliatif yang berfungsi mengendalikan nyeri yang dirasakan serta keluhan lainnya dan meminimalisir masalah psikososiospiritual yang dihadapi. Faktor internal yang memengaruhi respon psikososiospiritual pada pasien dengan perawatan paliatif adalah persepsi individu, usia dan peran, jenis kelamin, kematangan emosional, dan *personality*. Sedangkan faktor eksternal yang memengaruhi respon psikososiospiritual pada pasien dengan perawatan paliatif adalah ikatan kekeluargaan (dukungan keluarga), tingkat pendidikan, sosial ekonomi, bantuan tenaga profesional (konselor), pengalaman masa lalu terhadap penyakit kanker, riwayat psikiatri masa lalu, dan sikap budaya lingkungan. Salah satu faktor eksternalnya adalah dukungan keluarga. Jenis dukungan keluarga yang dapat diberikan: 1) Dukungan emosional, 2) dukungan penghargaan, 3) dukungan material, dan 4) dukungan informasional. Selain faktor eksternal, faktor internal yang memengaruhi respon psikologis adalah tipe kepribadian. Kepribadian *ekstrovert* memandang kepada masa depan yang penuh harapan (optimis). Mereka mempunyai sikap yang positif terhadap obyek (*positive*



*thinking*). Sedangkan melankolik (*introvert*) terkenal sebagai manusia sensitif, pesimis dan selalu melihat segala sesuatu dari sisi negatif. Ia terlalu khawatir akan kehidupannya, sehingga mudah stres dan depresi. Pribadi *introvert* memiliki level hormon perangsang kortisol lebih tinggi daripada *ekstrovert*, karena banyaknya stimulasi ARAS (*Ascending Reticular Activating System*), sehingga mereka cenderung rentan mengalami stres dan depresi.

## 1.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan dukungan keluarga dengan respons psikologis pada pasien dengan perawatan paliatif.
2. Ada hubungan tipe kepribadian (*ekstrovert* dan *introvert*) dengan respons psikologis pada pasien dengan perawatan paliatif.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

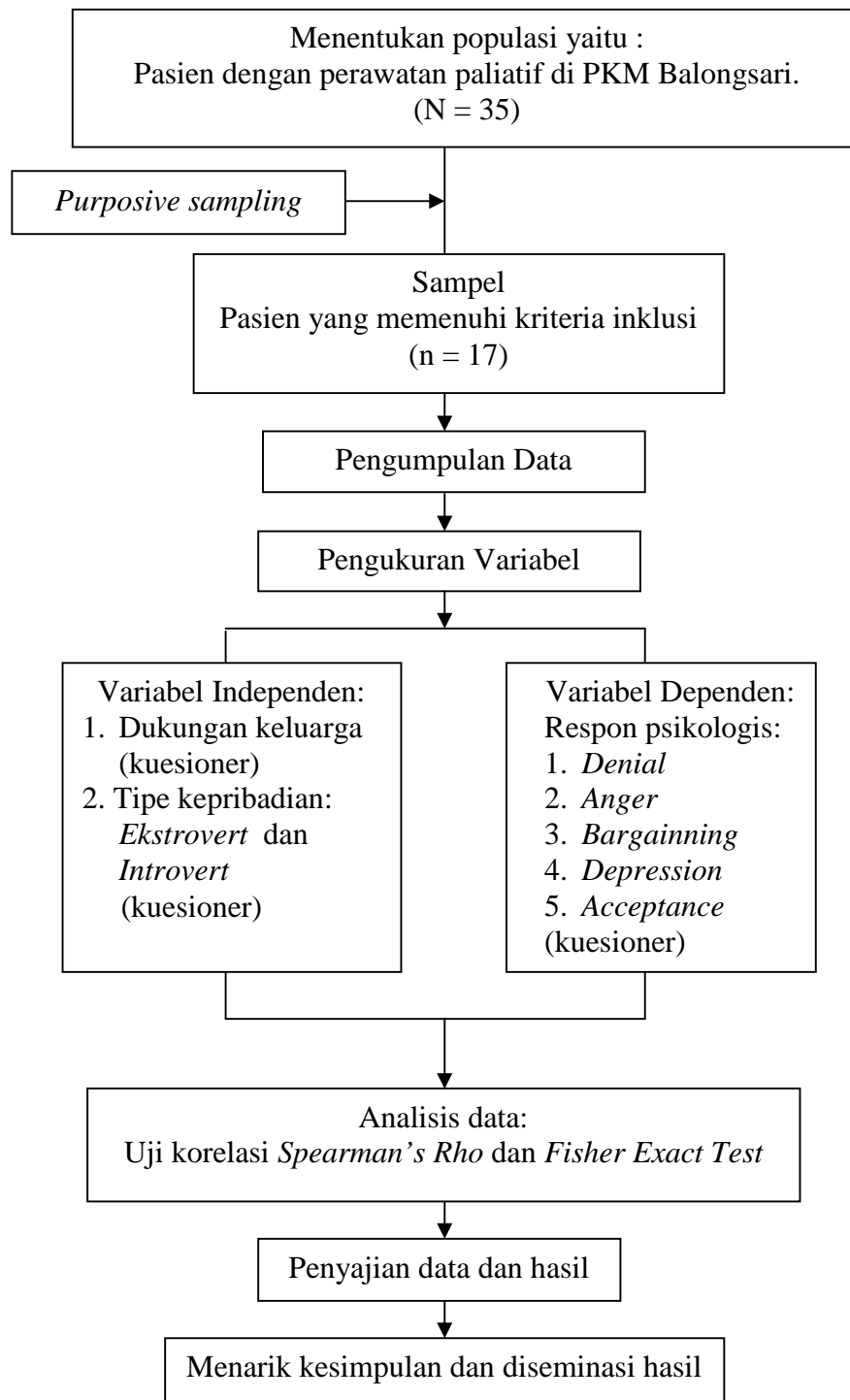
Metode penelitian ini merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan dibahas desain penelitian; kerangka kerja; populasi, sampel, sampling; variabel dan definisi operasional; instrumen penelitian; lokasi dan waktu; prosedur pengambilan dan pengumpulan data; analisis data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan, dipergunakan sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab pertanyaan penelitian (Nursalam, 2008).

Sesuai dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian, maka penelitian ini merupakan suatu studi analitik korelasional yang mengkaji dan menganalisis hubungan antara variabel-variabel dan bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel. Sehingga desain penelitian yang sesuai adalah pendekatan *cross sectional* yaitu melakukan observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat dan tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2008).

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 : Kerangka Kerja Penelitian

### 4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan populasi terjangkau (*accessible population*), yaitu populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian dan biasanya dapat dijangkau peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2008). Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah pasien yang terdaftar sebagai pasien rawat jalan di Poli Paliatif PKM Balongsari Surabaya dengan kasus kanker yang berjumlah 35 orang.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Pada dasarnya ada dua syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel, yaitu *representative* (mewakili) dan sampel harus cukup banyak.

Kriteria sampel secara garis besar dibedakan menjadi dua, yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dan suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:
  - 1) Pasien sadar
  - 2) Jenis kelamin wanita
  - 3) Usia 20 tahun – 50 tahun
  - 4) Sudah/pernah menikah

- 5) Pendidikan minimal SD/ sederajat
  - 6) Tinggal bersama keluarga
2. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini, kriteria eksklusinya adalah:
- 1) Pasien yang tinggal di luar Kota Surabaya
  - 2) Tidak bersedia menjadi responden

Berdasarkan seleksi kriteria inklusi dari populasi dengan metode *purposive sampling*, didapatkan jumlah sampel sebanyak 17 orang.

#### **4.3.3 Sampling**

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Dalam penelitian ini pemilihan sampel dengan cara *Non Probability Sampling* jenis *Purposive Sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Maka peneliti, dibantu perawat Puskesmas, memilih subjek pasien wanita yang sedang menjalani rawat jalan di Poli Paliatif PKM Balongsari dan tinggal di rumah bersama keluarganya.

#### **4.4 Identifikasi Variabel**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Soeparto, dkk. dalam

Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini dibedakan antara variabel independen dan dependen.

#### 4.4.1 Variabel Independen (Bebas)

Adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel bebas dalam penelitian adalah dukungan keluarga dan tipe kepribadian (*ekstrovert* dan *introvert*).

#### 4.4.2 Variabel Dependen (Terikat)

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah respons psikologis pasien dengan perawatan paliatif.

### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua variabel yang ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008).

Tabel 4.5 Definisi Operasional Penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif .”

| Variabel                                     | Definisi  | Parameter  | Alat Ukur | Skala   | Skor   |
|--|---|--|-----------|---------|--|
| Variabel Independen:<br>1. Dukungan keluarga | Informasi atau nasihat verbal/non verbal, saran, bantuan yang nyata/tindakan yang | 1. Dukungan emosional<br>2. Dukungan penghargaan<br>3. Dukungan material/instrumental. | Kuesioner | Ordinal | Jawaban ‘Selalu’ dinilai 3, ‘Sering’ dinilai 2, ‘Kadang-kadang’ dinilai (1), dan jawaban ‘Tidak Pernah’ dinilai 0. Skor maksimal 36. |

|                                      |  |   |           |         |   |
|--------------------------------------|--|---|-----------|---------|---|
|                                      | diberikan oleh keluarga yang mempunyai manfaat emosional/ berpengaruh pada perilaku pasien kanker. | 4. Dukungan informatif.   |           |         | Klasifikasi dukungan keluarga: <56%= dukungan keluarga kurang, 56 - 75%= dukungan keluarga cukup, 75 – 100%= dukungan keluarga baik.  |
| 2. Tipe kepribadian                  | Pola tingkah laku seseorang yang sudah menjadi sifat khas yang tampak dalam kegiatan sehari-hari.  | 1. <i>Ekstrovert</i> (24 item)<br>2. <i>Introvert</i> (20 item)   | Kuesioner | Nominal | Apabila pernyataan positif, Ya= 2<br>Tidak=1. Sedangkan pernyataan negatif, Ya=1 Tidak=2. Pada <i>ekstrovert</i> , dari 24 item skor yang diperoleh digolongkan dalam: Sangat tinggi > 22, tinggi 21 – 17, rata-rata 16 – 8, rendah 7 – 3, sangat rendah <3. Sedangkan pada <i>introvert</i> dari 20 item maka skor yang diperoleh digolongkan: Sangat tinggi > 17, tinggi 17 – 13, rata-rata 12 – 6, rendah 5 – 3, sangat rendah <3. |
| Variabel Dependen: Respon psikologis | Respon saat ini yang ditimbulkan pada pasien kanker sejak divonis penyakit tersebut.               | 1. <i>Denial</i><br>2. <i>Anger</i><br>3. <i>Bargaining</i><br>4. <i>Depression</i><br>5. <i>Acceptance</i> (Kübler Ross) | Kuesioner | Ordinal | Jawaban Ya=2, Tidak=1. Penilaian akhir dengan cara menjumlahkan skor yang diperoleh dibagi skor tertinggi dikalikan 100% kemudian diklasifikasikan yaitu 76–100%=baik (kode tabulasi 3), 56-75%=cukup (kode tabulasi 2), <55%=kurang (kode tabulasi 1).   |

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen

#### 1. Dukungan Keluarga

Menggunakan kuesioner Dukungan Keluarga (Nursalam, 2008) yang terdiri dari 12 pertanyaan dengan sedikit modifikasi yang berkaitan dengan 1) dukungan emosional dan penghargaan, 2) dukungan fasilitas, dan 3) dukungan informasi. Jenis pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban ‘selalu’, ‘sering’, ‘kadang-kadang’ dan ‘tidak pernah’.

#### 2. Tipe Kepribadian

Instrumen penelitian (alat pengumpulan data) yang digunakan adalah dalam bentuk kuesioner. Untuk mengukur tipe kepribadian *ekstrovert* dan *introvert* digunakan tes personaliti oleh Yayasan Dharma Graha berbahasa Indonesia disusun oleh seorang psikiater bernama Yul Iskandar (2005). Tes ini dalam bentuk kuesioner *Closed ended dichotomy question* yaitu pertanyaan tertutup dengan jawaban “ya” atau “tidak”. Terdiri 24 item yang mewakili kepribadian *ekstrovert* (no. 1 – 24) dan 20 item (no. 25 – 44) yang mewakili *introvert*.

#### 3. Respons psikologis

Instrumen yang dipakai adalah menggunakan kuesioner mengenai respons psikologis yang terdiri dari 25 pertanyaan (Nursalam, 2008) dengan sedikit modifikasi, yang meliputi lima tahapan, yaitu: 1) *Tahap denial* (penolakan), 2) tahap *anger* (marah), 3) tahap *bargaining* (tawar menawar), 4) tahap depresi, dan 5) tahap *acceptance* (penerimaan). Jenis pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban ‘ya’ dan ‘tidak’.



#### 4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Balongsari dan rumah pasien (*home visit*), yang pelaksanaannya pada tanggal 06 Juli 2009 sampai dengan 24 Juli 2009.

#### 4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan ijin dari Kepala PKM Balongsari Surabaya, peneliti mengadakan pendekatan atau membuat kontrak pertemuan kepada pasien rawat jalan untuk mendapatkan persetujuan sebagai responden peneliti (*informed consent*). Responden adalah pasien rawat jalan di Poli Paliatif PKM Balongsari yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data dilaksanakan peneliti setelah diadakan kontrak dengan responden, dilakukan saat poli buka atau di rumah responden. Peneliti didampingi oleh perawat Puskesmas atau relawan paliatif dalam mengumpulkan data dengan kunjungan rumah sesuai kontrak. Data diperoleh dengan cara responden menjawab/mengisi empat buah kuesioner, masing-masing 1) data demografi, 2) dukungan keluarga, 3) tipe kepribadian untuk mengetahui kriteria kepribadian termasuk dalam tipe *introvert* atau tipe *ekstrovert*, selanjutnya 4) mengisi kuesioner atau menjawab pertanyaan tentang respons psikologis sehingga diketahui tahap respons psikologis responden dalam menghadapi penyakitnya. Pemberian kuesioner dilakukan sekali dan tidak ada tindak lanjut. Setelah semua data terkumpul, dilakukan tabulasi data dan pengolahan data.

#### 4.6.4 Analisis Data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data, yaitu *editing* (data dianggap memenuhi syarat apabila seluruh data telah terisi dengan lengkap dan jelas), *coding* (data tersebut diberi tanda khusus/kode untuk menghindari adanya kesalahan atau duplikasi data yang masuk), dan skoring dengan membuat penilaian pada kuesioner yang terdiri dari:

##### 1. Analisis Deskriptif

###### 1) Variabel Dukungan Keluarga

Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan positif (*favorable*), dengan skor maksimal 36. Setiap dukungan terdiri dari 4 pertanyaan. Setiap pertanyaan terdiri dari 4 pilihan jawaban. Jawaban 'Selalu' dinilai 3, 'Sering' dinilai 2, 'Kadang-kadang' dinilai (1), dan jawaban 'Tidak Pernah' dinilai 0. Kemudian dinilai dengan menggunakan rumus (Arikunto, 2001):

$$N = SP/SM \times 100\%$$

Keterangan: N = Nilai yang didapat

SP = skor yang didapat

SM = skor maksimal

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan, yaitu:

Baik = 76 – 100%, dengan kode 3

Cukup = 56 – 75%, dengan kode 2

Kurang = <55%, dengan kode 1

## 2) Variabel Tipe Kepribadian

### a. Tipe *Ekstrovert*

Tipe *ekstrovert* terdiri 24 pertanyaan (no. 1-24) terdiri 8 pertanyaan negatif (no.5,6,10,11,13,16,19,20) dan 16 nomor lainnya pertanyaan positif. Pertanyaan positif jawaban “ya” nilai 1, bila “tidak” nilai 0. Pertanyaan negatif jawaban “ya” nilai 0, bila “tidak” nilai 1. Dari 24 item, jumlah skor dikategorikan sangat tinggi  $>22$ , tinggi 21-17, rata-rata 16-8, rendah 7-3 dan sangat rendah  $<3$ .

