

TESIS

**PENGARUH TINDAKAN ASERTIF MASYARAKAT TERHADAP
PSIKOSOSIAL KLIEN KANKER PAYUDARA**



**ANDIKAWATI FITRIASARI
131514153006**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

TESIS

PENGARUH TINDAKAN ASERTIF MASYARAKAT...
ANDIKAWATI FITRIASARI

ANDIKAWATI FITRIASARI
2017

PENGARUH TINDAKAN ASERTIF MASYARAKAT...
ANDIKAWATI FITRIASARI
2017

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Andikawati Fitriasari

NIM : 131514153006

Tanda tangan :

The image shows a handwritten signature in black ink over a rectangular official stamp. The stamp contains the text 'PETERAI MPEL' at the top, 'TGL.' followed by a date, and 'ECBAEF455721508' in the center. Below the stamp is a circular emblem with a star and the text '6000 ENAM RIBU RUPIAH'.

Tanggal 9 Juni 2017

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH TINDAKAN ASERTIF MASYARAKAT TERHADAP PSIKOSOSIAL
KLIEN KANKER PAYUDARA**

ANDIKAWATI FITRIASARI
131514153006

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 9 JUNI 2017

Oleh:

Pembimbing Utama



Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Pembimbing kedua



Dr. Ririn Probowati S.Kp., M.Kes
NIP. 196507151989032003

Mengetahui,
Ketua Prodi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga


Dr. Tintin Sukarni, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Andikawati Fitriasaki
NIM : 131514153006
Program Studi : Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial
Klien Kanker Payudara.

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh Panitia Penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 9 Juni 2017

Panitia penguji :

1. Dr. Ah. Yusuf.,S.Kp.,M.Kes (.....)
2. Dr. Ririn Probawati .,S.Kp.,M.Kes (.....)
3. Dr. Suprajitno S.Kp.,M.Kes (.....)
4. Dr. Esti Yunitasari S.Kp.,M.Kes (.....)
5. Ni Ketut Alit Armini S.Kp M.Kes (.....)

Mengetahui,
Ketua Prodi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya, saya dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Dr. Ah Yusuf, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing ketua yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan tesis ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Dr. Ririn Probowati, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya tesis ini terselesaikan.

Dalam penulisan tesis ini mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs., (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

3. Seluruh direksi, jajaran bidang Puskesmas Medokan Ayu Surabaya yang telah memberikan izin dan kesempatan serta fasilitas dalam penelitian
4. Seluruh responden penelitian Puskesmas Medokan Ayu Surabaya yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
5. Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan sekretariat Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
6. Keempat orang tua, suami (almarhum), dan arjuna-srikandi ku atas segala dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.
7. Teman-teman Magister Keperawatan Angkatan 2015 yang selalu memberikan semangat dalam menyelesaikan tesis ini
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang terlibat dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan..

Surabaya, 9 Juni 2017

Penulis

Andikawati Fitriasari

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

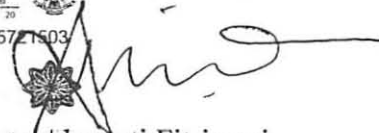
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Andikawati Fitriasaki
NIM : 131514153006
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non Exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Klien Kanker Payudara" Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada Tanggal : 9 Juni 2017

 menyatakan,

Andikawati Fitriasaki

ABSTRACT

THE EFFECT OF COMMUNITY ASSERTIVE TREATMENT ON THE PSYCHOSOCIAL DISTRESS IN CLIENTS WITH BREAST CANCER

Women diagnosed with breast cancer have psychosocial problems. Psychosocial that occurs on clients with breast cancer include physical and psychological symptoms. Community assertive action is a psychosocial holistic approach for breast cancer clients performed in residential environments. This study aims to analyze the influence of community assertive actions against the psychosocial of clients with breast cancer.

The study used pre-post control group design. The research samples are clients with breast cancer treated at Medokan Ayu Public Health Center Surabaya, there were 15 sample of treatment group and 15 sample of control group. Sampling technique used was purposive sampling. The variables in this study are community and psychosocial assertive actions including anxiety, depression, self-image, physical condition, social, sexuality and socioeconomic. Data were collected using questionnaires and analyzed using Paired T test and Independent T test.

The results showed changes in the mean values of pre-test and post-test in the treatment group of anxiety ($p = 0,000$), depression ($p = 0.001$), self-image ($p = 0,000$), physical condition ($p = 0.271$), social ($p = 0,000$), sexuality ($p = 0,262$), and socioeconomic ($p = 0,597$). The conclusions in this study of community assertive action can reduce anxiety, reduce depression, improve self-image, improve social and not affect the physical condition, sexuality and social economy.

This study recommends health workers to perform community assertive actions in improving psychosocial services and increase the role of families in addressing the psychosocial problems of breast cancer clients.

Keywords: Community assertive action, Psychosocial problems. Breast Cancer

SUMMARY

THE EFFECT OF ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT ON THE PSYCHOSOCIAL DISTRESS IN CLIENTS WITH BREAST CANCER

Women diagnosed with breast cancer have psychosocial problems. Psychosocial problems that occurs in client with breast cancer include physical and psychological symptoms. Community assertive action is a holistic approach for psychosocial services for clients with breast cancer performed in residential environments. This study aims to analyze the influence of community assertive actions against the psychosocial client of breast cancer.

The study used pre-post control group design. The research samples are clients with breast cancer treated at Medokan Ayu Public Health Center Surabaya, there were 15 sample of treatment group and 15 sample of control group. Sampling technique used was purposive sampling. The variables in this study are community and psychosocial assertive actions including anxiety, depression, self-image, physical condition, social, sexuality and socioeconomic. Data were collected using questionnaires and analyzed using Paired T test and Independent T test.

The results showed changes in the mean values of pre-test and post-test in the treatment group of anxiety ($p = 0,000$), depression ($p = 0.001$), self-image ($p = 0,000$), physical condition ($p = 0.271$), social ($p = 0,000$), sexuality ($p = 0,262$), socioeconomic ($p = 0,597$). Assertive action of the community is done by using the Tidal Model theory approach. The Tidal Theory model developed by Phill Barker (2000) focuses on the change process to empower the client to choose his own recovery. Researchers help clients identify psychosocial problems and help cope with community assertive action so clients can play a bigger role in their lives.

The conclusion in this study that the assertive action of the community can reduce anxiety and depression of clients with breast cancer. Community assertive action can improve the client's self and social picture. Community assertive action

does not affect the physical, sexuality, and socioeconomic conditions of clients with breast cancer. Implementation of community assertive action by involving family support makes the client felt being heard and loved so they remain optimistic to do healing so that clients psychosocial problem can be solved.

Researchers recommend health workers to perform community assertive actions in order to overcoming psychosocial problems as well as increasing the role of family care on clients with breast cancer.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRACT	ix
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah.....	8
1.4 Tujuan	9
1.4.1 Tujuan Umum	9
1.4.2 Tujuan Khusus	9
1.5 Manfaat	10
1.5.1 Manfaat Teoritis	10
1.5.2 Manfaat Praktis	10

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Payudara	11
2.1.1 Pengertian Kanker Payudara.....	11
2.1.2 Etiologi Kanker Payudara.....	11
2.1.3 Tanda dan Gejala Kanker Payudara	12
2.1.4 Klasifikasi Kanker Payudara.....	13
2.1.5 Patofisiologi Kanker Payudara.....	14
2.1.6 Penatalaksanaan Kanker Payudara.....	15
2.2 Model Tindakan Asertif Masyarakat.....	17
2.2.1 Pengertian Tindakan Asertif Masyarakat.....	17
2.2.2 Tujuan Tindakan Asertif Masyarakat.....	18
2.2.3 Indikasi Tindakan Asertif Masyarakat	19
2.2.4 Kontraindikasi Tindakan Asertif Masyarakat	20
2.2.5 Pelayanan Tindakan Asertif Masyarakat	20
2.2.6 Prinsip Tindakan Asertif Masyarakat.....	21

2.2.7 Peran Tim Tindakan Asertif Masyarakat	26
2.2.8 Pelaksanaan Tim Tindakan Asertif Masyarakat	29
2.3 Masalah Psikososial.....	32
2.3.1 Pengertian Masalah Psikososial.....	32
2.3.2 Bentuk Masalah Psikososial	33
2.3.3 Contoh Masalah Psikososial	33
2.4 Instrument PDQ-BC.....	34
2.4.1 Kecemasan.....	35
2.4.2 Depresi	36
2.4.3 Gambaran Diri	37
2.4.4 Kondisi Fisik	38
2.4.5 Sosial.....	40
2.4.6 Seksualitas.....	40
2.4.7 Sosial Ekonomi	41
2.5 Teori Tidal Model.....	42
2.5.1 Pengertian <i>Tidal Model</i>	42
2.5.2 Konsep Mayor <i>Tidal Model</i>	43
2.5.3 Filosofi <i>Tidal Model</i>	44
2.5.4 Domain <i>Tidal Model</i>	44
2.5.5 Nilai <i>Tidal Model</i>	45
2.5.6 Kompetensi <i>Tidal Model</i>	47
2.5.7 Hal-hal Yang perlu Diperhatikan dalam Tidal Model.	49
2.6 Teknik Penyusunan Modul.	49
2.6.1 Pengertian Modul.....	49
2.6.2 Tujuan Modul.....	50
2.6.3 Prinsip Pengembangan Modul.	50
2.6.4 Elemen Mutu Modul.	51
2.6.5 Prosedur Penyusunan Modul.	54
2.6.6 Langkah-langkah Penyusunan Modul.....	56
2.7 Keaslian Penelitian	60

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual.....	63
3.2 Hipotesis Penelitian.....	66

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	68
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	69
4.2.1 Populasi.....	69
4.2.2 Sampel.....	69
4.2.3 Sampling	70
4.3 Kerangka Operasional.....	71
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	73
4.4.1 Variabel Independen.....	73

4.4.2 Variabel Dependen	73
4.1 Definisi Operasional	74
4.5 Alat dan Bahan Penelitian.....	77
4.6 Instrumen Penelitian	77
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian	80
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	81
4.8.1 Tahap Persiapan.....	81
4.8.2 Tahap Pelaksanaan	81
4.9 Analisis Data	85
4.10 Etik Penelitian.....	86

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	87
5.2 Karakteristik Responden	88
5.3 Analisis Nilai Kecemasan Klien Kanker Payudara.....	90
5.4 Analisis Nilai Depresi Klien Kanker Payudara.....	91
5.5 Analisis Nilai Gambaran Diri Klien Kanker Payudara	92
5.6 Analisis Nilai Kondisi Fisik Klien Kanker Payudara	93
5.7 Analisis Nilai Sosial Klien Kanker Payudara	94
5.8 Analisis Nilai Seksualitas Klien Kanker Payudara	95
5.9 Analisis Nilai Sosial Ekonomi Klien Kanker Payudara.....	96

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kecemasan Klien Kanker Payudara.....	98
6.2 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Depresi Klien Kanker Payudara.....	101
6.3 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Gambaran Diri Klien Kanker Payudara	104
6.4 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kondisi Fisik Klien Kanker Payudara.....	107
6.5 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Klien Kanker Payudara.....	110
6.6 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Seksualitas Klien Kanker Payudara.....	109
6.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Ekonomi Klien Kanker Payudara.....	110
6.8 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Ekonomi Klien Kanker Payudara.....	117
6.8 Keterbatasan Penelitian.....	119

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan115

7.2 Saran.....115

DAFTAR PUSTAKA..... 122

LAMPIRAN 127

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker payudara merupakan jenis kanker tertinggi pada wanita dan penyebab terbesar kematian setiap tahun. Kanker payudara kebanyakan terjadi pada usia setengah baya yakni usia 45-65 tahun (Devita, 2016). Selain sebagai penyebab kematian terbesar, kanker payudara sangat ditakuti karena bagi wanita payudara bukan hanya organ yang memiliki fungsi biologis semata melainkan memiliki fungsi psikologis dan psikososial. Payudara tidak hanya sebagai daya tarik seksual seorang wanita, melainkan daerah organ yang amat peka untuk membangkitkan sensasi sensual. Wanita yang terdiagnosis kanker payudara akan mengalami reaksi psikologis berupa stress, kecemasan (*anxiety*), penolakan, ketakutan, kemarahan dan depresi (Barnes, Kroll, Lee, Burke, & Jones, 2002).

Menurut data tahunan dari WHO tahun 2012 terdapat 1,7 juta kasus baru kanker payudara di dunia dengan 6,3 juta Klien yang masih hidup telah terdiagnosis kanker payudara 5 tahun sebelumnya. Menurut data *The International Agency for Research on Cancer* (IARC) tahun 2012 diketahui bahwa kanker payudara merupakan penyakit kanker dengan persentase kasus baru tertinggi, yaitu sebesar 43,3% dan kematian akibat kanker payudara sebesar 12,9%.

dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013. Di Surabaya khususnya RSUD Dr. Soetomo jumlah total kasus baru mencapai 386 di tahun 2010, 491 kasus baru di tahun 2012 dan 574 kasus di tahun 2013 yang menempati peringkat kedua keganasan pada wanita setelah kanker leher rahim. Jumlah kunjungan klien kanker payudara puskesmas Medokan Ayu tahun 2014 berjumlah 17 orang, tahun 2015 berjumlah 17 orang. Tahun 2016 bulan Januari hingga Desember jumlah klien kanker payudara sebanyak 17-20 tahun orang. Pada bulan Maret 2017 berjumlah 30 orang.

Usaha yang dilakukan klien untuk menyembuhkan penyakitnya yakni dengan melakukan pengobatan. Jenis pengobatan kanker payudara terdiri atas kemoterapi yang berupa pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk cairan melalui infus, radioterapi yang berupa proses penyinaran sel kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma, mastektomi yakni berupa pembedahan atau pengangkatan sel-sel kanker dengan cara operasi. Pelaksanaan pengobatan dapat menimbulkan dampak psikologis yang dapat menekan ketahanan tubuh Klien kanker payudara seperti adanya perubahan citra tubuh akibat perubahan fisik. Dampak psikologis yang dialami oleh tiap orang berbeda-beda tergantung pada tingkat keparahan (stadium), jenis pengobatan yang dijalani dan karakteristik masing-masing klien. Sekitar 30% Klien kanker mengalami permasalahan penyesuaian diri dan 20% didiagnosis mengalami depresi. Dampak psikologis yang sering dirasakan oleh klien kanker payudara yaitu berupa ketidakberdayaan, kecemasan, rasa malu, harga diri menurun, stres dan amarah.

Pelaksanaan kemoterapi setiap pasien memiliki tingkat kepatuhan yang berbeda. Adapun dampak yang ditimbulkan jika pasien melakukan kemoterapi dengan rutin yaitu membunuh sel-sel kanker. Kemoterapi primer dan pengobatan metastasis yaitu memperlambat perkembangan penyakit, mengurangi keluhan, memperlambat masa remisi (waktu bebas penyakit) serta memperpanjang usia hidup. Klien yang tidak melakukan kemoterapi sesuai dengan rangkaian pengobatan yang dianjurkan maka sel kanker akan menjalar ke organ lain yang semula sehat, percepatan perkembangan sel kanker semakin menjalar. Terjadinya keluhan-keluhan tersebut disebabkan karena proses penyebaran sel kanker ke organ tubuh lainnya. Sel kanker akan menyebar keseluruh bagian organ sehat yang ada dan mempengaruhi fungsi atau bermetastase kebagian tubuh yang lebih jauh dan mengakibatkan kematian.

Pengobatan yang dijalani berpengaruh pada kehidupan pribadi, kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pekerjaan, hubungan sosial, peran dalam keluarga yang dapat menciptakan stress psikososial (Baqutayan & Saleh, 2012). Stress psikososial mengakibatkan klien mengalami gangguan kejiwaan. Secara epidemiologik, pada Klien kanker, baik yang berobat jalan maupun yang dirawat inap, dilaporkan 51% menunjukkan insidensi gangguan psikiatrik/kejiwaan. Dari klien kanker yang mengalami gangguan psikiatrik ternyata 68% mengalami gangguan penyesuaian (Hawari, 2004). Beberapa temuan penelitian mengungkapkan klien kanker yang memperoleh dukungan psikososial membantu perbaikan kesehatan dan meningkatkan kualitas kehidupan (Groot & M, 2002).

Masalah psikososial memiliki peran yang sangat signifikan bagi wanita yang terdiagnosa kanker payudara. Kekhawatiran psikososial yang umum terjadi pada klien kanker payudara meliputi gejala fisik dan psikologis. Gejala fisik yang muncul meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer (Brem & Kumar, 2011). Respon psikologis yang muncul bervariasi dari rasa tidak percaya, penyangkalan, marah, cemas, putus asa, depresi sampai dengan keinginan bunuh diri (Djoeban, 2007). Depresi adalah gangguan mood terbanyak pada pasien kanker payudara. Masalah psikososial memberikan pengaruh besar dalam aspek emosi, penampilan dan perilaku sosial. Sekitar 30% klien mengalami permasalahan psikososial dan 20% didiagnosis mengalami depresi (Pariman, 2011).

Suatu pendekatan pelayanan psikososial yang komprehensif untuk klien kanker yang berada di lingkungannya perlu dilakukan untuk memastikan bahwa klien mendapatkan layanan yang dibutuhkan setelah meninggalkan rumah sakit. Pelayanan tersebut adalah layanan psikososial di lingkungan tempat tinggal dengan pendekatan model Tindakan Asertif Masyarakat. Tindakan asertif masyarakat sebagai pendekatan holistik terintegrasi berbagai disiplin memiliki program dukungan dan pelayanan rehabilitasi secara signifikan dapat meningkatkan fungsi sosial dalam masyarakat (Rankin, Barron, Lane, Mason, & Sinclair, 2011). Tindakan asertif masyarakat yang dilakukan perawat dapat diberikan kepada klien kanker payudara dan keluarga.

Tindakan asertif masyarakat merupakan suatu pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat dengan memberikan pelayanan yang disesuaikan dengan

kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien (Sand & G, 2000). Pelaksanaan Tindakan Asertif Masyarakat meliputi 1) *Assesing* dan *Action planning* 2) *Monitoring, Coaching Chronic Disease Self Management* 3) *Educating and Supporting caregiver* dan 4) *Evaluating*. Tujuan tindakan asertif masyarakat yaitu menurunkan kekambuhan, meningkatkan kepatuhan dalam menjalani terapi dan meningkatkan kemampuan psikososial dalam menjalani kehidupan secara mandiri di lingkungannya.

Pada klien kanker payudara yang mengalami masalah psikososial, yang sedang menghadapi situasi krisis kepercayaan diri, bersikap negatif terhadap diri sendiri dan orang lain. Klien akan menjadi sedih secara emosional, fisik dan psikologis. Pendekatan teori keperawatan *Tidal Model* oleh Phill Barker (2000) berfokus pada proses perubahan untuk memberdayakan klien memimpin pemulihannya sendiri. Perawat mengidentifikasi masalah psikososial klien dan keluarga, dalam tiga domain yaitu domain diri (*self domain*), domain dunia (*world domain*), domain lainnya (*others domain*).

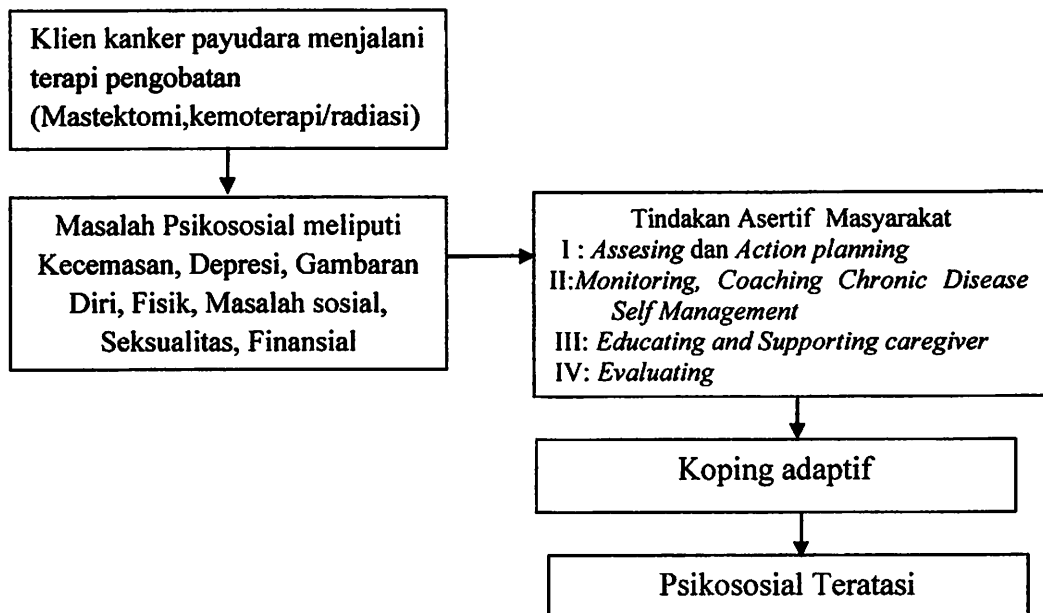
Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang memuat nilai *Tidal Model* berupa mendengar keluh kesah dan memahami perasaan klien, mengembangkan rasa ingin tahu tentang keadaan klien, mendiskusikan permasalahan klien, memastikan klien mau melakukan perubahan serta memberikan solusi dengan memunculkan potensi diri yang dimiliki klien yaitu menumbuhkan semangat untuk sembuh, mempunyai perasaan bahwa klien tidak sakit sehingga klien dapat lebih berperan

dalam hidupnya sehari-hari melalui tindakan asertif masyarakat. Nilai *Tidal Model* ini tertuang pada setiap pertemuan dalam tindakan asertif masyarakat.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat juga mengikutsertakan dukungan keluarga. Dukungan keluarga penting untuk meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani terapi pengobatan (radiasi maupun kemoterapi). Penanganan klien kanker payudara harus dilakukan dengan pendekatan yang holistik yaitu melihat klien dari sudut pandang biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Dengan pendekatan yang bersifat holistik ini klien memperoleh pelayanan yang lebih baik. Pendekatan psikologis (kejiwaan) oleh keluarga terdekat sangat penting agar klien tidak berada pada keadaan yang cemas, stress, atau depresi yang pada akhirnya akan menurunkan imunitas atau kekebalan tubuh klien yang sangat penting untuk penyembuhan pasien (Hawari, 2004).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penelitian ini mengambil judul “Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara”.

1.2 Kajian Masalah



Klien kanker payudara memiliki berbagai aspek yang dapat menimbulkan masalah psikososial, yaitu terkait penyakit (lama diagnosis, tingkat keparahan, prognosis yang buruk, rasa sakit), individu/klien (ketakutan akan rasa sakit, kematian, kehilangan kontrol dan kemandirian, merasa tidak berdaya), penanganan (efek samping terapi, lamanya waktu penanganan, perawatan berulang, mahal biaya), dan tim medis (kurangnya komunikasi dan informasi) (Teodora, N, & S.C, 2012).

Diagnosa kanker dan pengobatan yang dijalani dapat berpengaruh pada kehidupan pribadi, kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pekerjaan, hubungan sosial, peran dalam keluarga yang dapat menciptakan masalah/stress psikososial (Baqutayan, 2012). Masalah psikososial yang berupa kecemasan, depresi gambaran diri, kondisi fisik, sosial, seksualitas dan social ekonomi.

Intervensi psikososial klien kanker payudara berisi program pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dimana pelayanan diberikan di lingkungan *natural* (tempat tinggal) bukan dalam *setting* (pelayanan) rumah sakit (Sand & G, 2000). Intervensi yang dimaksud adalah pelaksanaan tindakan asertif masyarakat. Pelaksanaan Tindakan Asertif Masyarakat yang dilakukan perawat meliputi 1) *Assesing* dan *Action planning* 2) *Monitoring, Coaching Chronic Disease Self Management* 3) *Educating and Supporting caregiver* dan 4) *Evaluating*. Pendekatan teori keperawatan *Tidal Model* yang dikembangkan Phill Barker (2000) berfokus pada proses perubahan untuk memberdayakan klien memimpin pemulihannya sendiri.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat diharapkan dapat membentuk koping adaptif bagi klien kanker payudara. Dengan adanya koping adaptif dapat mengatasi masalah psikososial klien sehingga kualitas hidup klien kanker payudara dapat meningkat. Berdasarkan latar belakang di atas maka penelitian ini mengambil judul “Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara”.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap kecemasan klien kanker payudara.
2. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap depresi klien kanker payudara.
3. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap gambaran diri klien kanker payudara.
4. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap kondisi fisik klien kanker payudara.
5. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap sosial klien kanker payudara.
6. Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap seksualitas klien kanker payudara.
7. Menganalisis perbedaan pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap sosial ekonomi klien kanker payudara.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini menambah khasanah keilmuan keperawatan dalam mengembangkan intervensi keperawatan melalui pelaksanaan Tindakan Asertif Masyarakat sebagai intervensi pelayanan psikososial yang berhubungan dengan perawatan dan upaya peningkatan kualitas hidup klien kanker payudara.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Klien

Hasil penelitian ini meningkatkan pengetahuan dan kemandirian klien kanker payudara terhadap masalah psikososial sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidupnya

2. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai penyakit serta dampak pengobatan sehingga mampu merawat klien

3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan dan pengetahuan dalam mengatasi masalah psikososial klien kanker payudara.

4. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dalam memberikan intervensi keperawatan secara mandiri dalam melaksanakan asuhan keperawatan profesional klien kanker payudara.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam penelitian ini akan diuraikan tentang konsep-konsep yang terkait dengan penelitian yang akan dilakukan, yaitu :

2.1 Kanker Payudara

2.1.1 Pengertian Kanker Payudara

Kanker Payudara (*Carcinoma mammae*) adalah tumor ganas yang menyerang jaringan payudara, jaringan payudara tersebut terdiri dari kelenjar susu (kelenjar pembuat air susu), saluran kelenjar (saluran air susu) dan jaringan penunjang payudara (Mardiana, 2007). Terdapat 4 stadium dalam kanker payudara mulai dari stadium 1 hingga stadium 4 (metastasis jauh). Kanker payudara invasif dapat didefinisikan sebagai diseminasi sel-sel kanker yang berada diluar membran basal dari duktus dan lobus payudara sampai sekitar jaringan yang berdekatan /juga bisa pada jaringan yang jauh.

2.1.2 Etiologi Kanker Payudara

Sebagian besar kanker payudara terjadi tanpa penyebab yang jelas, walaupun diketahui terdapat beberapa faktor predisposisi (Davey, 2005) yaitu:

1. Paparan estrogen: terutama apabila tidak diimbangi dengan progesteron, menjelaskan hubungan kanker payudara dengan menstruasi yang mulai pada usia lebih muda, menopause yang terlambat dan nullipara.

2. Riwayat keluarga dan pribadi : 10% kanker payudara ditemukan secara genetis dalam kaitannya dengan gen BRCA-I, BRCA-2, p53. Adanya riwayat kanker payudara, endometrium, atau kanker ovarium mengindikasikan adanya peningkatan risiko yang ditentukan secara genetis. Adanya riwayat kanker payudara jinak dan radiasi dada juga merupakan faktor risiko.

3. Konsumsi lemak tinggi dan status ekonomi.

Faktor risiko terjadinya kanker payudara menurut Baughman & Hackley (2000) adalah sebagai berikut :

1. Kanker payudara sebelumnya, risiko berkembang pada payudara lain meningkat 1% setiap tahun.
2. Nuliparitas atau kelahiran anak pertama setelah usia 30 tahun.
3. Pemajanan berkepanjangan pada stimulasi hormonal
4. Pemajanan terhadap radiasi pengionan setelah pubertas dan sebelum usia 30 tahun.
5. Obesitas, kontrasepsi oral, terapi penggantian hormon, konsumsi alkohol dan diet tinggi lemak.

2.1.3 Tanda dan Gejala Kanker Payudara

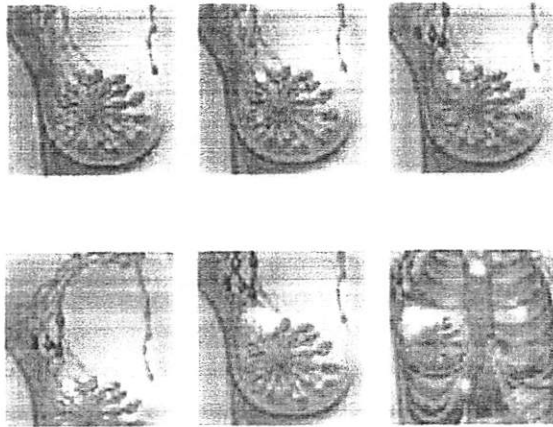
Tanda dan gejala kanker payudara menurut Gruendemann & Fernsebner (2005) antara lain adalah terabanya benjolan atau penebalan payudara, biasanya

tidak nyeri, pengeluaran rabas dari puting payudara berdarah atau serosa, cekungan atau perubahan kulit payudara, asimetris payudara, retraksi atau adanya skuama pada puting payudara, tanda-tanda stadium lanjut yaitu nyeri, pembentukan ulkus dan edema.

2.1.4 Klasifikasi Kanker Payudara

Tumor mempunyai tahap I-IV tergantung pada ukuran, nodus limfe yang terkena dan metastasis. Tahapan lainnya digambarkan dalam simbol TNM, yaitu T= Tumor Primer, N= Nodus limfe yang terlibat, M= metastasis (Baughman & Hackley, 2000).

