

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KONSEP
DIRI PASIEN KANKER PAYUDARA DI RUANG KEMOTERAPI
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2014**



NAMA : AMIYATI

NIM : 13.0789.197.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2014**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KONSEP DIRI
PASIEN KANKER PAYUDARA DI RUANG KEMOTERAPI
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2014**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
Stikes Wiyata Husada Samarinda**

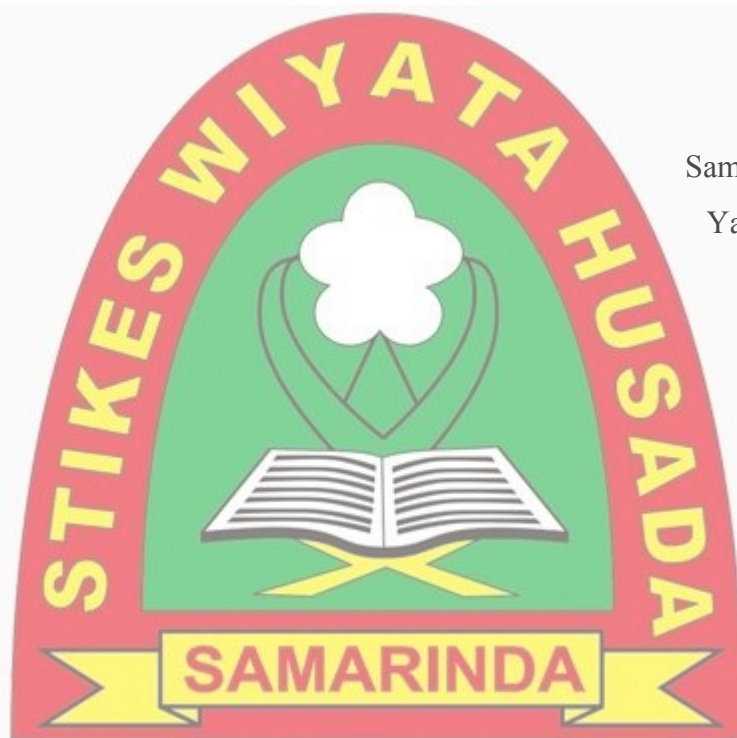


NIM : 13.0789.197.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STIKES WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2014**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan diperguruan tinggi manapun.