### b. Tipe *Introvert*

Tipe *introvert* terdiri 20 pertanyaan (no.25-44) terdiri dari 11 pertanyaan negatif (no.26,27,31,33,36,39,40,41,42,43,44) dan 9 nomor yang lain adalah pertanyaan positif (no. 25,28,29,30,32,34,35,37,38). Pertanyaan positif jawaban “ya” nilai 1, bila “tidak” nilai 0. Pertanyaan negatif jawaban “ya” nilai 0, bila “tidak” nilai 1. Dari 20 item, jumlah skor dikategorikan sangat tinggi bila  $>17$ , tinggi 13-17, rata-rata 6-12, rendah 3-5, dan sangat rendah  $<3$ .

Selanjutnya dalam penelitian ini pengklasifikasian tipe *introvert* dan *ekstrovert* sesuai dengan pendekatan jumlah skor tertinggi yang di dapat, kemudian diberi kode :

1 = Tipe *Ekstrovert*

2 = Tipe *Introvert*

### 3) Variabel Respons Psikologis

Kuesioner terdiri dari 25 pertanyaan positif. Tahap *denial* (kode 1): no. 1 – 7, tahap *anger* (kode 2): no. 8 – 10, tahap *bargaining* (kode 3): no. 11 – 13, tahap *depression* (kode 4): no. 14 – 21, dan tahap *acceptance* (kode 5): no. 21 – 25. Setiap pertanyaan terdiri dari 2 pilihan jawaban. Jawaban ‘Tidak’ (kode 1) dinilai 1 dan jawaban ‘Ya’ (kode 2) dinilai 2.

Tiap tahapan tersebut skornya dijumlahkan, kemudian dinilai dengan menggunakan rumus (Arikunto, 2001):

$$N = SP/SM \times 100\%$$

Keterangan: N = Nilai yang didapat

SP = skor yang didapat

SM = skor maksimal

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan, yaitu:

Baik = 76 – 100%, dengan kode 3

Cukup = 56 – 75%, dengan kode 2

Kurang = <55%, dengan kode 1

## 2. Analisis Statistik

Analisis pada tahap pertama, data-data yang terkumpul dan memenuhi syarat diolah dengan menggunakan komputer program SPSS (*Software Product&Service Solution*) versi 16.0 sehingga dihasilkan tabel-tabel tabulasi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum tentang semua variabel yang diteliti. Analisis tahap ke dua dilakukan dengan menampilkan tabel-tabel silang untuk mengetahui korelasi dukungan keluarga dengan respons psikologis dilakukan uji statistik korelasi *Spearman's Rho* dengan

tingkat kesalahan = 0,05, artinya apabila nilai signifikansi ( $p$ ) < (0,05 maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan respons psikologis.

Nilai koefisien korelasi yang diperoleh ( $r_s$ ) yang dapat diinterpretasikan sebagai berikut (Arikunto, 2001):

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Antara 0,800 – 1,00  | sangat kuat                    |
| Antara 0,600 – 0,800 | kuat                           |
| Antara 0,400 – 0,600 | sedang                         |
| Antara 0,200 – 0,400 | lemah                          |
| Antara 0,00 – 0,200  | sangat lemah/tidak berkorelasi |

Sedangkan untuk mengetahui adanya korelasi tipe kepribadian dengan respons psikologis dilakukan uji statistik korelasi *Fisher Exact Test* dengan tingkat kesalahan = 0,05, artinya apabila nilai signifikansi ( $p$ ) < (0,05 maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan bermakna antara tipe kepribadian dengan respons psikologis. Pada uji ini, tidak ada penghitungan koefisien korelasi ( $r$ ).

Dari analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

#### **4.7 Etik Penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Puskesmas Balongsari untuk persetujuan. Setelah mendapat

persetujuan, peneliti melakukan pendekatan kepada subjek penelitian dan membagikan kuesioner dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

#### **4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika bersedia untuk diteliti, calon responden harus menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Jika menolak, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak calon responden.

#### **4.7.2 Anonimity (Tanpa Nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada lembar kuesioner. Lembar tersebut hanya diiberi kode nomor tertentu.

#### **4.7.3 Confidentiality (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti. Data hanya disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini.

### **4.8 Keterbatasan**

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Sampel yang digunakan terbatas mengingat waktu penelitian (pengumpulan data) hanya satu bulan dan sampel yang memenuhi kriteria inklusi juga terbatas.

2. Sampel yang digunakan hanya terbatas pada pasien rawat jalan Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, sehingga hasil tidak dapat digeneralisasi untuk semua pasien perawatan paliatif.
3. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini belum diketahui reliabilitasnya sehingga hasilnya kurang sempurna, artinya instrumen ini belum bisa diandalkan baik konsistensi, keakuratan dan ketepatannya.
4. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban yang lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif. Lebih baik lagi jika penelitian secara kualitatif atau ada tambahan *content analysis* agar dapat menggali kondisi psikologis responden lebih mendalam.
5. Terlepas dari ada dan tidak adanya dukungan keluarga yang diberikan dan tipe kepribadian pasien, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi respons psikologis pasien perawatan paliatif.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian (*ekstrovert* dan *introvert*) dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif di Puskesmas Balongsari Surabaya. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik/diagram dan narasi. Pada penyajian hasil dibagi dalam tiga bagian yaitu: 1) Gambaran secara umum lokasi penelitian. 2) Data umum yang menampilkan karakteristik demografi responden yaitu pendidikan, umur, status perkawinan, pekerjaan sebelum sakit, lama waktu vonis sampai dengan saat ini, status di keluarga dan tipe keluarga. 3) Data khusus yang berkaitan dengan dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi/kognitif, dukungan material), tipe kepribadian (*ekstrovert* dan *introvert*) dan respons psikologis (*denial*, *anger*, *bargaining*, *depression*, dan *acceptance*). Data-data tersebut diperoleh pada tanggal 06 Juli 2009 sampai dengan 24 Juli 2009 dengan menyebarkan kuesioner kepada responden yang berjumlah 17 orang.

Dalam bab ini akan dibahas pula tentang bagaimana hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif secara kuantitatif. Hubungan dukungan keluarga dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif secara kuantitatif diperoleh dengan menggunakan perhitungan frekuensi dan uji statistik *Spearman's Rho Test* yang dilakukan dengan metode komputersasi SPSS 16. Sedangkan bagaimana hubungan tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan frekuensi dan uji statistik *Fisher Exact Test*.



## 5.1 Hasil penelitian

### 5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

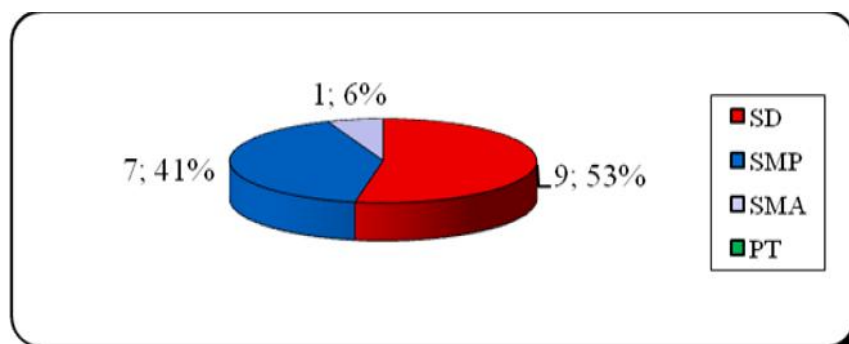
Puskesmas Balongsari adalah Puskesmas induk di Kecamatan Tandes yang terletak di Surabaya Barat, merupakan puskesmas rujukan paliatif pertama di Indonesia. Puskesmas yang berlokasi Jl. Balongsari Tama No. 01 Surabaya ini, membawahi 5 kelurahan, antara lain Balongsari, Bibis, Gadel, Manukan dan Tubanan. Pelayanan yang tersedia di Puskesmas yang telah mendapat ISO 9001 ini antara lain Poli Umum, Poli Spesialis, Poli KB, Poli Kandungan, Ruang Bersalin, Senam Hamil, Pojok Laktasi, Lansia, Penyuluhan (Promkes), Akupuntur, Poli Paliatif dan Program Puskesmas lainnya. Poli Paliatif tergolong baru di sini. Poli yang diresmikan pada tanggal 9 Juli 2007 ini dibuka setiap hari Senin dengan jadwal piket/kunjungan secara bergiliran oleh dokter-dokter dari Pusat Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Angka rujukan dan kunjungan pasien paliatif cukup banyak, mayoritas dari wilayah Surabaya Barat, Surabaya Selatan, dan beberapa wilayah perbatasan Surabaya-Gresik. Data bulan Juli 2009, kunjungan pasien rawat jalan berjumlah 35 orang, semuanya berjenis kelamin perempuan, dan sebagian besar berusia >40 tahun. Tetapi di sini peneliti mengambil sampel pasien usia produktif. Kasus yang terjadi antara lain kanker payudara, kanker serviks, kanker ovarium, kanker septum nasal, kanker pre tibia, kanker mandibula, serta LNH (*Lymphoma Non Hodgkin*), dan kasus yang paling banyak terjadi adalah kanker serviks ( $\pm 50\%$ ), kemudian yang ke dua adalah kanker payudara. Pasien yang berobat di Puskesmas ini juga merupakan pasien rawat jalan Pusat Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Beberapa program yang telah dilaksanakan di Poli

Paliatif PKM Balongsari antara lain pelayanan konsultasi dan kontrol rutin dengan dokter spesialis dari Tim Paliatif RSUD Dr. Soetomo, *home visit*, *home care*, seminar tentang paliatif dan perekrutan relawan. Di Poli Paliatif PKM Balongsari belum ada pelayanan pemeriksaan laboratorium dan rawat inap. Di Puskesmas ini mereka hanya sekedar kontrol, konsultasi dan berobat. Beberapa responden mengalami gangguan psikologis, seperti depresi. Mereka diberikan obat-obatan *anti-depressant*. Poli Paliatif ini telah mengkader 48 relawan dari masyarakat di lima kelurahan Kecamatan Tandes. Para relawan yang telah diberikan pelatihan tentang paliatif ini bertugas melakukan *home visit* (kunjungan rumah pasien) secara rutin, menjangkau pasien kanker baru di wilayahnya, memberikan informasi seputar pengobatan/perawatan paliatif, dan mendampingi pasien saat berobat.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

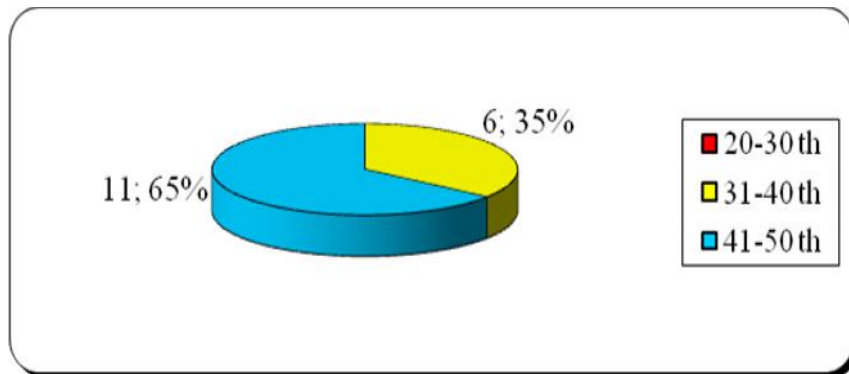
#### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.1 di atas menunjukkan bahwa pendidikan responden sebagian besar adalah SD sebanyak 9 orang (53%) dan 7 orang (41%) adalah lulusan SMP, sisanya 1 orang (6%) adalah lulusan SMA.

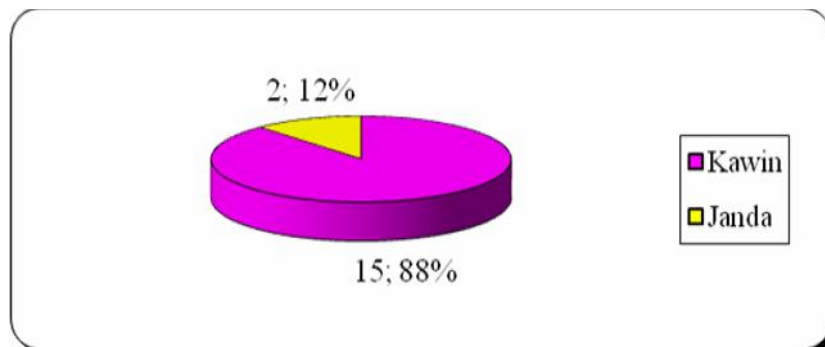
## 2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa responden sebagian besar berusia 41-50 tahun sebanyak 11 orang (65%), dan sisanya 6 orang (35%) berusia 31-40 tahun.

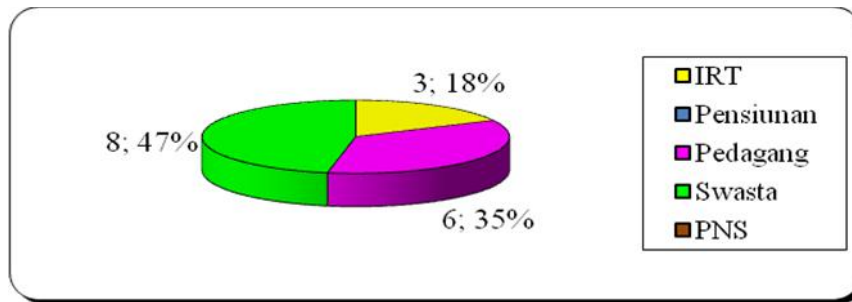
## 3. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.3 di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah kawin yaitu 15 orang (88%), sisanya sebanyak 2 orang (12%) adalah janda.

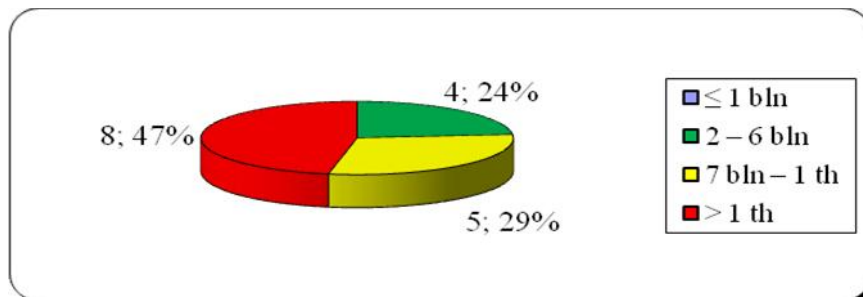
#### 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Sebelum Sakit



Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Sebelum Sakit di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian pekerjaan responden sebelum sakit adalah swasta sebanyak 8 orang (47%) dan pedagang sebanyak 6 orang (35%), sisanya sebanyak 3 orang (18%) sebagai ibu rumah tangga.