1. Tahap I : tumor kecil kurang dari 2 cm, nodus limfe negatif, tidak terdeteksi metastasis
2. Tahap II : tumor lebih besar dari 2 cm tetapi kurang dari 5 cm, nodus limfe tak terfiksasi negatif atau positif, tidak terdeteksi metastasis.
3. Tahap III : tumor lebih besar dari 5 cm, atau tumor dengan ukuran berapapun dengan invasi kulit atau dinding dada atau nodus limfe terfiksasi positif dalam area klavikular tanpa ada metastasis
4. Tahap IV ; tumor dalam ukuran berapa saja dengan nodus limfe positif atau negatif metastasis jauh.



(Kemenkes, 2010)

Gambar 2.1 Stadium Kanker Payudara

2.1.5 Patofisiologi Kanker Payudara

Patogenesis terjadinya kanker payudara disebut karsinogenesis. Pada tahun 1971 Folkman mengetengahkan bahwa pertumbuhan tumor tergantung pada angiogenesis dimana tumor akan mengaktifkan endothelial sel dalam keadaan dormant untuk berproliferasi dengan mengeluarkan isyarat kimia. Hipotesis Folkman ini memperlihatkan bahwa tumor sangat memerlukan angiogenesis untuk dapat tumbuh diatas ukuran 1-2 millimeter. Angiogenesis ini diatur secara ketat, melalui proses tahapan yang rumit dan hanya pada keadaan tertentu seperti proses penyembuhan luka serta proliferasi sel kanker. Pembelahan sel tumor yang dipacu oleh angiogenic stimulatory peptides akan menyebabkan tumor menjadi cepat tumbuh serta akan mudah invasi ke jaringan sekitar, dan metastase. Sebaliknya, pembelahan sel tumor yang diberikan inhibitors angiogenesis akan menghambat pertumbuhan tumor, invasi dan mencegah metastase.

2.1.6 Penatalaksanaan Kanker Payudara

Terapi yang dilakukan pada kanker payudara (Davey, 2005) yaitu :

1. Pembedahan

Pada sebagian besar pasien, terapi bedah primer bertujuan untuk mengangkat tumor (meminimalkan risiko rekurensi lokal) dan untuk menentukan stadium serta prognosis dari tumor yang dimodifikasi atau konservasi payudara (lumpektomi dengan radioterapi pascaoperasi). Eksisi lokal tumor (dengan batas jaringan normal yang dikonfirmasi secara histologis) dilanjutkan dengan radioterapi radikal pascaoperasi, akan menghasilkan kontrol lokal yang baik seperti mastektomi total diindikasikan untuk tumor multisentrik berukuran $>4\text{cm}$, atau apabila terdapat DCIS yang luas, atau keterlibatan kulit. Diseksi aksila yang luas mengurangi risiko rekurensi pada aksila.

2. Radioterapi

Radioterapi adjuvant pada payudara mengurangi risiko rekurensi tumor lokal setelah operasi konversi payudara. Radioterapi pada aksila dilakukan apabila pengambilan sampel KGB aksila telah menunjukkan hasil positif, namun tidak dilakukan apabila telah dilakukan diseksi aksila lengkap karena hanya menambah sedikit pada kontrol lokal dan menimbulkan limfadema yang tinggi.

Terapi sistemik adjuvant yaitu pada 30-50% pasien dengan kanker payudara yang tampak dapat direseksi meninggal karena penyakit tersebut mengindikasikan adanya mikrometastasis pada saat diagnosis. Terapi adjuvant sistemik mengurangi risiko relaps penyakit.

Terapi endokrin seperti tamoksifen, suatu antiestrogen dapat mengurangi risiko relaps penyakit pada semua wanita. Manipulasi hormonal yang mirip juga dapat diperoleh dengan pelepasan luteinisasi (*Luteizing Hormone-Releasing Hormone* atau LHRH) atau dengan ooforektomi.

3. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi sistemik yang dapat digunakan untuk menghambat pertumbuhan atau membunuh sel-sel kanker dengan obat-obat anti kanker yang disebut sitostatika (Sukardja, 2000). Kemoterapi dilakukan sebagian besar pasien (penyakit < 1 cm), derajat rendah, nodus negatif dengan penyakit risiko sedang sampai tinggi dapat memperoleh keuntungan dari kemoterapi adjuvant.

Kemoterapi digunakan untuk menurunkan risiko kekambuhan kanker payudara dengan mencegah replikasi dari sel kanker dan penyebaran ke jaringan lain. Kemoterapi juga selalu direkomendasikan jika sel kanker sudah sampai ke nodul limfe, tanpa memperhatikan ukuran tumor ataupun status menopause.

2.2 Model Tindakan Asertif Masyarakat

Model Tindakan Asertif Masyarakat pertama kali berkembang pada awal tahun 70-an, setelah terjadinya deinstitutionalisasi, dimana sejumlah besar pasien dipulangkan dari RSJ, setelah kembali ke masyarakat mengalami berbagai masalah di masyarakat. Awalnya disebut *Madison Model*, yaitu suatu strategi untuk mencegah perawatan kembali pasien skizofrenia. Saat itu suatu kelompok profesional kesehatan jiwa di *Mendota Mental Health Institute* di Wisconsin- Arnold Marx, M.D., Leonard Stein, M.D dan Mary Ann Test, Ph.D- menemukan bahwa banyak pasien dengan gangguan jiwa berat yang telah menjalani perawatan di rumah sakit dan pulang ke rumahnya dalam keadaan stabil hanya mampu bertahan dalam waktu singkat dalam lingkungan kehidupannya dan dalam waktu singkat menjalani perawatan kembali di rumah sakit. Kelompok tersebut kemudian merencanakan suatu program yang dapat membantu pasien bertahan di lingkungan tempat tinggalnya dan menjalani kehidupan yang berkualitas

2.2.1 Pengertian Tindakan Asertif Masyarakat

Tindakan Asertif Masyarakat adalah suatu program pelayanan kesehatan dengan pendekatan tim multidisiplin yang memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan berat dimana pelayanan diberikan di lingkungan natural pasien bukan dalam setting rumah sakit (ACT Tools Kit, 2008).

Tindakan Asertif Masyarakat adalah suatu model yang didesain untuk memberikan pelayanan terdiri dari tim multidisiplin untuk memberikan pelayanan

secara komprehensif dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia, mengatasi masalah psikososial dan ditujukan untuk mengatasi masalah yang kompleks karena lamanya perawatan pasien gangguan jiwa (PKKJM, 2016)

Tindakan Asertif Masyarakat merupakan program yang ditujukan untuk memberikan dukungan pada masyarakat secara intensif terhadap individu yang mengalami gangguan jiwa dimana klien mengalami kesulitan pada pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, pemenuhan kebutuhan dasar, serta keamanan hidupnya. Tindakan Asertif Masyarakat merupakan tindakan dengan pendekatan tim yang diberikan secara komprehensif dan fleksibel, untuk memberi dukungan, serta pelayanan di tatanan masyarakat. Masalah yang umum yang bisa diterapkan dengan pendekatan Tindakan Asertif Masyarakat antara lain seperti pengangguran, penyalahgunaan zat, tunawisma, penyakit kronik dan pemulihan pasien gangguan mental emosional (Stuart, 2009).

Model Tindakan Asertif Masyarakat merupakan pendekatan tim multidisipliner terhadap asuhan individu yang mengalami penyakit jiwa berat dalam menyediakan layanan pada tatanan alami klien, di tempat tinggal klien termasuk rumah singgah tuna wisma (Bond & Drake, 2015).

2.2.2 Tujuan Tindakan Asertif Masyarakat

Tujuan umum :

1. Menurunkan angka perawatan pasien dengan gangguan jiwa berat
2. Meningkatkan stabilitas pasien di lingkungan tempat tinggalnya

3. Meningkatkan kualitas hidup pasien
4. Membantu klien dalam memenuhi kebutuhan kehidupan bermasyarakat setelah pulang dari bentuk asuhan lain yang lebih membatasi dan mengurangi rawat inap berulang

Tujuan Khusus:

1. Untuk menurunkan/meminimalisasi gejala gangguan jiwa bagi tiap-tiap pasien secara individual dan untuk meminimalisasi atau mencegah berulangnya episode penyakit
2. Untuk memberikan pemenuhan dasar dan meningkatkan kualitas hidup
3. Untuk meningkatkan fungsi sosial dan perannya dalam pekerjaan
4. Untuk meningkatkan kemampuan individu menjalani kehidupan secara mandiri di lingkungannya
5. Untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien

(ANA, 2007)

2.2.3 Indikasi Tindakan Asertif Masyarakat

Populasi target :

1. Klien yang menjalani perawatan dalam jangka waktu lama dan yang sering dirawat di rumah sakit
2. Klien yang sering dibawa ke *emergency room* (> 4x/tahun)

3. Klien yang tidak mempunyai tempat tinggal
4. Klien dengan komorbiditas dengan gangguan penyalahgunaan zat (dual diagnosis)
5. Klien yang terlibat dengan masalah hukum
6. Klien dengan penyakit atau gangguan jiwa yang serius dan terus menerus
7. Gangguan fungsional berat
8. Tidak merespon dengan baik terhadap pengobatan rawat jalan dalam perawatan kesehatan mental

2.2.4 Kontraindikasi Tindakan Asertif Masyarakat

1. Klien yang mendapatkan manfaat dengan terapi konvensional : klien yang tidak bermasalah dengan *compliance*, efek samping, ekspresi emosi keluarga
2. Klien dengan gangguan kepribadian

2.2.5 Pelayanan Tindakan Asertif Masyarakat

1. Terapi

- Terapi psikofarmakologi
- Terapi suportif individual
- Terapi intervensi krisis secara berpindah-pindah (*mobile crisis intervention*)

- Terapi penyalahgunaan zat termasuk terapi kelompok (untuk klien dengan dual diagnosis)

2. Rehabilitasi

- Pelatihan keterampilan perilaku (terapi suportif dan CBT), termasuk pengaturan waktu dan melaksanakan kegiatan sehari-hari
- *Supported employment*, baik pada pekerjaan yang dibayar maupun *volunteer*
- Dukungan untuk pendidikan

3. Pelayanan dukungan

- Dukungan, edukasi dan pelatihan keterampilan untuk anggota keluarga
- Kolaborasi dengan keluarga
- Dukungan langsung untuk membantu klien mendapatkan pelayanan hukum dan advokasi, dukungan finansial, dukungan untuk tempat tinggal, pelayanan manajemen keuangan dan transportasi

2.2.6 Prinsip-Prinsip Tindakan Asertif Masyarakat

1. Pelayanan ditujukan pada kelompok khusus, yaitu individu dengan gangguan mental emosional

2. Tim Tindakan Asertif Masyarakat memberikan pelayanan, dukungan dan pelayanan rehabilitatif
3. Anggota tim berbagi tanggung jawab untuk individu yang ditangani oleh tim
4. Ratio staf dan konsumen cukup kecil, yaitu 1:10
5. Rentang terapi dan pelayanan adalah komprehensif dan fleksibel
6. Intervensi dilakukan dalam lingkungan tempat tinggal pasien, bukan dalam setting RS/Klinik
7. Tidak ada batasan waktu dalam memberikan pelayanan
8. Terapi, dukungan dan rehabilitasi dilakukan secara individual
9. Pelayanan tersedia dalam 24 jam/sehari
10. Tim bersifat asertif dalam melakukan pelayanan

Gambaran penting dari Tindakan Asertif Masyarakat

1. Staf multidisiplin

Tim yang memberikan layanan Tindakan Asertif Masyarakat terdiri dari berbagai profesi yang saling bekerja sama memberikan layanan komprehensif untuk pasien dengan gangguan mental emosional

2. Pelayanan yang terintegrasi

Pelayanan dalam Tindakan Asertif Masyarakat dilakukan secara terintegrasi oleh sebuah tim, yang terdiri dari :

- Terapi : terapi obat/medikasi, perawatan kesehatan fisik, kontrol gejala
- Layanan rehabilitasi : aktivitas sehari-hari, hubungan interpersonal
- Terapi penyalahgunaan zat
- Bantuan-bantuan praktis
- Layanan sosial
- Layanan terhadap keluarga
- Layanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien

3. Pendekatan tim

Anggota tim Tindakan Asertif Masyarakat adalah para profesional di bidang kesehatan jiwa dari berbagai profesi yang bekerja bersama-sama secara kolaboratif. Masing-masing anggota tim mempunyai klien tetap yang ditangani, tetapi anggota tim yang lain juga mengenal klien dari anggota tim yang lain dan siap memberikan bantuan sesuai dengan keahliannya pada saat diperlukan. Anggota tim melakukan pertemuan secara rutin untuk membahas tentang klien yang ditemui, pemecahan masalah yang dihadapi dan rencana penatalaksanaannya. Masing-masing anggota tim mempunyai tanggung jawab terhadap sejumlah klien yang

telah ditentukan, kemudian pada saat pertemuan permasalahan yang dihadapi oleh masing-masing klien dibahas bersama-sama untuk merencanakan pemecahan permasalahannya.

4. Rasio staf-klien rendah (1:10)

Rasio staf dengan klien relatif kecil untuk menjamin layanan yang adekuat untuk masing-masing klien. Rasio yang ideal adalah satu tenaga kesehatan melayani 10 klien.

5. Tempat kontak di lingkungan pasien dengan kunjungan rumah (*home visit*)

Semua anggota tim Tindakan Asertif Masyarakat melakukan kunjungan rumah terhadap klien. Kemudian dilakukan di lingkungan tempat tinggal pasien atau lingkungannya, seperti ditempat kerja klien, bukan pertemuan di tempat pelayanan kesehatan. Penilaian yang dilakukan di lingkungan kehidupan pasien sehari-hari akan memberikan hasil yang lebih akurat tentang keadaan dan masalah yang dihadapi klien

6. *Medication Management*

Prioritas utama dari Tindakan Asertif Masyarakat adalah pemberian pengobatan yang efektif, dengan penilaian yang adekuat tentang gejala yang dialami pasien dan diagnosisnya, pemilihan obat yang rasional, dosis dan durasi terapi yang adekuat, dan penatalaksanaan efek samping yang mungkin dialami.

7. Fokus pada masalah kehidupan sehari-hari

Tim Tindakan Asertif Masyarakat berfokus pada aktivitas sehari-hari klien, tergantung dari kebutuhan pasien seperti rumah yang aman, membuat rencana pertemuan, melakukan pembayaran dan berbelanja. Tim Tindakan Asertif Masyarakat juga membantu klien mendapatkan keterampilan dalam lingkungan tempat tinggalnya.

8. Akses yang cepat

Tim Tindakan Asertif Masyarakat memberikan respon yang cepat terhadap masalah *emergency* yang dihadapi klien, sehingga bisa dikatakan bahwa tim Tindakan Asertif Masyarakat bekerja 24 jam sehari

9. *Assertive Outreach*

Tim Tindakan Asertif Masyarakat melakukan pendekatan pada klien yang menolak untuk bekerja sama, dan tidak secara otomatis menghentikan pelayanan terhadap klien yang menolak kerjasama

10. Pelayanan yang bersifat individual

Pelayanan dan dukungan yang diberikan kepada klien bersifat individual untuk mengakomodasi kebutuhan dari klien dengan gangguan mental emosional yang berada pada populasi heterogen

11. Pelayanan tidak terbatas waktu

Layanan yang diberikan pada klien tetap diberikan walaupun klien mengalami stabilisasi dari permasalahan yang dihadapi, baik stabilisasi pengobatan, gejala dan masalah keluarga/lingkungannya. Pelayanan yang diberikan adalah pelayanan seumur hidup, sehingga keadaan klien tetap dipantau secara berkala.

2.2.7 Peran Utama Tim Tindakan Asertif Masyarakat

1. Pimpinan Tim

- Bertanggung jawab terhadap persoalan administratif anggota tim, termasuk penentuan dan pelatihan anggota tim
- Bertanggung jawab terhadap penjadwalan kegiatan, mengevaluasi kinerja anggota tim
- Monitoring pelaksanaan program sesuai dengan “aturan” dari model Tindakan Asertif Masyarakat
- Bertanggung jawab terhadap sumber-sumber finansial
- Bertanggung jawab terhadap supervisi klinis; monitoring status pasien, melakukan penilaian terhadap kinerja anggota tim dan memberikan *feedback* kepada anggota tim dalam aktivitas sehari-hari
- Anggota tim bersama-sama dengan pimpinan tim

- Mengadakan pendataan pasien-pasien yang memenuhi kriteria mendapatkan pelayanan Tindakan Asertif Masyarakat
- Melakukan kunjungan rumah untuk menemukan masalah yang dihadapi pasien di lingkungan tempat tinggal nya
- Mengadakan pertemuan rutin untuk mebahas masalah sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien
- Menentukan pelayanan terintegrasi oleh tim multidisiplin

2. Psikiater

Sertifikasi dokter dalam bidang psikiatri oleh *American Board of Psychiatry and Neurology* mewajibkan dokter tersebut menjalankan praktik sebagai dokter residen selama tiga tahun, dua tahun praktik klinis, dan menyelesaikan ujian. Fungsi utama psikiater ialah mendiagnosis gangguan mental emosional dan meresepkan terapi medis

3. Psikolog

Psikolog klinis memiliki gelar doktor (Ph.D) dalam bidang psikologis klinis dan disiapkan untuk mempratekkan terapi, melakukan riset, dan menginterpretasi tes psikologis. Psikolog juga dapat berpartisipasi dalam merancang program terapi untuk kelompok individu

4. Perawat Psikiatri

Perawat terdaftar memperoleh pengalaman menangani klien psikiatri setelah lulus dari program keperawatan yang diakreditasi dan menyelesaikan ujian lisensi. Perawat memiliki landasan yang kuat dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan rehabilitasi di semua bidang sehingga ia memandang klien secara holistik. Perawat juga merupakan anggota tim yang esensial dalam mengevaluasi keefektifan terapi medis, khususnya medikasi. Perawat terdaftar yang memperoleh gelar master dalam bidang kesehatan jiwa.

5. Pekerja sosial psikiatri

Kebanyakan pekerja sosial disiapkan pada tingkat master dan mereka diberi lisensi di beberapa negara. Pekerja sosial dapat mempraktikkan terapi dan sering memiliki tanggung jawab utama untuk bekerja dengan keluarga, dukungan masyarakat dan rujukan.

6. Ahli terapi okupasi

Ahli terapi okupasi dapat memiliki gelar *Associate* (asisten terapi okupasi bersertifikat) atau gelar sarjana (ahli terapi okupasi bersertifikat). Terapi okupasi berfokus pada kemampuan fungsional klien dan cara untuk meningkatkan fungsi klien, misalnya bekerja dalam bidang seni dan kerajinan tangan berfokus pada keterampilan psikomotor.

7. Ahli terapi rekreasi

Banyak ahli terapi rekreasi menyelesaikan gelar sarjana, tetapi di beberapa instansi, individu berpengalaman yang mengisi peran ini. Ahli terapi rekreasi membantu klien mencapai keseimbangan antara bekerja dan bermain dalam hidupnya dan menyediakan aktivitas yang meningkatkan penggunaan waktu luang atau waktu yang tidak terjadwal secara konstruktif.

8. Spesialisasi rehabilitasi vokasional

Rehabilitasi vokasional meliputi kegiatan menetapkan minat dan kemampuan klien serta mencocokkannya dengan pilihan vokasional. Klien juga dibantu dalam keterampilan mencari pekerjaan dan keterampilan, mempertahankan pekerjaan, juga mencapai pendidikan lebih tinggi jika memang diperlukan dan diinginkan. Spesialis rehabilitasi vokasional dapat dipersiapkan pada tingkat master atau sarjana dan mungkin memiliki tingkat otonomi yang berbeda-beda serta supervisi program berdasarkan pendidikan.

2.2.8 Pelaksanaan Tindakan Asertif Masyarakat

Setiap klien mendapatkan jenis pelayanan, meliputi

1. *Assesing dan Planning Care*

Pada sesi ini mengkaji masalah psikososial yang dialami klien dan merencanakan intervensi sesuai masalah klien. Pada sesi ini, klien menceritakan pengalaman/masalah psikososial yang dirasakan. Hal ini

sesuai dengan nilai dalam *tidal model* yaitu menghargai suara (*value the voice*) dan menghormati bahasa (*respect the language*). Peneliti mendengarkan dan memperhatikan segala bahasa tubuh yang disampaikan klien. Peneliti menanamkan nilai dengan mengembangkan rasa ingin tahu tentang masalah yang dialami klien. Setelah menemukan masalah psikososial yang dialami, peneliti dan klien bersama-sama merencanakan intervensi yang akan dilakukan. Peneliti berusaha menempatkan diri dalam posisi klien.

2. *Monitoring, Coaching dan Chronic Disease Self Management*

Pada sesi ini bertujuan memonitor dan melatih manajemen diri penyakit kronik terkait masalah psikososial yang dialami. Peneliti berusaha menggali sumber daya yang dimiliki klien, agar dapat dimanfaatkan sebagai kekuatan dalam melakukan manajemen diri. Sesuai dengan nilai *tidal model* yaitu menggunakan sumber daya yang ada. Peneliti menggunakan teknik wawancara motivasi dalam menggali sumber daya yang dimiliki. Peneliti memastikan klien memahami tahapan intervensi sehingga klien dapat melakukan sendiri tanpa di dampingi peneliti. Peneliti dan responden bersama-sama menentukan langkah, sesuai dengan nilai *craft the beyond* dalam *tidal model*.

3. *Educating and Supporting caregiver*

Caregiver adalah seseorang dalam anggota keluarga yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan kesehatan nonmedik kepada individu yang menderita penyakit kronis (Hill, 2002). Peran *caregiver* keluarga untuk

merawat klien kanker merupakan kunci keberhasilan rehabilitasi klien. Para perawat memberikan informasi umum tentang bagaimana menjadi seorang pengasuh. Perawat memimpin kelompok dengan memonitor status kesehatan melalui tatap muka secara langsung maupun telepon. Peran perawat selain sebagai pemberi perawatan langsung, juga meliputi pemberian informasi, edukasi dan keterampilan yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga. Pemberian informasi, edukasi dan keterampilan dilakukan oleh perawat agar keluarga memahami tentang penyakit kronik dan mengetahui cara perawatan yang benar.

4. *Evaluating*

Pada sesi ini mengevaluasi teknik intervensi manajemen serta perawatan klien kanker payudara. Peneliti juga mengevaluasi komitmen ke depan yang akan dilakukan oleh klien. Untuk membantu mengkoordinasikan perawatan kompleks, perawat mempersiapkan mereka sebelum pulang ke rumah. Perawat spesialis berperan untuk merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan keluarga. Ketika mereka sampai di rumah, perawat akan mengunjungi mereka pada hari pertama, memastikan mereka memiliki apa yang dibutuhkan dan memahami cara merawat diri mereka sendiri, bagaimana untuk mengambil obat, dan memiliki informasi melalui kontak telepon atas masalah/pertanyaan yang muncul.

2.3 Masalah Psikososial

2.3.1 Pengertian Masalah Psikososial

Psikososial adalah suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial atau sebaliknya secara terintegrasi. Psikososial berasal dari gabungan dua kata, psiko dan sosial. Kata “psiko” mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku), sedangkan “sosial” mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang lain di lingkungannya. Berdasarkan asal katanya, psikososial menunjuk pada hubungan yang dinamis antara faktor psikis dan sosial yang saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain (PKFP, 2010).

Definisi lain juga menyebutkan bahwa aspek psikososial merupakan hubungan yang dinamis antara dimensi psikologis/kejiwaan sosial. Klien dan luka psikologis yang dialami individu memiliki kaitan erat dengan keadaan sekitar atau kondisi sosial (Chaplin, 2011). Pemulihan psikososial bagi individu maupun kelompok masyarakat ditujukan untuk meraih kembali fungsi normalnya sehingga tetap menjadi produktif dan menjalani hidup yang bermakna setelah peristiwa yang traumatik.

Masalah Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor

penyebab terjadinya gangguan jiwa (atau gangguan kesehatan) secara nyata atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial (CMHN, 2006)

2.3.2 Bentuk-bentuk Masalah Psikososial

- a. Cemas, khawatir berlebihan, takut
- b. Mudah tersinggung, mudah merasa kecewa
- c. Bersifat ragu/ merasa rendah diri
- d. Pemarah dan agresif
- e. Reaksi fisik: jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala, gangguan pencernaan
- f. Pikiran kadang menyimpang
- g. Reaksi emosional berlebihan
- h. Perilaku kadang tidak sesuai

2.3.3 Contoh-contoh Masalah Psikososial

- a. Psikotik gelandangan
- b. Pemasungan Klien gangguan jiwa
- c. Masalah anak : anak jalanan, penganiayaan anak
- d. Masalah Anak Remaja: tawuran, kenakalan

- e. Masalah seksual: penyimpangan seksual, pelecehan seksual, eksploitasi seksual
- f. Penyalahgunaan narkotika dan psikotropika
- g. Tindak kekerasan sosial
- h. Stress pasca trauma
- i. Pengungsi/migrasi
- j. Masalah usia lanjut yang terisolir
- k. Masalah kesehatan kerja : kesehatan jiwa di tempat kerja, penurunan produktivitas, stress
- l. Dan lain-lain : HIV/AIDS, Kanker.

2.4 Instrumen *Psychosocial Distress Questionnaire Breast Cancer*

Instrument PDQ-BC (*Psychosocial Distress Questionnaire Breast Cancer*) merupakan psikososial skrenning pasien kanker payudara pada tahap awal. Instrumen ini dikembangkan oleh M.J.P Boogarts-Jeeuken. Instrument ini merupakan metode cepat yang membantu para tenaga kesehatan dalam mengkaji masalah psikososial pasien. Psikososial skrenning dapat sebagai sarana komunikasi antara pasien dengan klien kanker payudara. Pengkajian psikososial ini membutuhkan waktu singkat karena data yang dikaji fokus pada masalah klien.

2.4.1 Kecemasan

Kecemasan adalah kondisi kejiwaan yang penuh dengan kekhawatiran dan ketakutan tentang kemungkinan yang terjadi, berkaitan dengan permasalahan yang terbatas maupun hal-hal yang aneh (Zahrani, 2005). Dalam definisi lain, kecemasan adalah gangguan alam perasaaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2004).

Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu ((Videbeck, 2008)

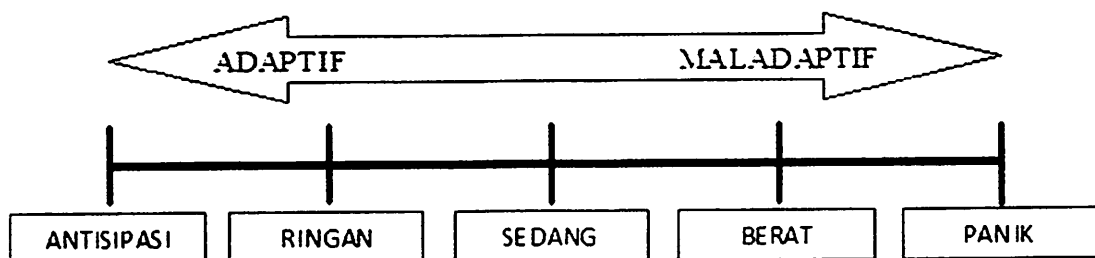
Tingkat Respons Kecemasan

Tabel 2.1 Tingkat Respon Kecemasan

Tingkat Kecemasan	Respons Fisik	Respons Kognitif	Respons Emosional
Ringan (1+)	Ketegangan otot ringan	Lapang persepsi luas	Perilaku otomatis
	Sadar akan lingkungan	Terlihat tenang, percaya diri	Sedikit tidak sabar
	Rileks/sedikit gelisah	Waspada dan memperhatikan banyak hal	Aktivitas menyendiri
Sedang (2+)	Penuh perhatian	Mempertimbangkan informasi	Terstimulasi
	Ketegangan otot sedang	Lapang persepsi menurun	Tidak nyaman
	Tanda-tanda vital meningkat	Tidak perhatian secara selektif	Mudah tersinggung
	Suara berubah: bergetar, nada tinggi	Fokus terhadap stimulus meningkat	Kepercayaan diri goyah
	Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur	Penyelesaian masalah menurun	Tidak sabar,

Tingkat Kecemasan	Respons Fisik	Respons Kognitif	Respons Emosional
Berat (3+)	Hiperventilasi	Sulit berpikir	Bingung
	Meremas tangan, gemetar	Hanya memperhatikan ancaman	Menarikdiri
	Tindakan tanpa tujuan dan serampangan	Preokupasi dengan pikiran sendiri	Penyangkalan
Panik (4+)	Ketegangan otot sangat berat	Persepsi sangat sempit	Merasa terbebani
	Agitasi motorik kasar	Fokus pada pikiran sendiri	Mengamuk, putus asa
	Tidak dapat tidur	Pikiran tidak logis, terganggu	Marah, sangat takut
	Tanda vital meningkat kemudian menurun	Tidak rasional	Mengharapkan hasil buruk
	Tidak dapat tidur	Sulit memahami stimulus eksternal	Merasa tidak mampu, tidak berdaya

Rentang Respons Ansietas



Gambar 2.2 Rentang Respon Kecemasan

2.4.2 Depresi

Depresi atau melankolia adalah suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena, seperti tanda, gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit atau entitas klinis (Stuart, 2009).