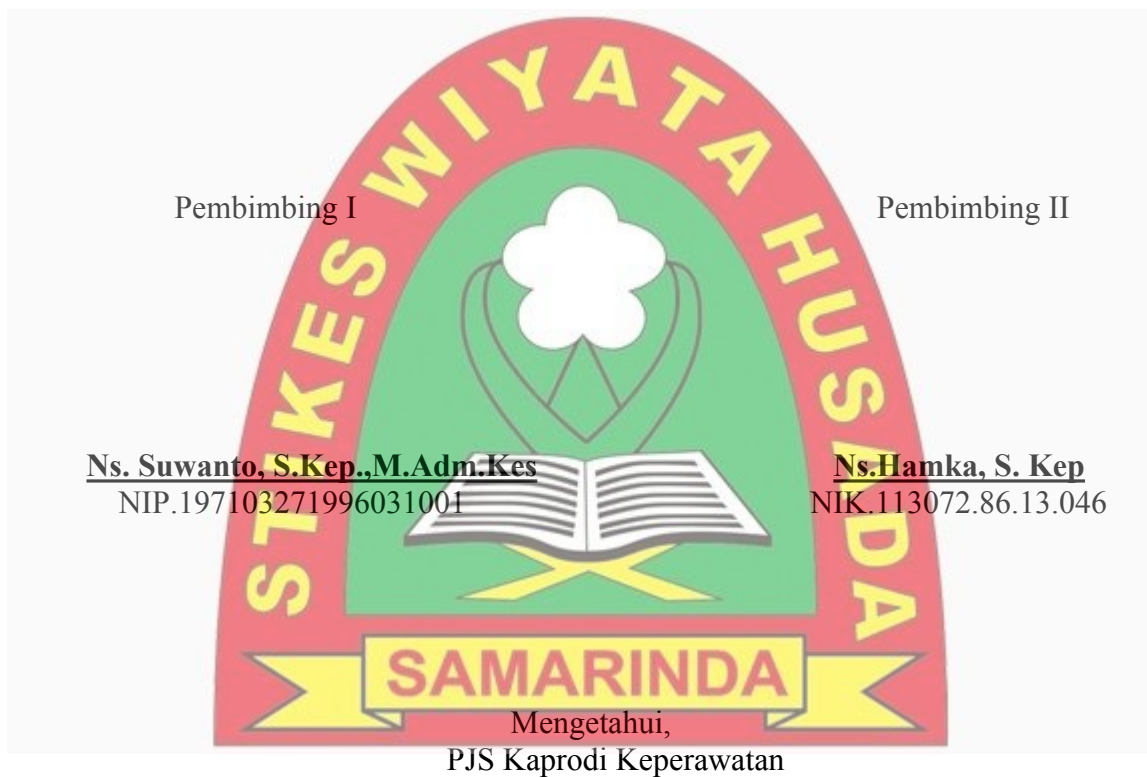
Samrinda, Juli 2014

Yang Menyatakan

Ami Yati
13.0789.197.01

LEMBAR PENGESAHAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 10 JULI 2014

Oleh :



Ns.Nanik Lestari, S.Kep
NIK.113072.85.09.009

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia penguji

Pada Program Studi Ilmu Keperawatan

Pada tanggal 10 Juli 2014

PANITIA PENGUJI



Mengesahkan
Ketua STIKES Wiyata Husada

Menyetujui
PJS Kaprodi Keperawatan

Sukirman Wiriadi Putra, DCN, M.Kes

Ns.Nanik Lestari. S.Kep

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan pada Allah SWT yang selalu memberikan rahmat dan karunia-Nya, serta tak lupa sholawat dan salam pada Nabi Besar Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara diruang kemoterapi RSUD A.W. Sjahranie Samarinda 2014 “.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Wiyata Husada Samarinda. Terwujudnya skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tulus kepada :

1. Bapak Sukirman Wiriadi Putra, DCN, M.Kes, selaku ketua STIKes Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Bapak DR.Rachim Dinata Marsidi,Sp. B, FINAC, M.Kes, selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, atas kesempatan untuk melaksanakan izin melakukan penelitian ini.
3. Ibu Ns.Nanik Lestari, S.Kep, selaku PJS Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.

4. Bapak Ns. Suwanto, S.Kep.,M.Adm.Kes, selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu serta memberikan saran dan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Bapak Ns.Hamka, S. Kep, selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu serta memberikan saran dan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Ns.Yusnita Sirait,M.Kep, selaku penguji dalam penyusunan skripsi ini.
7. Bapak dan ibu, yang telah memberikan dorongan dan kekuatan untuk terus berkarya, serta doa dan kasih sayang yang selalu teruntai setia mengiringi langkahku.
8. Andrew Bachtiar atas kebersamaan dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.
9. Elviana Meikarini dan Fifi Emilia atas persaudaraan serta kebersamaan kita, yang telah memberi motivasi dan membantu peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
10. Semua teman mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda yang senantiasa memberikan motivasi kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah yang terlibat dalam penyelesaian skripsi ini.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan sebagai sarana untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

ABSTRAC

THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND SELF- CONCEPT OF BREAST CANCER PATIENS IN THE CHEMOTHERAPY ROOM OF ABDUL WAHAB SJHRANIE PUBLIC HOSPITAL SAMARINDA

By : Amiyati¹, Suwanto², Hamka³

Cancer is disease which is extremely feared by the comuinicaty because it frequently leads death. Breast cancer is the most common type of cancer found in adult female nowadays. There are approximately 39,620 women die because of breast cancer every year.

This research aims to identify the correlation between family support and self-concept of the breast cancer patiens in chemotherapy ward Abdul Wahab Sjahranie Public Hospital Samarinda

The design of this research was descriptive correlation with cross sectional approach. The population of this research was the entire breast cancer patients in the chemotherapy room of Abdul Wahab Sjahranie Public Hospital Samarinda, which consisted of 58 people who where taken by using non random sampling technique. The technique used to take the sample was incidental sampling.