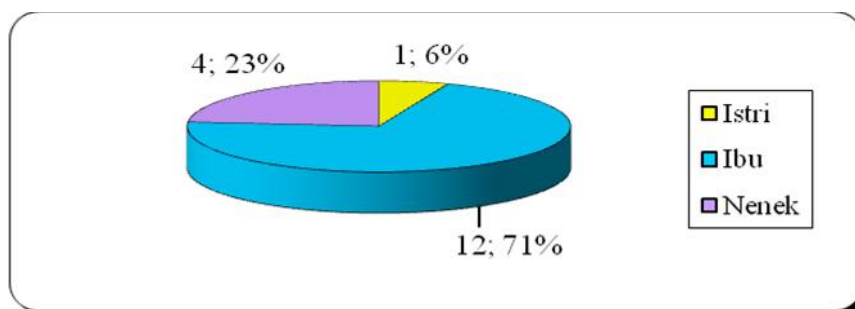
#### 5. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Waktu Vonis Sampai dengan Saat Ini



Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Waktu Vonis Sampai dengan Saat Ini di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.5 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian lama waktu vonis sampai dengan saat ini adalah lebih dari 1 tahun, yaitu sebanyak 8 responden (47%), sedangkan 7 bulan sampai 1 tahun sebanyak 5 responden (29%) dan 2 bulan sampai 6 bulan sebanyak 4 responden (24%).

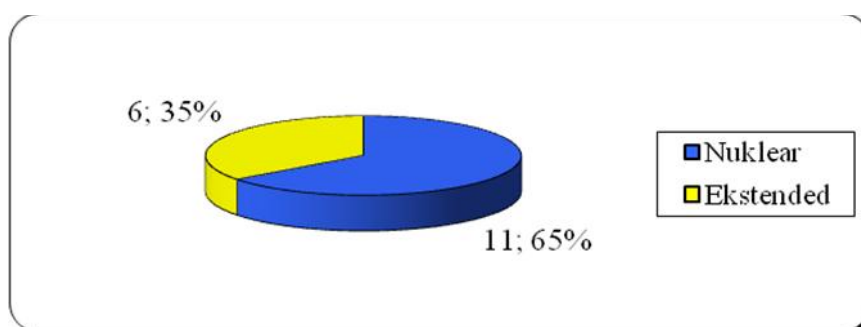
#### 6. Distribusi Responden Berdasarkan Peran di Keluarga



Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status di Keluarga Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.6 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar status responden di keluarga adalah sebagai ibu, yaitu 12 orang (71%), sedangkan 23% (5 orang) sebagai nenek dan sebagai istri 6% (1 orang).

#### 7. Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Keluarga



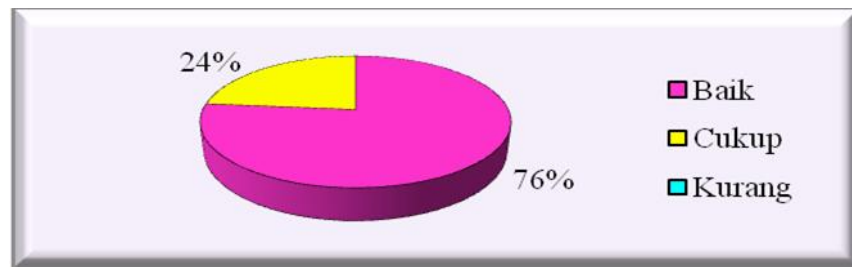
Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Keluarga Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Dari gambar 5.6 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden tinggal dalam tipe keluarga nuklear, yaitu 11 orang (65%), sedangkan 6 orang lainnya (35%) tinggal dalam tipe keluarga ekstended.

### 5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan mengenai distribusi respons psikologis dukungan keluarga, dan tipe kepribadian pasien perawatan paliatif di Puskesmas Balongsari Surabaya.

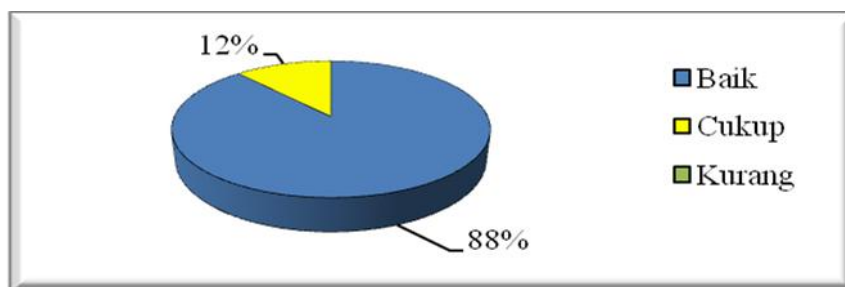
#### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Respons Psikologis



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Respons Psikologis Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Berdasarkan Gambar 5.8 di atas menunjukkan bahwa responden mayoritas mempunyai respons psikologis baik, yaitu 13 orang (76%), sedangkan respons psikologis cukup berjumlah 4 orang (24%).

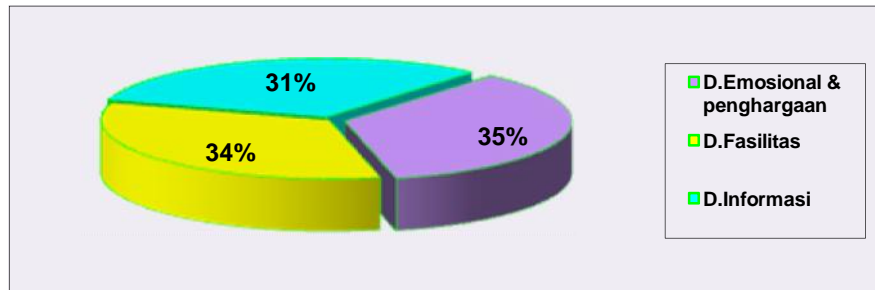
#### 2. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga



Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Berdasarkan Gambar 5.8 di atas menunjukkan bahwa responden terbanyak mempunyai dukungan keluarga baik, yaitu 15 orang (88%), sedangkan dukungan keluarga cukup sebesar 2 orang (12%).

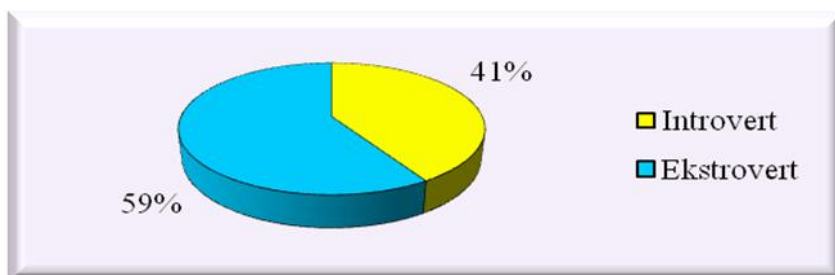
Sedangkan distribusi dukungan keluarga berdasarkan aspek dukungan emosional dan penghargaan, dukungan fasilitas, dan dukungan informasi.



Gambar 5.10 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Aspek Dukungan Emosional dan Penghargaan, Dukungan Fasilitas, dan Dukungan Informasi Pada Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Berdasarkan gambar 5.10 di atas menunjukkan bahwa aspek dukungan keluarga terbesar adalah dukungan emosional/penghargaan sebesar 35%, sedangkan dukungan fasilitas 34% dan dukungan informasi sebesar 31%.

### 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Kepribadian



Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Kepribadian Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009.

Berdasarkan Gambar 5.7 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden termasuk dalam tipe kepribadian *ekstrovert* sebanyak 10 orang (59%) sedangkan responden yang berkepribadian *introvert* berjumlah 7 orang (41%).

## 4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Respons Psikologis.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif di Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009

| Dukungan Keluarga | Respons Psikologis |   |       |        |      |       | Total |        |
|-------------------|--------------------|---|-------|--------|------|-------|-------|--------|
|                   | Kurang             |   | Cukup |        | Baik |       |       |        |
|                   |                    | % |       | %      |      | %     |       | %      |
| <b>Baik</b>       | 0                  | 0 | 2     | 11,765 | 13   | 76,47 | 15    | 88,235 |
| <b>Cukup</b>      | 0                  | 0 | 2     | 11,765 | 0    | 0     | 2     | 11,765 |
| <b>Kurang</b>     | 0                  | 0 | 0     | 0      | 0    | 0     | 0     | 0      |
| <b>Total</b>      | 0                  | 0 | 4     | 23,53  | 13   | 76,47 | 10    | 100    |

**Uji Spearman's Rho ( ) = 0,004**

**Koefisien Korelasi (rs) = 0,658**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa pada responden dengan dukungan keluarga baik sebanyak 15 orang, yaitu 13 orang (76,47%) responden menyatakan respons psikologis baik dan 2 orang (11,765%) responden menyatakan respons psikologis cukup. Responden dengan dukungan keluarga cukup terdapat 2 orang (11,765%) menyatakan respons psikologis cukup. Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai signifikansi (p)=0,004 dengan nilai koefisien korelasi (rs)=0,658. Artinya Ho ditolak dan H1 diterima (p<0,05). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan kuat antara dukungan keluarga dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif.



5. Hubungan Tipe Kepribadian (*Ekstrovert* dan *Introvert*) dengan Respons Psikologis.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Kepribadian dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif di Puskesmas Balongsari Surabaya, Juli 2009

| Tipe Kepribadian  | Respons Psikologis |    |       |        |      |        | Total |        |
|-------------------|--------------------|----|-------|--------|------|--------|-------|--------|
|                   | Kurang             |    | Cukup |        | Baik |        |       |        |
|                   |                    | %  |       | %      |      | %      |       | %      |
| <i>Ekstrovert</i> | 0                  | 0% | 0     | 0%     | 10   | 58,82% | 10    | 58,82% |
| <i>Introvert</i>  | 0                  | 0% | 4     | 23,53% | 3    | 17,65% | 7     | 41,18% |
| <b>Total</b>      | 0                  | 0% | 4     | 23,53% | 13   | 76,47% | 17    | 100%   |

*Fisher's Exact Test* ( ) = **0,015**  
**Koefisien Kontingensi = 0,553**

Berdasarkan tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa pada responden dengan tipe kepribadian *ekstrovert* terdapat 10 orang (58,82%), semua (100%) responden menyatakan respons psikologis baik. Responden dengan tipe kepribadian *introvert* sebanyak 7 orang (41,18%), yaitu 3 orang (17,65%) responden menyatakan respons psikologis baik dan 4 orang (23,53%) responden menyatakan respons psikologis cukup. Analisis menggunakan uji statistik *Fisher's Exact Test* diperoleh nilai signifikansi (p)=0,015 dengan nilai koefisien kontingensi 0,553. Artinya H<sub>0</sub> ditolak dan H<sub>1</sub> diterima (p<0,05). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif.

## 5.2 Pembahasan

Setelah seseorang mengetahui divonis kanker, ia akan memberikan suatu respon psikologis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat ini mayoritas responden sudah memiliki respons psikologis baik, kurang dari seperempatnya memiliki respons psikologis cukup dan tidak ada responden yang memiliki respons psikologis kurang.

Menurut Kübler Ross, ada lima tahap reaksi emosional yang dilewati seorang yang menghadapi kematian, yaitu *denial*/menyangkal, *anger*/marah, *bargaining*/tawar-menawar, *depression*/depresi, dan *acceptance*/menerima (Gan, 2004). Kelima tahapan tersebut masing-masing orang berbeda, baik urutan maupun jumlah tahapannya. Hal tersebut sangat tergantung pada suasana emosinya (Hartini, 2006). Urutan tahapan serta proses reaksi emosional akan kematian bisa berbeda setiap orang dan rentang waktu (durasi) atau kecepatan masing-masing tahapan tiap pasien berbeda, berkisar dari beberapa jam sampai dengan beberapa bulan. Jika pasien telah mencapai tahap menerima, namun tidak jarang pasien kembali ke tahap *denial* atau depresi (Taylor, 1997).

Terkait dengan teori Kubler Ross bahwa seseorang yang divonis kanker akan mengalami proses kehilangan fungsi tubuh bahkan menuju kematian karena melemahnya sistem imun dan proses metastase dari sel kanker itu sendiri. Mayoritas responden di penelitian ini adalah dengan diagnosis kanker serviks dan kanker payudara. Belum lagi jika mereka telah melakukan tindakan mastektomi atau histerektomi yang pasti akan menimbulkan gejala psikologis karena mereka telah kehilangan bagian tubuh yang vital, serta tidak jarang mengalami harga diri rendah akibat perubahan-perubahan fisik tersebut, antara lain karena tidak bisa

menunaikan tugas sebagai istri/ibu secara maksimal. Akan terjadi distress fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Di sini para responden juga mengalami tahapan-tahapan psikologis sesuai teori Kubler Ross. Tahapan respons psikologis yang terjadi pada mereka adalah (Hartini, 2004):

1. *Denial*/Menyangkal

Sebagian besar orang akan *shock* ketika mengetahui diagnosis suatu penyakit yang mematikan atau merasa bahwa mereka tidak akan hidup lebih lama lagi.

Pada penelitian ini, responden yang masih mengalami tahap *denial* berusaha merahasiakan penyakitnya ke orang lain karena malu jika orang lain mengetahuinya, biasanya ke para tetangga, teman-teman, atau keluarga jauh.

2. *Anger*/Marah

Mereka ingin mengungkapkan apa yang masih mereka miliki tapi tidak dapat memilikinya. Karena tidak ingin penyakitnya diketahui oleh orang lain, beberapa responden di penelitian ini mengaku masih merasa marah dan tersinggung jika ada orang lain yang membicarakan/menggosip penyakitnya.

3. *Bargaining*/Tawar-menawar

Tahapan ini menunjukkan bahwa individu mulai menyadari bahwa waktu mereka hidup sudah pendek dan akan berakhir.

Pada fase ini responden mulai tawar-menawar dengan keadaan. Para responden berpikir seandainya saja bukan mereka yang menderita penyakit

ini, tentu tidak akan begini keadaannya. Dan jika bisa menjaga kesehatan dengan baik, tentu tidak akan menderita penyakit ini.

#### 4. *Depression/Depresi*

Pada tahapan ini, ditandai dengan menangis, merasa sedih akan kehilangan seluruh kehidupannya dan mereka tidak bisa menghindar dan menutupi rasa duka hatinya.

Pada fase ini, responden ada yang masih merasa sangat terpuak dengan vonis ini, terkadang mereka masih suka sedih dan menangis jika memikirkan/teringat penyakitnya. Ada juga yang sejak sakit cenderung menghindari interaksi sosial karena malas untuk berhubungan dengan orang lain. Terkadang mereka juga malas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti biasanya sebelum sakit karena semangat hidup yang mulai redup.