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*). Gejala yang khas pada depresi meliputi kelelahan yang parah, tidak mampu berkonsentrasi atau membuat

keputusan, merasa sedih, tidak berharga atau sangat bersalah, hilangnya minat pada aktivitas yang biasa dilakukan. Terdapat perubahan pada selera makan, disertai penurunan/kenaikan berat badan, gangguan tidur, penurunan libido dan berulangnya pikiran akan kematian (Copel, 2000)

Perilaku Yang Berhubungan Dengan Depresi

Tabel 2.2 Perilaku yang berhubungan dengan depresi

Afektif	Fisiologis	Kognitif	Perilaku
Ansietas	Anoreksia	Ketidakmampuan berkonsentrasi	Agresif
Apatis	Sakit kepala	Kehilangan minat dan motivasi	Mudah menangis
Ketidakberdayaan	Gangguan tidur	Menyalahkan diri sendiri	Mudah tersinggung
Rasa tidak berharga	Tidak responsif secara seksual	Tidak dapat mengambil keputusan	Mudah menangis
Kemurungan	Insomnia	Mencela diri sendiri	Menarik diri
Keputusaasaan	Pusing	Ketidakpastian	Intoleransi

2. Gambaran Diri

Gambaran diri adalah kumpulan sikap individu baik yang disadari maupun tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus (anting, *make up*, pakaian, kursi roda dan sebagainya) baik masa lalu maupun sekarang. Citra tubuh merupakan hal pokok dalam konsep diri. Citra tubuh harus realistis karena semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya ia akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan sehingga harga dirinya akan meningkat. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek penting dalam dirinya misalnya perasaan menarik atau tidak dan sebagainya

Menurut Honigman dan Castle (Anwar, 2009) citra tubuh adalah gambaran mental seseorang terhadap bentuk dan ukuran tubuhnya, bagaimana seseorang mempersepsi dan memberikan penilaian atas apa yang dia pikirkan dan rasakan terhadap ukuran dan bentuk tubuhnya, dan atas abagaimana kira-kira penilaian orang lain terhadap dirinya.

Perilaku gambaran diri antara lain :

- a. Menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu
- b. Menolak bercermin
- c. Tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh
- d. Menolak usaha rehabilitasi
- e. Usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat
- f. Menyangkal cacat tubuh

3. Kondisi Fisik

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja. Adapun sistem tubuh yang berperan dalam kebutuhan aktivitas antara lain : tulang, otot dan tendon, ligamen, sistem saraf dan sendi.

Kondisi fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Kondisi Fisik, antara lain:

- 1) Penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunteer dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang
- 2) Sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cidera atau patah tulang dengan pemasangan traksi.

Kategori Tingkat Kemampuan/Aktivitas

Tingkat aktivitas/Mobilitas	Kategori
0	Mampu merawat sendiri secara penuh
1	Memerlukan penggunaan alat
2	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan
4	Sangat bergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

4. Sosial

Masalah sosial yang dimaksud adalah keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya sehingga mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial. Klien dengan kanker payudara mengalami masalah sosial dalam lingkungannya. Situasi bermasalah juga dapat menggambarkan adanya ketimpangan atau kesenjangan anatar situasi yang diharapkan dengan situasi nyata (*a significant discrepancy between standart and social actuality*) situasi tersebut dapat bernuansa mikro, meso, makro; serta berkonteks lokal, regional, nasional dan internasional.

Dalam masalah sosial paling tidak terdapat tiga pihak yang terlibat. Pihak pertama adalah orang yang memahami masalah sosial atau melakukan pelanggaran (*client*). Pihak kedua adalah orang yang menjadi korban masalah tersebut (*victim*). Pihak ketiga adalah orang yang berkaitan dengan permasalahan dan menilai situasi tersebut sebagai situasi yang bermasalah (*significant others*) (Sukoco, 2004)

6. Seksualitas

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi dan emosi.

Seksualitas berhubungan dengan bagaimana seseorang merasa tenang dalam mengkomunikasikan perasaan tersebut kepada orang lain melalui tindakan yang dilakukannya, seperti ciuman, sentuhan, pelukan, senggama seksual dan melalui perilaku yang lebih halus.

Tinjauan Seksualitas dari beberapa aspek, antara lain:

Aspek Biologis : aspek ini memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis dari sistem reproduksi (seksual), kemampuan organ seks, dan adanya hormonal serta sistem saraf yang berfungsi atau berhubungan dengan kebutuhan seksual

Aspek psikologis : aspek ini merupakan pandangan terhadap identitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain.

Aspek sosial budaya : merupakan pandangan budaya atau keyakinan yang berlaku di masyarakat terhadap keutuhan seksual serta perilakunya di masyarakat (Kemenkes, 2010)

7. Sosial Ekonomi

Aspek ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau sarana pendukung) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamnya berkaitan dengan keadaan ekonomi keluarga. Perubahan finansial dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- Berkurangnya jumlah pencari nafkah dalam keluarga

- Pemasukan yang berkurang
- Penambahan biaya dari rumah sakit karena harus membayar biaya pengobatan

Meningkatnya kebutuhan merupakan penyebab perubahan finansial dalam keluarga. Penyesuaian finansial untuk beradaptasi dengan kondisi menurunnya penghasilan. Penyediaan finansial ini dilakukan oleh keluarga dengan cara tetap bersemangat untuk bekerja serta menggunakan bantuan asuransi kesehatan dari pemerintah (Dwijayanti, 2013)

2.5. Teori Keperawatan TIDAL MODEL (Phil Barker)

2.5.1 Pengertian Tidal Model

Tidal model adalah sebuah model pemulihan untuk promosi kesehatan mental yang dikembangkan oleh Profesor Phil Barker, Poppy Buchanan – Barker dan rekan-rekan mereka. Tidal model berfokus pada proses perubahan yang ada pada semua orang. Model ini berusaha untuk mengungkapkan arti dari pengalaman seseorang, menekankan pentingnya suara mereka sendiri dan kebijaksanaan melalui kekuatan metafora. Ini bertujuan untuk memberdayakan seseorang untuk memimpin pemulihannya sendiri bukannya diarahkan oleh para profesional.

Filosofi yang mendasari model ini awalnya terinspirasi oleh penelitian selama lima tahun tentang apa yang dibutuhkan untuk perawatan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh Prof. Dr. Chris Barker dan Stevenson di Universitas Newcastle, sejak tahun 2000, model ini telah diterapkan di Inggris dan luar negeri.

‘Model Pasang Surut’ adalah pendekatan filosofis pada penemuan kesehatan mental. Ini menekankan membantu orang merebut kembali kisah pribadi dari tekanan mental, dengan cara memperbaiki suara mereka. Dengan menggunakan bahasa mereka sendiri. Metafora dan pribadi cerita orang mulai mengungkapkan sesuatu makna kehidupan mereka ini. Langkah pertama menuju kontrol *helping recover* atas hidup mereka.

Model pasang surut menyediakan kerangka kerja praktek untuk eksplorasi kebutuhan pasien untuk keperawatan dan penyediaan perawatan dirancang secara individual (Barker P, 2001).

2.5.2 Konsep Mayor Tidal Model

Tidal Model berawal dari empat poin penting, yaitu :

1. Fokus terapeutik, yang utama dalam kesehatan jiwa adalah komunitas. Tujuan keperawatan mengembalikan mereka ke pengalaman tersebut sehingga mereka dapat melanjutkan perjalanan hidup mereka.
2. Perubahan merupakan proses yang terus berjalan dan konstan. Tujuan utama intervensi adalah membangun kesadaran bahwa sekecil apapun perubahan membawa dampak yang besar bagi hidupnya
3. Kekuatan terletak pada proses asuhan. Membantu klien bagaimana dia dapat lebih berperan dalam hidupnya dan mengontrol hidupnya serta pengalaman yang didapatnya
4. Perawat dan klien adalah satu, tidak dapat dipisahkan seperti penari dalam sebuah tarian.

2.5.3 Filosofi Tidal Model

Model pasang surut diterapkan melalui enam asumsi filosofis :

1. Sebuah keyakinan dalam kebajikan rasa ingin tahu : orang adalah otoritas dunia pada kehidupan mereka dan masalah-masalahnya. Dengan mengekspresikan rasa ingin tahu yang tulus, profesional dapat belajar sesuatu dari “misteri” dari cerita orang.
2. Pengakuan dari kekuatan akal, daripada berfokus pada masalah, defisit atau kelemahan.
3. Menghormati keinginan seseorang bukannya paternalistik
4. Penerimaan paradoks krisis sebagai peluang
5. Mengakui bahwa semua orang memiliki tujuan
6. Keutamaan mengejar keanggunan- cara paling sederhana harus dicari.

2.5.4 Domain Tidal Model

Proses keterlibatan orang lain dalam mengatasi masalah dan kesusahan terjadi dalam tiga domain atau dimensi. Dengan Tidal Model, praktisi mengeksplorasi dimensi-dimensi tersebut untuk sadar akan situasi di saat ini dan menentukan apa yang harus terjadi sekarang. Dimensi tersebut adalah sebagai berikut :

1. Domain diri (*self domain*) adalah dimana orang merasakan pengalaman mereka. Ada penekanan untuk membuat orang merasa lebih aman dan praktisi membantu mengembangkan “rencana keamanan” atau “security plan” untuk mengurangi ancaman terhadapnya atau orang lain disekitarnya.
2. Domain dunia (*world domain*) dimana orang berpegang pada kisah mereka. Praktisi Tidal Model menggunakan cara khusus untuk

mengeksplorasi cerita ini dengan bersama-sama, mengungkapkan makna yang tersembunyi, menggali sumber daya yang ada, dan untuk mengidentifikasi apa yang perlu dilakukan untuk membantu pemulihan.

3. Domain lainnya (*others domain*) menggambarkan berbagai hubungan yang dimiliki seseorang di masa lalu, masa sekarang dan masa depan, tidak hanya praktisi Tidal Model tetapi juga anggota lain dari tim perawatan kesehatan dan sosial, teman, keluarga dan pendukung lainnya.

2.5.5 Nilai Tidal Model

Terdiri dari 10 komitmen yang perlu diperhatikan :

1. *Value The Voice* (Menghargai suara)

Mendengarkan cerita seseorang adalah hal yang paling penting.

2. *Respect The Language* (Hormati bahasa)

Memungkinkan orang untuk mengekspresikan, menggambarkan dan mendeskripsikan pengalaman hidup mereka menggunakan cara dan bahasa mereka sendiri

3. *Develop genuine curiosity* (Mengembangkan rasa ingin tahu)

Menunjukkan ketertarikan dan rasa ingin tahu tentang cerita orang tersebut.

4. *Become the apprentice* (Menjadi apprentice)

Menempatkan diri dalam cerita dan belajar serta mengambil hikmah dari cerita orang yang anda bantu (klien).

5. *Reveal personal wisdom* (Mengungkapkan kebijaksanaan).

Pada dasarnya setiap orang memiliki sikap bijaksana dalam menghadapi setiap pengalaman hidupnya. Praktisi atau tenaga penolong mempunyai tugas untuk membantu mengungkapkan kebijaksanaan tersebut yang akan membantu dalam proses pemulihannya.

6. *Be Transparent* (Jadilah transparan dan terbuka)

Baik klien maupun praktisi/tenaga penolong profesional bersa dalam posisi istimewa dan harus menjadi model yang percaya diri, dengan cara setiap saat menjadi transparan atau terbuka dan membantu memastikan klien tersebut memahami apa yang sebenarnya sedang dilakukannya.

7. *Use the available toolkit* (Menggunakan sumber daya yang ada)

Cerita seseorang berisi informasi yang berharga untuk mengetahui sumber daya mana yang tidak dapat digunakan.

8. *Craft the beyond* (Menentukan langkah)

Praktisi/ tenaga penolong bersama dengan klien membangun sebuah apresiasi dan menentukan langkah apa “sekarang” karena langkah awal merupakan langkah yang penting.

9. *Give the gift on time* (Berikan waktu).

Tidak ada yang lebih berharga daripada waktu yang dihabiskan praktisi dan klien bersama-sama. Pertanyaan yang harus ditanyakan bukan “Berapa banyak waktu yang masih kita punya?” melainkan “Bagaimana kita menggunakan waktu yang ada saat ini”?

10. *Know that change is contant* (Berikan waktu)

Hal ini merupakan pengalaman umum bagi semua orang.

2.5.6 Kompetensi Tidal Model

Kompetensi yang dapat dicapai:

1. Praktisi menunjukkan kapasitas untuk mendengarkan secara aktif cerita orang
2. Praktisi menunjukkan komitmen untuk membantu mencatat cerita orang tersebut sebagai bagian yang berkelanjutan dari proses perawatan
3. Praktisi membantu orang mengekspresikan diri setiap saat dalam bahasa sendiri
4. Praktisi membantu pemahaman orang mengungkapkan pengalamannya melalui penggunaan cerita pribadi, perumpamaan atau mertafora
5. Praktisi menunjukkan minat dalam cerita seseorang dengan meminta klarifikasi titik tertentu, dan meminta contoh-contoh lebih lanjut atau rincian.
6. Praktisi menunjukkan kesediaan untuk membantu orang dalam cerita berlangsung pada tingkat itu sendiri
7. Praktisi mengembangkan rencana perawatan sebisa mungkin, berdasarkan pada kebutuhan yang diungkapkan, atau keinginan dari orang tersebut
8. Praktisi membantu orang mengidentifikasi masalah hidup tertentu dan apa yang perlu dilakukan untuk mengatasinya
9. Praktisi membantu orang mengembangkan kesadaran tentang apa yang mereka kerjakan atau untuk siapa ia bekerja, dalam kaitanya dengan masalah-masalah khusus dari hidup

10. Praktisi menunjukkan minat dalam mengidentifikasi apa yang orang berpikir orang-orang tertentu atau mungkin bisa lakukan untuk membantu mereka lebih lanjut dalam menangani masalah-masalah khusus dari hidup.
11. Praktisi membantu orang mengidentifikasi perubahan seperti apa dan melangkah dalam arah penyelesaian atau bergerak dari suatu permasalahan hidup
12. Praktisi membantu orang mengidentifikasi apa yang harus terjadi dalam waktu dekat, untuk membantu orang untuk mulai mengalami ini “langkah positif” ke arah tujuan yang diinginkan
13. Praktisi membantu orang mengembangkan kesadaran mereka dengan waktu yang diberikan untuk menangani kebutuhan tertentu mereka.
14. Praktisi mengakui ilai dari waktu orang memberikan kepada proses pengiriman penilaian dan perawatan
15. Praktisi membantu orang mengidentifikasi dan mengembangkan kesadaran kekuatan dan kelemahan pribadi
16. Praktisi membantu orang mengembangkan keyakinan diri, sehingga mempromosikan kemampuan mereka untuk membantu diri mereka sendiri
17. Praktisi membantu orang mengembangkan kesadaran paling halus dari perubahan – dalam pikiran, perasaan atau tindakan
18. Praktisi membantu orang mengembangkan kesadaran tentang bagaimana mereka, orang lain atau peristiwa telah mempengaruhi perubahan ini
19. Praktisi bertujuan untuk memastikan bahwa orang tersebut sadar, setiap saat, dari tujuan semua proses perawatan

20. Praktisi memastikan bahwa orang tersebut disediakan dengan salinan dari semua penilaian dan dokumen perancah perawatan untuk referensi mereka sendiri.

2.5.7 Hal-hal Yang Harus Diperhatikan dalam Tidal Model

Agar praktisi dapat memulai proses keterlibatan menggunakan Tidal Model, hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Bahwa pemulihan mungkin terjadi
2. Bahwa perubahan tidak bisa dihindari, tidak ada yang tepat.
3. Bahwa pada akhirnya, orang tahu apa yang terbaik untuk dirinya.
4. Bahwa orang memiliki semua sumber daya yang dibutuhkan untuk memulai perjalanan pemulihan
5. Bahwa orang tersebut adalah guru dan tenaga penolong/praktisi adalah muridnya.
6. Bahwa tenaga penolong/praktisi harus kreatif dan mempunyai rasa ingin tahu dalam mempelajari apa yang perlu dilakukan untuk membantu seseorang.

2.6 Teknik Penyusunan Modul

2.6.1 Pengertian Modul

Modul merupakan salah satu bentuk bahan ajar yang dikemas secara utuh dan sistematis, didalamnya memuat seperangkat pengalaman belajar yang terencana dan didesain untuk membantu peserta didik menguasai tujuan belajar yang spesifik. Modul minimal memuat tujuan pembelajaran, materi/substansi belajar, dan evaluasi.

2.6.2 Tujuan Modul

Penulisan modul bertujuan :

1. **Memperjelas dan mempermudah penyajian pesan agar tidak terlalu bersifat verbal.**
2. **Mengatasi keterbatasan waktu, ruang, dan daya indera, baik siswa atau peserta diklat maupun guru/instruktur.**
3. **Dapat digunakan secara tepat dan bervariasi**
4. **Meningkatkan motivasi dan gairah belajar bagi siswa atau peserta diklat;**
5. **Mengembangkan kemampuan peserta didik dalam berinteraksi langsung dengan lingkungan dan sumber belajar lainnya**

2.6.3 Prinsip Pengembangan Modul

Dalam pengembangan modul, terdapat sejumlah prinsip yang perlu diperhatikan. Modul harus dikembangkan atas dasar hasil analisis kebutuhan dan kondisi. Perlu diketahui dengan pasti materi belajar apa saja yang perlu disusun menjadi suatu modul, berapa jumlah modul yang diperlukan, siapa yang akan menggunakan, sumberdaya apa saja yang diperlukan dan telah tersedia untuk mendukung penggunaan modul, dan hal-hal lain yang dinilai perlu. Selanjutnya, dikembangkan desain modul yang dinilai paling sesuai dengan berbagai data dan informasi objektif yang diperoleh dari analisis kebutuhan dan kondisi. Bentuk, struktur dan komponen modul seperti apa yang dapat memenuhi berbagai kebutuhan dan kondisi yang ada.

Berdasarkan desain yang telah dikembangkan, disusun modul per modul yang dibutuhkan. Proses penyusunan modul terdiri dari tiga tahapan pokok.

1. Menetapkan strategi pembelajaran dan media pembelajaran yang sesuai. Pada tahap ini, perlu diperhatikan berbagai karakteristik dari kompetensi yang akan dipelajari, karakteristik peserta didik, dan karakteristik konteks dan situasi dimana modul akan digunakan.
2. Memproduksi atau mewujudkan fisik modul. Komponen isi modul antara lain meliputi: tujuan belajar, prasyarat pembelajar yang diperlukan, substansi atau materi belajar, bentuk-bentuk kegiatan belajar dan komponen pendukungnya.
3. Mengembangkan perangkat penilaian. Dalam hal ini, perlu diperhatikan agar semua aspek kompetensi (pengetahuan, keterampilan, dan sikap terkait) dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang telah ditetapkan.

2.6.4 Elemen Mutu Modul

Untuk menghasilkan modul pembelajaran yang mampu memerankan fungsi dan perannya dalam pembelajaran yang efektif, modul perlu dirancang dan dikembangkan dengan memperhatikan beberapa elemen yang mensyaratkannya, yaitu: format, organisasi, daya tarik, ukuran huruf, spasi kosong, dan konsistensi.

a. Format

Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait dengan format modul adalah sebagai berikut.

1. Gunakan format kolom (tunggal atau multi) yang proporsional.

Penggunaan kolom tunggal atau multi harus sesuai dengan bentuk dan

ukuran kertas yang digunakan. Jika menggunakan kolom multi, hendaknya jarak dan perbandingan antar kolom secara proporsional.

2. Gunakan format kertas (vertikal atau horisontal) yang tepat. Penggunaan format kertas secara vertikal atau horizontal harus memperhatikan tata letak dan format pengetikan.
3. Gunakan tanda-tanda (icon) yang mudah ditangkap dan bertujuan untuk menekankan pada hal-hal yang dianggap penting atau khusus. Tanda dapat berupa gambar, cetak tebal, cetak miring atau lainnya.

b.Organisasi

1. Tampilkan peta/bagan yang menggambarkan cakupan materi yang akan dibahas dalam modul.
2. Organisasikan isi materi pembelajaran dengan urutan dan susunan yang sistematis, sehingga memudahkan peserta didik memahami materi pembelajaran.
3. Susun dan tempatkan naskah, gambar dan ilustrasi sedemikian rupa sehingga informasi mudah mengerti oleh peserta didik.
4. Organisasikan antarbab, antarunit dan antarpargraf dengan susunan dan alur yang memudahkan peserta didik memahaminya.
5. Organisasikan antar judul, subjudul dan uraian yang mudah diikuti oleh peserta didik.

c.Daya Tarik

Daya tarik modul dapat ditempatkan di beberapa bagian seperti:

1. Bagian sampul (cover) depan, dengan mengkombinasikan warna, gambar (ilustrasi), bentuk dan ukuran huruf yang serasi.
2. Bagian isi modul dengan menempatkan rangsangan-rangsangan berupa gambar atau ilustrasi, pencetakan huruf tebal, miring, garis bawah atau warna.
3. Tugas dan latihan dikemas sedemikian rupa sehingga menarik.

d. Bentuk dan Ukuran Huruf

Persyaratan bentuk dan ukuran huruf pada modul adalah:

1. Gunakan bentuk dan ukuran huruf yang mudah dibaca sesuai dengan karakteristik umum peserta didik.
2. Gunakan perbandingan huruf yang proporsional antar judul, sub judul dan isi naskah.
3. Hindari penggunaan huruf kapital untuk seluruh teks, karena dapat membuat proses membaca menjadi sulit.

e. Ruang (spasi kosong)

Gunakan spasi atau ruang kosong tanpa naskah atau gambar untuk menambah kontras penampilan modul. Spasi kosong dapat berfungsi untuk menambahkan catatan penting dan memberikan kesempatan jeda kepada peserta didik/peserta didik. Gunakan dan tempatkan spasi kosong tersebut secara proporsional. Penempatan ruang kosong dapat dilakukan di beberapa tempat seperti:

1. Ruangan sekitar judul bab dan subbab.

2. Batas tepi (margin); batas tepi yang luas memaksa perhatian peserta didik untuk masuk ke tengah-tengah halaman.
 3. Spasi antar kolom; semakin lebar kolomnya semakin luas spasi diantaranya.
 4. Pergantian antar paragraf dan dimulai dengan huruf kapital.
 5. Pergantian antar bab atau bagian.
 6. Gunakan bentuk dan huruf secara konsisten dari halaman ke halaman.
Usahakan agar tidak menggabungkan beberapa cetakan dengan bentuk dan ukuran huruf yang terlalu banyak variasi.
 7. Gunakan jarak spasi konsisten. Jarak antar judul dengan baris pertama, antara judul dengan teks utama. Jarak baris atau spasi yang tidak sama sering dianggap buruk, tidak rapih.
 8. Gunakan tata letak pengetikan yang konsisten, baik pola pengetikan maupun margin/batas-batas pengetikan.
- f. Konsistensi / taat asas.

Semua elemen yang terdapat pada modul baik yang terkait dengan format penulisan, organisasi, bentuk huruf maupun ruang kosong harus konsisten.

2.6.4 Prosedur Penyusunan Modul

Modul pembelajaran disusun berdasarkan prinsip-prinsip pengembangan suatu modul, meliputi analisis kebutuhan, pengembangan desain modul, implementasi, penilaian, evaluasi dan validasi, serta jaminan kualitas.

Pengembangan suatu desain modul dilakukan dengan tahapan yaitu menetapkan strategi pembelajaran dan media, memproduksi modul, dan

mengembangkan perangkat penilaian. Dengan demikian, modul disusun berdasarkan desain yang telah ditetapkan. Dalam konteks ini, desain modul ditetapkan berdasarkan Rencana Pelaksanaan Pembelajaran (RPP) yang telah disusun oleh guru. Adapun kerangka modul pada pedoman ini telah ditetapkan, sehingga sekolah dimungkinkan untuk langsung menerapkan atau dapat memodifikasi sesuai dengan kebutuhan tanpa harus mengurangi ketentuan-ketentuan minimal yang harus ada dalam suatu modul.

Materi atau isi modul yang ditulis harus sesuai dengan Rencana Pelaksanaan Pembelajaran (RPP) yang disusun. Isi modul mencakup substansi yang dibutuhkan untuk menguasai suatu kompetensi. Sangat disarankan agar satu kompetensi dapat dikembangkan menjadi satu modul, tapi dengan pertimbangan karakteristik khusus, keluasan dan kompleksitas kompetensi, dimungkinkan satu kompetensi dikembangkan menjadi lebih dari satu modul. Selanjutnya, satu modul disarankan terdiri dari 2-4 kegiatan pembelajaran. Apabila pada standar kompetensi yang ada pada Kurikulum/Silabus/RPP ternyata memiliki lebih dari 4 kompetensi dasar, maka sebaiknya dilakukan reorganisasi standar kompetensi (SK) dan kompetensi dasar (KD) terlebih dahulu.

2.6.5 Langkah-langkah Penyusunan Modul

Penulisan modul dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

a. Analisis Kebutuhan Modul

Analisis kebutuhan modul merupakan kegiatan menganalisis silabus dan RPP untuk memperoleh informasi modul yang dibutuhkan peserta didik dalam mempelajari kompetensi yang telah diprogramkan. Nama atau judul modul

sebaiknya disesuaikan dengan kompetensi yang terdapat pada silabus dan RPP. Pada dasarnya tiap satu standar kompetensi dikembangkan menjadi satu modul dan satu modul terdiri dari 2-4 kegiatan pembelajaran. Perlu disampaikan bahwa yang dimaksud kompetensi disini adalah standar kompetensi dan kegiatan pembelajaran adalah kompetensi dasar.

Tujuan analisis kebutuhan modul adalah untuk mengidentifikasi dan menetapkan jumlah dan judul modul yang harus dikembangkan dalam satu satuan program tertentu. Satuan program tersebut dapat diartikan sebagai satu tahun pelajaran, satu semester, satu mata pelajaran atau lainnya.

Analisis kebutuhan modul sebaiknya dilakukan oleh tim, dengan anggota terdiri atas mereka yang memiliki keahlian pada program yang dianalisis. Analisis kebutuhan modul dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

1. Tetapkan satuan program yang akan dijadikan batas/lingkup kegiatan.
Apakah merupakan program tiga tahun, program satu tahun, program semester atau lainnya.
2. Periksa apakah sudah ada program atau rambu-rambu operasional untuk pelaksanaan program tersebut. Misal program tahunan, silabus, RPP, atau lainnya. Bila ada, pelajari program-program tersebut.
3. Identifikasi dan analisis standar kompetensi yang akan dipelajari, sehingga diperoleh materi pembelajaran yang perlu dipelajari untuk menguasai standar kompetensi tersebut.

4. Selanjutnya, susun dan organisasi satuan atau unit bahan belajar yang dapat mewadahi materi-materi tersebut. Satuan atau unit ajar ini diberi nama, dan dijadikan sebagai judul modul.
5. Dari daftar satuan atau unit modul yang dibutuhkan tersebut, identifikasi mana yang sudah ada dan yang belum ada/tersedia di sekolah.
6. Lakukan penyusunan modul berdasarkan prioritas kebutuhannya.

b. Desain Modul

Desain penulisan modul yang dimaksud di sini adalah Rencana Pelaksanaan Pembelajaran (RPP) yang telah disusun oleh guru. Di dalam RPP telah memuat strategi pembelajaran dan media yang digunakan, garis besar materi pembelajaran dan metoda penilaian serta perangkatnya. Dengan demikian, RPP diacu sebagai desain dalam penyusunan/penulisan modul. Namun, apabila RPP belum ada, maka dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut.

1. Tetapkan kerangka bahan yang akan disusun.
2. Tetapkan tujuan akhir (performance objective), yaitu kemampuan yang harus dicapai peserta didik setelah selesai mempelajari suatu modul.
3. Tetapkan tujuan antara (enable objective), yaitu kemampuan spesifik yang menunjang tujuan akhir.
4. Tetapkan sistem (skema/ketentuan, metoda dan perangkat) evaluasi.
5. Tetapkan garis-garis besar atau outline substansi atau materi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yaitu komponen-komponen: kompetensi (SK-KD), deskripsi singkat, estimasi waktu dan sumber pustaka. Bila RPP-nya sudah ada, maka dapat diacu untuk langkah ini.

6. Materi/substansi yang ada dalam modul berupa konsep/prinsip-prinsip, fakta penting yang terkait langsung dan mendukung untuk pencapaian kompetensi dan harus dikuasai peserta didik.
7. Tugas, soal, dan atau praktik/latihan yang harus dikerjakan atau diselesaikan oleh peserta didik.
8. Evaluasi atau penilaian yang berfungsi untuk mengukur kemampuan peserta didik dalam menguasai modul
9. Kunci jawaban dari soal, latihan dan atau tugas.

c. Implementasi

Implementasi modul dalam kegiatan belajar dilaksanakan sesuai dengan alur yang telah digariskan dalam modul. Bahan, alat, media dan lingkungan belajar yang dibutuhkan dalam kegiatan pembelajaran diupayakan dapat dipenuhi agar tujuan pembelajaran dapat tercapai. Strategi pembelajaran dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan skenario yang ditetapkan.

d. Penilaian

Penilaian hasil belajar dimaksudkan untuk mengetahui tingkat penguasaan peserta didik setelah mempelajari seluruh materi yang ada dalam modul. Pelaksanaan penilaian mengikuti ketentuan yang telah dirumuskan di dalam modul. Penilaian hasil belajar dilakukan menggunakan instrumen yang telah dirancang atau disiapkan pada saat penulisan modul.

f. Evaluasi dan Validasi

Modul yang telah dan masih digunakan dalam kegiatan pembelajaran, secara periodik harus dilakukan evaluasi dan validasi. Evaluasi dimaksudkan

untuk mengetahui dan mengukur apakah implementasi pembelajaran dengan modul dapat dilaksanakan sesuai dengan desain pengembangannya. Untuk keperluan evaluasi dapat dikembangkan suatu instrumen evaluasi yang didasarkan pada karakteristik modul tersebut. Instrumen ditujukan baik untuk guru maupun peserta didik, karena keduanya terlibat langsung dalam proses implementasi suatu modul. Dengan demikian hasil evaluasi dapat objektif.