The research findings showed that there were 33 (86.8%) respondents of 38 respondents stated that they had good family support and positive self-concept, while there were 5 (13,2%) respondents had negative self-concept. From 20 respondents who stated that they had did not have good family support, 8 (40%) of them had positive self-concept and 12 (60%) had negative self-concept. The result statistical test showed that p value was 0.001. this value was lower than the value of $\alpha = 0.05$. The analysis on the significant correlation between the two variables showed that OR = 9.900 (95% CI: 2.703 – 36,256) meaning that good family support has a chance of 9 times to make the patients have positive self-concept compared with those who do not have good family support in patients self-concept.

Family support has a very important role to improve the health of family members. It is suggested that the members of family persistently give support in any forms which can make women suffering from bread cancer becom strong and have positive self-concept.

Keywords : family support, self-concept, women breast cancer

ABSTRAK

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KONSEP DIRI PASIEN KANKER PAYUDARA DI RUANG
KEMOTERAPI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

Oleh : Amiyati¹, Suwanto², Hamka³

Kanker merupakan penyakit yang sangat ditakuti masyarakat karena sering menyebabkan kematian. Kanker payudara merupakan kanker yang paling sering dijumpai pada perempuan dewasa ini. Sekitar 39.620 wanita meninggal dunia setiap tahunnya karena kanker payudara.

Tujuan Penelitian adalah Untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara diruang kemoterapi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Desain penelitian atau rancangan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien dengan kanker payudara diruang kemoterapi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda, dengan besar sampel sebanyak 58 orang yang diambil dengan tehnik *Non random sampling*, Cara pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *sampling incidental*.

Berdasarkan hasil penelitian ada 33 responden (86,8%) dari 38 responden yang menyatakan dukungan keluarga baik dan memiliki konsep diri yang positif sedangkan yang memiliki konsep diri yang negatif sebanyak 5 responden (13,2%). Dari 20 responden yang menyatakan dukungan keluarga kurang baik, memiliki konsep diri yang positif sebanyak 8 responden (40%) dan 12 responden (60%) memiliki konsep diri negatif. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,001, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR = 9,900 (95 % CI : 2,703-36,256) artinya adanya dukungan keluarga yang baik berpeluang 9 kali membuat pasien memiliki konsep diri yang positif dibandingkan tidak adanya dukungan dalam konsep diri pasien.

Dukungan keluarga mempunyai peranan yang sangat penting untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarganya. Disarankan kepada keluarga untuk selalu memberikan dukungan dalam bentuk apapun yang nantinya dapat membuat perempuan penderita kanker payudara tersebut merasa kuat dan memiliki konsep diri yang positif.

Kata kunci: Dukungan keluarga, keluarga, Konsep diri, Wanita Kanker Payudara

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Skema.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LatarBelakan.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. TujuanPenelitian.....	6
D. ManfaatPenelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Landasan Teori	
1. DukunganKeluarga.....	9
2. KonsepDiri.....	20
3. KankerPayudara.....	49
4. Kemoterapi.....	57

B. Kerangka Teori.....	64
------------------------	----

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL..... 65

A. Kerangka Konsep Penelitian.....	65
------------------------------------	----

B. Hipotesa Penelitian.....	65
-----------------------------	----

C. Definisi Operasional.....	66
------------------------------	----

BAB IV METODE PENELITIAN..... 68

A. Desain Penelitian.....	68
---------------------------	----

B. Populasi dan Sampel.....	69
-----------------------------	----

C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	71
-------------------------------------	----

D. Alat Pengumpul Data Penelitian.....	71
--	----

E. Prosedur Pengumpulan Data.....	78
-----------------------------------	----

F. Analisa Data.....	79
----------------------	----

G. Etika Penelitian.....	85
--------------------------	----

BAB V HASIL PENELITIAN..... 88

A. Deskripsi lokasi penelitian.....	88
-------------------------------------	----

B. Hasil Penelitian.....	91
--------------------------	----

C. Keterbatasan Penelitian.....	100
---------------------------------	-----

BAB VI PEMBAHASAN..... 101

A. Karakteristik Responden.....	101
---------------------------------	-----

B. Analisa Variabel Independen dan Dependen.....	106
--	-----

C. Analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri.....	109
---	-----

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	120
A. Kesimpulan	120
B. Saran.....	122