#### 5. *Acceptance/Menerima*

Akhirnya, seseorang bisa menerima bahwa sekaranglah saatnya menutup semuanya. Orang yang meninggal pada tahapan ini pada umumnya mengakhiri kehidupannya dengan sebuah perasaan damai.

Pada fase ini, responden sudah menerima/menyadari penyakitnya. Mereka sudah menyerahkan sepenuhnya kepada dokter/perawat tentang pengobatan dan perawatan penyakitnya. Mereka berusaha menyediakan semua keperluan untuk pengobatan/perawatan penyakitnya. Dan telah menyadari bahwa penyakit yang sedang dideritanya adalah kehendak Tuhan sebagai cobaan di dunia. Meskipun berat tapi "*the life must go on*".

Ada yang masih menolak atau depresi, tapi sebagian besar telah menerima penyakitnya. Responden sudah mampu menerima keadaannya dirinya dengan

penuh kepasrahan, namun terkadang mereka merasa bersalah dan menyesal dengan kondisinya dan melakukan *bargaining* dengan Tuhannya, tapi juga merasa sedih yang tak tertahankan. Ketiga tahapan ini silih berganti dan tidak statis atau sangat dinamis keberadaannya.

Pada penelitian ini, respons psikologis dikaitkan dengan tingkat pendidikan responden dan lama waktu vonis sampai dengan saat ini. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden yang memiliki respons psikologis cukup mayoritas berpendidikan SD, yaitu sebanyak 3 orang dari 9 responden yang berpendidikan SD. Sedangkan yang memiliki respons psikologis cukup sebanyak 1 orang dari 7 responden yang berpendidikan SMP. Responden yang berpendidikan SMA memiliki respons psikologis baik. Semakin tinggi pendidikan maka semakin baik pula respons psikologisnya karena tingginya rasa ingin tahu tentang sakit dan penyakitnya serta bagaimana penatalaksanaan terbaik saat pasien merasa ada sesuatu yang kurang/janggal pada dirinya, sehingga ia cepat mendapat pertolongan, baik fisik maupun psikologisnya. Dan semakin tinggi pendidikan maka kemampuan beradaptasi akan perubahan terhadap dirinya semakin baik, ia tahu apa yang harus dilakukan dengan perubahan ini karena tingginya motivasi untuk mencari informasi sebanyak-banyaknya dan lebih cepat paham. Pada responden yang berpendidikan rendah, ia hanya mendapatkan informasi seputar penyakitnya hanya dari petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Rita (2006) bahwa salah satu faktor eksternal yang memengaruhi respons psikososial pasien paliatif adalah tingkat pendidikan.

Respons psikologis ini juga dipengaruhi oleh lama waktu vonis sampai dengan saat ini. Rerata mereka bisa menerima kenyataan ini minimal 6 bulan

kemudian. Responden yang respons psikologisnya baik hampir semua lama waktu vonisnya >7 bulan. Sedangkan responden yang waktu vonisnya <7 bulan mempunyai respons psikologis cukup. Dengan lamanya rentang waktu vonis sampai dengan sekarang maka pasien akan terbiasa dengan kondisi sakit ini dan sudah melalui tahap yang cukup panjang untuk sampai tahap menerima dibanding pasien yang baru saja divonis.

Seiring berjalannya waktu, pasien bisa menerima kondisi tersebut dapat dikarenakan oleh faktor-faktor lain. Hasil penelitian Hartini (2004) mengungkapkan adanya persamaan dan perbedaan gambaran dinamika respons psikologis selain dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan kepribadian, juga dipengaruhi oleh: 1) Jumlah dan usia anak. Jumlah anak yang banyak dengan usia yang masih belum dewasa dan belum mandiri membuat dinamika penerimaan diri terhadap sakitnya menjadi berkurang. Akan tetapi jumlah dan usia anak juga memberikan semangat hidup yang besar karena ia tidak yakin akan ada wanita lain yang bisa menunaikan tugas ibu sebaik dirinya sehingga ia selalu menginginkan untuk bisa menunggu, merawat dan menjaga anak-anaknya sampai mandiri. 2) Perbedaan tingkat cemas dan depresi. Rasa cemas dan depresi ini terkait dengan pemahaman pasien akan sakit dan penyakitnya serta terkait dengan kepribadian individu. 3) Semangat hidup yang tinggi dan semangat untuk menunaikan setiap tugas dan tanggung jawab serta kewajiban sebagai ibu rumah tangga, sekalipun kondisi fisiknya sakit bahkan sakit yang sudah tidak bisa disembuhkan lagi. Tetapi di sini peneliti tidak melakukan penelitian tentang ketiga poin di atas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan yang baik dari keluarganya. Secara garis besar ketiga komponen dukungan keluarga sudah diberikan secara holistik, yaitu dukungan emosional dan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informasi.

Menurut Caplan (1976) dalam Friedman (1998), dukungan keluarga terdiri dari empat aspek, yaitu dukungan emosional dan penghargaan, dukungan fasilitas/instrumental, serta dukungan informasi. Dukungan emosional bisa berupa kasih sayang, perhatian, penghargaan dan dukungan moral. Bentuk dukungan fasilitas bisa berupa dukungan waktu dan materi dalam pengobatan/perawatan. Sedangkan dukungan informasi bisa dengan memberikan informasi yang berkaitan dengan penyakit dan pengobatan/perawatan, serta mengingatkan hal-hal yang bisa memperburuk penyakitnya. Gan (2004) mengatakan bahwa selama hidup dalam penyakit terminal, pasien mengalami emosi bervariasi. Hal ini akan berubah berdasarkan kedalaman hubungan antara pasien dan keluarganya selama hidupnya hingga ajal.

Keluarga para responden mayoritas memberikan dukungan mental, hiburan dan perhatian yang lebih besar. Hal ini bisa dilihat pada prosentase dukungan emosional yang lebih tinggi. Dukungan emosional merupakan dukungan terkuat di sini. Namun pada dukungan fasilitas hanya sebagian kecil saja yang biaya sendiri karena mayoritas responden merupakan masyarakat miskin yang menggunakan Jamkesmas. Keluarga tidak mampu membiayai biaya perawatan dan pengobatan secara mandiri. Pada beberapa responden mengatakan bahwa mereka tidak mempunyai uang lebih untuk berobat dan tidak mau merepotkan anggota keluarga yang lain. Keluarga juga jarang meluangkan waktu untuk

menemaninya berobat karena kesibukan masing-masing anggota keluarga, biasanya responden berobat sendiri atau didampingi oleh relawan. Padahal penyakit kronis biasanya menuntut pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar (Pilisuk dan Parks, 1983 dalam Friedman, 1998). Sedangkan untuk dukungan informasi yang prosentasenya juga lebih rendah dari dukungan emosional dan penghargaan dikarenakan beberapa alasan, antara lain faktor tingkat pengetahuan keluarga dan keluarga menutup-nutupi hasil pemeriksaan kepada pasien. Keluarga takut jika memberitahukannya, kondisi pasien akan semakin *drop*. Apalagi keluarga dengan tingkat pendidikan rendah, maka keluarga tidak bisa menjelaskan/menjawab jika responden bertanya seputar penyakit atau pengobatannya. Padahal dalam sebuah penelitian pada pasien kanker oleh Dunhell-Schttter (1982) dalam Abraham (1997) mengemukakan bahwa dukungan informasional dan emosional dipandang sebagai hal yang paling membantu.

Pada penelitian ini, responden yang mendapat dukungan keluarga baik mayoritas tinggal dalam tipe keluarga nuklear (hanya terdiri dari keluarga kecil: ayah, ibu dan anak). Namun demikian, masih ditemukan responden yang mendapatkan dukungan keluarga dengan kategori cukup dari tipe keluarga nuklear dan ekstended (keluarga besar, terdiri dari nenek/kakek, ayah, ibu, anak, paman/bibi). Tentu kualitas dukungan akan berbeda pada pasien yang tinggal dalam tipe keluarga ekstended tapi yang memberikan dukungan penuh hanya beberapa orang, tidak semua anggota keluarga, dibandingkan dengan yang tinggal di tipe keluarga nuklear tapi ia mendapatkan dukungan penuh dari semua anggota keluarga, karena dukungan di sini sifatnya kualitatif bukan kuantitatif.



Setelah seseorang divonis kanker, ada yang menyendiri dan bersedih memikirkan penyakitnya, biasanya ini dilakukan oleh responden yang berkepribadian *introvert*. Namun ada juga yang mengalihkan perhatian dengan berinteraksi dengan tetangga, kerabat dan orang-orang di sekitarnya, biasanya ini dilakukan oleh responden yang berkepribadian *ekstrovert*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya, responden termasuk dalam tipe kepribadian *ekstrovert*.

Menurut Depkes RI (1992) dalam Yosep (2007), kepribadian adalah semua corak perilaku dan kebiasaan individu yang terhimpun dalam dirinya dan digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan baik dari luar maupun dari dalam. 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. C.J. Jung, seorang psikolog, mengemukakan konsep tipe kepribadian yaitu *introvert* dan *ekstrovert*. *Introvert* lebih mengarah ke dunia dalam (batin), sedangkan *ekstrovert* lebih fokus ke dunia luar. *Introvert* tertarik pada perasaan dan pikirannya sendiri, cenderung introspeksi mendalam, tenggelam dalam kehidupannya sendiri dan meniadakan kontak dengan lingkungan sekitar. Sedangkan *ekstrovert*, perhatian dengan dunia luar (orang-orang dan benda/sesuatu di sekitarnya). Mereka lebih bersosialisasi dan lebih tanggap terhadap apa yang terjadi di sekitarnya (Frager, hal. 58).

Responden yang termasuk dalam tipe kepribadian *ekstrovert* mengatakan bahwa mereka mudah menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada dirinya (tidak membutuhkan waktu lama untuk beradaptasi dengan kondisi itu).

Mereka sering berkumpul dengan sesama pasien atau relawan untuk bertukar informasi/pengalaman pada saat kontrol di Poli Paliatif. Mereka juga tidak sungkan-sungkan/rajin bertanya kepada petugas kesehatan, relawan atau orang yang lebih paham tentang hal-hal yang tidak dimengerti terkait dengan penyakitnya atau hal apapun di luar penyakitnya, dan mudah meminta pertolongan dari orang lain jika berada dalam kesulitan. Mereka yang memang senang bersosialisasi, cenderung mudah mendapatkan teman baru karena kemampuannya berbicara atau menarik hati orang lain, rajin/aktif mengikuti kegiatan/organisasi di masyarakat (eksis), seperti PKK, arisan, pengajian dan pelatihan/kaderisasi. Mereka juga berani tampil di depan orang banyak, serta selalu memperbarui info-info terkini dengan senang membaca koran/majalah dan nonton berita TV. Selain sebagai sarana hiburan, dengan berkumpul bersama teman juga dapat menghilangkan kesedihan/mengalihkan perhatian. Hal tersebut juga sesuai dengan pernyataan Abraham (1997) bahwa kemampuan memobilisasi dukungan sosial juga menentukan berapa banyak kita menerima dukungan sosial. Dan orang yang kurang keterampilan komunikasi atau orang yang telah belajar yakin diri atau menolak bantuan akan menerima lebih sedikit dukungan sosial dibanding orang yang aktif mencari bantuan, acuan dan dukungan emosional.

Para responden yang termasuk tipe *introvert* mayoritas menyatakan kurang percaya diri sehingga tidak berani/malu-malu tampil di depan umum. Mereka yang memang terkenal pendiam, suka menyendiri dan mempunyai perasaan sensitif/lebih peka daripada orang lain sehingga mereka jarang berinteraksi dengan pasien-pasien lain, relawan ataupun petugas kesehatan, bahkan dengan tetangganya. Mereka cenderung menjauhi keramaian dan apabila ada acara/

kegiatan, tidak semata-mata hanya untuk berkumpul bersama orang lain namun lebih punya tujuan tertentu.

Saat ini, ciri-ciri yang nampak pada tipe kepribadian *introvert* adalah cenderung menghindari interaksi sosial, mereka lebih suka menyendiri memikirkan penyakitnya karena merasa terpukul dengan kondisi itu. Responden yang kepribadian *introvert* sulit untuk beradaptasi dengan kondisinya saat ini. Mereka malu jika penyakitnya diketahui oleh orang lain, apalagi sampai orang lain membicarakan (*menggosip*) penyakitnya. Saat dikunjungi petugas kesehatan atau relawan (*home visit*), pasien cenderung untuk tidak mau dikunjungi karena diliputi perasaan malu atau tidak terbuka untuk diajak *sharing* (berbagi). Dan kurang percaya diri jika harus berhubungan dengan orang lain. Jadi petugas kesehatan/relawan kurang paham bagaimana kondisi psikologis yang saat ini terjadi pada pasien dan bagaimana progresivitas kondisi mereka, sehingga petugas kesehatan tidak bisa memberikan konseling secara maksimal sesuai kebutuhan pasien. Jika terjadi sesuatu yang tidak biasa pada dirinya, mereka cenderung kurang berespon terhadap perubahan itu atau takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan karena merasa ragu-ragu dalam bertindak seta penuh pertimbangan dalam membuat keputusan, dan memilih lebih baik diam (merahasiakannya). Jika terjadi suatu masalah atau sesuatu yang tidak biasa pada dirinya, *introvert* cenderung kurang bisa menerima karena hidupnya berorientasi masa depan dan bersifat intuitif sehingga mudah larut dalam situasi yang berkepanjangan. Namun mereka mampu menyembunyikan perasaan tersebut dari orang lain karena apabila orang lain mengetahuinya akan membahayakan

integritas egonya. Sedangkan *ekstrovert* langsung mengungkapkan/memberitahu orang lain jika ada hal-hal yang mengganjal/tidak biasa pada tubuh mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan kuat antara dukungan keluarga dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif. Untuk pasien yang mendapat dukungan keluarga baik, mayoritas juga memiliki respons psikologis baik, tetapi ada yang respons psikologisnya cukup. Semakin baik dukungan keluarga, maka semakin baik pula respons psikologis pasien paliatif. Responden yang memiliki dukungan keluarga cukup akan berpengaruh pada respons psikologis yang cukup pula.

Dukungan keluarga mempengaruhi atau menentukan tingginya respons psikologis pasien perawatan paliatif. Menurut Moos dalam Sarafino (1998), seperti yang dikutip oleh Lubis (2006), dukungan keluarga secara moral dapat membantu proses penerimaan pasien (jalan untuk menemukan kedamaian) dalam menghadapi kematiannya. Abraham (1997) mengungkapkan bahwa mereka yang telah menikah pada umumnya mendapatkan dukungan informal lebih besar daripada mereka yang tidak pernah menikah, yang mana sebaliknya menerima lebih besar dukungan daripada yang duda/janda. Dukungan pasangan hidup merupakan dukungan terbesar dari sosial. Menurut Hartini (2004) bahwa ada dan tidaknya suami ternyata memiliki pengaruh yang cukup besar pada dinamika psikologis yang dialami oleh ibu rumah tangga.