Validasi merupakan proses untuk menguji kesesuaian modul dengan kompetensi yang menjadi target belajar. Bila isi modul sesuai, artinya efektif untuk mempelajari kompetensi yang menjadi target belajar, maka modul dinyatakan valid (sahih). Validasi dapat dilakukan dengan cara meminta bantuan ahli yang menguasai kompetensi yang dipelajari. Bila tidak ada, maka dilakukan oleh sejumlah guru yang mengajar pada bidang atau kompetensi tersebut. Validator membaca ulang dengan cermat isi modul. Validator memeriksa, apakah tujuan belajar, uraian materi, bentuk kegiatan, tugas, latihan atau kegiatan lainnya yang ada diyakini dapat efektif untuk digunakan sebagai media menguasai kompetensi yang menjadi target belajar. Bila hasil validasi ternyata menyatakan bahwa modul tidak valid maka modul tersebut perlu diperbaiki sehingga menjadi valid.

2.7 Keaslian Penelitian

Tabel 2.3 Keaslian Penelitian

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Instrumen	Analisis	Hasil
1	<i>Transforming Assertive Community Treatment Into an Integrated Care System : The Role of Nursing and Primary Care Partnerships</i> (Weinstein, H, W.Cody, & Jordan, 2011)	Cross Sectional Study	Clients have high level behavioral health needs, physical health risks, chronic illnesses	ACT and Guided Care Model		<i>ACT</i> nurses may already be addressing physical health needs of consumers on a daily basis. <i>Guided Care</i> can provide additional guidelines and training to these nurse and a supporting infrastructure to the integrated primary care.
2	<i>The effect of Guided Care teams on the use of health services</i> (Boult, Reider, Leff, & D, 2011)	Cluster – randomized controlled trial (cRCT)	14 primary care teams housed in 8 community based primary care	HCC score, self rated health, instrumental activities of daily living	Statistical software Regression	Guided care reduces the use of home health care but has little effect on the use of other health services in the short run. Its possitive effect on Kaiser-Permanete patients use of skilled nursing facilities and other health services is intriguing.
3	<i>Psychosocial care within a multidisciplinary breast cancer team</i> (Lewis, White, & Dorris, 2005)	Research paper	15 people from seven different professions	A questionnare to assess the range of psychosocial care components		Using a questionnaire is an effective way to elicit information about the psychosocial tasks being provided in clinical practice and staff perceptions about their ability to do those tasks.
4	<i>The Breast Service Psychosocial Model of Care Project</i> (Williams & Mann, 2009)	Inductive analysis	13 women diagnosed with breast cancer	Using in depth semi structured interviews	Qualitative using inductive thematic analysis	Strategies for detecting and responding to the psychosocial needs of patients is a vital and achievable component to the provision of health care
5	<i>Patient experiences with communication about sex during and after treatment</i>	Quantitative survey and focus group	Sampel: Patient and survivors (n:109)	Interview	t-test, FSF, IIEF, PROMIS	Sexual problems are a widespread concern among patients and survivors, but there is much variation

	(Flynn KE, Reese JB, 2012)		Oncology Profesional: 8190		SEX Function Measure	in experiences of communication about sexual issues, and many patients do not receive the information they need from their oncology providers. There are large differences in sexual function between patients who do and do not ask providers about sexual problems. Sexual health has yet to be fully integrated into oncology care, even for cancers involving sex organs.
6	<i>Increased influence and collaboration : a qualitative study of patients experiences of community treatment orders within an Assertive Community Treatment setting</i> (Stuen, Rugkasa, Landheim, & Wynn, 2015)	Modifikasi grounded theory	Purposive sampling 15 interviews (9 interviews conducted at home, 6 interviews at the outpatient clinic, at the ACT teams facilities)	A Thematic interview	Charmaz guidlines Nvivo software	With the ACT teams, patients had received help with housing, finances, and other daily life problems. ACT could be acceptable in the opinion of several of patients that they received other services that they found beneficial
7	<i>Consumers perceptions of Assertive Community Treatment intervention</i> (Tschopp, Berven, & Chan, 2011)	Retrospective	65 pasien dengan gangguan jiwa (Skizofrenia dan skizoafektif)	- Perceptions of mental health services questionnaire - Empowerment scales - Quality of Life Questionare	Croanbach's alpha	The participants tend to perceive ACT indicate a more positive quality of life, a greater sense of empowerment and a more positive working alliance with staff
8	<i>Anxiety, Depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients : a 1-year prospective study</i> (Ng,	Prospective cohort study	221 female patients assesed at the time of diagnosis, 6 months and 12 months.	- Hospital anxiety and depression scale (HADS) - Quality of Life	Spearman Correlations	Malaysian breast cancer patients have relatively low levels of depression and anxiety associated with better QoL for the first 12 months after the diagnosis

	Mohammed, See, & Harun, 2015)	IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA	Questionnaire QLQ-c30)			
9	<i>Treatment outcome in Patients receiving Assertive Community Treatment</i> (Kortrijk, Mulder, Roosenschoon, & D.Wiersma, 2010)	Observational study	139 pasien yang mengikuti ACT dengan kriteria: 1. Berumur 18 tahun atau lebih 2. Pasien dengan diagnosis gangguan Jiwa 3. Pasien yang memiliki motivasi yang rendah	- Health of the nation outcome scales (HoNOS) - Severity of Psychiatric Illness Scale	Linear Mixed model with repeated measures	ACT teams should improve their fidelity with the ACT model. If motivational interviewing is implemented, motivationally challenged patients may benefit more from ACT
10	<i>Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving Assertive Community Treatment</i> (Kortrijk, Staring, Baars, & Mulder, 2010)	Prospective cohort study	260 pasien gangguan jiwa dengan rincian : Involuntary addmitted (n=77) Not involuntary admitted (n=183)	• Health of the nation outcome scales (HoNOS) • Motivation for treatment scale	Mixed model with repeated measures	Involuntary admission is associated with improvements in psychosocial outcome and an increase in motivation for treatment.

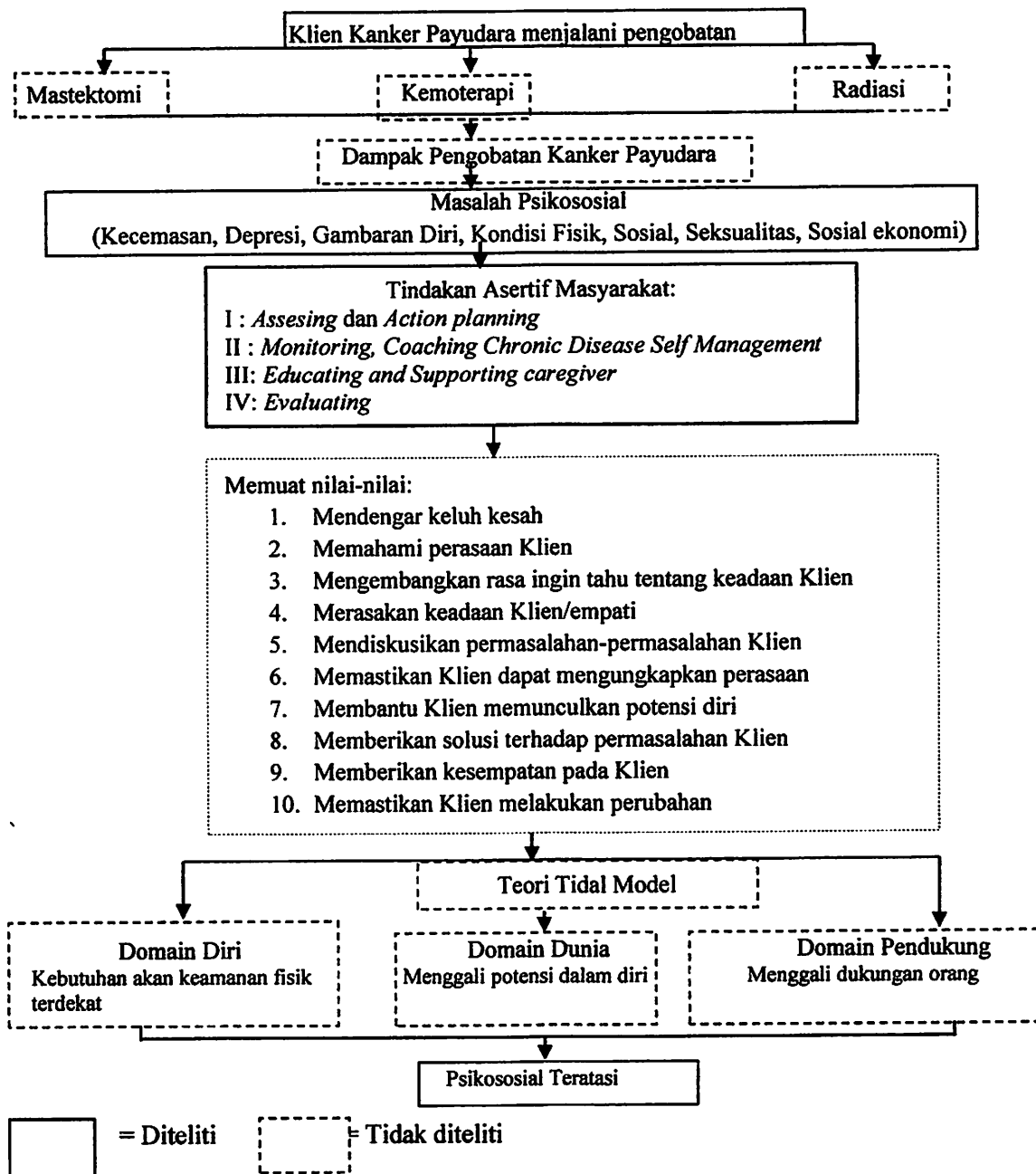
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

1.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara

Usaha yang dilakukan klien untuk menyembuhkan penyakitnya yakni dengan melakukan pengobatan. Jenis pengobatan kanker payudara terdiri atas kemoterapi yang berupa pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk cairan melalui infus, radioterapi yang berupa proses penyinaran sel kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma, mastektomi yakni berupa pembedahan atau pengangkatan sel-sel kanker dengan cara operasi. Pelaksanaan pengobatan kanker payudara dapat menimbulkan masalah psikososial yang meliputi kecemasan, depresi, gambaran diri, kondisi fisik, sosial, seksualitas dan sosial ekonomi. Masalah psikososial pada klien kanker payudara jika tidak segera diatasi dapat menekan ketahanan tubuh yang membuat kondisi klien semakin memburuk. Dampak psikologis yang dialami oleh tiap orang berbeda-beda tergantung pada tingkat keparahan (stadium), jenis pengobatan yang dijalani dan karakteristik masing-masing klien. Pada klien kanker payudara mengalami masalah psikososial, yang sedang menghadapi situasi krisis, bersikap negatif terhadap diri sendiri dan orang lain akibat diagnosa kanker dan pengobatan yang sedang dijalani. Klien menjadi rapuh secara emosional, fisik dan psikologis.

Tindakan Asertif Masyarakat merupakan suatu pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat dengan memberikan pelayanan komprehensif dan fleksibel, berupa dukungan dan pelayanan rehabilitasi dimana pelayanan diberikan di lingkungan tempat tinggal) bukan dalam *setting* (pelayanan) rumah sakit (Sand & G, 2000). Jenis layanan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan dan masalah yang

dihadapi klien. Pelaksanaan Tindakan Asertif Masyarakat meliputi 1) *Assesing* dan *Action planning* 2) *Monitoring, Coaching Chronic Disease Self Management* 3) *Educating and Supporting caregiver* dan 4) *Evaluating* yang didalamnya memuat nilai-nilai antara lain mendengar keluhan kesah, memahami perasaan klien, mengembangkan rasa ingin tahu tentang keadaan klien, mengarahkan klien ke dalam keadaan yang lebih nyaman, memastikan klien dapat mengungkapkan perasaannya, membantu klien memunculkan potensi dirinya, memberikan solusi terhadap permasalahan klien, memotivasi klien untuk segera melakukan perubahan.

Tindakan asertif masyarakat dilakukan perawat dengan menggabungkan tidal model yang dikembangkan oleh Phill Barker. Model ini bertujuan untuk memberdayakan klien dan keluarga dalam manajemen penyembuhan secara mandiri. Tidal Model, perawat mengidentifikasi masalah psikososial klien dan keluarga, dalam tiga domain yaitu domain diri (*self domain*), domain dunia (*world domain*), domain lainnya (*others domain*).

Domain dunia memfokuskan pada menggali potensi dalam diri klien. Hal ini dapat dilakukan dengan membantu mengenali diri sendiri, menggali mengenai tujuan hidup klien, membantu mengidentifikasi kekurangan dan kelebihan yang dimiliki klien, selalu berpikir positif. Domain diri, menunjukkan berfokus pada kebutuhan akan keamanan fisik klien. Perawat melakukan dengan membuat klien merasa diterima di lingkungannya, dilindungi, memberikan kesempatan yang sama pada klien dengan orang lain, memiliki spirituil yang baik. Domain pendukung menggambarkan

hubungan yang dimiliki klien di masa lalu, sekarang dan masa akan datang dengan orang-orang terdekat. Keluarga, teman dan hal lain yang signifikan juga diperlukan dalam mengatasi permasalahan yang dialami klien. Jenis dukungan dan pelayanan yang diperlukan agar klien dapat hidup normal terangkum dalam domain pendukung.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat memuat nilai tidal model berupa mendengar keluh kesah dan memahami perasaan klien, mengembangkan rasa ingin tahu tentang keadaan klien, mendiskusikan permasalahan klien, memastikan klien mau melakukan perubahan serta memberikan solusi dengan memunculkan potensi diri yang dimiliki klien yaitu menumbuhkan semangat untuk sembuh, mempunyai perasaan bahwa klien tidak sakit sehingga klien dapat lebih berperan dalam hidupnya sehari-hari melalui tindakan asertif masyarakat. Perawat membantu mengidentifikasi agar klien dapat lebih berperan dan mengontrol hidupnya melalui tindakan asertif masyarakat.

Berprinsip pada model ini, perawat akan mendapatkan pemahaman yang lebih tentang situasi yang sedang dihadapi klien. Dengan demikian diharapkan dapat mengatasi masalah psikososial yang dialami klien kanker payudara

3.2 Hipotesis Penelitian (H_1)

1. Tindakan asertif masyarakat menurunkan kecemasan klien kanker payudara
2. Tindakan asertif masyarakat menurunkan depresi klien kanker payudara

3. Tindakan asertif masyarakat meningkatkan gambaran diri klien kanker payudara
4. Tindakan asertif masyarakat meningkatkan kondisi fisik klien kanker payudara
5. Tindakan asertif masyarakat meningkatkan sosial klien kanker payudara
6. Tindakan asertif masyarakat meningkatkan seksualitas klien kanker payudara
7. Tindakan asertif masyarakat meningkatkan sosial ekonomi klien kanker payudara
8. Tindakan asertif masyarakat berpengaruh terhadap psikososial klien kanker payudara

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan rancangan *pre-post test control group design*. Desain ini digunakan untuk membandingkan pengaruh intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pada saat sebelum dan setelah pemberian intervensi (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini, kelompok perlakuan diberi intervensi tindakan asertif masyarakat, yaitu dengan cara melakukan pengkajian dan perencanaan (*Assesing* dan *Action planning*), pengawasan dan pengajaran manajemen diri penyakit kronis (*Monitoring, Coaching Chronic Disease Self Management*), pengajaran dan pemberian dukungan keluarga (*Educating and Supporting caregiver*) dan evaluasi (*Evaluating*) sedangkan kelompok kontrol hanya menerima perawatan biasa atau rutin oleh dokter dan perawat puskesmas. Kedua kelompok dilakukan pengukuran terhadap sub variabel masalah psikososial yang terdiri dari kecemasan, depresi, gambaran diri, kondisi fisik, sosial, seksualitas dan sosial ekonomi pada saat sebelum dan setelah intervensi. Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Rancangan penelitian *quasi experiment* (*pre-post test control group design*)

Subjek	Pre tes	Perlakuan	Post tes
K-Intervensi	O ₁	I	O ₂
K-Kontrol	O ₃	-	O ₄
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

- K-A : Subjek (Klien kanker payudara) yang diberi perlakuan
 K-B : Subjek (Klien kanker payudara) kontrol/tidak diberi perlakuan
 - : tidak diberikan intervensi
 O₁ : Observasi masalah psikososial sebelum diberikan Tindakan Asertif Masyarakat pada kelompok perlakuan
 O₂ : Observasi masalah psikososial setelah diberikan Tindakan Asertif Masyarakat pada kelompok perlakuan
 O₃ : Observasi masalah psikososial sebelum diberikan Tindakan Asertif Masyarakat pada kelompok kontrol
 O₄ : Observasi masalah psikososial setelah diberikan Tindakan Asertif Masyarakat pada kelompok kontrol
 I : Tindakan Asertif Masyarakat

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah klien kanker payudara yang berobat di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya. Jumlah populasi klien kanker payudara yang berobat di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya pada tahun 2015 tercatat sebanyak 34 orang (N = 34 orang)

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2016). Sampel pada penelitian ini adalah klien kanker payudara yang berobat di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

1. Berusia 20-60 tahun
2. Wanita yang memiliki suami/pasangan hidup dan tinggal dalam satu rumah.

3. Klien dengan waktu lama sakit kanker payudara $\pm$ 1-5 tahun
4. Klien yang tidak bisa membaca dan menulis.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian (Nursalam, 2016). Kriteria eksklusi pada penelitian sebagai berikut :

1. Klien kanker payudara yang mengalami sesak napas dan lemah
2. Klien kanker payudara yang tidak mempunyai suami/hidup sendiri

4.2.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel secara sengaja sesuai dengan persyaratan sampel yang diperlukan (Siregar, 2012)

Penghitungan besar sampel untuk penelitian ini didasarkan pada rumus sebagai berikut (Nursalam, 2014) :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{34 (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05) (34-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 15$$

Keterangan :

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

Z = nilai standar normal deviasi untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = bperkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

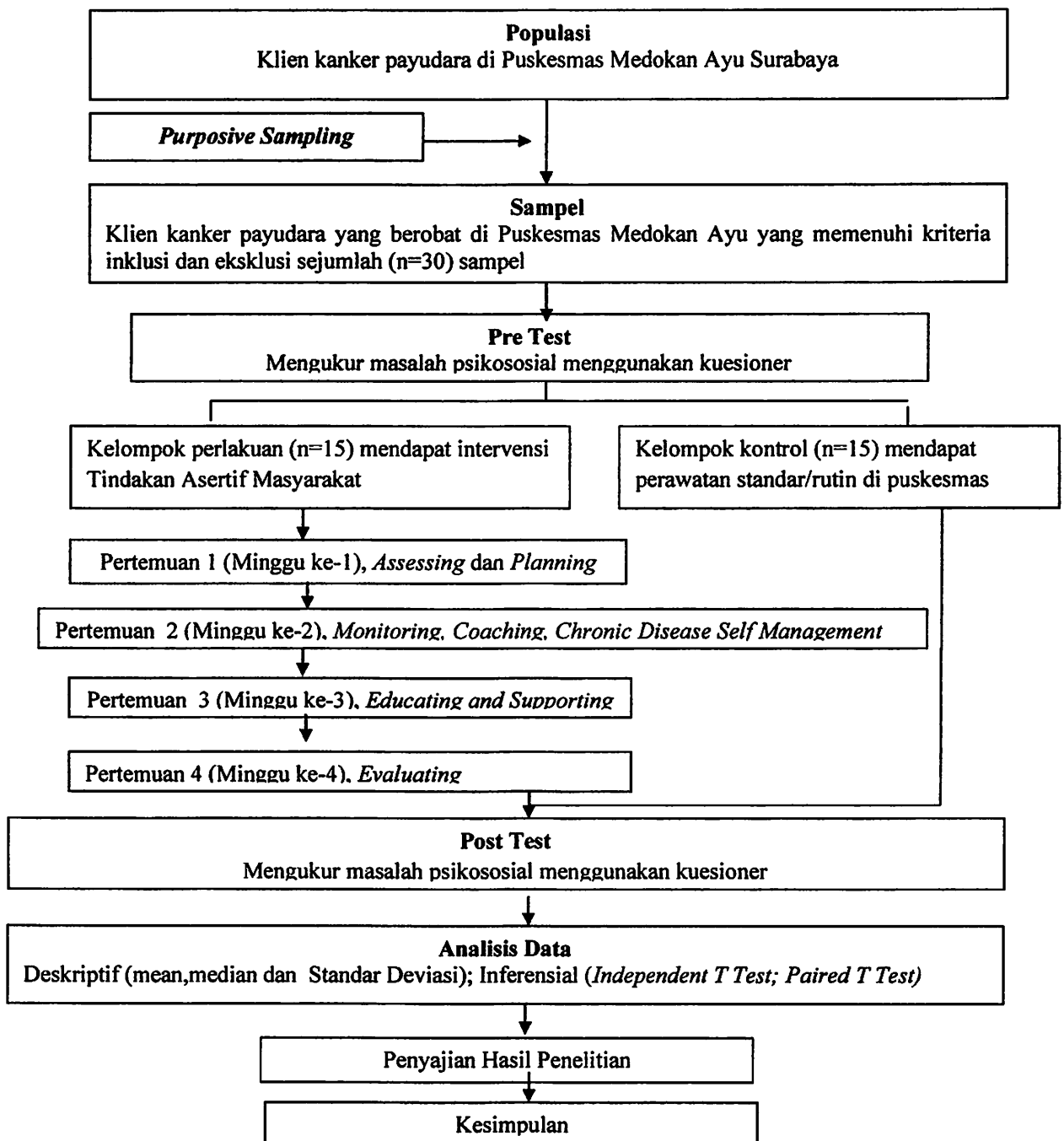
q = $1 - p$ (100% - p)

d = tingkat kesalahan yang dipilih ($d=0,05$)

Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 15 responden untuk kelompok perlakuan dan 15 responden kelompok kontrol

4.3 Kerangka Operasional

Kerangka kerja atau kerangka operasional adalah langkah dalam aktivitas ilmiah, mulai dari penetapan populasi, sampel dan seterusnya yaitu kegiatan sejak awal dilaksanakannya penelitian (Nursalam, 2016).



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Independen

Variable independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel independen dalam penelitian ini adalah tindakan asertif masyarakat

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variable yang nilainya dipengaruhi oleh variable lain (Nursalam, 2016). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah psikososial klien kanker payudara.

Tabel 4.2 Tabel Variabel penelitian Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara

Variabel	Keterangan
X	Tindakan Asertif Masyarakat
Y	Psikososial

1.4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara

Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Kanker Payudara						
Independen: Tindakan Asertif Masyarakat		Pelayanan yang diberikan perawat pada Klien dan keluarga (suami/anak) yang dilakukan di lingkungan tempat tinggal dengan memberikan asuhan secara komprehensif sesuai dengan masalah psikososial yang dialami	Terlaksananya Tindakan Asertif Masyarakat selama 30 menit setiap pertemuan dengan topik : Pertemuan I : <i>Assessing dan Planning Care</i> Pertemuan II: <i>Monitoring, Coaching, Chronic Disease Self Management</i> Pertemuan III: <i>Educating and Supporting caregiver</i> Pertemuan IV : <i>Evaluating</i>	Modul	-	-
Dependen: Psikososial		Perubahan dalam individu berasal dari perasaan,pikiran atau hubungan dengan orang lain akibat penyakit yang diderita	Terdiri dari, Kecemasan : 12 pertanyaan Depresi : 10 pertanyaan Gambaran diri : 10 pertanyaan Fisik : 9 pertanyaan Sosial : 9 pertanyaan Seksualitas : 9 pertanyaan Sosial Ekonomi : 11 pertanyaan	Kuesioner	Interval	Penyataan dinilai : 1: Tidak pernah 2: Kadang-kadang 3: Sebagian waktu 4: Sering sekali

1. Kecemasan	Kekhawatiran/ketakutan terhadap sesuatu	Ketegangan otot, gelisah, tidak sabar, tidak nyaman, mudah tersinggung, sakit kepala, pola tidur berubah, bingung, menarik diri, penyangkalan, merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, terbebani	Kuesioner	Interval
2. Depresi	Suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal	Perasaan hati yang tertekan Berkurangnya minat beraktivitas Hilang selera makan/makan berlebihan Insomnia, tidur berlebihan Perasaan tidak berharga/bersalah	Kuesioner	Interval
3. Gambaran Diri	Kumpulan sikap individu terhadap tubuhnya baik di masa lalu maupun sekarang	Menerima perubahan tubuhnya Menerima penjelasan tentang perubahan yang terjadi pada tubuhnya Persepsi positif pada tubuhnya Mengungkapkan semangat/harapan Memiliki rasa percaya diri	Kuesioner	Interval
4. Kondisi Fisik	Kemampuan untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas	Mampu melakukan pergerakan secara bebas, mudah dan tidak menemui kesulitan Mampu menjalankan peran sehari-hari Dapat mengontrol seluruh area tubuh Tidak dapat melakukan perawatan	Kuesioner	Interval

5. Sosial	Keterbatasan dalam melakukan interaksi sosial akibat keadaan penyakitnya	Perasaan aman Mau secara aktif terlibat dalam kegiatan masyarakat Memiliki integritas dalam kepribadian Memiliki kesanggupan untuk memuaskan tuntutan dan kebutuhan dari kelompoknya Berinteraksi dengan orang/kelompok masyarakat	Kuesioner	Interval
6. Seksualitas	Ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menyayangi, menghargai sehingga terjadi hubungan timbal balik	Merasakan kenikmatan saat melakukan hubungan seksual Ada gairah dalam membicarakan aktivitas seksual Rutin dalam melakukan hubungan seksual Memiliki persepsi positif dalam aktivitas seksual	Kuesioner	Interval
7. Sosial Ekonomi	Tingkat stress terhadap kondisi ekonomi	Mampu membiayai biaya perawatan Memiliki penghasilan yang pasti setiap bulan Memiliki asuransi kesehatan swasta/pemerintah	Kuesioner	Interval

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah modul tindakan asertif masyarakat dan buku kerja yang berisi intervensi yang diberikan dalam mengatasi masalah psikososial klien. Modul digunakan perawat dalam melaksanakan tindakan asertif masyarakat sedangkan buku kerja sebagai pegangan klien kanker payudara dalam mengatasi masalah psikososial yang dialami.

4.6 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument penelitian sebagai berikut:

- 1) Pengambilan data karakteristik responden menggunakan metode wawancara dan kuesioner yang meliputi umur, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak, lama sakit, pendapatan, jenis pengobatan, riwayat pemakaian alat kontrasepsi.
- 2) Masalah psikososial semua diukur menggunakan kuesioner. Seluruh kuesioner dilaakukan uji validitas dan reliabilitas.

(1) Kuesioner kecemasan

Kuesioner yang berisi tentang perubahan emosi atau kondisi yang berhubungan dengan ketegangan, kekhawatiran yang bermacam-macam tentang keadaan suatu penyakit. Kuesioner ini terdiri dari 12 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya ringan (X

$> \text{mean}+3\text{SD}$) sedang ($\text{mean}-3\text{SD} \leq X \leq \text{mean}+3\text{SD}$) dan berat ($X < \text{mean}-3\text{SD}$). Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan *Cronbach's alpha* 0,984.