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	67
Tabel 4.1 Pernyataan Kuesioner Dukungan Keluarga.....	73
Tabel 4.2 Pernyataan Kuesioner Konsep Diri.....	74
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	93
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Status.....	93
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	94
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	94
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.....	95
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Konsep Diri.....	96
Tabel 5.7 Hasil Analisa Bivariat.....	95
Tabel 5.8 Hasil Bivariat Dukungan Instrumental dengan Konsep Diri.....	96
Tabel 5.8 Hasil Bivariat Dukungan Informasi dengan Konsep Diri.....	97
Tabel 5.8 Hasil Bivariat Dukungan Penilaian dengan Konsep Diri.....	98
Tabel 5.8 Hasil Bivariat Dukungan Emosional dengan Konsep Diri.....	99

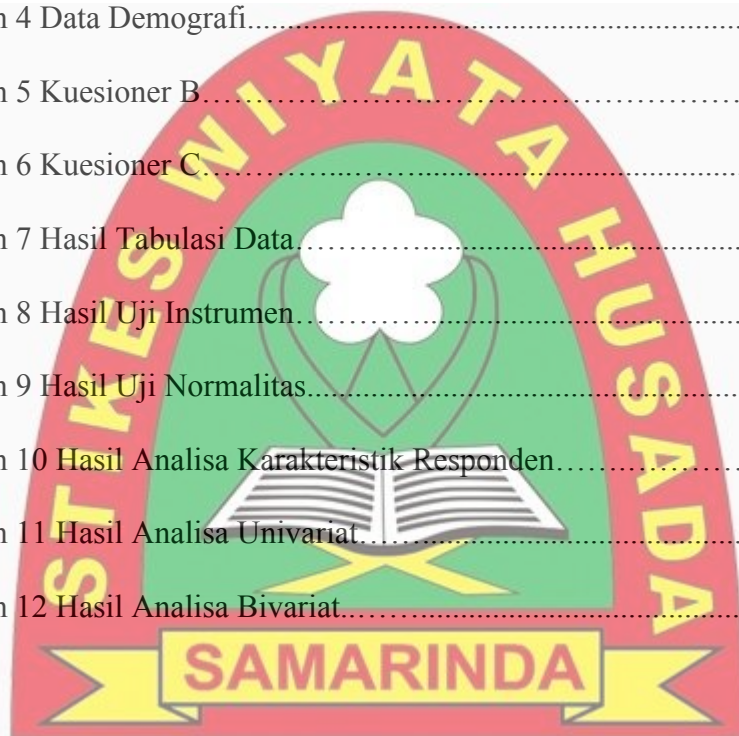
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori	64
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	65



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Biodata Peneliti.....	A-1
Lampiran 2 Lembar Penjelasan Responden	B-1
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden.....	C-1
Lampiran 4 Data Demografi.....	D-1
Lampiran 5 Kuesioner B.....	E-1
Lampiran 6 Kuesioner C.....	F-1
Lampiran 7 Hasil Tabulasi Data.....	G-1
Lampiran 8 Hasil Uji Instrumen.....	H-1
Lampiran 9 Hasil Uji Normalitas.....	I-1
Lampiran 10 Hasil Analisa Karakteristik Responden.....	J-1
Lampiran 11 Hasil Analisa Univariat.....	K-1
Lampiran 12 Hasil Analisa Bivariat.....	L-1



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang sangat ditakuti masyarakat karena sering menyebabkan kematian. Kanker termasuk penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian terbesar kedua di dunia pada tahun 2004 (WHO, 2008). Kanker payudara adalah kanker yang terjadi karena terganggunya sistem pertumbuhan sel didalam jaringan payudara. Payudara tersusun dari kelenjar susu, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara. Sel abnormal dapat tumbuh dibagian tersebut, mengakibatkan kerusakan yang lambat, dan menyerang payudara (Rangiansanka, 2010).