Berdasarkan status perkawinan, mayoritas responden masih memiliki pasangan hidup, namun hanya ada 2 yang berstatus janda. Untuk responden yang masih berstatus kawin, suami sangat mendukung penuh untuk kesembuhan istrinya. Suami rela mengorbankan dukungan moral/materi demi pengobatan sang

istri. Apapun akan dilakukan, yang penting istrinya bisa kembali sehat lahir batin. Suami menganggap bahwa kesehatan pasien yang utama dan tidak ingin macam-macam asalkan pasien diberi usia panjang sehingga bisa melayani, merawat serta menjaga dia dan anak-anaknya. Maka sang istri yang sedang sakit merasa lebih tenang dan tidak cemas karena telah percaya dan mendapat dukungan yang luar biasa dari suaminya. Ketidakmampuan wanita memenuhi tuntutan peran dan kewajiban sebagai seorang istri yang memberikan pelayanan kepada suami memberikan dampak psikologis yang cukup berat bagi seorang istri, terlebih lagi jika ia masih berada pada usia produktif. Lain lagi dengan responden yang sudah menjanda. Hilangnya pasangan hidup membawa perubahan pada kondisi psikologisnya. Responden yang berstatus janda hanya mengandalkan dukungan lebih banyak dari anak, cucu, tetangga, atau anggota keluarga lain.

Responden dengan status sebagai nenek ada yang memiliki respons psikologis cukup. Hal ini karena sang nenek hanya tinggal berdua bersama suaminya (tipe keluarga nuklear). Anak-anaknya sudah berkeluarga dan tidak tinggal bersamanya lagi, sedangkan suaminya sudah tua dan sakit-sakitan jadi dia juga harus merawat suaminya. Keluarga cukup memberikan dukungan meskipun tidak selalu dirasakan. Ada juga seorang ibu yang tinggal dalam keluarga nuklear respons psikologisnya cukup, karena ia tidak selalu merasakan dukungan dari keluarganya di rumah. Suaminya jarang di rumah karena sibuk bekerja, anak-anaknya masih kecil, apalagi ditambah dengan kepribadian *introvert*, sehingga ia susah mendapatkan dukungan dari orang lain. Tapi tidak selalu orang yang tinggal dalam keluarga nuklear, respons psikologisnya kurang/cukup. Terbukti sebesar 8 responden yang tinggal dalam keluarga nuklear respons psikologisnya baik, hanya

3 orang yang respons psikologis cukup. Karena pasien tersebut mendapat kualitas dukungan keluarga yang lebih besar dibanding kuantitasnya.

Dukungan keluarga yang diberikan secara intensif dan dikelola dengan baik, dengan melibatkan keluarga dan pasien melalui dukungan emosional, informasi, dan material akan mempengaruhi respons psikologis pasien perawatan paliatif. Respons tersebut ditunjukkan dengan adanya penerimaan diri, depresi yang berkurang, koping yang baik jika fase depresi itu muncul lagi, fase *denial* yang sudah tidak muncul lagi, emosi yang stabil, menurunnya kecemasan dan meningkatnya interaksi sosial.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara tipe kepribadian dan respons psikologis pasien perawatan paliatif. Respons psikologis baik didominasi oleh responden dengan tipe kepribadian *ekstrovert*. Namun demikian respons psikologis baik dan respons psikologis cukup juga dimiliki oleh responden dengan tipe kepribadian *introvert*. Tetapi yang berkepribadian *introvert* mayoritas memiliki respons psikologis cukup. Jumlah total prosentase tertinggi terletak pada tipe kepribadian *ekstrovert* dengan respons psikologis baik. Falahluqmanulhakim (2009) mengungkapkan bahwa kepribadian *ekstrovert* memandang kepada masa depan yang penuh harapan (optimis). Mereka mempunyai sikap yang positif terhadap obyek (*positive thinking*). Sebuah teori menyebutkan bahwa orang *ekstrovert* memiliki strategi yang lebih efektif untuk menghadapi stres. Dan mereka paling sigap mencari pertolongan medis begitu mendapati gejala-gejala penyakit di tubuh mereka.

Responden kepribadian *ekstrovert* yang berusia 31-40 tahun berjumlah 3 orang dan yang berusia 41-50 tahun juga berjumlah 7 orang, kesepuluhnya

memiliki respons psikologis baik. Responden kepribadian ekstrovert lebih banyak pada usia 41-50 tahun, ini dikarenakan pasien cenderung pasrah dengan penyakit ini dan telah menyadari bahwa usia-usia yang mendekati lansia ini biasanya sudah mulai sakit-sakitan dan sudah mendekati akhir dari kehidupan. Jadi mereka santai saja (*easy going*) serta tidak merasa malu/percaya diri jika orang lain banyak yang mengetahui bahwa mereka sakit dan tetap bersosialisasi. Malah mereka selalu berpikir positif bahwa dengan bersosialisasi akan mendapatkan dukungan dari keluarga atau rekan-rekan serta mengalihkan perhatian dari sakitnya dan menghilangkan kesedihan, sehingga mereka menjalani hidup ini lebih optimis. Dengan demikian responden cenderung mempunyai respons psikologis baik.

Untuk responden kepribadian *introvert* dengan usia 41-50 tahun sebanyak 4 orang dari total 7 pasien yang berkepribadian *introvert*. Dari 4 pasien tersebut, masing-masing 2 orang memiliki respons psikologis baik dan cukup. Karena mereka menyadari bahwa usia-usia yang mendekati lansia ini biasanya sudah mendekati akhir dari kehidupan sehingga mereka cenderung untuk menarik diri, merenung dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, ia merasa kuat karena dekat dengan Tuhan, mereka telah menyadari dan mempersiapkan diri secara lahir dan batin untuk menghadapi kematian, sehingga pasien cenderung mempunyai respons psikologis baik. Seseorang semakin dikuasai oleh diri sendiri apabila ia semakin tua. Orang mungkin menjadi sangat berorientasi pada egonya (*egocentric*) dan pada dirinya (*self centred*) dimana mereka lebih banyak berfikir tentang dirinya daripada orang lain. Maka mereka kurang mendapat dukungan dari teman-teman perkumpulan/*peer group support*, apalagi jika kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Terkadang pasien masih suka menangis

penyakitnya di kala sendiri, sehingga cenderung mempunyai respons psikologis cukup.

Sedangkan responden kepribadian *introvert* dengan usia 31-40 tahun sebanyak 3 orang dari total 7 pasien yang berkepribadian *introvert*. Dari 3 pasien tersebut, 1 orang memiliki respons psikologis baik dan 2 orang memiliki respons psikologis cukup. Mereka malu jika orang lain mengetahui penyakitnya dan menganggap masih muda sudah sakit-sakitan, sehingga mereka merasa takut jika sudah tidak dihargai lagi. Atau mereka menganggap dirinya sudah tidak berguna lagi jadi buat apa berinteraksi dengan orang lain. Tidak jarang tangisan, depresi dan rasa bersalah hinggap pada dirinya, sehingga pasien ada yang mempunyai respons psikologis cukup. Tetapi mereka senang kalau hanya sekedar kumpul-kumpul untuk mengalihkan perhatian atau menghilangkan kesedihannya dan mendapat dukungan pasif dari teman-teman senasib/*peer group support* serta keluarga yang selalu mendukung penuh, juga didukung oleh faktor pendukung lain, sehingga responden cenderung mempunyai respons psikologis baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Rita (2006) bahwa salah satu faktor internal yang memengaruhi respons psikososial pasien paliatif antara lain adalah usia.

Sikap pesimis seorang *introvert* akan membuat ia berpikir negatif atas sesuatu yang menimpa dirinya, termasuk penyakit kanker yang dideritanya, menyebabkan ia mudah stress dan depresi sehingga respons psikologisnya kurang. Perlu ada upaya untuk membangkitkan sikap optimis dalam diri mereka sehingga mereka akan selalu berpikir positif dalam menatap masa depan yang menghasilkan sikap adaptif terhadap kondisi fisik maupun psikologisnya. Upaya ini selain dengan dukungan dari keluarga, kerabat dan petugas kesehatan, juga



perlu diadakan *peer group support* (dukungan dari teman senasib). Dari sini mereka bisa belajar bagaimana pengalaman orang yang mengalami penyakit yang sama dengannya bisa melalui tahapan-tahapan yang sulit sampai dengan berhasil mencapai tahap menerima (*acceptance*) akan penyakit dan kondisinya.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif.

Berdasarkan hasil penelitian kepada 17 responden yang telah dilaksanakan pada tanggal 06 Juli 2009 – 24 Juli 2009 di Poli Paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya, maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Respons psikologis responden mayoritas pada kategori baik. Mereka telah mampu menerima vonis kanker yang dideritanya.
2. Dukungan keluarga para responden sebagian besar pada kategori baik, yang meliputi dukungan emosional dan penghargaan, fasilitas dan informasi.
3. Tipe kepribadian sebagian besar para responden adalah *ekstrovert*. Responden dengan kepribadian *ekstrovert* mudah bersosialisasi sehingga mudah mendapatkan dukungan dari orang-orang di sekitarnya dan mereka juga mudah menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada dirinya.
4. Semakin besar dukungan keluarga maka respons psikologisnya akan semakin baik. Respons psikologis ini dipengaruhi oleh adanya perhatian, penerimaan atau pemahaman dari keluarga, serta pengorbanan berupa materi dan pemberian informasi berkaitan dengan penyakitnya, pengobatan maupun perawatannya.

5. Responden yang memiliki kepribadian *ekstrovert*, respons psikologisnya baik. Hal ini dipengaruhi oleh sikap optimis dan selalu berpikir positif, sehingga mereka mudah mencapai fase menerima dan memiliki respons psikologis baik. Sedangkan kepribadian *introvert* tidak semua memiliki respons psikologis baik.

## 6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

### **Perawat/Tenaga Kesehatan:**

Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya terkait dengan pentingnya dukungan dari keluarga yang meliputi: dukungan emosional dan penghargaan (perhatian, pemahaman, rasa cinta dan penghargaan), dukungan informasi (informasi tentang penyakit dan pengobatannya), dukungan material (dukungan dari segi jasa dan biaya pengobatan). Dilaksanakan saat pasien kontrol di Puskesmas, melalui kunjungan rumah (*home visit*) atau saat perawatan di rumah (*home care*).

### **Keluarga:**

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang maksimal pada anggota keluarga yang sakit, meliputi dukungan emosional dan penghargaan (perhatian, pemahaman, rasa cinta dan penghargaan), dukungan informasi (informasi tentang penyakit dan pengobatannya), dan dukungan material (dukungan dari segi jasa dan biaya pengobatan). Dengan harapan keluarga akan dapat menerima kondisi pasien, ikut berperan aktif dalam

perawatan dan pengobatan anggota keluarganya, dan selalu memberikan semangat kepada pasien agar terus berusaha untuk kesembuhannya.

**Institusi:**

1. Selain dari dukungan keluarga juga ada dukungan dari kelompok (*peer group support*) dengan membuat jaringan komunikasi dan mengadakan diskusi kelompok kecil secara rutin untuk meningkatkan interaksi antar pasien, saling bertukar pikiran atau pengalaman, dan saling memberikan dukungan baik berupa informasi maupun secara emosional, serta mengembangkan diskusi kelompok atau jaringan komunikasi khusus untuk keluarga pasien atau orang-orang yang terdekat dengan pasien untuk meningkatkan interaksi, saling memberikan dukungan atau saling bertukar informasi.
2. Dibutuhkan pelayanan dengan pendekatan khusus terutama bagi pasien dengan tipe kepribadian *introvert* agar lebih terbuka sehingga petugas kesehatan mengetahui bagaimana kondisi pasien agar penatalaksanaan dapat dilakukan secara cepat dan tepat.
3. Perlu adanya pemberdayaan pelayanan psikologis (konsultasi dan pemeriksaan psikologis) oleh psikiater atau psikolog untuk mengetahui lebih lanjut masalah pasien dan solusinya.

**Peneliti:**

Bagi peneliti selanjutnya, perlu menggali lebih lanjut tentang hal-hal/faktor-faktor lain yang mempengaruhi respons psikologis pasien perawatan paliatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abraham & Shanley, (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta: EGC, hal: 125 – 133.
- Allen, B.P., (2003). *Personality Theories: Development, Growth, and Diversity, 4<sup>th</sup> edition*. Boston: Pearson Education Inc, hal: 403 – 408.
- Alwisol, (2004). *Psikologi Kepribadian, edisi revisi*. Malang: Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang, hal: 52, 64.
- Andra, (2006). *Terapi Paliatif Kanker Servik*. SIMPOSIA-Vol.6 No.4, November 2006. <http://www.majalah-farmacia.com>. Diakses: 21-04-2009.
- Arikunto, S., (2001). *Proses Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rinneka Cipta.
- Boediwarsono, (2002). *Perawatan paliatif: Sebagai Upaya Utama Nyata Dalam Penanggulangan Kanker di Indonesia*. Disampaikan dalam pelantikan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Buyung, Y., (1993). *Memahami Kepribadian Orang Lain*. Bandung: Yayasan Kalam Hidup.
- Chusairi, A., (2003). *Health Seeking Behavior Para Pasien Perawatan Paliatif*. Penelitian Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Efendy, F., (2007). *Tahap Respon Psikologis*. <http://www.ferryeffendi.blogspot.htm>. Diakses: 23-04-2009.
- Ernawati, S., (2009). *Pelayanan Publik Pusat Pengembangan Paliatif & Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo*. Pelayanan publik.pdf. Diakses: 21-04-2009.
- Falahluqmanulhakiem, (2009). *Mengungkapkan Antara Kepribadian dan Penyakit Anda*. <http://www.falahluqmanulhakiem.wordpress.com>. Diakses: 02-05-2009.
- Frager, R. & Fadiman, J. ( \_\_\_ ). *Personality and Personal Growth, 2<sup>nd</sup> edition*. California, hal: 58.
- Franciscasri, (2008). *Asuhan Keperawatan dalam Pendampingan Klien di Ambang Kematian (Care of the Dying)*. <http://www.susilaningihfranciscasri's.weblog.htm>. Diakses: 24-04-2009.
- Friedman, MM., (1998). *Keperawatan Keluarga Teori & Praktek Edisi 3*. Jakarta: EGC, hal: 195 – 198 dan 456.

- Gan, Goh Lee, Azwar Azrul & Wonodirekso, (2004). *A Primer On Family Medicine Practice*. Singapore: Singapore International Foundation, hal: 68 – 74.
- Hamidah, (2008). *Pemetaan Model Kepribadian dan Pola Asuh Orang Tua pada Remaja dengan Gangguan Depresi*. Skripsi Fakultas Psikologi Unair. Tidak dipublikasikan.
- Hartini, N., (2004). *Profil pasien Wanita Poli Paliatif Yang Berusia Produktif dan Sebagai Ibu rumah Tangga*. Tesis Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Haryanto, S., (1994). *Pengantar Teori Pengukuran Kepribadian*. Solo: Sebelas Maret University Press.
- Indriasari, dkk., (2009). *Kanker VS Semangat Hidup*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses: 27-04-2009.
- Iskandar, Y., (2005). *Test Personaliti, edisi ke 4*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha, hal: 46 – 52.
- Kartono, K., (1996). *Psikologi Umum*. Bandung: Mandar Maju.
- Koeswara, (1991). *Teori-teori Kepribadian*. Bandung: PT. Eresco.
- Larsen, R.J. & Buss David M., (2002). *Personality Psychology*. NY: Mc Graw-Hill, hal: 74 – 76 dan 80.
- Lubis, A., (2006). *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Melakukan Terapi Hemodialisa*. USU Repository. <http://www.library.usu.ac.id>. Diakses: 24-04-2009.
- Mustafa, A., (2004). *Citra Tubuh, Tipe Kepribadian dan Kepuasan Hidup: Studi Korelasi Pada Mahasiswi Psikologi Unair*. Skripsi Fakultas Psikologi Unair. Tidak dipublikasikan.
- Nurhayati, (2002). *Terapi Terbaru Untuk Penderita Kanker*. <http://www.cyberwoman.cbn.net.id>. Diakses: 25-04-2009.
- Nurrachmah, E., dkk., ( \_\_\_\_ ). *Kualitas Hidup Kualitas Kanker yang Menerima Pelayanan Hospis Home Care, Suatu Analisis Kuantitatif*. <http://www.staff.ui.ac.id>. Diakses: 21 Agustus 2009.
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prasetyo, (2009). *Puskesmas Terima Pasien Kanker*. <http://www.surya.co.id>. Diakses: 03-05-2009.