(2) Kuesioner depresi

Kuesioner yang berisi tentang kondisi emosional ditandai dengan kesedihan yang sangat yang berhubungan dengan masalah fisik. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara menghitungnya jumlah skor dibagi jumlah total skor dikalikan 100% maka akan diperoleh skor tingkat ringan ($X > \text{mean}+3\text{SD}$) sedang ($\text{mean}-3\text{SD} \leq X \leq \text{mean}+3\text{SD}$) dan berat ($X < \text{mean}-3\text{SD}$). Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan *Cronbach's alpha* 0,984

(3) Kuesioner gambaran diri

Kuesioner yang berisi tentang perasaan yang muncul terhadap bentuk tubuh. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya positif jika $X \geq \text{median}$ dan negative jika $X < \text{median}$. Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan *Cronbach's alpha* 0,984

(4) Kuesioner kondisi fisik

Kuesioner yang berisi tentang tingkat masalah fisik (nyeri, kelemahan, gangguan tidur) yang berhubungan dengan kesejahteraan sosial. Kuesioner ini terdiri dari 9 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya baik jika ($X > \text{mean} + 2\text{SD}$) cukup ($\text{mean} - 2\text{SD} \leq X \leq \text{mean} + 2\text{SD}$) dan kurang ($X < \text{mean} - 2\text{SD}$). Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan Cronbach's alpha 0,984

(5) Kuesioner sosial

Kuesioner yang mengkaji tentang keterbatasan dalam melakukan aktivitas sosial (baik di lingkungan rumah, kantor/institusi) dan dukungan yang diberikan dari teman dekat, keluarga pada saat yang dibutuhkan. Kuesioner ini terdiri dari 9 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya positif jika $X \geq \text{median}$ dan negative jika $X < \text{median}$. Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan Cronbach's alpha 0,984

(6) Kuesioner seksualitas

Kuesioner yang mengkaji tentang adanya masalah terhadap hubungan seksual. Kuesioner ini terdiri dari 9 pertanyaan menggunakan alternative jawaban

skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya positif jika $X \geq \text{median}$ dan negative jika $X < \text{median}$. Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan Cronbach's alpha 0,984

(7) Kuesioner sosial ekonomi

Kuesioner yang mengkaji tentang tingkat stress terhadap masalah ekonomi/finansial. Kuesioner ini terdiri dari 11 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2= Jarang, 3= Sering, 4= selalu. Cara mengkategorikannya positif jika $X \geq \text{median}$ dan negative jika $X < \text{median}$. Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r=0,5140$ dan Cronbach's alpha 0,984

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Medokan Ayu Surabaya. Puskesmas Medokan Ayu termasuk salah satu puskesmas yang memiliki poli paliatif. Penelitian dilakukan di lingkungan tempat tinggal klien. Peneliti mendatangi masing-masing tempat tinggal klien untuk melaksanakan tindakan asertif masyarakat

Waktu penelitian dimulai dari penyusunan proposal penelitian dan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan November 2016 - Januari 2017 dan pelaksanaan penelitian dilaksanakan mulai Februari - Maret 2017.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian dilaksanakan sesuai prosedur yang telah ditentukan. Sebelum pengumpulan data peneliti harus mengikuti prosedur sebagai berikut :

4.8.1 Tahap Persiapan

- 1) Menyerahkan proposal yang telah disetujui oleh pembimbing dan penguji untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- 2) Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan kepada Kepala Puskesmas Medokan Ayu Surabaya sebagai tempat penelitian.
- 3) Setelah itu peneliti menyerahkan surat tersebut kepada Puskesmas sebagai perijinan melakukan pengumpulan data klien sebelum melakukan tindakan. Peneliti dibantu dengan perawat paliatif puskesmas untuk mendapatkan alamat responden.

4.8.2 Tahap Pelaksanaan

- 1) Pelaksanaan penelitian dimulai dengan melakukan seleksi responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Peneliti mendapatkan nama beserta alamat responden dari perawat

puskesmas. Kemudian peneliti memilih responden berdasarkan usia dan waktu lama sakit. Hal ini sesuai dengan teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*.

- 2) Peneliti memilih sampel yang terbagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, masing-masing 15 responden penelitian. Setelah mendapatkan responden, peneliti mendatangi tempat tinggal masing-masing responden.
- 3) Sebelum dilakukan intervensi, responden akan diberikan penjelasan terlebih dahulu mengenai intervensi yang diberikan, prosedur, tujuan, manfaat dan menandatangani *Informed Consent* sebagai kesediaan menjadi responden penelitian.
- 4) Responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan *pre test* masalah psikososial. Pengisian kuesioner didampingi oleh peneliti.
- 5) Kelompok perlakuan dilakukan tindakan asertif masyarakat selama empat minggu dengan empat kali pertemuan dan setiap pertemuannya berlangsung selama ± 60 menit dengan bantuan menggunakan modul dan buku pegangan untuk klien.

(1) Pertemuan 1 : *Assesing* dan *Planning care*. Pada sesi ini mengkaji masalah psikososial yang dialami klien dan merencanakan

intervensi sesuai masalah klien. Pada sesi ini, klien menceritakan pengalaman/masalah psikososial yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan nilai dalam *tidal model* yaitu menghargai suara (*value the voice*) dan menghormati bahasa (*respect the language*). Peneliti mendengarkan dan memperhatikan segala bahasa tubuh yang disampaikan klien. Peneliti menanamkan nilai dengan mengembangkan rasa ingin tahu tentang masalah yang dialami klien. Setelah menemukan masalah psikososial yang dialami, peneliti dan klien bersama-sama merencanakan intervensi yang akan dilakukan. Peneliti berusaha menempatkan diri dalam posisi klien.

(2) Pertemuan 2 membahas *Monitoring, Coaching Chronic Disease Self Management*. Pada sesi ini bertujuan memonitor dan melatih manajemen diri penyakit kronik terkait masalah psikososial yang dialami. Peneliti berusaha menggali sumber daya yang dimiliki klien, agar dapat dimanfaatkan sebagai kekuatan dalam melakukan manajemen diri. Sesuai dengan nilai tidal model yaitu menggunakan sumber daya yang ada. Peneliti menggunakan teknik wawancara motivasi dalam menggali sumber daya yang dimiliki. Peneliti memastikan klien memahami tahapan intervensi sehingga klien dapat melakukan sendiri tanpa di dampingi peneliti. Peneliti

dan responden bersama-sama menentukan langkah, sesuai dengan nilai *craft the beyond* dalam tidal model.

(3) Pertemuan 3 mengajarkan kepada *caregiver* dalam memberikan perawatan penyakit kronik. *Caregiver* yang dimaksud dalam hal ini adalah keluarga (suami/anak). Peneliti mengajarkan kepada keluarga tentang penyakitnya, dampak pengobatan, perawatan penyakitnya. serta sikap keluarga dalam mengatasi masalah psikososial klien. Peneliti dan keluarga mewujudkan nilai *give the gift on time* dalam tidal model. Peneliti dan keluarga meluangkan waktu untuk bersama-sama membantu klien.

(4) Pertemuan 4 mengevaluasi teknik intervensi manajemen serta perawatan klien kanker payudara. Peneliti juga mengevaluasi komitmen ke depan yang akan dilakukan oleh klien.

- 6) Sementara kelompok perlakuan mendapat intervensi tindakan asertif masyarakat, kelompok kontrol, mendapat perawatan standar dari puskesmas berupa pelayanan rujukan dan kunjungan oleh perawat puskesmas ke rumah klien 1x/bulan untuk mengobservasi keadaan klien.

- 7) Pada minggu ke empat peneliti melakukan *posttest* masalah psikososial pada kelompok perlakuan dan kontrol klien kanker payudara.
- 8) Setelah dilakukan *posttest* kelompok kontrol juga diberikan intervensi tindakan asertif masyarakat dengan menggunakan modul dan buku pegangan klien.

4.9 Analisis Data

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mendapatkan deskripsi karakteristik responden. Hasil analisis berupa distribusi frekuensi, presentase, dan standar deviasi. Variabel dengan data kategori dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama sakit, jumlah anak, dan riwayat kontrasepsi.

2. Analisa Inferensial

Analisis inferensial dilakukan secara bivariate, hal ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan dan pengaruh masing-masing variabel. Penelitian ini menggunakan uji *paired T Test* dan *Independent T Test*.

Uji *paired T-test* atau uji beda dua mean dependen digunakan untuk menguji perbedaan mean antara dua kelompok data dependen yang berskala interval/rasio, yaitu membandingkan nilai mean sebelum dan sesudah pemberian

perlakuan. Uji *Independent T-test* atau uji beda dua mean independen digunakan untuk mengetahui perbedaan mean antara dua kelompok data independen yang berskala interval/rasio (Sugiyono, 2008). Uji Kolmogorov Smirnov dan uji Levene's dilakukan untuk mengetahui normalitas dan homogenitas data sebelum dilakukan uji *paired T-test* dan uji *Independent T-test*. Data dikatakan terdistribusi normal jika $p > \alpha$ ($\alpha \leq 0,05$) (Hastono, 2007). Data dikatakan signifikan/ mempunyai pengaruh jika $p \leq 0,05$.

4.10 Etik Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor 356-KEPK dengan tempat penelitian Puskesmas Medokan Ayu.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang diperoleh pada tanggal 7-28 Maret 2017 di Puskesmas Medokan Ayu sebanyak 30 responden. Penyajian hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum penelitian tentang karakteristik responden, dan data khusus penelitian mengenai masalah psikososial yang terdiri dari kecemasan, depresi, gambaran diri, kondisi fisik, sosial, seksualitas dan sosial ekonomi pada kelompok kontrol dan perlakuan.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian



5.1 Gambar Denah Lokasi Puskesmas Medokan Ayu

Penelitian ini dilakukan di tempat tinggal klien yang masuk wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu Surabaya. Puskesmas Medokan Ayu terletak di Kelurahan Medokan Ayu, Kecamatan Rungkut dengan batas wilayah kerja sebelah utara Kecamatan Sukolilo, sebelah selatan Kecamatan Gunung Anyar, sebelah barat Kecamatan Kalirungkut, Kecamatan Rungkut dan sebelah timur

Selat Madura. Puskesmas ini beralamat di Jalan Medokan Ayu IV No 31 Surabaya dengan tipe puskesmas dan rawat inap persalinan. Luas wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu adalah 1.552.772 Ha yang terdiri dari tiga kelurahan, yakni Kelurahan Penjaringan Sari, Kelurahan Wonorejo, dan Kelurahan Medokan Ayu.

Puskesmas Medokan Ayu memiliki pelayanan paliatif (kanker) untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang menderita penyakit tersebut. Pelayanan paliatif adalah sistem perawatan terpadu yang meningkatkan kualitas hidup bagi klien kanker dengan meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial. Pelayanan paliatif di Puskesmas Medokan Ayu meliputi memberikan rujukan, adanya kunjungan ke rumah klien untuk memantau keadaan klien, dan mengadakan pertemuan untuk komunitas kanker.

5.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden terdiri dari usia, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak, lama sakit, pendapatan, jenis pengobatan dan alat kontrasepsi.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Klien Kanker Payudara di Puskesmas Medokan Ayu Pada Tanggal 1-31 Maret 2017 (n:30)

Karakteristik		Perlakuan	Kontrol	Total
		Jumlah (%)	Jumlah(%)	Jumlah(%)
Umur	40-50 tahun	8 (53.3)	5 (33.3)	13 (43.3)
	51-60 tahun	7 (46.7)	10 (66.7)	17 (56.7)
Total		15	15	30
Pendidikan	SD	2 (13.3)	0 (0)	2 (6.7)
	SMP	6 (40)	7 (46.7)	13 (43.3)
	SMU	5 (33.3)	8 (53.3)	13 (43.3)
	PT	2 (13.3)	0 (0)	2 (13.3)
Total		15	15	30

Karakteristik		Perlakuan Jumlah	Kontrol Jumlah	Total Jumlah
Pekerjaan	Bekerja	3 (20)	6 (40)	9 (30)
	Tidak Bekerja	12 (80)	9 (60)	21 (70)
Total		15	15	30
Jumlah Anak	1-2 anak	11 (73.3)	11 (73.3)	22 (73.3)
	3-4 anak	4 (26.7)	4 (26.7)	8 (26.7)
Total		15	15	30
Lama Sakit	1-2 tahun	10 (66.7)	8 (53.3)	18 (60)
	3-5 tahun	5 (33.3)	7 (46.7)	12 (40)
Total		15	15	30
Jenis Pengobatan	Pembedahan dan Kemoterapi	2 (33.3)	4 (26.7)	6 (20)
	Pembedahan dan Radiasi	4 (26.7)	6 (40)	10 (10)
	Pembedahan+Kemoterapi- Dan Radiasi	9 (60)	5 (33.3)	14 (46.7)
	Total	15	15	30
Pendapatan	≤ 1.700.000	7 (46.7)	9 (60)	16 (53.3)
	1.700-000 - 2.400.000	8 (53.3)	6 (40.0)	14 (46.7)
	2.400.000-3.000.000	0	0	0
Total		15	15	30
Kontrasepsi	Pil	5 (33.3)	7 (46.7)	12 (40)
	Suntik	7 (46.7)	5 (33.3)	12 (43.3)
	IUD	2 (20)	1 (6.7)	3 (10)
	Lainnya	1 (13.3)	2 (26.7)	3 (10)
Total		15	15	30

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan berusia 41-50 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas berusia 51-60 tahun. Mayoritas responden kelompok perlakuan adalah SMP sedangkan kelompok kontrol SMU. Mayoritas kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tidak bekerja. Kelompok perlakuan 12 responden dan kelompok kontrol 9 responden yang tidak bekerja. Mayoritas jumlah anak kelompok perlakuan dan kontrol sebanyak 1-2 anak yaitu masing-masing 11

responden. Mayoritas waktu lama sakit kelompok perlakuan dan kontrol adalah 1-3 tahun. Jenis pengobatan kelompok perlakuan mayoritas pembedahan-kemoterapi-radiasi sebanyak 9 responden dan kelompok kontrol mayoritas kemoterapi-radiasi 6 responden. Mayoritas pendapatan kelompok perlakuan Rp. 1.700.000 – 2.400.000 sedangkan kelompok kontrol < Rp. 1.000.000. Mayoritas alat kontrasepsi kelompok perlakuan menggunakan suntik sebanyak 7 responden sedangkan kelompok kontrol menggunakan pil 7 responden.

5.3 Analisis Nilai Kecemasan Klien Kanker Payudara

Tabel 5.2 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Kecemasan	Perlakuan			
	Pretest	15	31,27	9,239
	Posttest	15	18,80	3,840
				0,000
Kontrol	Pretest	15	20,93	3,150
	Posttest	15	21,40	4,405
				0,732
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-12,47	9,620
	Kontrol	15	0,47	5,181
				0,000

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata kecemasan sebesar 31,27 (SD 9,239). Nilai rerata kecemasan pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 18,80 (SD 3,840). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan kecemasan sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.2 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kecemasan yaitu 20,93 dan nilai rerata kecemasan pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 21,40 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,732$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kecemasan sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan kecemasan klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

5.4 Analisis Nilai Depresi Klien Kanker Payudara

Tabel 5.3 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Depresi Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Depresi	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	23,87	8,323
	<i>Posttest</i>	15	15,27	3,081
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	18,67	3,848
	<i>Posttest</i>	15	19,00	4,551
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-8,60	7,679
	Kontrol	15	0,33	3,155

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata depresi sebesar 23,87 (SD 8,323). Nilai rerata depresi pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 15,27 (SD 3,081). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh

$p=0,001$ yang berarti ada perbedaan signifikan depresi sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.3 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata depresi yaitu 18,67 dan nilai rerata depresi pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 19,00 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,689$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan depresi sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan depresi klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

5.5 Analisis Nilai Gambaran Diri Klien Kanker Payudara

Tabel 5.4 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Gambaran Diri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p	
<i>Paired t Test</i>					
Gambaran Diri	Perlakuan			0,000	
	<i>Pretest</i>	15	30,73		5,700
	<i>Posttest</i>	15	17,87		5,012
	Kontrol			0,287	
	<i>Pretest</i>	15	19,80		4,004
	<i>Posttest</i>	15	21,33		5,260
<i>Independen t Test</i>					
	Perlakuan	15	-12,87	6,479	0,000
	Kontrol	15	1,53	5,370	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata gambaran diri sebesar 30,73 (SD 5,700). Nilai rerata gambaran diri pada kelompok perlakuan

setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 17,87 (SD 5,012). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan gambaran diri sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.4 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata gambaran diri yaitu 19,80 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 21,33 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,287$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan gambaran diri sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan gambaran diri klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.6 Analisis Nilai Kondisi Fisik Klien Kanker Payudara

Tabel 5.5 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kondisi Fisik Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p	
Paired t Test					
	Perlakuan				
Kondisi Fisik	Pretest	15	12,40	1,502	0,271
	Posttest	15	12,20	1,568	
	Kontrol				
	Pretest	15	15,20	4,902	0,074
Posttest	15	17,40	4,154		
Independen t Test					
	Perlakuan	15	-0.20	0,676	0,055
	Kontrol	15	2,20	4,411	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata kondisi fisik sebesar 12,40 (SD 1,502). Nilai rerata kondisi fisik pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 12,20 (SD 1,568). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,271$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan kondisi fisik sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.5 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kondisi fisik yaitu 15,20 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 17,40 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,074$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kondisi fisik sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kondisi fisik kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,055$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan kondisi fisik klien kanker payudara..

5.7 Analisis Nilai Sosial Klien Kanker Payudara

Tabel 5.6 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Sosial	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	23,93	0,000
	<i>Posttest</i>	15	15,40	
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	15,80	0,148
	<i>Posttest</i>	15	17,20	
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-8,53	0,000
	Kontrol	15	1,40	

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata sosial sebesar 23,93 (SD 7,896). Nilai rerata sosial pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 15,40 (SD 4,290). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan sosial sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.6 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kondisi fisik yaitu 15,80 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 17,20 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,148$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kondisi fisik sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kondisi fisik kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan sosial antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.8 Analisis Nilai Seksualitas Klien Kanker Payudara

Tabel 5.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Seksualitas Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
Paired t Test				
Seksualitas	Perlakuan			
	Pretest	15	22,87	0,262
	Posttest	15	21,73	
	Kontrol			
	Pretest	15	15,87	0,322
	Posttest	15	16,47	
Independen t Test				
	Perlakuan	15	-1,13	0,137
	Kontrol	15	0,60	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata seksualitas sebesar 22,87 (SD 8,391). Nilai rerata seksualitas pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi terjadi penurunan yaitu menjadi 21,73 (SD 6,408). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,262$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan sosial sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.7 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata seksualitas yaitu 15,87 dan nilai rerata seksualitas pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 16,47 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,323$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan seksualitas sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik seksualitas kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,137$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan seksualitas klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.8 Analisis Nilai Sosial Ekonomi Klien Kanker Payudara

Tabel 5.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Ekonomi Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
Paired t Test				
Sosial Ekonomi	Perlakuan			
	Pretest	15	16,20	0,597
	Posttest	15	16,47	
	Kontrol			
	Pretest	15	18,67	0,346
	Posttest	15	19,27	
Independen t Test				
	Perlakuan	15	0,27	0,676
	Kontrol	15	0,60	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata sosial ekonomi sebesar 16,20 (SD 4,021). Nilai rerata sosial ekonomi pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 16,47 (SD 4,389). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,597$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan sosial ekonomi sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.7 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata sosial ekonomi yaitu 18,67 dan nilai rerata sosial ekonomi pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 19,27 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,346$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan sosial ekonomi sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik sosial ekonomi kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,676$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan sosial ekonomi klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

Selat Madura. Puskesmas ini beralamat di Jalan Medokan Ayu IV No 31 Surabaya dengan tipe puskesmas dan rawat inap persalinan. Luas wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu adalah 1.552.772 Ha yang terdiri dari tiga kelurahan, yakni Kelurahan Penjaringan Sari, Kelurahan Wonorejo, dan Kelurahan Medokan Ayu.

Puskesmas Medokan Ayu memiliki pelayanan paliatif (kanker) untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang menderita penyakit tersebut. Pelayanan paliatif adalah sistem perawatan terpadu yang meningkatkan kualitas hidup bagi klien kanker dengan meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial. Pelayanan paliatif di Puskesmas Medokan Ayu meliputi memberikan rujukan, adanya kunjungan ke rumah klien untuk memantau keadaan klien, dan mengadakan pertemuan untuk komunitas kanker.

5.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden terdiri dari usia, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak, lama sakit, pendapatan, jenis pengobatan dan alat kontrasepsi.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Klien Kanker Payudara di Puskesmas Medokan Ayu Pada Tanggal 1-31 Maret 2017 (n:30)

Karakteristik		Perlakuan	Kontrol	Total
		Jumlah (%)	Jumlah(%)	Jumlah(%)
Umur	40-50 tahun	8 (53.3)	5 (33.3)	13 (43.3)
	51-60 tahun	7 (46.7)	10 (66.7)	17 (56.7)
Total		15	15	30
Pendidikan	SD	2 (13.3)	0 (0)	2 (6.7)
	SMP	6 (40)	7 (46.7)	13 (43.3)
	SMU	5 (33.3)	8 (53.3)	13 (43.3)
	PT	2 (13.3)	0 (0)	2 (13.3)
Total		15	15	30

Karakteristik		Perlakuan Jumlah	Kontrol Jumlah	Total Jumlah
Pekerjaan	Bekerja	3 (20)	6 (40)	9 (30)
	Tidak Bekerja	12 (80)	9 (60)	21 (70)
Total		15	15	30
Jumlah Anak	1-2 anak	11 (73.3)	11 (73.3)	22 (73.3)
	3-4 anak	4 (26.7)	4 (26.7)	8 (26.7)
Total		15	15	30
Lama Sakit	1-2 tahun	10 (66.7)	8 (53.3)	18 (60)
	3-5 tahun	5 (33.3)	7 (46.7)	12 (40)
Total		15	15	30
Jenis Pengobatan				
	Pembedahan dan Kemoterapi	2 (33.3)	4 (26.7)	6 (20)
	Pembedahan dan Radiasi	4 (26.7)	6 (40)	10 (10)
	Pembedahan+Kemoterapi-Dan Radiasi	9 (60)	5 (33.3)	14 (46.7)
Total		15	15	30
Pendapatan	≤ 1.700.000	7 (46.7)	9 (60)	16 (53.3)
	1.700.000 - 2.400.000	8 (53.3)	6 (40.0)	14 (46.7)
	2.400.000-3.000.000	0	0	0
Total		15	15	30
Kontrasepsi	Pil	5 (33.3)	7 (46.7)	12 (40)
	Suntik	7 (46.7)	5 (33.3)	12 (43.3)
	IUD	2 (20)	1 (6.7)	3 (10)
	Lainnya	1 (13.3)	2 (26.7)	3 (10)
Total		15	15	30

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan berusia 41-50 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas berusia 51-60 tahun. Mayoritas responden kelompok perlakuan adalah SMP sedangkan kelompok kontrol SMU. Mayoritas kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tidak bekerja. Kelompok perlakuan 12 responden dan kelompok kontrol 9 responden yang tidak bekerja. Mayoritas jumlah anak kelompok perlakuan dan kontrol sebanyak 1-2 anak yaitu masing-masing 11

responden. Mayoritas waktu lama sakit kelompok perlakuan dan kontrol adalah 1-3 tahun. Jenis pengobatan kelompok perlakuan mayoritas pembedahan-kemoterapi-radiasi sebanyak 9 responden dan kelompok kontrol mayoritas kemoterapi-radiasi 6 responden. Mayoritas pendapatan kelompok perlakuan Rp. 1.700.000 – 2.400.000 sedangkan kelompok kontrol < Rp. 1.000.000. Mayoritas alat kontrasepsi kelompok perlakuan menggunakan suntik sebanyak 7 responden sedangkan kelompok kontrol menggunakan pil 7 responden.

5.3 Analisis Nilai Kecemasan Klien Kanker Payudara

Tabel 5.2 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Kecemasan	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	31,27	9,239
	<i>Posttest</i>	15	18,80	3,840
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	20,93	3,150
	<i>Posttest</i>	15	21,40	4,405
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-12,47	9,620
	Kontrol	15	0,47	5,181

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata kecemasan sebesar 31,27 (SD 9,239). Nilai rerata kecemasan pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 18,80 (SD 3,840). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan kecemasan sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.2 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kecemasan yaitu 20,93 dan nilai rerata kecemasan pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 21,40 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,732$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kecemasan sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan kecemasan klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

5.4 Analisis Nilai Depresi Klien Kanker Payudara

Tabel 5.3 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Depresi Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Depresi	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	23,87	8,323
	<i>Posttest</i>	15	15,27	3,081
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	18,67	3,848
	<i>Posttest</i>	15	19,00	4,551
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-8,60	7,679
	Kontrol	15	0,33	3,155

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata depresi sebesar 23,87 (SD 8,323). Nilai rerata depresi pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 15,27 (SD 3,081). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh

$p=0,001$ yang berarti ada perbedaan signifikan depresi sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.3 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata depresi yaitu 18,67 dan nilai rerata depresi pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 19,00 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,689$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan depresi sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan depresi klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

5.5 Analisis Nilai Gambaran Diri Klien Kanker Payudara

Tabel 5.4 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Gambaran Diri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Gambaran Diri	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	30,73	5,700
	<i>Posttest</i>	15	17,87	5,012
				0,000
Kontrol	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	19,80	4,004
	<i>Posttest</i>	15	21,33	5,260
				0,287
<i>Independen t Test</i>				
Gambaran Diri	Perlakuan	15	-12,87	6,479
	Kontrol	15	1,53	5,370
				0,000

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata gambaran diri sebesar 30,73 (SD 5,700). Nilai rerata gambaran diri pada kelompok perlakuan

setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 17,87 (SD 5,012). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan gambaran diri sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.4 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata gambaran diri yaitu 19,80 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 21,33 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,287$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan gambaran diri sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kecemasan kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan gambaran diri klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.6 Analisis Nilai Kondisi Fisik Klien Kanker Payudara

Tabel 5.5 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kondisi Fisik Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Ryu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:56)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p	
Paired t Test					
Kondisi Fisik	Perlakuan				0,271
	Pretest	15	12,40	1,502	
	Posttest	15	12,20	1,568	
	Kontrol				0,074
	Pretest	15	15,20	4,902	
	Posttest	15	17,40	4,154	
Independen t Test					
	Perlakuan	15	-0.20	0,676	0,055
	Kontrol	15	2,20	4,411	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata kondisi fisik sebesar 12,40 (SD 1,502). Nilai rerata kondisi fisik pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi yaitu menjadi 12,20 (SD 1,568). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,271$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan kondisi fisik sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.5 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kondisi fisik yaitu 15,20 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 17,40 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,074$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kondisi fisik sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kondisi fisik kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,055$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan kondisi fisik klien kanker payudara..

5.7 Analisis Nilai Sosial Klien Kanker Payudara

Tabel 5.6 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
Paired t Test				
Sosial	Perlakuan			
	Pretest	15	23,93	7,986
	Posttest	15	15,40	4,290
	Kontrol			
	Pretest	15	15,80	4,754
	Posttest	15	17,20	4,443
Independen t Test				
	Perlakuan	15	-8,53	6,958
	Kontrol	15	1,40	3,542

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata sosial sebesar 23,93 (SD 7,896). Nilai rerata sosial pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 15,40 (SD 4,290). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan sosial sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.6 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata kondisi fisik yaitu 15,80 dan nilai rerata gambaran diri pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 17,20 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,148$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kondisi fisik sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik kondisi fisik kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,000$ menunjukkan adanya perbedaan signifikan sosial antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.8 Analisis Nilai Seksualitas Klien Kanker Payudara

Tabel 5.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Seksualitas Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n.56)				
Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Seksualitas	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	22,87	0,262
	<i>Posttest</i>	15	21,73	
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	15,87	0,322
	<i>Posttest</i>	15	16,47	
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	-1,13	0,137
	Kontrol	15	0,60	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata seksualitas sebesar 22,87 (SD 8,391). Nilai rerata seksualitas pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi terjadi penurunan yaitu menjadi 21,73 (SD 6,408). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,262$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan sosial sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.7 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata seksualitas yaitu 15,87 dan nilai rerata seksualitas pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 16,47 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,323$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan seksualitas sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik seksualitas kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,137$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan seksualitas klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat

5.8 Analisis Nilai Sosial Ekonomi Klien Kanker Payudara

Tabel 5.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Ekonomi Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Puskesmas Medokan Ayu pada tanggal 7-28 Maret 2017 (n:30)

Variabel	n	Rerata (X)	SD	Nilai p
<i>Paired t Test</i>				
Sosial Ekonomi	Perlakuan			
	<i>Pretest</i>	15	16,20	4,021
	<i>Posttest</i>	15	16,47	4,389
	Kontrol			
	<i>Pretest</i>	15	18,67	3,735
	<i>Posttest</i>	15	19,27	3,432
<i>Independen t Test</i>				
	Perlakuan	15	0,27	1,907
	Kontrol	15	0,60	2,384

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata sosial ekonomi sebesar 16,20 (SD 4,021). Nilai rerata sosial ekonomi pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi menjadi 16,47 (SD 4,389). Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,597$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan sosial ekonomi sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.7 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata sosial ekonomi yaitu 18,67 dan nilai rerata sosial ekonomi pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* 19,27 dan hasil uji *paired T test* nilai $p=0,346$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan sosial ekonomi sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji statistik sosial ekonomi kelompok perlakuan dan kontrol dengan *independent T test* diperoleh nilai $p=0,676$ menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan sosial ekonomi klien kanker payudara antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mendapatkan tindakan asertif masyarakat.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kecemasan Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap kecemasan klien kanker payudara berdasarkan hasil rerata penilaian *pretest* sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat menunjukkan kecemasan tingkat sedang pada kelompok perlakuan dan kontrol. Pada kelompok perlakuan dan kontrol tingkat sedang menunjukkan perasaan sering merasa gelisah, merasa khawatir terhadap sesuatu, merasa tegang tetapi masih dapat merasakan nyaman dan aman. Sementara, kecemasan klien dengan tingkat berat pada kelompok perlakuan selalu merasa takut dan khawatir jika penyakitnya tidak dapat disembuhkan sehingga hampir setiap hari diliputi rasa kegelisahan. Berbeda dengan kecemasan tingkat ringan yang selalu semangat dan merasa optimis akan pengobatan yang dijalani.

Responden kelompok perlakuan dan kontrol merasa khawatir memikirkan dampak pengobatan dan terjadinya komplikasi sehingga membuat perasaan tidak nyaman dan tidak santai. Salah satu responden menyatakan bahwa ia mengaku cemas karena merasa sakit dan takut karena penyakit yang diderita adalah penyakit mematikan. Rerata kecemasan menunjukan tingkat berat ketika responden menganggap penyakit kanker payudara sebagai suatu ancaman yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini sesuai dengan penelitian Irfani (2010) yang

menemukan ada hubungan yang sangat signifikan antara persepsi terhadap kematian dengan kecemasan klien kanker payudara.