- Rita, K., (2006). Kompetensi Perawat Dalam Perawatan Holistik dan Terapi Paliatif Pada Penderita Kanker. *Disampaikan pada Seminar Nasional Perawatan Holistik dan Terapi Paliatif dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Penderita Kanker di UNIBRAW Malang tidak dipublikasikan*. 19 November 2006.
- Smet, B., (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo, hal: 135 – 138.
- Supari, S.F., (2007). *Kebijakan Perawatan Paliatif*. <http://www.spiritia.or.id.pdf>. Diakses: 02-05-2009.
- Suryabrata, S., (2005). *Psikologi Kepribadian*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, hal: 289 – 296.
- Taylor, C., (1997). *Fundamental of Nursing 2, 3<sup>rd</sup> edition*. Philadelphia: Lipincort, hal: 783 – 784.
- Widyawati, I.Y, (2005). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Perubahan Respons Sosial-Emosional Pasien HIV/AIDS*. Skripsi PSIK Unair. Tidak dipublikasikan.
- Witjaksono, M.A., (2006). Palliative Care An Interdisciplinary Approach. *Disampaikan pada Seminar Nasional Perawatan Holistik dan Terapi Paliatif dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Penderita Kanker di UNIBRAW Malang tidak dipublikasikan*. 19 November 2006.
- Yayasan Paliatif Surabaya, (2008). *Little Story About Us*. <http://www.paliatif.org>. Diakses: 25-04-2009.
- Yosep, I., (2007). *Hand Out Perkuliahan Psikologi: Konsep Kepribadian, Kesadaran, Konsep Emosi, Konsep Stres dan Adaptasi, Depresi, Pengukuran dan Uji Perilaku*. Bandung: FIK Unpad. <http://www.unpad.ac.id.pdf>. Diakses: 02-05-2009.
- Yupito, B., (2008). *Pelatihan Penanganan Kanker/Paliatif*. <http://www.surabaya-ehealth.org>. Diakses: 02-05-2009.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: PSIK Unair. Tidak dipublikasikan.
- \_\_\_\_\_ (2009). *The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*. <http://www.trans4mind.com>. Diakses: 02-05-2009.

**Lampiran 3****SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Kepada Yth.

Pasien Poli Paliatif Puskesmas Balongsari  
di Surabaya

Sebagai persyaratan tugas akhir Pogram Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, saya yang akan bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jihan Utami

NIM : 010511006B

Akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif.”

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan mutu pelayanan asuhan keperawatan khususnya pada bidang perawatan paliatif. Untuk keperluan di atas, saya mohon kesediaan Saudara untuk menjawab kuesioner atau daftar pertanyaan yang akan kami sampaikan dengan sejujurnya sesuai dengan pendapat Saudara sendiri atau yang Saudara rasakan saat ini tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dari Saudara. Jika Saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Partisipasi Saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai. Atas bantuan dan kerjasama yang baik, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2009

Hormat saya,

Jihan Utami

010511006B



**Lampiran 4****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Bahwa Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian dan menjawab dan/atau menyatakan sejujur-jujurnya pertanyaan dan/atau pernyataan terhadap penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif” yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan antara dukungan keluarga dan tipe kepribadian dengan respons psikologis pasien perawatan paliatif. Penelitian ini bersifat bebas dan rahasia.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden (diisi oleh peneliti):

**Lampiran 5****FORMAT PENGUMPULAN DATA****Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian  
dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif**

No. Kode responden

Dx:

Tanggal pengisian

Petunjuk :

1. Tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban yang sejujurnya.
3. Dalam penilaian ini tidak ada jawaban benar atau salah.
4. Pilih salah satu jawaban dengan memberi tanda centang ( ) pada kotak jawaban yang tersedia.
5. Kolom pengisian kode jangan diisi, hanya diisi oleh peneliti.
6. Jawablah semua pertanyaan.
7. Periksa jawaban Anda sebelum mengumpulkan, jangan sampai ada yang terlewatkan.
8. Setelah diisi diserahkan kembali ke peneliti.

**A. Data Demografi**

1. Pendidikan :

SD/ sederajat

SMP/ sederajat

SMA/ sederajat

PT/ sederajat

2. Usia :

20 – 30

31 – 40

41 – 50

3. Status Perkawinan :

Kawin

Janda

4. Pekerjaan sebelum sakit :

Tidak kerja/ibu rumah tangga

Pensiunan

Pedagang

Swasta

Pegawai negeri

Lain-lain

5. Sudah berapa lama vonis yang Anda terima sampai dengan saat ini :

1 bulan

2 – 6 bulan

7 bulan – 1 tahun

> 1 tahun

6. Status Anda di keluarga sebagai :

Istri

Ibu

Nenek

7. Tipe keluarga :

Nuklear

Ekstended

**Lampiran 6****Respons Penilaian Pasien Terhadap Dukungan Keluarga****Petunjuk:**

1. Beri tanda centang ( ) di kolom jawaban 'Selalu' jika dukungan dirasakan selalu terpenuhi, baik saat diminta maupun tidak diminta.
2. Beri tanda centang ( ) di kolom jawaban 'Sering' jika dukungan cukup dirasakan meskipun tidak selalu didapatkan.
3. Beri tanda centang ( ) di kolom jawaban 'Kadang-kadang' jika dukungan kurang dirasakan dan tidak selalu didapatkan.
4. Beri tanda centang ( ) di kolom jawaban 'Tidak pernah' jika dukungan tidak pernah didapatkan baik diminta maupun tidak diminta.

| No | Dukungan Keluarga  | Selalu<br>(3) | Sering<br>(2) | Kadang-kadang<br>(1) | Tdk pernah<br>(0) | Kode |
|----|--|---------------|---------------|----------------------|-------------------|------|
|    | <b>DUKUNGAN EMOSIONAL DAN PENGHARGAAN</b>  |               |               |                      |                   |      |
| 1. | Keluarga mendampingi saya dalam perawatan.   |               |               |                      |                   |      |
| 2. | Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya.   |               |               |                      |                   |      |
| 3. | Keluarga memperhatikan keadaan selama saya sakit.  |               |               |                      |                   |      |
| 4. | Keluarga memaklumi bahwa sakit yang saya alami adalah suatu musibah.                             |               |               |                      |                   |      |
|    | <b>DUKUNGAN FASILITAS</b>  |               |               |                      |                   |      |
| 1. | Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan mereka untuk keperluan pengobatan. |               |               |                      |                   |      |
| 2. | Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya.                        |               |               |                      |                   |      |
| 3. | Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan.                                      |               |               |                      |                   |      |

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 4. | Keluarga berusaha mencari sarana atau peralatan perawatan yang saya perlukan.   |  |  |  |  |  |
|    | <b>DUKUNGAN INFORMASI /<br/>PENGETAHUAN</b>   |  |  |  |  |  |
| 1. | Keluarga memberitahu saya tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat.  |  |  |  |  |  |
| 2. | Keluarga mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan.  |  |  |  |  |  |
| 3. | Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya.  |  |  |  |  |  |
| 4. | Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya atau mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya. |  |  |  |  |  |

**Lampiran 7****KUESIONER TIPE KEPRIBADIAN**

Jawablah pertanyaan-pertanyaan dari di bawah ini dengan “ya” bila sesuai dengan Anda, atau “tidak” bila tidak sesuai dengan Anda !

| No | Pertanyaan   | Ya | Tidak | Skor |   |
|----|--|----|-------|------|---|
|    |  |    |       | I    | E |
| 1  | Apakah Anda kadang merasa ingin mengumpat caci/kata-kata kotor ?   |    |       |      |   |
| 2  | Apakah Anda pandai melawak/bergurau ?  |    |       |      |   |
| 3  | Apakah Anda senang pergi ke pesta atau acara keramaian?  |    |       |      |   |
| 4  | Apakah Anda ingin mengenal beberapa orang penting, karena dengan demikian Anda merasa menjadi orang penting juga ? |    |       |      |   |
| 5  | Apakah Anda canggung berbuat sesuatu yang menonjolkan diri dalam suatu acara, walaupun orang lain melakukannya ?   |    |       |      |   |
| 6  | Apakah Anda sulit memulai percakapan bila bertemu dengan orang yang baru dikenal ?                                 |    |       |      |   |
| 7  | Bila Anda bosan, Anda suka bikin ribut suasana ?   |    |       |      |   |
| 8  | Apakah Anda mudah/terbiasa minta pertolongan dari teman-teman, walaupun Anda tidak bisa membalasnya ?              |    |       |      |   |
| 9  | Apakah dengan berkumpul dengan teman-teman dapat menghilangkan kesedihan ?   |    |       |      |   |
| 10 | Pada saat berkumpul, Anda mengalami kesulitan untuk memulai pembicaraan ?  |    |       |      |   |
| 11 | Anda cenderung untuk tidak menyapa orang lain sebelum mereka menyapa lebih dahulu ?                                |    |       |      |   |
| 12 | Apakah Anda pernah merasa gembira sekali tanpa alasan yang khusus ?  |    |       |      |   |
| 13 | Apakah Anda malu berbicara di depan orang banyak ?   |    |       |      |   |
| 14 | Apakah Anda tidak takut masuk sendirian ke dalam suatu ruangan yang di dalamnya berkumpul orang-orang yang         |    |       |      |   |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
|    | sedang berbicara?   |  |  |  |  |
| 15 | Apakah Anda pernah mengerjakan sesuatu (keinginan sendiri) sampai Anda merasa lelah/capek (melampaui batas)?                        |  |  |  |  |
| 16 | Apakah Anda terganggu bila orang-orang memperhatikan Anda waktu sedang jalan-jalan atau melakukan sesuatu?                          |  |  |  |  |
| 17 | Apakah Anda senang mengikuti kegiatan di masyarakat hanya untuk berkumpul bersama orang lain?                                       |  |  |  |  |
| 18 | Apakah Anda sering beranggapan bahwa orang iri hati pada ide yang baik, hanya karena orang tersebut tidak menemukan lebih dahulu ?  |  |  |  |  |
| 19 | Bila mungkin, apakah Anda akan menghindarkan diri dari keramaian ?  |  |  |  |  |
| 20 | Kadang-kadang sukar bagi Anda untuk mempertahankan hak Anda, karena anda terlalu pendiam.   |  |  |  |  |
| 21 | Apakah Anda protes bila keinginan anda tidak terpenuhi?   |  |  |  |  |
| 22 | Anda tidak akan malu-malu bila dalam suatu kelompok/perkumpulan Anda diminta untuk memulai suatu diskusi atau mengemukakan pendapat |  |  |  |  |
| 23 | Apakah Anda senang membaca koran, majalah atau nonton berita TV atau ilmu pengetahuan?  |  |  |  |  |
| 24 | Apakah Anda teliti dalam cara berdandan ?   |  |  |  |  |
| 25 | Sebelum orang lain menyapa, maka Anda tidak akan menyapa orang itu ?  |  |  |  |  |
| 26 | Apakah Anda pandai melawak/bergurau ?   |  |  |  |  |
| 27 | Apakah perasaan Anda tidak mudah tersinggung ?  |  |  |  |  |
| 28 | Apakah Anda merasa kurang percaya diri ?  |  |  |  |  |
| 29 | Apakah Anda sering harus berusaha keras untuk menyembunyikan rasa malu ?  |  |  |  |  |
| 30 | Apakah ada keinginan untuk lebih berani tampil dan percaya diri (tidak pemalu)?   |  |  |  |  |
| 31 | Apakah Anda sangat yakin dengan diri Anda sendiri ?   |  |  |  |  |
| 32 | Apakah Anda cenderung tidak menyapa orang lain  |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
|    | sebelum mereka menyapa lebih dahulu ?   |  |  |  |  |
| 33 | Apakah Anda mudah bergaul dengan orang lain?  |  |  |  |  |
| 34 | Apakah Anda merasa punya perasaan sensitif/peka daripada orang lain ?   |  |  |  |  |
| 35 | Apakah Anda mudah merasa malu/canggung ?  |  |  |  |  |
| 36 | Apakah Anda tidak takut masuk sendirian ke dalam suatu ruangan yang di dalamnya berkumpul orang-orang yang sedang berbicara?        |  |  |  |  |
| 37 | Apakah Anda menghargai diri sendiri secara wajar (tidak berlebihan)?  |  |  |  |  |
| 38 | Apakah Anda suka menyendiri daripada bergabung dengan orang lain?   |  |  |  |  |
| 39 | Jika diberi kesempatan, apakah Anda bersedia dijadikan ketua kegiatan di suatu acara/kegiatan?                                      |  |  |  |  |
| 40 | Apakah Anda senang menghadiri acara/kegiatan hanya untuk bersama orang lain (berkumpul) ?   |  |  |  |  |
| 41 | Apakah Anda mudah akrab dengan orang yang baru dikenal ?  |  |  |  |  |
| 42 | Jika di kendaraan umum, apakah Anda sering ngobrol dengan penumpang lain yang tidak dikenal?  |  |  |  |  |
| 43 | Anda tidak akan malu-malu bila dalam suatu kelompok/perkumpulan Anda diminta untuk memulai suatu diskusi atau mengemukakan pendapat |  |  |  |  |
| 44 | Apakah Anda senang menghadiri kegiatan atau acara pertemuan sosial ?  |  |  |  |  |
|    | <b>JUMLAH SKOR</b>  |  |  |  |  |



**Lampiran 8****Penilaian Terhadap Respons Psikologis**

Jawablah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan apa yang Anda rasakan/pikirkan saat ini, terkait dengan penyakit kanker yang Anda derita.