Hasil tabulasi silang antara kecemasan dengan karakteristik responden, ditemukan responden paling banyak merasa cemas dan khawatir memikirkan dampak pengobatan rata-rata terdiagnosa/waktu lama sakit 1-3 tahun dan telah menjalani pengobatan pembedahan (mastektomi), kemoterapi dan radiasi. Klien kanker payudara mengalami tekanan psikologis pasca pengobatan kanker, seperti informasi tentang perkembangan penyakit, membayangkan terjadinya perubahan dalam hidupnya akibat proses penyakitnya. Kecemasan meningkat ketika menunggu hasil diagnosis, menunggu pengumuman hasil tes laboratorium untuk pemeriksaan rutin.

Jenis pekerjaan responden yang mengalami kecemasan karena khawatir akibat dampak pengobatan mayoritas dirasakan oleh responden sebagai ibu rumah tangga (tidak bekerja), hal ini terjadi karena ibu rumah tangga tidak memiliki penghasilan dan hanya mengandalkan suaminya sehingga merasa cemas akan biaya perawatan dan pengobatan penyakitnya. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat, peneliti meminta klien untuk menyadarkan kembali bahwa kecemasan yang dialami klien merupakan hal normal, yang artinya kecemasan selalu ada pada setiap orang

Hasil rerata penilaian kecemasan *posttest* setelah dilakukan tindakan asertif masyarakat menunjukkan tingkat sedang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sesuai dengan teori (Nelson-Jones, 1995;138) bahwa kecemasan (*anxiety*) merupakan bagian dari kondisi hidup. Kecemasan perlu dikendalikan sehingga kecemasan tidak mengganggu kepribadian tetapi menjadi sumber motivasi menuju ke

arah kemajuan yang positif. Menurut pendekatan eksistensial (dalam Corey, 1996;181) orang perlu ditolong untuk bisa mengendalikan kecemasan, memilih diri sendiri dan kemudian menerima realitas. Peneliti membantu mengendalikan kecemasan klien dan mengajak klien untuk lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta. Pengendalian kecemasan juga merupakan bagian dari pengendalian diri.

Clark (1990) dan Cormier (1991) menjelaskan bahwa istilah pengendalian diri bukan menekan atau menghilangkan kecemasan sama sekali tetapi menyadari dan mengendalikannya sehingga kecemasan yang ada menjadi sumber motivasi klien untuk sembuh. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat dalam pengendalian diri klien menurut Kanfer dan Kareloy (dalam King 1998) yaitu membuat sebuah komitmen untuk mengubah perilaku yang ada, menentukan kegiatan yang spesifik dari perubahan perilaku sebagai tujuan perubahan itu sendiri, *self monitoring* terhadap langkah-langkah itu sendiri.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi kecemasan klien kanker payudara adalah dengan memotivasi klien untuk tetap semangat dan meminta klien selalu mengkomunikasikan dengan orang terdekat/keluarga sehingga klien terbebas dari kecemasan. Peneliti melibatkan keluarga dalam pelaksanaan tindakan asertif masyarakat karena dukungan keluarga dalam hal memotivasi dan meminimalkan rasa cemas akibat dampak dari penanganan medis merupakan hal yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Keluarga merupakan elemen penting yang sangat berperan dalam proses pengobatan. Keluarga memberikan dukungan berupa materi dan psikis dalam mengatasi kecemasan klien.

Respon klien kanker payudara setelah dilakukan tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi kecemasan dari keluarga dan orang terdekat dalam hal ini suami membuat klien dapat fokus pada pengobatan dan tetap optimis pada kesembuhannya. Dukungan keluarga/suami yang tinggi membuat klien merasa lebih tenang dan nyaman dalam menjalani pengobatan, hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh friedman (1998;196). Peneliti berasumsi bahwa dalam mengatasi kecemasan klien faktor terpenting adalah adanya dukungan dari keluarga/orang terdekat yang dapat membuat klien merasa aman dan dicintai sehingga tetap optimis pada penyembuhannya.

6.2 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Depresi Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap depresi klien kanker payudara berdasarkan hasil rerata penilaian *pretest* depresi sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat menunjukkan tingkat sedang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan tingkat sedang menunjukkan merasa kecewa dengan kondisi yang di alami, merasa terganggu oleh hal-hal yang biasanya tidak mengganggu, tetapi masih dapat fokus terhadap yang dikerjakan. Sementara, tingkat berat pada kelompok perlakuan selalu merasa gagal dalam kehidupan sehingga tidak dapat membuat keputusan terkait dirinya sendiri. Berbeda dengan tingkat ringan yang masih bisa merasa gembira dan masih dapat menikmati hal-hal yang menyenangkan. Depresi pada responden baik kelompok perlakuan maupun kontrol terjadi karena mereka merasa gagal dalam kehidupan. Mereka merasa tidak dapat menjalankan peran sepenuhnya baik sebagai seorang istri maupun

ibu bagi anak-anaknya. Mereka kecewa akan kondisinya karena mayoritas mempunyai anak yang masih sekolah.

Ketika seseorang dinyatakan baru didiagnosis kanker payudara, pada tahun pertama terjadi beberapa tahapan reaksi emosional salah satunya yaitu depresi. Mereka akan berada pada fase shock yang terbentuk dalam perilaku menangis, perilaku menarik diri, tidak bisa tidur, bahkan menyangkal mereka memiliki kanker. Penyangkalan akan dapat membuat proses mencari pengobatan menjadi lebih lambat sehingga sebagian dari mereka ($\pm$ 5 orang), memilih pengobatan alternatif terlebih dahulu walaupun pada akhirnya mereka menjalani pengobatan medis. Depresi terjadi akibat stigma penyakit kanker payudara adalah penyakit yang mematikan.

Pada kelompok perlakuan maupun kontrol mayoritas menjalani kemoterapi. Depresi yang dialami pada klien kanker yang menjalani kemoterapi disebabkan karena hilangnya perasaan normal dan perubahan lingkungan. Perasaan depresi yang dirasakan mencakup perasaan sedih, merasa gagal dalam kehidupan, merasa tertekan dengan kondisi tubuhnya. Perasaan negatif tersebut ditambah dengan efek samping pengobatan seperti pembedahan, kemoterapi dan radiasi yang juga membebani tubuh. Kondisi seperti inilah yang membuat klien kanker payudara mudah terserang depresi.

Usia klien yang mengalami depresi pada kelompok perlakuan maupun kontrol mayoritas berada pada rentang 41-50 tahun. Hasil yang sama dilaporkan oleh Ell et al yang menyatakan bahwa dari 472 klien kanker payudara dengan umur < 50 tahun, secara signifikan berhubungan dengan terjadinya depresi. Hal ini diperkuat dengan

pernyataan bahwa faktor risiko terjadinya depresi pada populasi wanita usia yang lebih muda. Menurut Burgess (2005) menyebutkan bahwa pada pasien kanker payudara; 50% perempuan mengalami depresi pada tahun pertama sejak diagnosis; 25% pada tahun kedua, ketiga, dan keempat; 15% mengalami depresi pada tahun kelima

Hasil rerata penilaian depresi *posttest* setelah dilakukan tindakan asertif masyarakat menunjukkan tingkat sedang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi depresi pada klien kanker payudara adalah dengan memberikan penjelasan pada klien tentang keadaan penyakitnya, mengajarkan klien untuk memonitor pikiran-pikiran negative yang menyebabkan gangguan emosi dengan menyadari kata-kata yang mereka arahkan kepada diri sendiri, menyusun rencana perbaikan untuk klien. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi depresi juga melibatkan keluarga. Bentuk dukungan yang diterima oleh klien dari lingkungan sosial, terutama keluarga, akan membuat pasien merasa diperhatikan dan tidak sendirian sehingga akan menjadi kekuatan bagi pasien dalam menjalani rangkaian proses pengobatan (Hartanti, 2002).

Respon klien kanker payudara setelah mendapatkan tindakan asertif masyarakat dari peneliti dan keluarga membuat klien memiliki percaya diri dan keyakinan yang besar untuk sembuh. Sebagaimana proses dukacita lainnya, emosi/gangguan mood ini bisa berlangsung selama sehari-hari hingga berminggu-minggu tetapi sebagian besar akan menghilang dengan dukungan keluarga, orang

terdekat (suami) yang memperhatikan keadaannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Baron & Byrne (2000) yang menyebutkan bahwa klien yang sedang pada masa penyembuhan akan lebih cepat sembuh apabila memiliki keluarga dan kerabat yang bisa menolong.

6.3 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Gambaran Diri Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap gambaran diri klien kanker payudara berdasarkan hasil rerata penilaian *pretest* gambaran diri sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat berada pada tingkat negatif pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari sebaran jawaban kuesioner didapatkan bahwa mereka tidak lagi menyenangi bentuk payudara mereka setelah menderita kanker dan mendapat kemoterapi dirasa tidak sepenuhnya sebagai seorang wanita dan tidak menarik lagi sehingga malu untuk bertemu dengan orang lain. Bahkan di hadapan anggota keluarga terutama suami klien merasa tidak menarik lagi.

Pada kelompok perlakuan, berdasarkan usia, klien kanker payudara sebagian besar berada pada rentang 41-50 tahun yaitu termasuk dalam usia reproduksi tidak sehat. Pada masa ini merupakan usia produktif, masa bermasalah, masa ketegangan emosi, masa keterasingan sosial, masa komitmen, masa ketergantungan, masa perubahan nilai, masa penyesuaian dengan cara hidup baru, masa kreatif sehingga

adanya perbedaan bentuk tubuh membuat klien merasa tidak sempurna lagi, tidak sesuai dengan kodratnya sebagai seorang wanita.

Klien kanker payudara menjalani pengobatan pembedahan (mastektomi), kemoterapi dan radiasi sebanyak 9 responden. Efek samping pembedahan (mastektomi) dapat menyebabkan klien kehilangan payudaranya. Sedangkan kemoterapi menimbulkan efek samping seperti rambut rontok, kulit menghitam dan keriput, pengeringan di vagina (lubrikasi yang sudah berkurang). Sebagian responden mengatakan sejak menjalani kemoterapi badannya mudah lelah, mereka harus menutupi rambutnya dengan kerudung agar rambutnya yang rontok tidak terlihat, mereka menunjukkan respon malu dan lemah akibat kondisi fisiknya. Kehilangan payudara dan kerusakan fisik akibat kemoterapi tersebut menyebabkan gambaran diri yang negatif. Hal ini sesuai Suliswati (2005) yang menyatakan bahwa faktor predisposisi pada gangguan gambaran diri meliputi kehilangan atau kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fungsi), perubahan ukuran bentuk dan penampilan tubuh (akibat pertumbuhan dan perkembangan atau penyakit), proses patologik penyakit dan dampaknya terhadap struktur maupun fungsi tubuh, dan prosedur pengobatan seperti radiasi, kemoterapi, transplantasi.

Herawati (2005), menyebutkan bahwa *body image* berubah hampir pada semua klien kanker payudara jika perubahan ini tidak terintegrasi dengan konsep diri maka kualitas hidup akan menurun secara drastis. Penelitian Herawati (2005), menunjukkan bahwa wanita yang mengalami kanker akan mengalami gangguan *body image* yaitu merasa menjadi wanita kurang sempurna karena sebagai seorang ibu

tidak biasa menyusui anaknya lagi serta merasa kurang secara fungsi, sehingga mengalami kecemasan, ketakutan, depresi, berat badan menurun. Ketidaksempurnaan tubuh dapat membuat seseorang merasa rendah diri dan cenderung menarik diri/menghindar dari lingkungan (Jong, 2005).

Hasil rerata penelitian pada kelompok perlakuan setelah diberikan tindakan asertif masyarakat menunjukkan tingkat positif kelompok perlakuan dan kontrol. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi gambaran diri klien kanker payudara yaitu manajemen diri klien dengan menumbuhkan perasaan nyaman, percaya diri, semangat serta meningkatkan kesehatan mental melalui hubungan interpersonal. Peneliti mendiskusikan dengan klien dan keluarga tentang persepsi negatif mengenai citra tubuhnya. Peneliti menjelaskan tentang manfaat serta efek samping dari kemoterapi atau pengobatan lain yang sedang dijalani agar klien dapat menerima dampak dari pengobatan sebagai sesuatu hal yang wajar yang dapat membuatnya sehat.

Pelaksanaan tindakan sertif masyarakat juga dilakukan peneliti dengan melibatkan keberadaan keluarga dan orang terdekat. Hal ini sesuai dengan penelitian Wijayanti (2002) dan Febriasari (2007) dimana ada hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan konsep diri klien kanker payudara. Bentuk dukungan itu sendiri dapat berupa membantu dalam perawatan klien, menemani klien selama menjalani kemoterapi, menemani klien dalam kegiatan/acara dengan melibatkan klien.

Respon klien kanker payudara setelah mendapatkan tindakan asertif masyarakat membuat klien memiliki semangat sembuh, serta mengurangi tekanan psikologis. Klien menjadi lebih bersyukur atas keadaannya. Klien menjadi sadar bahwa kekuatan dalam tubuhnya tidak mengubah kasih sayang serta cinta yang di dapat suami/anak-anaknya. Klien menjadi lebih percaya diri dan mau memulai hubungan dengan orang lain. Klien sudah tidak lagi merasa malu akan bentuk tubuhnya karena menurut klien yang terpenting adalah masih dapat menemani suami dan anak-anaknya. Gambaran diri pada hasil *posttest* menunjukkan ada perbedaan yang signifikan ($p=0,000$) gambaran diri sebelum dan setelah tindakan.

6.4 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Kondisi Fisik Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap kondisi fisik klien kanker payudara berdasarkan hasil penilaian rerata *pretest* kondisi fisik sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat pada kelompok perlakuan menunjukkan tingkat baik sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan tingkat kurang. Pada kelompok perlakuan mayoritas menjalani pengobatan kemoterapi. Menurut sebaran jawaban kuesioner, responden dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, meluangkan waktu untuk dapat berolahraga walaupun tidak lama dan selalu mengkonsumsi makanan sehat. Keadaan ini berbeda dengan responden yang mengalami komplikasi yang berhubungan dengan tindakan pembedahan adalah edema dan imobilitas. Ada beberapa kerusakan fisik yang dapat terjadi pada klien

kanker payudara setelah pasca pembedahan mastektomi dengan diseksi bagian aksila salah satu contoh kerusakan tersebut adalah limfedema dan komplikasi lengan lainnya (Andreia, et all 2011). Pada kelompok perlakuan, terdapat 3 responden yang mengalami limfedema dan komplikasi lengan sehingga memiliki lebih banyak kesulitan melakukan aktivitas dan pekerjaan,terkadang terasa nyeri sampai tidak dapat melakukan aktivitas, mudah merasa lelah. Hal ini masuk dalam kondisi fisik cukup.

Aktivitas fisik adalah segala jenis kegiatan/gerakan badan yang mengeluarkan dan membutuhkan energi dalam prosesnya termasuk latihan fisik dan olahraga. Aktivitas fisik ini sangat penting untuk kesehatan tubuh dan dapat mencegah berbagai masalah kesehatan antara lain dapat mencegah dan meningkatkan kualitas hidup klien kanker payudara. Bukan hanya untuk mencegah dan memperbaiki keadaan kanker, dengan melakukan latihan fisik dapat membuat klien kanker stadium akhir menjadi lebih bugar sehingga kualitas hidupnya lebih baik (Mc Tieman, 2008).

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti dengan memaksimalkan pergerakan klien agar mau melakukan senam atau olahraga walaupun hanya sebentar. Karena mayoritas responden dalam kelompok perlakuan dapat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa memerlukan bantuan alat/orang lain dan rajin berolahraga maka pelaksanaan tindakan asertif masyarakat, lebih pada mengajarkan klien dan keluarga tentang pengaturan posisi yang sesuai, jangkauan gerak, pengendalian nyeri serta dukungan nutrisi. Peneliti memberikan motivasi klien dengan menjelaskan manfaat melakukan aktivitas fisik terhadap penyembuhan kanker

payudara. Peneliti memonitor agar responden mau melakukan latihan fisik walaupun tidak lama.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti juga melibatkan keluarga/*caregiver* dalam memberikan perawatan terkait kondisi fisik. Bentuk dukungan keluarga untuk mengatasi gangguan fisik yang dialami klien antara lain mendampingi klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, menyediakan fasilitas yang dapat mempermudah klien melakukan aktivitas secara mandiri. Aktivitas fisik pada klien kanker payudara dapat meningkatkan fungsi dan performa fisik, meningkatkan kualitas hidup (Hatchet dan Bellar, 2012).

Hasil penilaian rerata kondisi fisik setelah diberikan tindakan asertif masyarakat pada kelompok perlakuan tingkat baik sedangkan kelompok kontrol menunjukkan tingkat baik. Penelitian yang dilakukan Rezende, L.F & Franco, R.L (2006) menghasilkan bahwa gerakan bahu *fleksi*, *abduction* dan rotasi *external* pada fase rehabilitasi setelah dilakukan pembedahan payudara dan pengaruhnya terhadap komplikasi pasca operasi, menunjukkan pemulihan yang lebih baik dan signifikan. Gabungan antara tingkat keparahan penyakit, efek pengobatan dapat membuat kondisi fisik klien menurun sehingga mereka cenderung menurunkan aktivitas. Padahal aktivitas memiliki banyak manfaat untuk fisik maupun psikologis. Pada kelompok kontrol, sesuai jawaban sebaran kuesioner mayoritas responden merasa mudah lelah dalam melakukan aktivitas akan tetapi dapat diatasi dengan tidur dan istirahat yang cukup.

Respon klien kanker payudara setelah mendapatkan tindakan asertif masyarakat membuat klien mau meluangkan waktunya untuk terus berolahraga dan mengkonsumsi makanan sehat. Klien kanker payudara berusaha menjaga gaya hidupnya tetap sehat. Klien menjaga dengan teratur pola makan yang sehat dengan tidak mengkonsumsi makanan yang dimasak dengan dibakar, tidak banyak mengkonsumsi penyedap rasa, rajin mengkonsumsi tanaman herbal yang direbus seperti temulawak, kunir putih, daun sirsak yang telah dikeringkan, rajin mengkonsumsi buah. Peneliti berasumsi bahwa latihan fisik dan pola makan yang sehat dapat meningkatkan kebugaran, kekuatan otot, kualitas hidup pada klien kanker payudara. Daya tahan tubuh klien menjadi lebih kuat dan tidak mudah lelah. Sebagai tenaga medis dituntut untuk dapat mendiagnosis dan memberi tatalaksana terapi latihan fisik dengan tepat dan sesuai sasaran.

6.5 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap sosial klien kanker payudara berdasarkan hasil rerata penilaian *pretest* sosial sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat menunjukkan tingkat negative pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dari sebaran jawaban kuesioner, mayoritas responden kelompok perlakuan dan kontrol memiliki waktu lama sakit 1-3 tahun, merasa belum dapat berinteraksi sosial dengan maksimal. Mereka cenderung menarik diri, hal ini disebabkan responden merasa orang lain merasa kasihan atas penyakitnya sementara responden tidak ingin diketahui bahwa sedang menderita kanker payudara. Ketidaksempurnaan

dapat membuat seseorang merasa rendah diri dan cenderung menarik diri /menghindar dari lingkungan (Jong, 2005). Dalam kegiatan keagamaan (pengajian), PKK, olahraga bersama yang diselenggarakan oleh RT/RW klien masih merasa tidak nyaman untuk mengikutinya.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti yaitu dengan menyadarkan pentingnya membuka diri dengan orang lain. Peneliti memberi pengarahan manfaat yang didapat ketika bersosialisasi dengan masyarakat dan membantu mengembangkan keyakinan diri tentang kekuatan dan kelemahan pribadi. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti juga memberdayakan keluarga, karena menurut jawaban kuesioner, keluarga yang selalu berperan aktif dalam perawatan dan pengobatan. Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap keadaan klien. Keluarga memiliki tugas yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan psikologis yaitu menciptakan kasih sayang, saling memahami, dan mendapatkan kebahagiaan. Hal ini juga dinyatakan oleh Herawati (2005) bahwa dukungan sosial keluarga dapat memberikan hasil positif terhadap penerimaan diri klien. Penelitian ini juga didukung oleh Lubis (2009) bahwa ketika klien mampu menerima keadaan dirinya, ia akan mempunyai harga diri yang tinggi sehingga mampu berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

Hasil penilaian rerata setelah diberikan tindakan asertif masyarakat hasil *post test* menunjukkan tingkat positif sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan tingkat negative. Respon klien setelah mendapatkan tindakan asertif masyarakat membuat klien sadar bahwa selama ini yang membuat klien menarik diri disebabkan persepsi terhadap

diri sendiri. Klien menjadi percaya diri dan mau membuka diri terhadap orang lain. Klien sudah mau mengikuti kegiatan pengajian walaupun masih belum rutin. Peneliti berasumsi bahwa hal yang membuat klien tidak mau berinteraksi sosial karena persepsi terhadap diri sendiri. Klien kanker payudara membutuhkan bantuan dukungan sosial untuk tetap berpikir positif akan keadaan dirinya sehingga mampu menerima penyakitnya (Taylor, 1995).

6.6 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Seksualitas Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap seksualitas klien kanker payudara berdasarkan hasil penilaian rerata *pretest* seksualitas sebelum dilakukan tindakan asertif masyarakat pada kelompok perlakuan menunjukkan tingkat positif sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan tingkat negative. Menurut sebaran pernyataan kuesioner pada kelompok perlakuan, responden merasa hubungan seksual sudah tidak lagi penting hal ini disebabkan adanya rasa lemas serta rasa malu terhadap bentuk tubuh yang sudah berubah.

Kanker dan perawatannya mempengaruhi aspek tertentu dari fungsi seksual dan keintiman. Efek samping dari kemoterapi selain mudah merasa lelah juga terjadi pengeringan di vagina (lubrikasi yang sudah berkurang), rasa sakit saat penetrasi hingga menopause dini, keadaan ini membuat klien tidak lagi ada gairah dalam melakukan hubungan seksual. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian mengenai kanker payudara dan seksualitas yang mendokumentasikan berbagai perubahan fisik terhadap seksualitas wanita setelah kanker payudara, termasuk gangguan terhadap

fungsi seksual, serta gangguan pada gairah seksual, pelumasan, orgasme, hasrat seksual, dan kenikmatan seksual, akibat kemoterapi, menopause yang diinduksi secara kimiawi, tamoxifen, dan operasi kanker payudara (Flynn KE et al,2012)

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti dengan berusaha memahami keadaan, mengidentifikasi pikiran klien hingga mendiskusikan permasalahan seksual yang dialami klien.. Peneliti mengadakan wawancara dengan klien dan suaminya tentang keintiman dan seksualitas. Peneliti menggali potensi yang dimiliki klien. Hal ini sesuai dengan pendekatan teori *tidal model* (Phill Barker). Peneliti menjelaskan bagaimana dampak pengobatan penyakit kanker payudara dapat mempengaruhi fungsi seksual klien.

Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat juga melibatkan keberadaan suami/pasangan. Bentuk dukungan suami/pasangan dengan memahami kondisi klien sehingga hubungan seksual sudah tidak lagi menjadi prioritas. Kondisi ini tidak mempengaruhi kondisi emosional suami/pasangan Klien kanker payudara menyatakan berusaha untuk tetap melayani kebutuhan seksual suami demi kepentingan keluarga. Menurut pandangan suami, seksualitas tidak hanya berhubungan badan, pelukan sederhana, belaian atau ciuman bisa menjaga romantisme dalam suatu hubungan. Hingga klien sepenuhnya sembuh, tindakan ini dapat membuat pasangan merasa istimewa dan dicintai. Hal ini sesuai dengan Friedman (1998) mengemukakan bahwa perhatian dari pasangan/suami termasuk kelompok dukungan internal yang sangat membantu pemulihan kesehatan bagi klien.

Respon yang diwujudkan klien setelah melakukan tindakan asertif masyarakat membuat klien menjadi lebih bersemangat dan memiliki harapan untuk mencapai kesembuhan. Walaupun klien merasa malu terhadap pasangan/suami akibat bentuk tubuhnya yang sudah tidak sempurna, tetapi klien tetap melakukan hubungan seksual. Hal ini disebabkan suami/pasangan memberi semangat pada klien untuk sembuh karena mereka beranggapan seksualitas tidak menjadi prioritas tetapi terus dapat hidup bersama hingga usia tua yang mereka inginkan

Hasil penelitian rerata *posttest* setelah diberikan tindakan asertif masyarakat menunjukkan positif sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan negative. Mayoritas responden baik kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan positif artinya tidak ada masalah dalam seksualitas.. Peneliti berasumsi bahwa kemampuan untuk mencapai fungsi seksual yang sehat melibatkan faktor psikologis dan fisik yang mempengaruhi siklus respons seksual (seperti keinginan, gairah, orgasme dan resolusi). Oleh karena itu bagi tenaga kesehatan berbagi informasi tentang pengelolaan fungsi seksual klien dan pasangan perlu menjadi bagian dalam manajemen perawatan kanker payudara. Dukungan suami/pasangan yang dapat menerima dan memahami keadaan klien sangat berperan penting dalam mengatasi fungsi seksual klien kanker payudara.

6.7 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Sosial Ekonomi Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap sosial ekonomi klien kanker payudara berdasarkan hasil rerata penilaian *pretest* sosial ekonomi sebelum dilakukan

tindakan asertif masyarakat menunjukkan positif pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan mayoritas responden merasa khawatir akan kondisi keuangan, karena mayoritas pekerjaan responden tidak bekerja (ibu rumah tangga) sehingga mereka hanya mengandalkan suami yang mencari nafkah. Responden merasa tidak produktif lagi mencari nafkah akibat dampak pengobatan kanker yang dijalani. Selain biaya perawatan, responden juga memikirkan biaya menyekolahkan anak karena mayoritas anak-anak mereka masih bersekolah. Pada kelompok kontrol, mereka tidak lagi merasa khawatir akan biaya pengobatan, karena mayoritas memiliki penghasilan tetap. Mereka juga merasa nyaman dengan rumah yang ditempati, kebutuhan makan terpenuhi dengan baik.

Keadaan sosial ekonomi pada umumnya berkaitan dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi. Dengan sosial ekonomi yang baik akan berpengaruh terhadap kesadaran, kemauan dan kemampuan seseorang untuk meningkatkan kesehatannya. Faktor ekonomi salah satunya pendapatan merupakan syarat utama untuk dapat menikmati layanan kesehatan. Berdasar data yang didapat, menunjukkan mayoritas pendapatan Rp. 1.700.000-2.400.000 berada pada sosial ekonomi menengah. Menurut Budiman (2013) faktor sosial ekonomi berperan dalam kepatuhan berobat klien. Kepatuhan berobat akan berpengaruh terhadap status kesehatan klien. Klien yang melakukan pengobatan secara rutin akan memiliki status kesehatan yang semakin baik. Hasil dari wawancara peneliti, menunjukkan status kesehatan responden baik terlihat dari pemeriksaan secara rutin yang dijalani, rajin mengonsumsi obat herbal selain obat yang didapat dari rumah sakit.

Hasil penilaian rerata setelah diberikan tindakan asertif masyarakat menunjukkan sosial ekonomi positif baik kelompok perlakuan maupun kontrol. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat yang dilakukan peneliti dengan menggali dalam mengenai dukungan keluarga terkait penyediaan finansial. Keluarga menyediakan finansial untuk keperluan menjalani pengobatan kanker payudara dengan berbagai cara. Mayoritas responden menyebutkan BPJS menjadi sumber dana utama dalam menjalani program pengobatan. Hanya tinggal memikirkan biaya transportasi yang ternyata juga tidak kalah besarnya. Ketika menghadapi permasalahan finansial yang terjadi pada keluarga, keluarga berupaya untuk mendapatkan cara dalam mengatasi permasalahan tersebut. Dalam pelaksanaan tindakan asertif masyarakat, peneliti memberi informasi kepada keluarga terkait penyakit, pemberian kejelasan prognosa, alur layanan kesehatan yang dapat ditempuh keluarga, serta bagaimana cara mengakses sumber dana yang disediakan pemerintah bagi mereka yang memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu atau Keluarga Miskin.

Bentuk pelaksanaan tindakan asertif masyarakat terhadap penyediaan finansial yang dilakukan keluarga dengan cara tetap bersemangat untuk bekerja serta menggunakan bantuan asuransi kesehatan dari pemerintah. Hal ini sesuai dengan Elseiver (2009) mengatakan bahwa seorang *caregiver* (keluarga) berkewajiban memberikan bantuan medis, ekonomi dan sosial kepada individu yang mengalami ketergantungan karena kondisi sakit yang dialami. Dilihat dari fungsi ekonomi keluarga terjadi perubahan pada fungsi ekonomi yang diakibatkan oleh karena keterbatasan waktu yang dimiliki oleh *caregiver*. Hal ini didukung oleh penelitian Deshields (2012) menyebutkan bahwa kanker

dapat mempengaruhi pemasukan dalam keluarga. *Caregiver* dalam penelitian Dashileeds melaporkan bahwa mereka kehilangan waktu untuk bekerja. Berkurangnya waktu untuk bekerja menyebabkan berkurangnya pemasukan ekonomi dalam keluarga. Sosial ekonomi pada hasil *posttest* menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan ($p=0,597$) sosial ekonomi sebelum dan sesudah intervensi.

Menurut opini peneliti, keluarga merupakan faktor yang paling berperan dalam mengatasi masalah sosial ekonomi. Penyediaan finansial ini dilakukan keluarga dengan cara tetap bersemangat untuk bekerja memenuhi kebutuhan klien serta menggunakan bantuan asuransi kesehatan dari pemerintah dalam menjalankan pengobatan klien.

6.8 Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Klien Kanker Payudara

Pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, pada kelompok perlakuan untuk kecemasan dan depresi klien dari tingkat berat dapat berubah menjadi sedang, gambaran diri dan sosial dari negatif dapat menjadi positif sedangkan untuk kondisi fisik, seksualitas dan sosial ekonomi tidak menunjukkan ada perbedaan. Dari beberapa masalah psikososial yang dialami klien kanker payudara, tindakan asertif masyarakat secara signifikan berpengaruh pada kecemasan dan depresi pada klien kanker payudara.

Klien kanker payudara yang menjalani pengobatan baik pembedahan (mastektomi), kemoterapi dan radiasi akan mengalami masalah psikososial sebagai dampak dari pengobatan yang dijalani. Masalah psikososial seperti kecemasan dan depresi paling jelas terlihat saat klien menjalani pengobatan atau awal klien didiagnosis

kanker payudara. Pada saat itulah klien mengalami gangguan baik secara fisik maupun psikologis. Klien menjadi krisis kepercayaan diri, tidak mempunyai semangat untuk hidup, merasa sendiri, merasa hidup tidak akan lama lagi, merasa malu, menarik diri. Pada saat itu yang dibutuhkan klien adalah wadah/tempat untuk menampung segala permasalahan yang dirasakan klien. Klien membutuhkan seseorang yang dapat memberikan penjelasan tentang penyakit serta dampak pengobatan yang sedang dijalani. Klien membutuhkan seseorang yang mau mendengarkan segala keluhan kesahnya. Klien memerlukan dukungan dari orang-orang terdekat.

Tindakan asertif masyarakat merupakan suatu pelayanan kesehatan dengan memberikan pelayanan komprehensif dan fleksibel berupa dukungan dan pelayanan rehabilitasi dimana pelayanan dilakukan di tempat tinggal klien. Pelaksanaan tindakan asertif dilakukan perawat sehingga mampu memenuhi kebutuhan klien yakni kebutuhan akan penjelasan mengenai gejala serta dampak pengobatan yang dijalani. Dalam tindakan asertif masyarakat, klien dapat menyampaikan segala keluhan kesah dari permasalahan yang dialami. Klien dapat mengungkapkan perasaannya kepada seseorang yang dapat dipercaya. Pelaksanaan tindakan asertif masyarakat juga melibatkan keluarga/orang terdekat klien. Keterlibatan keluarga dapat membuat klien merasa diperhatikan, dicintai, menumbuhkan perasaan nyaman. Hal ini dapat menumbuhkan semangat dan keyakinan klien untuk sembuh dan patuh dalam menjalani pengobatan.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, diantaranya adalah :

1. Penelitian menggunakan modul dan buku pegangan. Modul ini sesuai dengan klien yang mengalami masalah psikososial dengan lama sakit 1-3 tahun.
2. Tindakan asertif masyarakat idealnya dilakukan secara tim (psikiatri, dokter, psikolog, gizi) namun dalam penelitian ini hanya dilakukan oleh perawat.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

- 1) Tindakan asertif masyarakat menurunkan kecemasan klien kanker payudara
- 2) Tindakan asertif masyarakat menurunkan depresi klien kanker payudara
- 3) Tindakan asertif masyarakat meningkatkan gambaran diri klien kanker payudara
- 4) Tindakan asertif masyarakat tidak berpengaruh pada kondisi fisik klien kanker payudara
- 5) Tindakan asertif masyarakat meningkatkan sosial klien kanker payudara
- 6) Tindakan asertif masyarakat tidak berpengaruh pada seksualitas klien kanker payudara
- 7) Tindakan asertif masyarakat tidak berpengaruh pada sosial ekonomi klien kanker payudara
- 8) Tindakan asertif masyarakat berpengaruh terhadap psikososial klien kanker payudara

7.2 Saran

1. Bagi klien kanker payudara

Klien kanker payudara harus selalu semangat dalam menjalani rangkaian pengobatan karena keluarga akan selalu memberi dukungan penuh sehingga masalah psikososial dapat teratasi

2. Bagi Keluarga

Keluarga sangat berperan dalam mengatasi psikososial sehingga diharapkan keluarga dapat meningkatkan dukungan dalam memberikan perawatan klien kanker payudara.

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat lebih dapat menerima keberadaan klien kanker payudara dan tetap mengikutsertakan klien dalam setiap kegiatan keagamaan/kemasyarakatan

4. Bagi Perawat

Pelayanan psikososial sebaiknya dilakukan secara tim multidisplin (perawat, dokter, psikolog, ahli gizi) sehingga dapat memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, serta memaksimalkan peran dukungan keluarga dalam mengatasi masalah psikososial.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adelman, A., & M, d. D. (2001). *Common Problems in Geriatrics*. Singapore: McGrawHillBook Co.
- Alligood, M. R. (2014). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapore: Elsevier.
- American Community Sensus. (2014). *Summary Technical Documentation*. United State: Cencus
- Anwar. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Azwar, B.(2012). *Kemoterapi*. Jakarta : Dian Rakyat
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Deppresion and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Journal of the Eastern Nursing Research*, 44-53.
- Baqutayan, & Saleh, d. S. (2012). The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian journal of psychological medicine*, 119-123.
- Barnes, J., Kroll, L., Lee, J., Burke, O., & Jones, A. (2002). Factor Predicting Communication About The Diagnostic Of Maternal Breast Cancer To Childeren. *Joutnal of Psychosomatic Research*, 209-214.
- Baron, R.A., & Byrne, D., (2000). *Social psychology*. (9thed.) United Stated of America: Allyn and Bacon
- Bernard, Boermester, & Vijoen. (1998). Deppressive disorders in an outpatient oncology setting : prevalence, assesment, and management. *psych-oncology*, 112-120.
- Bintang, Y. A., Ibrahim, K., & Emaliyawati, E. (2012). Gambaran Tingkat Kecemasan, Stress dan Depresi Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Salah Satu RS Di Kota Bandung. *ejournal*, 765.

- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The Critical Ingredients of Assertive Community Treatment. *World Psychiatry*, 141-159.
- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). Improving Chronic Care : The Guided Care Model. *the permanente journal*, 50-54.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. Maret 2005. Diakses pada tanggal 21 Mei 2017. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
- Brem, S., & Kumar, N. B. (2011). Management of Treatment-related Symptoms In Patient With Breast Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 63-71.
- Chaplin. (2011). *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- CMHN. (2006). *Modul Community Mental Health NUrning*. Jakarta: WHO FK UI
- Corey, G.(1996). *Theory and Practice Of Counseling and Psychotherapy*. Edisi ke-5. Monterey, California : Books/Cole Publishing Company
- Davey, P. (2005). *Medicine At A Glance*. Jakarta: Erlangga.
- Devita,L.(2016). Waspada! Kanker Payudara. awalbros.com/2016/02/01/waspada!-kanker-payudara/. Tanggal 17 Januari 2016 Jam 13.30 Wib.
- Djoeban, Z. (2007). *Masalah Psikosomatik Pasien Kanker*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, et al.(2005). Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low-Income Women With Breast or Gynecologic Cancer. *Journal Clinical Oncology* 23:3052-60.
- Friedman, M. dan Marilyn. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA, et al. (2012). Patient experience with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology*.21 (6):594-601

- Groot, d., & M, J. (2002). The Complexity of the role of social support in relation to the psychological distress associated with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 277-278.
- Hartanti. (2002). Peran Sense of Humor dan Dukungan Sosial Pada Tingkat Depresi Penderita Dewasa Pasca Stroke. *Anima:Indonesian Psychological Journal*. Vol 17 No 02 ; 107-119
- Hastono. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Hawari. (2004). *Psikiater kanker payudara dalam dimensi psikoreligi*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Herawati. (2005). Gambaran *body image* pada wanita penderita kanker payudara yang sudah menjalani operasi. Jurnal keperawatan dikutip dari [Http ://library.Gunadarma.ac.id/index.php?appid=penulisan&sub=detail&nnp=10500169&jenis=s1fpsi](http://library.Gunadarma.ac.id/index.php?appid=penulisan&sub=detail&nnp=10500169&jenis=s1fpsi)
- Irfani N. (2010). Hubungan antara persepsi terhadap kematian dengan ketakutan akan kematian pada wanita kanker payudara. Universitas Gunadarma.
- Kemenkes. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lukman & Ningsih, Nurna. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika
- Margono. (2007). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Mc Tieman A.(2008). Mechanism Linking Physical Activity with cancer. *Nat Rev Cancer*. VIII:208-211.
- Notoadmojo, s. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2016). *Metodelogi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- P, N. K. (2009). *Essentials of mental health and psychiatric nursing*. St.Louis: Jaypee.

- P.J.Bogaarts, M., L. B., Oudsten, D., Rokuma, J. A., Riel, J. V., & Beerepoot, L. V. (2011). Development of the Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer (PDQ-BC) : a Breast cancer specific screening instrument for psychosocial problems. *Support Care Cancer*, 1485-1493.
- Pariman. (2011). *Guided Imagery (sebuah pendekatan psikosintesis) untuk penurunan depresi pada Klien Kanker*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Peterson, M., Michael, W., & Armstrong, a. M. (2006). Homeward Bound: Moving Treatment from the Institution to the Community. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 508.
- PKFP. (2010). *Dukungan Psikososial Bencana- Fastering Community Resilience*. Jakarta: Fakultas Psikologi UI.
- PKKJM. (2016). *Program Kerja Kesehatan Jiwa Masyarakat*. NTB: RSJ Mutiara Sukma.
- Rankin, N., Barron, J. A., Lane, L. G., Mason, C. A., & Sinclair, S. (2011). Psychosocial Oncology Services in New South Wales. *Australian Health Review*, 156-163.
- Rezende,L.F.,Franco, R.L., Rezende.,et al(2006). Two Exercise Schemes in Postoperative Breast Cancer : comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori*, 92;55-61, Brazil.
- Richard, & Dean. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis Sixth Edition*. USA: Pearson Prentice Hall.
- Sharpley, C. F & D. R. H. Cristie. (2007).Current and retrospective self-reports of anxiety and depression in Australian woman with Breast Ca ncer . *Journal of Psycho-oncolog*. Diperoleh tanggal 18 Juni 2015 dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/pon.125/abstact>
- Siregar, Syofian. (2012). *Statistik Parametrik Untuk Penelitian Kuantitatif*. Bumi Aksara. Jakarta
- Stuart. (2009). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2008). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sukardja. (2000). *Onkologi Klinik Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Sukoco, D. H. (2004). *Masalah Sosial dan Keberfungsian Sosial*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Sosial Departemen Sosial RI.
- Suliswati. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Suratun. (2008). *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Seri Asuhan Keperawatan; Editor Monika Ester. Jakarta : EGC
- Teodora, B. A., N, I., & S.C, B. (2012). Modifying Factors Of Chronic Pain Perception In Oncological Patient. *Therapeutics, Pharmacology and Clinical Toxicology*, 226-231.
- US, A., M, K., Wagner, L., & KD, S. (2004). Early Detection Of Breast Cancer In Germany. *Journal Cancer respiratory Clinical Oncology*, 361-373.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Videbeck, S. L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. United Of state: Lippincot williams & wilkins.
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T. F., Galea, S., & Bovbjerg, D. H. (2015). Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLOS One*, 11-14.
- Wallace T, O. S. (2005). What do nurses do when they take to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *community mental health journal*, 481-496.
- Weinstein, L. C., H, B. F., W.Cody, J., & Jordan, M. (2011). Transforming Assertive Community Treatment Into an Integrated Care System : The Role of Nursing and Primary Care Partnerships. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 64-71.
- Williams, L., & Mann, G. B. (2009). The Breast Service Psychosocial Model of Care Project. *Australian Health Review*, 560.
- Zahrani. (2005). *Konseling Terapi*. Jakarta: Gema Insani.

LAMPIRAN

Lampiran 1**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Andikawati Fitriasaki

NIM : 131514153006

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara” sebagai upaya klien kanker payudara dalam membantu melakukan perawatan. Penelitian ini bermanfaat sebagai penerapan model dalam upaya peningkatan kemampuan perawatan diri klien kanker payudara secara mandiri dan menurunkan resiko semakin memburuknya gejala kanker.

Untuk itu saya mohon partisipasi Ibu menjadi responden dalam penelitian ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan penelitian ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Andikawati Fitriasaki

Lampiran 2

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)
UNTUK MENJADI RESPONDEN**

Perkenalkan nama saya Andikawati Fitriasaki mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang akan melakukan penelitian tentang Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara di Puskesmas Medokan Ayu

Judul Penelitian

Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara di Puskesmas Medokan Ayu

Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh tindakan asertif masyarakat terhadap masalah psikososial klien kanker payudara di Puskesmas Medokan Ayu

Perlakuan yang diterapkan pada responden

Tindakan/ perlakuan yang diberikan pada klien/ibu :

1. Ketika pertama kali bertemu dengan klien kanker payudara akan diajukan permohonan menjadi responden apabila bersedia akan diberikan penjelasan penelitian dan *Informed Consent*
2. Peneliti melaksanakan *pretest* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada pertemuan awal. Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan kuesiner

langsung kepada klien dan mendampingi pengisian serta mengambilnya kembali setelah diisi.

Hak untuk mengundurkan diri

Keikutsertaan klien/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan.

Adanya Insentif untuk Responden

Partisipasi dan kerjasama yang baik dalam menjawab pertanyaan pada penelitian ini, Klien/Ibu akan diberi bingkisan berupa kue dan mug.

Kerahasiaan Responden

Keterangan yang disampaikan klien/Ibu dengan memberikan jawaban pada kuesioner akan dijaga kerahasiaannya dengan cara pengkodeann identitas dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Contact Person

Klien/Ibu dapat menghubungi peneliti setiap saat apabila ada yang ingin ditanyakan dalam penelitian ini Dika (081332413505)

Lampiran 3***INFORMED CONSENT*****(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu, saya (bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

..... Februari 2017

Peneliti

Responden

Andikawati Fitriasari

.....

Lampiran 4

RAHASIA
HANYA UNTUK PENELITIAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

KUESIONER PENELITIAN

DATA DEMOGRAFI

No. Responden: (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

- 1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut dibawah ini
- 2. Isilah pertanyaan pada tempat yang disediakan

DATA DEMOGRAFI PASIEN

1. Inisial

:

2. Usia

:

tahun

3. Pekerjaan

:

Bekerja

Tidak Bekerja

4. Pendidikan

:

SD

SLTP

SMU

PT(D1/D3/D4/S1/S2/S3)

5. Jumlah Anak

:

6. Lama Sakit

:

7. Pendapatan

:

Rp. 2.400.000– 3.000.000

Rp. 1.700.000-2.400.000

< Rp. 1.000.000

8. Jenis Pengobatan

:

Kemoterapi

Radiasi

Pembedahan

Lainnya

9. Riwayat pemakaian alat kontrasepsi:

Pil

Suntik

IUD

Lainnya

Lampiran 5

**KUESIONER MASALAH PSIKOSOSIAL
PSYCHOSOCIAL DISTRESS QUESTIONNAIRE BREAST CANCER (PDQ-BC)**

Petunjuk:

Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda (√) disebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan perasaan anda saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar.

Silahkan Anda mengisi angka sesuai yang Anda rasakan.

- 1 : Tidak pernah
2 : Jarang
3 : Sering
4 : Selalu

Pernyataan Keadaan	1	2	3	4
Kecemasan				
1. Saya merasa tenang				
2. Saya merasa gelisah				
3. Saya merasa aman				
4. Saya merasa beban saya menumpuk sehingga saya tidak dapat mengatasinya				
5. Saya merasa takut jika terjadi sesuatu				
6. Saya merasa khawatir terhadap sesuatu yang sesungguhnya tidak penting				
7. Saya memiliki suasana hati yang mantap				
8. Saya tidak pernah menganggap sesuatu menjadi persoalan				
9. Saya merasa nyaman				
10. Saya merasa semangat				
11. Saya merasa tegang				
12. Saya optimis dengan pengobatan yang saya jalani				
Depresi				
1. Saya merasa terganggu oleh hal-hal yang biasanya tidak mengganggu saya				
2. Saya dapat fokus terhadap apa yang saya kerjakan				
3. Saya merasa sedih				
4. Saya merasa bahwa segala sesuatu yang saya kerjakan mudah				
5. Saya merasa gembira				
6. Saya dapat menikmati hal-hal yang menyenangkan				
7. Saya tidak mampu membuat keputusan terkait diri sendiri				
8. Saya merasa gagal dalam kehidupan				
9. Saya merasa kecewa dengan kondisi yang saya alami				

-
10. Saya merasa terapi yang sudah saya jalani tidak pernah membawa hasil/kemajuan
-

Gambaran Diri

1. Saya merasa tubuh saya sudah tidak menarik
 2. Saya merasa tidak suka dengan bentuk tubuh saya
 3. Saya merasa kehilangan jati diri sebagai seorang wanita
 4. Saya merasa tidak sempurna sebagai wanita
 5. Saya tidak merasa berbeda walaupun ada bagian yang tidak sempurna dalam tubuh saya
 6. Saya tidak menjaga kebersihan tubuh saya
 7. Saya menjaga kesehatan tubuh sebaik-baiknya
 8. Saya merasa penampilan fisik saya tidak sesuai yang saya harapkan
 9. Saya ingin memperbaiki beberapa bagian tubuh saya
 10. Saya puas dengan ukuran tubuh saya
 11. Saya merasa bersyukur dengan keadaan saya
-

Kondisi fisik

1. Saya merasa puas dengan energi yang saya gunakan
 2. Saya dapat istirahat dengan cukup
 3. Saya merasa mudah lelah dalam melakukan aktivitas
 4. Saya merasa nyeri sangat sampai tidak dapat melakukan aktivitas
 5. Saya dapat mengontrol seluruh area tubuh
 6. Saya tidak memerlukan bantuan/alat dalam melakukan aktivitas
 7. Saya memerlukan bantuan orang lain dalam melakukan perawatan sehari-hari
 8. Saya berusaha meluangkan waktu untuk berolahraga walaupun tidak teratur
 9. Saya merasa perlu mengkonsumsi makanan sehat untuk menjaga kondisi fisik saya
-

Sosial

1. Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya
 2. Saya terlibat dalam kegiatan masyarakat
 3. Saya memiliki masalah dengan keluarga akibat kondisi saya
 4. Saya aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan di
-

masyarakat

5. Saya merasa orang melihat saya dengan rasa kasihan akibat penyakit yang saya alami
6. Saya merasa dibedakan/dijauhi akibat penyakit yang saya derita
7. Saya merasa enggan/malas ikut dalam kegiatan kemasyarakatan
8. Saya tidak nyaman berkumpul dengan banyak orang
9. Saya merasa perlu aktif dalam kegiatan masyarakat

Seksualitas

1. Saya mempunyai masalah dengan hubungan seks dengan pasangan
2. Saya merasa malu ketika akan berhubungan seks dengan pasangan
3. Saya merasa tidak tertarik untuk melakukan hubungan seks dengan pasangan
4. Saya tetap merasa butuh untuk berhubungan seks dengan pasangan
5. Saya melakukan hubungan seksual secara rutin
6. Saya merasa hubungan seksual sudah tidak lagi penting karena kondisi saya
7. Saya merasa tidak ada lagi gairah membicarakan seks dengan pasangan
8. Saya merasa pasangan sering mengeluh tentang kondisi saya
9. Saya merasa tidak terganggu dalam melakukan hubungan seksual

Sosial Ekonomi

1. Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan
2. Saya khawatir akan kondisi keuangan saya akibat pengobatan yang saya jalani
3. Saya merasa tidak produktif lagi dalam membantu memenuhi kebutuhan dalam keluarga
4. Saya menggunakan jaminan kesehatan masyarakat
5. Keluarga selalu berusaha mencari kekurangan sarana dan perawatan yang saya perlukan
6. Saya merasa tenang karena setiap bulan memiliki penghasilan tetap
7. Saya merasa bersyukur tidak lagi memikirkan tempat tinggal
8. Saya merasa nyaman tinggal di rumah yang sudah

bangunan tembok

9. Saya tidak merasa khawatir akan biaya pengobatan

10. Saya merasa kebutuhan untuk makan terpenuhi dengan baik

11. Saya merasa berat, selain biaya pengobatan, saya memiliki tanggungan untuk menyekolahkan anak

Lampiran 6**SATUAN ACARA KEGIATAN**

Pokok Bahasan	: Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara
Sasaran	: Klien Kanker Payudara
Tempat	: Rumah Klien
Sesion	: Pertemuan Ke-1
Waktu	: 60 Menit

1. Tujuan Instruksional Umum**SESI I : *Assesing dan Action Planning***

Pada sesi I bertujuan mengkaji masalah psikososial yang dialami Klien kanker payudara dan merencanakan tindakan yang akan digunakan untuk mengatasi masalah tersebut. Perawat memberikan kuesioner yang berisi pernyataan-pernyataan masalah psikososial pada Klien kanker payudara. Setelah menemukan masalah psikososial yang di alami, perawat dengan Klien menyusun rencana tindakan untuk mengatasi masalah psikososial tersebut..

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara selama 60 menit, Klien diharapkan mampu :

1. Mengidentifikasi masalah psikososial yang dialami
2. Menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut
3. Menetapkan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut

3. Metode

1. *Sharing*
2. Diskusi dan tanya jawab

4. Langkah Kegiatan

No	Persiapan	Orientasi	Kerja	Terminasi
1	1. Kontrak waktu dengan Klien 2. Mempersiapkan alat dan tempat	1. Saling memperkenalkan diri antara perawat – Klien 2. Menanyakan perasaan Klien 3. Perawat menjelaskan Tindakan Asertif Masyarakat akan dilakukan dalam 4 sesi 4. Perawat menjelaskan tujuan masing-masing sesi 5. Perawat dan Klien menyepakati waktu berlangsungnya tiap sesi yaitu 30-45 menit	1. Perawat menjelaskan cara mengisi kuesioner kepada Klien 2. Perawat membagikan kuesioner pada klien untuk diisi sebagai <i>pre test</i> tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi masalah psikososial 3. Perawat mendampingi klien selama pengisian kuesioner 4. Setelah klien selesai mengisi kuesioner, perawat melakukan penilaian kuesioner untuk menetapkan masalah psikososial yang dialami klien 5. Perawat menjelaskan masalah psikososial yang dialami klien 6. Perawat dan klien menyusun rencana tindakan untuk mengatasi permasalahan tersebut (menggunakan buku kerja) a. Mendiskusikan dengan menggali aspek-aspek pengalaman positif yang dimiliki klien b. Melatih klien menggunakan aspek-aspek positif c. Menggali sumberdaya yang dimiliki serta menggunakannya untuk mengatasi masalah 7. Perawat menetapkan tindakan yang terdapat dalam buku kerja yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami klien a. Mendiskusikan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan sumberdaya yang dimiliki klien b. Memotivasi Klien untuk melakukan tindakan c. Memberi pujian atas keberhasilan klien	a. Evaluasi 1. Perawat menayakan perasaan klien setelah menjalani sesi I 2. Perawat mengevaluasi kemampuan klien dalam mengenal dan mengungkapkan pengalaman/perasaan yang dirasakan 3. Perawat mengevaluasi kemampuan klien dalam menetapkan tindakan untuk mengatasi permasalahan tersebut b. Tindak Lanjut 1. Perawat meminta klien melakukan tindakan yang telah disepakati 2. Perawat menganjurkan klien untuk mengidentifikasi perasaan yang muncul ketika melakukan tindakan dan mencatat waktu timbulnya perasaan tersebut c. Kontrak yang akan datang 1. Perawat dan klien menyepakati topik pertemuan pada sesi II 2. Perawat dan klien menyepakati waktu dan tempat untuk melakukan sesi II

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan	: Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara
Sasaran	: Klien Kanker Payudara
Tempat	: Rumah Klien
Sesion	: Pertemuan Ke-2
Waktu	: 60 Menit

1. Tujuan Instruksional Umum

SESI II : *Monitoring dan Coaching Self Management*

Pada sesi 2 bertujuan mengawasi dan melatih manajemen secara mandiri dalam mengatasi masalah psikososial yang dialami. Perawat mengawasi Klien kanker payudara dalam melakukan tindakan (yang terdapat dalam buku kerja) untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami. Setelah mengawasi pelaksanaan tindakan, perawat melatih Klien dan *caregiver* (keluarga) melakukan manajemen secara mandiri untuk mengatasi masalah psikososial. Klien dan keluarga menggunakan buku kerja yang telah disediakan sebagai panduan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara selama 60 menit, Klien dan keluarga diharapkan mampu :

1. Mengatasi masalah psikososial yang dialami
2. Melakukan tindakan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami
3. Melakukan manajemen diri secara mandiri dalam mengatasi masalah psikososial yang dialami

3. Metode

1. *Sharing*
2. Diskusi dan tanya jawab

4. Langkah Kegiatan

No	Persiapan	Orientasi	Kerja	Terminasi
2	1. Mengingat kontrak waktu yang telah disepakati dengan Klien dan keluarga 2. Mempersiapkan alat dan tempat yang tenang dan nyaman	1. Perawat mengucapkan salam terapeutik kepada Klien dan keluarga 2. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga 3. Perawat menanyakan kembali kepada Klien tentang tindakan yang telah disusun pada sesi I 4. Perawat menjelaskan kepada Klien dan keluarga tentang tujuan pertemuan pada sesi II 5. Perawat kontrak waktu pelaksanaan sesi II yaitu 30-45 menit	1. Perawat menjelaskan kembali tentang tindakan yang telah disusun pada sesi I kepada Klien dan keluarga 2. Perawat mengawasi sampai sejauh mana Klien dan keluarga dalam melakukan tindakan yang telah disepakati 3. Perawat mendiskusikan kepada Klien dan keluarga apabila menemui hambatan dalam melakukan tindakan 4. Perawat melatih Klien dan keluarga dalam manajemen secara mandiri dalam melakukan tindakan mengatasi masalah psikososial 5. Perawat memotivasi Klien dan keluarga untuk menggunakan aspek-aspek positif yang dimiliki 6. Perawat memberikan pujian terhadap keberhasilan Klien dan keluarga	a. Evaluasi 1. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga setelah menjalani sesi II 2. Mengevaluasi kemampuan Klien dan keluarga dalam melakukan tindakan mengatasi masalah psikososial b. Tindak Lanjut 1. Mengajukan klien dan keluarga agar melakukan tindakan sesuai buku kerja apabila suatu saat mengalami masalah psikososial 2. Memotivasi Klien dan keluarga untuk dapat melakukan manajemen penyembuhan secara mandiri 3. Mengajukan Klien dan keluarga menanyakan apabila menemui kesulitan dan hambatan c. Kontrak Yang akan Datang 1. Perawat, Klien dan keluarga menyepakati topik pertemuan sesi III 2. Perawat, Klien dan keluarga menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi III

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan	: Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara
Sasaran	: Klien Kanker Payudara
Tempat	: Rumah Klien
Sesion	: Pertemuan Ke-3
Waktu	: 60 Menit

1. Tujuan Instruksional Umum

SESI III : *Educating dan Supporting Caregiver*

Pada sesi III bertujuan mengajarkan kepada Klien dan *caregiver* (keluarga) dalam memberikan perawatan penyakit kanker payudara. Perawat memberikan informasi tentang penyakit kanker payudara, pengobatan penyakit kanker payudara (mastektomi, kemoterapi dan radiasi), dampak masing-masing pengobatan dan perawatannya. Perawat memberikan dukungan pada keluarga melalui pemberian informasi, edukasi dan keterampilan yang diperlukan oleh keluarga..