| <b>Menolak</b>  | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> | <b>Kode</b> |
|---|-----------|--------------|-------------|
| 1. Saya telah menyadari jika saya menderita penyakit ini                                      |           |              |             |
| 2. Saya tahu apa yang seharusnya saya perbuat dengan penyakit ini                             |           |              |             |
| 3. Saya pikir hasil pemeriksaan dokter itu sudah pasti benar                                  |           |              |             |
| 4. Saya tidak perlu memeriksakan sakit saya ke dokter lain atau orang pintar                  |           |              |             |
| 5. Saya tidak perlu merahasiakan kondisi penyakit saya ke orang lain                          |           |              |             |
| 6. Saya tidak merasa malu dengan orang lain, jika mereka mengetahui saya menderita kanker     |           |              |             |
| 7. Saya akan bersikap biasa, seolah tidak terjadi sakit pada saya                             |           |              |             |
| <b>Marah</b>  |           |              |             |
| 8. Saya tidak akan menyalahkan orang lain mengapa harus saya yang menderita penyakit ini      |           |              |             |
| 9. Saya tidak akan menyalahkan Tuhan mengapa harus saya yang menderita penyakit ini           |           |              |             |
| 10. Saya tidak akan marah dan tersinggung jika ada orang lain yang membicarakan penyakit saya |           |              |             |
| <b>Menawar</b>  |           |              |             |
| 11. Saya tidak pernah berpikir seandainya bukan saya yang menderita, tentu tidak akan begini. |           |              |             |
| 12. Saya berpikir seandainya saya sembuh, saya akan selalu menjaga kesehatan saya             |           |              |             |
| 13. Seandainya sakit saya tidak kambuh lagi, saya akan berbuat baik dan beramal               |           |              |             |
| <b>Depresi</b>  |           |              |             |
| 14. Saya tidak begitu merasa terpukul dengan penyakit ini                                     |           |              |             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 15. Sejak saya sakit, saya masih sering berhubungan dengan orang lain  |  |  |  |
| 16. Saat ini saya merasa masih berdaya (kuat)  |  |  |  |
| 17. Saya tidak akan menanggapi penyakit saya   |  |  |  |
| 18. Saya tidak merasa gagal dalam hidup karena masih bisa mencapai kebahagiaan hidup   |  |  |  |
| 19. Saya masih aktif memenuhi kebutuhan sehari-hari saya   |  |  |  |
| 20. Saya tidak pernah putus asa untuk berobat  |  |  |  |
| 21. Saya tidak ada pikiran untuk bunuh diri dan mati tenang daripada mengalami sakit seperti ini                             |  |  |  |
| <b>Menerima</b>  |  |  |  |
| 22. Saat ini saya berpikir akan menyerahkan sepenuhnya kepada dokter atau perawat tentang pengobatan/perawatan penyakit saya |  |  |  |
| 23. Saya akan menyediakan semua keperluan untuk pengobatan/perawatan penyakit saya   |  |  |  |
| 24. Saya akan meminta penjelasan kepada dokter dan perawat tentang penyakit saya dan pengobatannya/perawatannya              |  |  |  |
| 25. Saya berpikir bahwa penyakit yang saya derita adalah kehendak Tuhan sebagai cobaan di dunia                              |  |  |  |

**TABULASI DATA UMUM DAN KHUSUS**

| No. Resp | Dx              | Pendidikan | Usia | Status Kawin | Pekerjaan sebelum sakit | Lama Vonis | Peran di Keluarga | Tipe Keluarga | Dukungan Keluarga | Tipe Kepribadian | Respons Psikologis |
|----------|-----------------|------------|------|--------------|-------------------------|------------|-------------------|---------------|-------------------|------------------|--------------------|
| 1        | Ca Cx           | 2          | 2    | 1            | 3                       | 2          | 2                 | 1             | 1                 | 1                | 2                  |
| 2        | Ca mammae       | 1          | 3    | 1            | 4                       | 4          | 3                 | 1             | 1                 | 1                | 1                  |
| 3        | Ca Cx           | 2          | 3    | 1            | 4                       | 4          | 2                 | 1             | 1                 | 2                | 1                  |
| 4        | Ca mammae-hamil | 3          | 2    | 1            | 4                       | 4          | 2                 | 1             | 1                 | 1                | 1                  |
| 5        | Ca ovarii       | 1          | 3    | 2            | 3                       | 4          | 2                 | 1             | 1                 | 2                | 1                  |
| 6        | Ca ovarii       | 2          | 2    | 1            | 3                       | 3          | 2                 | 1             | 1                 | 2                | 1                  |
| 7        | Ca ovarii       | 1          | 3    | 1            | 3                       | 4          | 3                 | 1             | 1                 | 2                | 1                  |
| 8        | Ca Cx           | 2          | 3    | 1            | 3                       | 3          | 2                 | 2             | 1                 | 2                | 1                  |
| 9        | LNH             | 2          | 2    | 1            | 4                       | 4          | 2                 | 2             | 1                 | 2                | 1                  |
| 10       | Ca mammae       | 1          | 3    | 1            | 3                       | 2          | 1                 | 1             | 2                 | 1                | 2                  |
| 11       | Ca mammae       | 1          | 2    | 1            | 1                       | 3          | 2                 | 2             | 1                 | 2                | 1                  |
| 12       | Ca Cx           | 1          | 3    | 1            | 1                       | 3          | 2                 | 1             | 1                 | 1                | 1                  |
| 13       | Ca mammae       | 2          | 3    | 1            | 4                       | 3          | 2                 | 2             | 1                 | 2                | 1                  |
| 14       | Ca Cx           | 1          | 3    | 1            | 4                       | 4          | 3                 | 1             | 1                 | 2                | 1                  |
| 15       | Ca Pretibia     | 1          | 2    | 1            | 4                       | 2          | 2                 | 1             | 1                 | 1                | 2                  |
| 16       | Ca mammae       | 1          | 3    | 2            | 4                       | 2          | 3                 | 2             | 2                 | 1                | 2                  |
| 17       | Ca Cx           | 2          | 3    | 1            | 1                       | 4          | 2                 | 2             | 1                 | 2                | 1                  |





## Lampiran 9

**Keterangan:**

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Pendidikan: 1= SD<br/>2= SMP<br/>3= SMA<br/>4= PT</p> <p>2. Usia : 1= 20 – 30<br/>2= 31 – 40<br/>3= 41 – 50</p> <p>3. Status Perkawinan: 1= Kawin<br/>2= Janda</p> <p>4. Pekerjaan Sebelum Sakit:<br/>1= Tidak kerja/Ibu RT<br/>2= Pensiunan<br/>3= Pedagang<br/>4= Swasta<br/>5= PNS</p> <p>5. Lama Vonis: 1= 1 bulan<br/>2= 2 – 6 bulan</p> | <p>3= 7 bulan – 1 tahun<br/>4= &gt; 1 tahun</p> <p>6. Status di Keluarga: 1= Istri<br/>2= Ibu<br/>3= Nenek</p> <p>7. Tipe Keluarga: 1= Nuklear<br/>2= Ekstended</p> <p>8. Dukungan Keluarga:<br/>1= Baik<br/>2= Cukup<br/>3= Kurang</p> <p>9. Tipe Kepribadian:<br/>1= Introvert<br/>2= Ekstrovert</p> <p>10. Respons Psikologis:<br/>1= Baik<br/>2= Cukup<br/>3= Kurang</p> |
|---|--|

## Lampiran 10

## TABULASI JAWABAN KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

## 1. Dukungan Emosional dan Penghargaan

| No<br>P | 1    | 2   | 3   | 4   | 5    | 6    | 7   | 8   | 9    | 10   | 11  | 12   | 13  | 14  | 15   | 16   | 17  |      |
|---------|------|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|------|-----|------|-----|-----|------|------|-----|------|
| 1       | 1    | 3   | 3   | 3   | 1    | 1    | 3   | 3   | 1    | 1    | 3   | 1    | 3   | 3   | 1    | 1    | 3   | 35   |
| 2       | 3    | 3   | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 51   |
| 3       | 3    | 3   | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 51   |
| 4       | 3    | 3   | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3   | 3    | 3    | 3   | 51   |
| %       | 83,3 | 100 | 100 | 100 | 83,3 | 83,3 | 100 | 100 | 83,3 | 83,3 | 100 | 83,3 | 100 | 100 | 83,3 | 83,3 | 100 | 92,2 |

## 2. Dukungan Fasilitas

| No<br>P | 1    | 2    | 3    | 4   | 5    | 6   | 7    | 8   | 9   | 10 | 11  | 12  | 13   | 14 | 15 | 16   | 17  |       |
|---------|------|------|------|-----|------|-----|------|-----|-----|----|-----|-----|------|----|----|------|-----|-------|
| 1       | 2    | 2    | 2    | 3   | 3    | 3   | 1    | 3   | 3   | 2  | 3   | 3   | 2    | 2  | 2  | 3    | 3   | 42    |
| 2       | 1    | 3    | 3    | 3   | 2    | 3   | 2    | 3   | 3   | 2  | 3   | 3   | 3    | 2  | 2  | 2    | 3   | 43    |
| 3       | 2    | 2    | 2    | 3   | 3    | 3   | 1    | 3   | 3   | 2  | 3   | 3   | 2    | 2  | 2  | 2    | 3   | 41    |
| 4       | 3    | 3    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3    | 3   | 3   | 3  | 3   | 3   | 3    | 3  | 3  | 3    | 3   | 51    |
| %       | 66,7 | 83,3 | 83,3 | 100 | 91,7 | 100 | 58,3 | 100 | 100 | 75 | 100 | 100 | 83,3 | 75 | 75 | 83,3 | 100 | 87,25 |

## 3. Dukungan Informasi

| No<br>P | 1  | 2    | 3    | 4   | 5    | 6   | 7    | 8  | 9    | 10   | 11 | 12  | 13   | 14 | 15   | 16 | 17 |       |
|---------|----|------|------|-----|------|-----|------|----|------|------|----|-----|------|----|------|----|----|-------|
| 1       | 3  | 3    | 3    | 3   | 2    | 3   | 3    | 3  | 3    | 1    | 3  | 3   | 3    | 3  | 3    | 1  | 3  | 46    |
| 2       | 3  | 3    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3    | 2  | 3    | 3    | 2  | 3   | 3    | 3  | 3    | 3  | 2  | 48    |
| 3       | 2  | 2    | 3    | 3   | 3    | 3   | 3    | 3  | 3    | 2    | 3  | 3   | 3    | 2  | 3    | 1  | 3  | 45    |
| 4       | 1  | 2    | 2    | 3   | 2    | 3   | 2    | 1  | 2    | 1    | 1  | 3   | 1    | 1  | 2    | 1  | 1  | 29    |
| %       | 75 | 83,3 | 91,7 | 100 | 83,3 | 100 | 91,7 | 75 | 91,7 | 58,3 | 75 | 100 | 83,3 | 75 | 83,3 | 50 | 75 | 81,86 |



## Lampiran 11

TABULASI DUKUNGAN KELUARGA

| No. Resp. | Dukungan Emosional/Penghargaan      | Dukungan Fasilitas                     | Dukungan Informasi                     | Total  |
|-----------|-------------------------------------|--|--|--------|
| 1         | 10<br>83,33%                        | 8<br>66,67%                            | 9<br>75%                               | 75%    |
| 2         | 12<br>100%                          | 10<br>83,33%                           | 10<br>83,33%                           | 88,80% |
| 3         | 12<br>100%                          | 10<br>83,33%                           | 11<br>91,67%                           | 91,67% |
| 4         | 12<br>100%                          | 12<br>100%                             | 12<br>100%                             | 100%   |
| 5         | 10<br>83,33%                        | 11<br>91,67%                           | 10<br>83,33%                           | 86,11% |
| 6         | 10<br>83,33%                        | 12<br>100%                             | 12<br>100%                             | 94,4%  |
| 7         | 12<br>100%                          | 7<br>58,33%                            | 11<br>91,67%                           | 83,33% |
| 8         | 12<br>100%                          | 12<br>100%                             | 9<br>75%                               | 91,67% |
| 9         | 10<br>83,33%                        | 12<br>100%                             | 11<br>91,67%                           | 91,67% |
| 10        | 10<br>83,33%                        | 9<br>75%                               | 7<br>58,33%                            | 72,2%  |
| 11        | 12<br>100%                          | 12<br>100%                             | 9<br>75%                               | 91,67% |
| 12        | 10<br>83,33%                        | 12<br>100%                             | 12<br>100%                             | 94,4%  |
| 13        | 12<br>100%                          | 10<br>83,33%                           | 10<br>83,33%                           | 88,80% |
| 14        | 12<br>100%                          | 9<br>75%                               | 9<br>75%                               | 83,33% |
| 15        | 10<br>83,33%                        | 9<br>75%                               | 10<br>83,33%                           | 80,55% |
| 16        | 10<br>83,33%                        | 10<br>83,33%                           | 6<br>50%                               | 72,2%  |
| 17        | 12<br>100%                          | 12<br>100%                             | 9<br>75%                               | 91,67% |
| Total     | 188/204 x 100% =<br>92,16%<br>(35%) | 177/204 x<br>100% =<br>86,76%<br>(34%) | 167/204 x<br>100% =<br>81,86%<br>(31%) |        |

## Lampiran 12

## TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONS PSIKOLOGIS

## 1. Denial

| No<br>P | 1    | 2   | 3   | 4     | 5    | 6   | 7     | 8   | 9   | 10   | 11  | 12  | 13   | 14  | 15   | 16   | 17  |       |    |
|---------|------|-----|-----|-------|------|-----|-------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|------|------|-----|-------|----|
| 1       | 1    | 1   | 1   | 1     | 1    | 1   | 0     | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1     | 16 |
| 2       | 1    | 1   | 1   | 1     | 1    | 1   | 1     | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1     | 17 |
| 3       | 1    | 1   | 1   | 1     | 1    | 1   | 1     | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1     | 16 |
| 4       | 1    | 1   | 1   | 0     | 1    | 1   | 1     | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1     | 15 |
| 5       | 0    | 1   | 1   | 0     | 0    | 1   | 0     | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 0    | 1   | 0    | 0    | 1   | 9     |    |
| 6       | 0    | 1   | 1   | 0     | 1    | 1   | 0     | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 1    | 1   | 0    | 0    | 1   | 11    |    |
| 7       | 1    | 1   | 1   | 1     | 1    | 1   | 1     | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1     | 17 |
| %       | 71,4 | 100 | 100 | 57,14 | 85,7 | 100 | 57,14 | 100 | 100 | 42,9 | 100 | 100 | 85,7 | 100 | 71,4 | 71,4 | 100 | 84,87 |    |

## 2. Anger

| No<br>P | 1    | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7    | 8   | 9   | 10   | 11  | 12  | 13  | 14  | 15   | 16   | 17  |      |    |
|---------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|------|----|
| 1       | 1    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 17 |
| 2       | 1    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 17 |
| 3       | 0    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 1   | 1   | 0    | 0    | 1   | 12   |    |
| %       | 66,7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 66,7 | 100 | 100 | 66,7 | 100 | 100 | 100 | 100 | 66,7 | 66,7 | 100 | 90,2 |    |

## 3. Bargaining

| No<br>P | 1    | 2   | 3   | 4    | 5    | 6   | 7    | 8   | 9   | 10   | 11  | 12  | 13   | 14  | 15   | 16   | 17  |      |    |
|---------|------|-----|-----|------|------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|------|------|-----|------|----|
| 1       | 0    | 1   | 1   | 0    | 0    | 1   | 0    | 1   | 1   | 0    | 1   | 1   | 0    | 1   | 0    | 0    | 1   | 9    |    |
| 2       | 1    | 1   | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 17 |
| 3       | 1    | 1   | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1    | 1   | 1    | 1    | 1   | 1    | 17 |
| %       | 66,7 | 100 | 100 | 66,7 | 66,7 | 100 | 66,7 | 100 | 100 | 66,7 | 100 | 100 | 66,7 | 100 | 66,7 | 66,7 | 100 | 84,3 |    |