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara selama 60 menit, Klien dan keluarga diharapkan mampu :

1. Mengetahui tentang perawatan penyakit kanker payudara
2. Melakukan perawatan penyakit kanker payudara secara mandiri

3. Metode

1. *Sharing*
2. Diskusi dan tanya jawab

4. Langkah Kegiatan

No	Persiapan	Orientasi	Kerja	Terminasi
3	1. Mengingatkan kontrak waktu yang telah disepakati dengan Klien dan keluarga 2. Mempersiapkan alat dan tempat yang tenang dan nyaman	1. Perawat mengucapkan salam terapeutik kepada Klien dan keluarga 2. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga 3. Perawat menanyakan kembali kepada Klien tentang tindakan yang telah disusun pada sesi II 4. Perawat menjelaskan kepada Klien dan keluarga tentang tujuan pertemuan pada sesi III 5. Perawat kontrak waktu pelaksanaan sesi III yaitu 30-45 menit	1. Perawat menjelaskan kepada Klien dan keluarga mengenai kanker payudara dan pengobatannya 2. Perawat menjelaskan kepada Klien dan keluarga mengenai dampak yang muncul selama menjalani pengobatan kanker payudara 3. Perawat mengajarkan kepada Klien dan keluarga mengenai cara perawatan penyakit kanker payudara selama menjalani pengobatan 4. Perawat memotivasi Klien dan keluarga melakukan perawatan kanker payudara secara mandiri 5. Perawat memberikan pujian atas keberhasilan Klien dan keluarga	a. Evaluasi 1. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga setelah menjalani sesi III 2. Mengevaluasi kemampuan Klien dan keluarga dalam memahami penyakit kanker payudara, pengobatan serta cara perawatannya b. Tindak Lanjut 1. Mengajukan Klien dan keluarga agar bertanya apabila ada hal-hal yang belum dipahami 2. Memotivasi Klien dan keluarga untuk dapat melakukan perawatan penyakit kanker payudara secara mandiri 3. Mengajukan Klien dan keluarga agar bisa saling bekerja sama dalam melakukan perawatan penyakit kanker payudara c. Kontrak Yang akan Datang 1. Perawat, Klien dan keluarga menyepakati topik pertemuan sesi IV 2. Perawat, Klien dan keluarga menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi IV

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan	: Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat terhadap Masalah Psikososial Klien Kanker Payudara
Sasaran	: Klien Kanker Payudara
Tempat	: Rumah Klien
Sesion	: Pertemuan Ke-4
Waktu	: 60 Menit

1. Tujuan Instruksional Umum

SESI IV : *Evaluating*

Pada sesi IV bertujuan mengevaluasi Klien dalam melakukan tindakan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami dan peran *caregiver* (keluarga) dalam memberikan perawatan penyakit kanker payudara. Perawat mengevaluasi keberhasilan Klien dalam mengatasi masalah psikososial secara mandiri. Perawat mengevaluasi peran *caregiver* (keluarga) dalam melakukan perawatan Klien kanker payudara selama menjalani pengobatan. Perawat juga mengevaluasi komitmen Klien dan keluarga selama menjalani pengobatan kanker payudara.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan tindakan asertif masyarakat terhadap psikososial klien kanker payudara selama 60 menit, Klien dan keluarga diharapkan mampu :

1. Melakukan tindakan untuk mengatasi masalah psikososial secara mandiri
2. Melakukan perawatan secara mandiri selama menjalani pengobatan kanker payudara

3. Metode

1. *Sharing*
2. Diskusi dan tanya jawab

4. Langkah Kegiatan

No	Persiapan	Orientasi	Kerja	Terminasi
4	1. Mengingat kontrak waktu yang telah disepakati dengan Klien dan keluarga 2. Mempersiapkan alat dan tempat yang tenang dan nyaman	1. Perawat mengucapkan salam terapeutik kepada Klien dan keluarga 2. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga 3. Perawat menanyakan kembali kepada Klien tentang tindakan yang telah dilakukan pada sesi III 4. Perawat menjelaskan kepada Klien dan keluarga tentang tujuan pertemuan pada sesi IV 5. Perawat kontrak waktu pelaksanaan sesi IV yaitu 30-45 menit	1. Perawat mengevaluasi Klien dalam melakukan tindakan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami a. Perawat memberikan kuesioner pada Klien untuk diisi sebagai <i>post test</i> tindakan asertif masyarakat dalam mengatasi masalah psikososial b. Perawat memberikan penilaian terhadap masalah psikososial Klien kanker payudara setelah dilakukan tindakan 2. Perawat mengevaluasi pemahaman Klien dan keluarga mengenai penyakit kanker payudara 3. Perawat mengevaluasi pemahaman Klien dan keluarga mengenai cara dan dampak selama menjalani pengobatan kanker payudara 4. Perawat mengevaluasi kemampuan Klien dan keluarga dalam melakukan perawatan penyakit kanker payudara secara mandiri	a. Evaluasi 1. Perawat menanyakan perasaan Klien dan keluarga setelah menjalani sesi IV 2. Mengevaluasi keberhasilan Klien dalam mengatasi masalah psikososial melalui tindakan asertif masyarakat. 3. Mengevaluasi kemampuan Klien dan keluarga dalam memahami penyakit kanker payudara, pengobatan serta cara perawatannya secara mandiri b. Tindak Lanjut 1. Mengajukan Klien dan keluarga agar melakukan tindakan dalam mengatasi masalah psikososial yang dialami 2. Memotivasi Klien dan keluarga untuk dapat melakukan perawatan penyakit kanker payudara secara mandiri 3. Mengajukan Klien dan keluarga agar bisa saling bekerja sama dalam melakukan perawatan penyakit kanker payudara

LEMBAR CATATAN PERAWAT

Lembar ini berisikan hasil diskusi peneliti dengan klien kanker payudara mengenai permasalahan psikososial klien, upaya yang telah dilakukan klien untuk mengatasi penyakitnya serta peran keluarga dalam melakukan perawatan penyakit kanker payudara.

No	Hasil Diskusi	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan

**TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PENELITIAN
KELOMPOK PERLAKUAN**

NO RESP	USIA	PEKERJAAN	PENDIDIKAN	JUMLAH ANAK	LAMA SAKIT	PENDAPATAN	JENIS PENGobatan	USIA MENSTRUASI	KONTRASEPSI
1	1	2	2	1	1	2	3	1	1
2	2	2	2	1	1	2	2	1	4
3	1	2	3	1	2	1	1	1	2
4	2	1	3	1	2	1	3	2	3
5	2	2	2	1	2	1	2	1	2
6	2	2	2	1	2	2	3	1	3
7	2	2	2	2	2	2	3	2	2
8	2	2	3	1	1	2	3	2	1
9	2	2	3	1	2	1	3	2	2
10	1	2	2	2	2	2	2	1	2
11	2	2	3	1	1	1	2	2	1
12	2	2	4	1	2	2	1	2	2
13	2	1	4	2	2	1	3	2	1
14	1	2	1	1	2	2	3	1	2
15	2	1	1	2	1	1	3	2	1

Keterangan:

a. Usia	b. Pekerjaan	c. Pendidikan	d. Jumlah Anak	e. Lama sakit	f. Pendapatan	g. Jen. Pengobatan	h. Usia Menstruasi	i. Kontrasepsi
1. 40-50 tahun	1. Bekerja	1. SD	1. 1-2 orang	1. 1-2 tahun	1. ≤Rp.1.700.000	1. Pembedahan-Kemoterapi	1. ≤12 tahun	1. Pil
2. 51-60 tahun	2. Tidak Bekerja	2. SMP	2. 3-4 orang	2. 3-5 tahun	2. Rp. 1.700.000-2.400.000	2. Pembedahan-Radiasi	2. ≥12 tahun	2. Suntik
		3. SMA			3. Rp.2.400.000-3.000.000	3. Pembedahan-Kemoterapi-Radiasi		3. IUD
		4. Perguruan Tinggi						4. Lainnya

TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PENELITIAN
KELOMPOK KONTROL

NO RESP	USIA	PEKERJAAN	PENDIDIKAN	JUMLAH ANAK	LAMA SAKIT	PENDAPATAN	JENIS PENGobatan	USIA MENSTRUASI	KONTRASEPSI
1	2	2	2	2	1	2	2	1	1
2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
3	2	2	3	1	2	2	1	1	2
4	2	1	1	1	2	2	3	2	1
5	1	2	2	2	2	1	2	1	4
6	2	2	3	1	1	2	1	1	2
7	1	2	3	1	1	1	3	2	2
8	1	2	2	2	2	2	1	2	3
9	2	2	2	2	1	1	3	2	2
10	2	2	2	2	2	1	2	1	1
11	1	2	3	1	1	1	2	2	1
12	1	2	2	2	1	1	1	2	1
13	2	1	1	1	2	2	3	2	2
14	2	2	3	1	1	1	2	1	4
15	2	1	4	1	1	1	3	2	1

Keterangan:

a.Usia	b.Pekerjaan	c. Pendidikan	d. Jumlah Anak	e. Lama sakit	f. Pendapatan	g. Jen.Pengobatan	h.Usia Menstruasi	i. Kontrasepsi
1. 40-50 tahun	1. Bekerja	1. SD	1. 1-2 orang	1. 1-2 tahun	1.≤Rp.1.700.000	1.Pembedahan-Kemoterapi	1.≤12 tahun	1.Pil
2. 50-60 tahun	2. Tidak Bekerja	2. SMP	2. 3-4 orang	2. 3-5 tahun	2.Rp 1.700.000-2.400.000	2.Pembedahan-Radiasi	2.≥12 tahun	2. Suntik
		3. SMA			3. Rp.2.400.000-3.000.000	3. Pembedahan-Kemoterapi-Radiasi		3. IUD
		4.Perguruan Tinggi						4. Lainnya

NILAI KECEMASAN *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Kecemasan Perlakuan					Kecemasan Kontrol				
Responden	Pre		Post		Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori		Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	18	sedang	24	sedang	1	23	sedang	18	Ringan
2	18	sedang	15	Ringan	2	25	sedang	20	sedang
3	15	Ringan	12	Ringan	3	18	sedang	22	sedang
4	23	sedang	17	sedang	4	22	sedang	19	sedang
5	33	sedang	14	Ringan	5	23	sedang	17	sedang
6	30	sedang	22	sedang	6	25	sedang	21	sedang
7	40	berat	21	sedang	7	18	sedang	20	sedang
8	36	berat	19	sedang	8	20	sedang	26	sedang
9	40	berat	21	sedang	9	18	sedang	18	sedang
10	42	berat	14	Ringan	10	16	sedang	21	sedang
11	29	sedang	24	sedang	11	19	sedang	18	sedang
12	29	sedang	23	sedang	12	20	Ringan	16	sedang
13	34	sedang	20	sedang	13	21	sedang	26	sedang
14	43	berat	19	sedang	14	19	sedang	31	sedang
15	39	berat	17	sedang	15	27	sedang	28	sedang

NILAI DEPRESI *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Depresi Perlakuan				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	22	sedang	16	sedang
2	14	sedang	11	Ringan
3	11	Ringan	10	Ringan
4	13	Ringan	20	sedang
5	13	Ringan	16	sedang
6	21	sedang	11	Ringan
7	25	sedang	13	Ringan
8	23	sedang	17	sedang
9	30	berat	19	sedang
10	27	sedang	18	sedang
11	37	berat	17	sedang
12	31	berat	15	sedang
13	25	sedang	13	Ringan
14	36	berat	18	sedang
15	30	berat	15	sedang

Depresi Kontrol				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	22	Ringan	16	Ringan
2	14	sedang	11	sedang
3	11	sedang	10	sedang
4	13	sedang	20	Ringan
5	13	sedang	16	sedang
6	21	sedang	11	sedang
7	25	sedang	13	sedang
8	23	sedang	17	sedang
9	30	sedang	19	sedang
10	27	sedang	18	sedang
11	37	sedang	17	sedang
12	31	sedang	15	sedang
13	25	sedang	13	sedang
14	36	sedang	18	sedang
15	30	sedang	15	sedang

NILAI SOSIAL EKONOMI *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTRO

Sosial Ekonomi Perlakuan				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	15	negative	16	negative
2	19	positif	22	positif
3	12	negative	11	negative
4	20	positif	23	positif
5	23	positif	25	positif
6	25	positif	25	positif
7	22	positif	25	positif
8	27	positif	30	positif
9	24	positif	26	positif
10	22	positif	25	positif
11	17	negative	19	positif
12	22	positif	22	positif
13	25	positif	23	positif
14	26	positif	28	positif
15	25	positif	27	positif

Sosial Ekonomi Perlakuan				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	23	positif	19	positif
2	23	positif	25	positif
3	19	positif	22	positif
4	11	negative	11	negative
5	20	positif	19	positif
6	15	negative	17	negative
7	21	positif	20	positif
8	16	negative	17	negative
9	14	negative	15	negative
10	13	negative	15	negative
11	18	positif	18	positif
12	15	negative	17	negative
13	18	positif	20	positif
14	18	positif	22	positif
15	25	positif	25	positif

NILAI SEKSUALITAS *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Responden	Seksualitas Perlakuan			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	24	positif	23	positif
2	13	negative	15	negative
3	15	negative	11	negative
4	9	negative	11	negative
5	18	negative	15	negative
6	20	positif	20	positif
7	27	positif	26	positif
8	24	positif	22	positif
9	28	positif	23	positif
10	24	positif	26	positif
11	34	positif	33	positif
12	32	positif	30	positif
13	22	positif	24	positif
14	34	positif	22	positif
15	29	positif	25	positif

Responden	Seksualitas Kontrol			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	15	negative	16	negative
2	19	negative	18	negative
3	20	positif	20	positif
4	11	negative	13	negative
5	14	negative	22	positif
6	10	negative	10	negative
7	12	negative	11	negative
8	11	negative	13	negative
9	16	negative	16	negative
10	13	negative	14	negative
11	9	negative	10	negative
12	25	positif	23	positif
13	25	positif	25	positif
14	17	negative	15	negative
15	19	negative	21	positif

NILAI SOSIAL *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Responden	Sosial Perlakuan			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	15	negative	24	positif
2	11	negative	9	negative
3	10	negative	12	negative
4	10	negative	12	negative
5	13	negative	20	negative
6	21	positif	27	positif
7	19	negative	24	positif
8	15	negative	31	positif
9	21	positif	25	positif
10	21	positif	33	positif
11	20	negative	21	positif
12	18	negative	35	positif
13	15	negative	26	positif
14	11	negative	33	positif
15	11	negative	27	positif

Responden	Sosial Kontrol			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	24	negative	19	negative
2	9	negative	21	positif
3	12	negative	11	negative
4	12	negative	16	negative
5	20	negative	15	negative
6	27	negative	16	negative
7	24	negative	11	negative
8	31	positif	15	negative
9	25	negative	13	negative
10	33	negative	9	negative
11	21	positif	21	positif
12	35	negative	9	negative
13	26	negative	15	negative
14	33	positif	23	positif
15	11	negative	23	positif

NILAI KONDISI FISIK *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Responden	Kondisi Fisik Perlakuan			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	18	cukup	21	baik
2	24	baik	26	baik
3	21	baik	24	baik
4	26	baik	30	baik
5	14	cukup	14	cukup
6	30	baik	32	baik
7	13	cukup	18	cukup
8	21	baik	28	baik
9	23	baik	26	baik
10	14	cukup	14	cukup
11	22	baik	22	baik
12	26	baik	30	baik
13	14	cukup	14	cukup
14	23	baik	26	baik
15	21	baik	26	baik

Responden	Kondisi Fisik Kontrol			
	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	15	cukup	15	cukup
2	11	kurang	19	baik
3	12	kurang	15	cukup
4	24	baik	18	cukup
5	21	baik	19	baik
6	15	cukup	20	baik
7	15	cukup	17	cukup
8	10	kurang	13	kurang
9	9	kurang	9	kurang
10	11	kurang	19	baik
11	11	kurang	11	kurang
12	17	cukup	15	cukup
13	18	cukup	19	baik
14	23	baik	23	baik
15	13	kurang	23	baik

NILAI GAMBARAN DIRI *PRE – POST TEST* KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Gambaran Diri Kontrol				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	30	positif	28	positif
2	14	negative	18	negative
3	13	negative	18	negative
4	11	negative	17	negative
5	13	negative	19	negative
6	15	negative	16	negative
7	20	negative	14	negative
8	15	negative	19	negative
9	15	negative	17	negative
10	12	negative	19	negative
11	15	negative	13	negative
12	13	negative	15	negative
13	17	negative	19	negative
14	21	positif	19	negative
15	23	negative	17	negative

Gambaran Diri Perlakuan				
Responden	Pre		Post	
	Nilai	Kategori	Nilai	Kategori
1	20	positive	29	positive
2	15	negative	29	positive
3	12	negative	26	positive
4	13	negative	19	negative
5	17	negative	16	negative
6	16	negative	31	positive
7	11	negative	39	positive
8	16	negative	33	positive
9	29	positive	33	positive
10	24	positive	33	positive
11	13	positive	17	negative
12	15	negative	19	negative
13	16	negative	18	negative
14	13	negative	17	negative
15	15	negative	27	positive

Lampiran 15

HASIL UJI VALIDITAS DAN REABILITAS

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemas1	205.33	1703.095	.517	.984
cemas2	205.33	1696.667	.751	.984
cemas3	205.40	1715.971	.517	.984
cemas4	205.53	1694.695	.745	.984
cemas5	205.20	1701.029	.783	.984
cemas6	205.20	1695.314	.767	.984
cemas7	205.33	1694.667	.696	.984
cemas8	205.13	1700.267	.807	.984
cemas9	205.33	1694.667	.696	.984
cemas11	205.33	1707.524	.667	.984
cemas12	205.13	1700.267	.807	.984
cemas13	205.20	1706.457	.679	.984
dep1	205.53	1694.695	.745	.984
dep3	205.20	1699.600	.696	.984
dep4	205.53	1697.838	.695	.984
dep5	205.33	1697.952	.729	.984
dep6	205.27	1697.210	.653	.984
dep7	205.33	1707.238	.672	.984
dep9	205.27	1691.924	.731	.984
dep10	205.33	1700.667	.800	.984
dep11	205.20	1683.029	.784	.984
dep12	205.13	1700.267	.807	.984

gamdir2	205.47	1700.124	.638	.984
gamdir3	205.67	1714.524	.568	.984
gamdir4	205.20	1710.314	.606	.984
gamdir7	205.27	1706.781	.673	.984
gamdir8	205.13	1700.267	.807	.984
gamdir9	205.07	1687.352	.816	.984
gamdir10	205.47	1700.124	.638	.984
gamdir11	205.27	1700.210	.686	.984
gamdir12	205.20	1677.171	.743	.984
fisik1	205.20	1683.457	.964	.984
fisik2	205.07	1687.352	.816	.984
fisik4	205.27	1700.210	.686	.984
fisik7	205.47	1688.838	.812	.984
fisik8	205.27	1682.210	.875	.984
fisik9	205.27	1700.210	.686	.984
fisik10	205.07	1687.352	.816	.984
fisik11	205.53	1697.838	.695	.984
fisik12	205.53	1694.695	.745	.984
sosial1	205.13	1700.267	.807	.984
sosial2	205.33	1719.524	.436	.984
sosial3	205.53	1694.695	.745	.984
sosial4	205.13	1700.267	.807	.984
sosial6	205.53	1694.695	.745	.984
sosial7	205.13	1700.267	.807	.984
sosial8	205.13	1693.267	.716	.984
sosial9	205.47	1700.124	.638	.984
sosial10	205.53	1694.695	.745	.984
sosial11	205.20	1706.171	.685	.984
seks1	205.27	1701.352	.777	.984

seks2	205.67	1695.810	.635	.984
seks3	205.47	1711.267	.827	.984
seks5	205.53	1694.695	.745	.984
seks6	205.13	1700.267	.807	.984
seks7	205.20	1698.171	.719	.984
seks8	205.07	1687.352	.816	.984
seks9	205.47	1700.124	.638	.984
seks11	205.40	1717.257	.492	.984
seks12	205.53	1694.695	.745	.984
SE1	205.13	1700.267	.807	.984
SE2	205.07	1687.352	.816	.984
SE3	205.47	1700.124	.638	.984
SE4	205.53	1708.124	.532	.984
SE5	205.53	1694.695	.745	.984
SE6	205.13	1700.267	.807	.984
SE8	205.33	1700.667	.800	.984
SE9	205.20	1683.029	.784	.984
SE10	205.07	1687.352	.816	.984
SE11	205.47	1700.124	.638	.984
SE12	205.13	1700.267	.807	.984

R tabel = 0,5140

Skor disbanding tabel semuanya lebih dari 0,5140 jadi kuesioner valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.984	86

Reliabel.

Lampiran 16

UJI FREKUENSI DATA KARAKTERISTIK
RESPONDEN PENELITIAN

Pekerjaan * Kelompok Crosstabulation					
			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
Pekerjaan	bekerja	Count	3	6	9
		% within Pekerjaan	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Kelompok	20.0%	40.0%	30.0%
		% of Total	10.0%	20.0%	30.0%
	tidak bekerja	Count	12	9	21
		% within Pekerjaan	57.1%	42.9%	100.0%
		% within Kelompok	80.0%	60.0%	70.0%
		% of Total	40.0%	30.0%	70.0%
	Total	Count	15	15	30
		% within Pekerjaan	50.0%	50.0%	100.0%
% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		50.0%	50.0%	100.0%	

Umur * Kelompok Crosstabulation					
			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
Umur	41-50	Count	8	5	13
		% within Umur	52.9%	47.1%	100.0%
		% within Kelompok	53,3%	33.3%	43.3%
		% of Total	30.0%	26.7%	56.7%
	51-60	Count	7	10	13
		% within Umur	46.2%	53.8%	100.0%
		% within Kelompok	46.7%	66.7%	56.7%
		% of Total	20.0%	23.3%	43.3%
Total	Count	15	15	30	
	% within Umur	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

JumAnak * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
JumAnak	1-2	Count	11	11	22
		% within JumAnak	54.2%	45.8%	100.0%
		% within Kelompok	73.3%	73.3%	73.3%
		% of Total	43.3%	36.7%	80.0%
	3-4	Count	4	4	8
		% within JumAnak	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Kelompok	26.7%	26.7%	26.7%
		% of Total	6.7%	13.3%	20.0%
Total	Count		15	15	30
	% within JumAnak		50.0%	50.0%	100.0%
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		50.0%	50.0%	100.0%

Pendidikan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
Pendidikan	SD	Count	2	0	2
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
		% within Kelompok	13.3%	.0%	6.7%
		% of Total	6.7%	.0%	6.7%
	SMP	Count	6	7	13
		% within Pendidikan	46.2%	53.8%	100.0%
		% within Kelompok	40.0%	46.7%	43.3%
		% of Total	20.0%	23.3%	43.3%
	SMA	Count	5	8	13
		% within Pendidikan	38.5%	61.5%	100.0%
		% within Kelompok	33.3%	53.3%	43.3%
		% of Total	16.7%	26.7%	43.3%
	PT	Count	2	0	2
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
		% within Kelompok	13.3%	.0%	6.7%
		% of Total	6.7%	.0%	6.7%
Total	Count		15	15	30
	% within Pendidikan		50.0%	50.0%	100.0%
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		50.0%	50.0%	100.0%

JenPngobtan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
JenPngobtan	Pembedahan -Kemoterapi	Count	2	4	6
		% within JenPngobtan	45.5%	54.5%	100.0%
		% within Kelompok	33.3%	26.7%	20.0%
		% of Total	16.7%	20.0%	36.7%
	Pembedahan -Radiasi	Count	4	6	10
		% within JenPngobtan	54.5%	100.0%	100.0%
		% within Kelompok	26.7%	40.0%	10.0%
		% of Total	20.0%	20.0%	10.0%
	Pembedahan -Kemoterapi- Radiasi	Count	9	5	14
		% within JenPngobtan	62.5%	37.5%	100.0%
		% within Kelompok	60.0%	33.3%	46.7%
		% of Total	33.3%	20.0%	53.3%
Total	Count	15	15	30	
	% within JenPngobtan	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

Kontrasepsi * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
Kontrasepsi	pil	Count	5	7	2
		% within Kontrasepsi	35.7%	53.8%	100.0%
		% within Kelompok	33.3%	46.7%	40.0%
		% of Total	16.7%	23.3%	46.7%
	suntik	Count	7	5	13
		% within Kontrasepsi	53.8%	35.7%	100.0%
		% within Kelompok	46.7%	33.3%	43.3%
		% of Total	23.3%	16.7%	43.3%
	IUD	Count	2	1	3
		% within Kontrasepsi	100.0%	7.3%	100.0%
		% within Kelompok	20.0%	6.7%	10.0%

LamaSakit * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
LamaSakit	1-2 tahun	Count	10	8	18
		% within LamaSakit	55.6%	44.4%	100.0%
		% within Kelompok	66.7%	53.3%	60.0%
		% of Total	33.3%	26.7%	60.0%
	3-5 tahun	Count	5	7	12
		% within LamaSakit	41.7%	58.3%	100.0%
		% within Kelompok	33.3%	46.7%	40.0%
		% of Total	16.7%	23.3%	40.0%
	Total	Count	15	15	30
		% within LamaSakit	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Pendapatan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			perlakuan	kontrol	
Pendapatan	<1.700.000	Count	7	9	16
		% within Pendapatan	43.8%	56.3%	100.0%
		% within Kelompok	46.7%	60.0%	53.3%
		% of Total	23.3%	30.0%	53.3%
	1.700.000-2.400.000	Count	8	6	14
		% within Pendapatan	57.1%	42.9%	100.0%
		% within Kelompok	53.3%	40.0%	46.7%
		% of Total	26.7%	20.0%	46.7%
	Total	Count	15	15	30
		% within Pendapatan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Lampiran 17

UJI NORMALITAS DATA AWAL

Tests of Normality							
Kelompok		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CemasPre	PERLAKUAN	.150	15	.200	.954	15	.591
	KONTROL	.150	15	.200	.954	15	.591
CemasPost	PERLAKUAN	.203	15	.098	.898	15	.090
	KONTROL	.203	15	.098	.898	15	.090
DepresiPre	PERLAKUAN	.137	15	.200	.961	15	.711
	KONTROL	.159	15	.200	.923	15	.213
DepresiPost	PERLAKUAN	.145	15	.200	.920	15	.193
	KONTROL	.145	15	.200	.920	15	.193
GamdirPre	PERLAKUAN	.115	15	.200	.956	15	.622
	KONTROL	.091	15	.200	.982	15	.981
GamdirPost	PERLAKUAN	.173	15	.200	.924	15	.225
	KONTROL	.173	15	.200	.924	15	.225
KondfisikPre	PERLAKUAN	.143	15	.200	.911	15	.139
	KONTROL	.143	15	.200	.911	15	.139
KondfisikPost	PERLAKUAN	.157	15	.200	.947	15	.472
	KONTROL	.157	15	.200	.947	15	.472
SosialPre	PERLAKUAN	.150	15	.200	.930	15	.275
	KONTROL	.150	15	.200	.930	15	.275
SosialPost	PERLAKUAN	.202	15	.099	.895	15	.080
	KONTROL	.202	15	.099	.895	15	.080
SeksualitasPre	PERLAKUAN	.118	15	.200	.938	15	.362
	KONTROL	.118	15	.200	.938	15	.362
SeksualitasPost	PERLAKUAN	.132	15	.200	.941	15	.400
	KONTROL	.132	15	.200	.941	15	.400
SosekPre	PERLAKUAN	.144	15	.200	.952	15	.560
	KONTROL	.133	15	.200	.912	15	.143
SosekPost	PERLAKUAN	.184	15	.183	.863	15	.027
	KONTROL	.209	15	.077	.869	15	.033

a. Lilliefors Significance Correction
*. This is a lower bound of the true significance.

Lampiran 18

HASIL UJI PAIRED T TEST

KELOMPOK INTERVENSI

		Paired Samples Test		
		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	cemaspre - cemaspost	12.467	9.620	2.484
Pair 2	deppre - deppost	8.600	7.679	1.983
Pair 3	gamdirpre - gamdirpost	-12.867	6.479	1.673
Pair 4	fisikpre - fisikpost	.200	.676	.175
Pair 5	sosialpre - sosialpost	-8.533	6.958	1.796
Pair 6	sekspre - sekspost	1.133	3.758	.970
Pair 7	SEpre - SEpost	-.267	1.907	.492

		Paired Samples Test	
		df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	cemaspre - cemaspost	14	.000
Pair 2	deppre - deppost	14	.001
Pair 3	gamdirpre - gamdirpost	14	.000
Pair 4	fisikpre - fisikpost	14	.271
Pair 5	sosialpre - sosialpost	14	.000
Pair 6	sekspre - sekspost	14	.262
Pair 7	SEpre - SEpost	14	.597

KELOMPOK KONTROL

Paired Samples Test

		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	cemaspre - cemaspost	-.467	5.181	1.338
Pair 2	deppre - deppost	-.333	3.155	.815
Pair 3	gamdirpre - gamdirpost	1.533	5.370	1.387
Pair 4	fisikpre - fisikpost	-2.200	4.411	1.139
Pair 5	sosialpre - sosialpost	1.400	3.542	.914
Pair 6	sekspre - sekspost	-.600	2.261	.584
Pair 7	SEpre - SEpost	-.600	2.384	.616

Paired Samples Test

		Paired Differences		t
		95% Confidence Interval of the Difference		
		Lower	Upper	
Pair 1	cemaspre - cemaspost	-3.336	2.402	-.349
Pair 2	deppre - deppost	-2.080	1.414	-.409
Pair 3	gamdirpre - gamdirpost	-1.441	4.507	1.106
Pair 4	fisikpre - fisikpost	-4.643	.243	-1.932
Pair 5	sosialpre - sosialpost	-.561	3.361	1.531
Pair 6	sekspre - sekspost	-1.852	.652	-1.028
Pair 7	SEpre - SEpost	-1.920	.720	-.975

Paired Samples Test

		df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	cemaspre - cemaspost	14	.732
Pair 2	deppre - deppost	14	.689
Pair 3	gamdirpre - gamdirpost	14	.287
Pair 4	fisikpre - fisikpost	14	.074
Pair 5	sosialpre - sosialpost	14	.148
Pair 6	sekspre - sekspost	14	.322
Pair 7	SEpre - SEpost	14	.346



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS KESEHATAN

UPTD PUSKESMAS MEDOKAN AYU

Jl. Medokan Asri Utara IV No.31 Surabaya 60295

Telp. (031) 8720080 Fax. (031) 8720080

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg. Siti Januarsih
NIP : 19590101 198512 2 003
Pangkat / Gol : Pembina Utama Madya / IV.D
J a b a t a n : Kepala Puskesmas Medokan Ayu

Dengan ini menerangkan bahwa Saudara :

Nama : Andika Wati Fitriasaki
NIM : 131514153006
Pendidikan : S2 Keperawatan

Telah selesai melaksanakan survey / penelitian pada bulan Januari - Maret 2017 dengan tema penelitian Pengaruh Tindakan Asertif Masyarakat Terhadap Psikososial Penderita Kanker Payudara

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar - benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 31 Mei 2017

Kepala Puskesmas Medokan Ayu


drg. Siti Januarsih
NIP. 19590101 198512 2 003