## 4. Depression

| No<br>P | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6   | 7   | 8  | 9    | 10 | 11 | 12   | 13 | 14 | 15 | 16 | 17   |       |
|---------|----|------|-----|------|----|-----|-----|----|------|----|----|------|----|----|----|----|------|-------|
| 1       | 0  | 1    | 1   | 0    | 0  | 1   | 1   | 1  | 1    | 0  | 1  | 1    | 0  | 1  | 0  | 0  | 1    | 10    |
| 2       | 0  | 1    | 1   | 1    | 1  | 1   | 1   | 1  | 1    | 0  | 1  | 1    | 1  | 1  | 0  | 0  | 1    | 13    |
| 3       | 1  | 1    | 1   | 1    | 1  | 1   | 1   | 1  | 1    | 1  | 1  | 1    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1    | 17    |
| 4       | 0  | 0    | 1   | 0    | 0  | 1   | 1   | 0  | 0    | 0  | 0  | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0    | 3     |
| 5       | 1  | 1    | 1   | 0    | 1  | 1   | 1   | 1  | 1    | 1  | 1  | 1    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1    | 16    |
| 6       | 0  | 1    | 1   | 1    | 1  | 1   | 1   | 0  | 1    | 0  | 0  | 1    | 1  | 0  | 0  | 0  | 1    | 10    |
| 7       | 1  | 1    | 1   | 1    | 1  | 1   | 1   | 1  | 1    | 1  | 1  | 1    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1    | 17    |
| 8       | 1  | 1    | 1   | 1    | 1  | 1   | 1   | 1  | 1    | 1  | 1  | 1    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1    | 17    |
| %       | 50 | 87,5 | 100 | 62,5 | 75 | 100 | 100 | 75 | 87,5 | 50 | 75 | 87,5 | 75 | 75 | 50 | 50 | 87,5 | 75,74 |

## 5. Acceptance

| No<br>P | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  | 16  | 17  |     |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1       | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 17  |
| 2       | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 17  |
| 3       | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 17  |
| 4       | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 17  |
| %       | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Lampiran 13****TABULASI RESPONS PSIKOLOGIS**

| No. Resp. | <i>Denial</i><br>(7)          | <i>Anger</i><br>(3)         | <i>Bargainning</i><br>(3) | <i>Depression</i><br>(8)      | <i>Acceptance</i><br>(4)  | Total |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------|
| 1         | 5<br>71,42%                   | 2<br>66,67%                 | 2<br>66,67%               | 4<br>50%                      | 4<br>100%                 | 68%   |
| 2         | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 7<br>87,5%                    | 4<br>100%                 | 96%   |
| 3         | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 8<br>100%                     | 4<br>100%                 | 100%  |
| 4         | 4<br>57,14%                   | 3<br>100%                   | 2<br>66,67%               | 5<br>62,5%                    | 4<br>100%                 | 78%   |
| 5         | 6<br>85,71%                   | 3<br>100%                   | 2<br>66,67%               | 6<br>75%                      | 4<br>100%                 | 84%   |
| 6         | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 8<br>100%                     | 4<br>100%                 | 100%  |
| 7         | 4<br>57,14%                   | 2<br>66,67%                 | 2<br>66,67%               | 8<br>100%                     | 4<br>100%                 | 80%   |
| 8         | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 6<br>75%                      | 4<br>100%                 | 92%   |
| 9         | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 7<br>87,5%                    | 4<br>100%                 | 96%   |
| 10        | 3<br>42,86%                   | 2<br>66,67%                 | 2<br>66,67%               | 4<br>50%                      | 4<br>100%                 | 60%   |
| 11        | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 6<br>75%                      | 4<br>100%                 | 92%   |
| 12        | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 7<br>87,5%                    | 4<br>100%                 | 96%   |
| 13        | 6<br>85,71%                   | 3<br>100%                   | 2<br>66,67%               | 6<br>75%                      | 4<br>100%                 | 84%   |
| 14        | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 6<br>75%                      | 4<br>100%                 | 92%   |
| 15        | 5<br>71,42%                   | 2<br>66,67%                 | 2<br>66,67%               | 4<br>50%                      | 4<br>100%                 | 68%   |
| 16        | 5<br>71,42%                   | 2<br>66,67%                 | 2<br>66,67%               | 4<br>50%                      | 4<br>100%                 | 68%   |
| 17        | 7<br>100%                     | 3<br>100%                   | 3<br>100%                 | 7<br>87,5%                    | 4<br>100%                 | 96%   |
| Total     | 101/119 x<br>100% =<br>84,87% | 46/51 x<br>100% =<br>90,20% | 43/51 =<br>84,31%         | 103/136 x<br>100% =<br>75,74% | 68/68 x<br>100% =<br>100% |       |

## Lampiran 14

## TABULASI UJI STATISTIK

## Frequencies

|   |         | Statistics |      |                    |           |            |                    |               |
|---|---------|------------|------|--------------------|-----------|------------|--------------------|---------------|
|   |         | Pendidikan | Usia | Status_Per kawinan | Pekerjaan | Lama_vonis | Status_di_keluarga | Tipe_keluarga |
| N | Valid   | 17         | 17   | 17                 | 17        | 17         | 17                 | 17            |
|   | Missing | 0          | 0    | 0                  | 0         | 0          | 0                  | 0             |
|   | Sum     | 26         | 45   | 19                 | 53        | 55         | 56                 | 23            |

## Frequency Table

|       |       | Pendidikan |         |               |                    |
|-------|-------|------------|---------|---------------|--------------------|
|       |       | Frequency  | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | SD    | 9          | 52.9    | 52.9          | 52.9               |
|       | SMP   | 7          | 41.2    | 41.2          | 94.1               |
|       | SMA   | 1          | 5.9     | 5.9           | 100.0              |
|       | Total | 17         | 100.0   | 100.0         |                    |

|       |             | Usia      |         |               |                    |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 31-40 tahun | 6         | 35.3    | 35.3          | 35.3               |
|       | 41-50 tahun | 11        | 64.7    | 64.7          | 100.0              |
|       | Total       | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Status\_Perkawinan**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kawin | 15        | 88.2    | 88.2          | 88.2               |
|       | Janda | 2         | 11.8    | 11.8          | 100.0              |
|       | Total | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Pekerjaan**

|       |                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak bekerja/IRT | 3         | 17.6    | 17.6          | 17.6               |
|       | Pedagang          | 6         | 35.3    | 35.3          | 52.9               |
|       | Swasta            | 8         | 47.1    | 47.1          | 100.0              |
|       | Total             | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Lama\_vonis**

|       |                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 2 - 6 bulan       | 4         | 23.5    | 23.5          | 23.5               |
|       | 7 bulan - 1 tahun | 5         | 29.4    | 29.4          | 52.9               |
|       | > 1 tahun         | 8         | 47.1    | 47.1          | 100.0              |
|       | Total             | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Peran\_di\_keluarga**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Istri | 1         | 5.9     | 5.9           | 5.9                |
|       | Ibu   | 12        | 70.6    | 70.6          | 76.5               |
|       | Nenek | 4         | 23.5    | 23.5          | 100.0              |
|       | Total | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Tipe\_keluarga**

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Nuklear   | 11        | 64.7    | 64.7          | 64.7               |
|       | Ekstended | 6         | 35.3    | 35.3          | 100.0              |
| Total |           | 17        | 100.0   | 100.0         |                    |

**Crosstabs****Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| Duk_kel * Resp_psiko | 17    | 100.0%  | 0       | .0%     | 17    | 100.0%  |

**Duk\_kel \* Resp\_psiko Crosstabulation**

| Count   |       | Resp_psiko |       | Total |
|---------|-------|------------|-------|-------|
|         |       | baik       | cukup |       |
| Duk_kel | baik  | 13         | 2     | 15    |
|         | cukup | 0          | 2     | 2     |
| Total   |       | 13         | 4     | 17    |

### Nonparametric Correlations

**Correlations**

|                |            |                         | Duk_kel | Resp_psiko |
|----------------|------------|-------------------------|---------|------------|
| Spearman's rho | Duk_kel    | Correlation Coefficient | 1.000   | .658**     |
|                |            | Sig. (2-tailed)         | .       | .004       |
|                |            | N                       | 17      | 17         |
|                | Resp_psiko | Correlation Coefficient | .658**  | 1.000      |
|                |            | Sig. (2-tailed)         | .004    | .          |
|                |            | N                       | 17      | 17         |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Crosstabs

**Case Processing Summary**

|                            | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                            | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                            | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| t_kepribadian * Resp_psiko | 17    | 94.4%   | 1       | 5.6%    | 18    | 100.0%  |

**t\_kepribadian \* Resp\_psiko Crosstabulation**

| Count         |            |            |       |       |
|---------------|------------|------------|-------|-------|
|               |            | Resp_psiko |       | Total |
|               |            | baik       | cukup |       |
| t_kepribadian | introvert  | 3          | 4     | 7     |
|               | ekstrovert | 10         | 0     | 10    |
| Total         |            | 13         | 4     | 17    |



**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 7.473 <sup>a</sup> | 1  | .006                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 4.634              | 1  | .031                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 8.990              | 1  | .003                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | .015                 | .015                 |
| Linear-by-Linear Association       | 7.033              | 1  | .008                  |                      |                      |
| N of Valid Cases <sup>b</sup>      | 17                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,65.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

|  | Value | Approx. Sig. |
|--|-------|--------------|
| Nominal by Nominal Contingency Coefficient | .553  | .006         |
| N of Valid Cases                           | 17    |              |

Judul : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN (*EKSTROVERT* DAN *INTROVERT*) DENGAN  
RESPONS PSIKOLOGIS PASIEN PERAWATAN PALIATIF

Oleh : Jihan Utami (010511006B)

Penguji : Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes

| No | Halaman | Revisi   | Keterangan   |
|----|---------|--|--------------|
| 1  | 72      | Menurut Taylor mengenai Teori Kubler Ross, jangan dituliskan “Namun tidak semua tahapan tersebut dilalui oleh pasien.” Ditambahkan keterangan ‘rentang waktu atau kecepatan masing-masing pasien tiap tahapan berbeda. Ada yang cepat, ada yang lambat. Ada yang lama, ada yang sebentar.’ | Sudah revisi |
| 2  | 74      | Kata-kata “Pada penelitian ini, seluruh responden sudah mencapai tahap menerima” dihapus   | Sudah revisi |
| 3  | 75      | Tambahkan kata-kata “Respons psikologis tidak statis, sangat dinamis keberadaannya.”   | Sudah revisi |
| 4  | 76      | Tambahkan kata-kata “Dengan lamanya rentang waktu vonis sampai dengan sekarang maka pasien akan terbiasa dengan kondisi sakit ini dan ..... untuk sampai tahap menerima atau pasrah.....”  | Sudah revisi |
| 5  | 113     | Di tabulasi respons psikologis ditambahkan prosentase total dan kategori masing-masing responden.  | Sudah revisi |

Mengetahui  
Surabaya, 20 Agustus 2009

Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP. 132 255 152

Judul : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN (*EKSTROVERT* DAN *INTROVERT*) DENGAN  
RESPONS PSIKOLOGIS PASIEN PERAWATAN PALIATIF

Oleh : Jihan Utami (010511006B)

Penguji : Elida Ulfiana, S.Kp., Ns

| No | Halaman | Revisi  | Keterangan   |
|----|---------|---|--------------|
| 1  | 62      | Tambahkan karakteristik responden pada gambaran umum lokasi penelitian                  | Sudah revisi |
| 2. | 76      | Tambahkan kasus yang banyak terjadi di pembahasan, terkait dengan respons psikologisnya | Sudah revisi |

Mengetahui  
Surabaya, 20 Agustus 2009

Elida Ulfiana, S.Kp., Ns  
NIK. 139 060 786

Judul : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TIPE KEPERIBADIAN (*EKSTROVERT* DAN *INTROVERT*) DENGAN  
RESPONS PSIKOLOGIS PASIEN PERAWATAN PALIATIF

Oleh : Jihan Utami (010511006B)

Penguji : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

| No | Halaman | Revisi  | Keterangan   |
|----|---------|---|--------------|
| 1  | x       | Penggunaan <i>Past Tense</i> pada <i>abstract</i>   | Sudah revisi |
| 2  | 25      | Tambahkan table perbedaan ciri/karakteristik kepribadian <i>ekstrovert</i> dan <i>introvert</i>   | Sudah revisi |
| 3  | 32      | Tambahkan definisi <i>hospice care</i> , sehingga tahu perbedaannya dengan <i>palliative care</i> | Sudah revisi |
| 4  | 35      | Tambahkan pokok bahasan aspek fisik, psikologis, dan spiritual pada pasien paliatif               | Sudah revisi |
| 5  | 88      | Perbaiki kesimpulan tentang tipe kepribadian  | Sudah revisi |
| 6  | 89      | Tambahkan saran untuk keluarga dan institusi  | Sudah revisi |

Mengetahui  
Surabaya, 21 Agustus 2009

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP. 132 255 152

Jihan Utami

010511006B

Jadwal Pelaksanaan Ujian Sidang Skripsi:

Hari, tanggal : Kamis, 20 Agustus 2009

Waktu : 09.00 – 10.00 WIB

Tempat : Lab. Jiwa

Jadwal Pelaksanaan Ujian Sidang Skripsi:

Hari, tanggal : Kamis, 20 Agustus 2009

Waktu : 09.00 – 10.00 WIB

Tempat : Lab. Jiwa

Kepada

Yth. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

di tempat

Kepada

Yth. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes

di tempat

Kepada

Yth. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns

di tempat

Jadwal Pelaksanaan Ujian Sidang Skripsi:

Hari, tanggal : Kamis, 20 Agustus 2009

Waktu : 09.00 – 10.00 WIB

Tempat : Lab. Jiwa

Akan diadakan ujian skripsi pada:

Nama : Jihan Utami

NIM : 010511006B

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian  
(*Ekstrovert* dan *Introvert*) dengan Respons Psikologis  
Pasien Perawatan Paliatif

Nama : Jihan Utami

NIM : 010511006B

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian  
(*Ekstrovert* dan *Introvert*) dengan Respons Psikologis  
Pasien Perawatan Paliatif

Nama : Jihan Utami

NIM : 010511006B

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian  
(*Ekstrovert* dan *Introvert*) dengan Respons Psikologis  
Pasien Perawatan Paliatif

## BERITA ACARA UJIAN SKRIPSI

Pada hari Kamis, 20 Agustus 2009 pukul 09.00 telah dilaksanakan ujian skripsi mahasiswa Sarjana Keperawatan (S.Kep) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Nama : Jihan Utami

NIM : 01051106B

Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga dan Tipe Kepribadian (*Ekstrovert* dan *Introvert*) dengan Respons Psikologis Pasien Perawatan Paliatif.

Dengan susunan penguji:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
2. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes
3. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns

Tanda tangan

- 1.
- 2.
- 3.

Pada sidang ujian skripsi dinyatakan:

1. Lulus
2. Tidak lulus

Surabaya, 20 Agustus 2009

Ketua Penguji

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226