Kanker Payudara merupakan kanker yang paling sering dijumpai pada perempuan dewasa ini. Akan tetapi deteksi dini jenis kanker tersebut dapat dilakukan dengan teknologi tepat guna yang murah dan sederhana atau simpel. Itulah sebabnya, pengendalian jenis kanker tersebut merupakan salah satu program prioritas Pemerintah. Sambutan Menteri Kesehatan RI, dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH, pada acara pembukaan training of trainers deteksi dini kanker payudara , di Lingkungan Kemenkes RI (3/10). Menurut Menkes, dalam pengendalian kanker payudara, Pemerintah menargetkan minimal 80% perempuan usia 30-50 tahun melakukan deteksi dini setiap 5 tahun (Pusat Komunikasi Publik, 2013).

Salah satu pengobatan yang dilakukan pasien kanker payudara adalah kemoterapi. Pengobatan ini menggunakan obat anti kanker untuk membunuh sel kanker. Manfaat dari kemoterapi adalah untuk mencegah, mengurangi pertumbuhan sel yang ganas, dan menghindari terjadinya metastase. Pengobatan jenis ini dapat dilakukan sebelum dan sesudah operasi kanker. Pengobatan ini menimbulkan beberapa efek samping (Sudoyo, dkk, 2009).

Efek samping kemoterapi tergantung pada jenis obat yang digunakan, jumlah yang diberikan, dan lama pengobatan. Efek samping yang sering terjadi dari kemoterapi adalah mual dan muntah, supresi sumsum tulang, mukositis, diare, alopesia, dan infertilitas. Pasien kanker payudara membutuhkan waktu jangka panjang untuk secara rutin mengikuti kemoterapi dirumah sakit dalam beberapa bulan. Kemoterapi dilakukan setiap 3 minggu sekali, selain itu kemoterapi masih perlu dilakukan 5 sampai 10 tahun kemudian untuk menurunkan risiko kanker muncul kembali.

Pada pasien kanker payudara konsep diri menjadi sangat terganggu. Menderita kanker payudara merupakan stressor yang mampu mengganggu integritas konsep diri. Demikian juga dari sudut gangguan peran yang terjadi akibat terjadinya transisi sehat sakit dan perubahan peran seksual. Jika hal ini luput dari pelayanan kesehatan maka dapat terjadi gangguan seperti kegagalan transisi peran, menolak penerimaan pengobatan, tidak menerima perubahan struktur dan fungsi tubuh, mengurangi kontak sosial perasaan dan pandangan negatif terhadap tubuh dan keputusan (Kozier et.al, 2008).

Keseimbangan bagian dari konsep diri sangat mempengaruhi kesehatan individu secara psikologis. Menurut hasil penelitian Vachan (2006) dalam Handayani (2012), meneliti bagaimana stress psikososial dan mekanisme koping pasien kanker setelah mendapat terapi, yang menemukan bahwa pasien kerap mengalami depresi dan kecemasan sehingga untuk meminimalkan hal ini intervensi perawat menjadi sangat penting dalam mengefektifkan mekanisme koping pasien, dan memerlukan dukungan keluarga pasien. Apalagi melihat terapi yang akan dijalani seperti terapi bedah, radioterapi, kemoterapi, terapi pasien yang harus diterima secara kombinasi. Terapi operasi dan radioterapi dapat menjadi terapi kuratif kanker yang bersifat lokal, sedangkan kemoterapi adalah untuk kanker yang sistemik ataupun kanker pada stadium lanjut.

World Health Organizations (WHO) tahun 2008, menyebutkan sebanyak 458.000 mortalitas per tahun akibat kanker payudara. Jumlah penderita kanker payudara di Amerika Serikat dan beberapa negara maju lainnya menduduki peringkat pertama (Luwia, 2009). Kasus kanker payudara di

Amerika tercatat hampir 200.000 wanita yang terdiagnosis dan setiap tahunnya terdapat lebih dari 40.000 meninggal akibat penyakit ini (Chen *et al*, 2010). Data terbaru dari *American Cancer Society* telah menghitung bahwa di tahun 2013, terdapat 64.640 kasus kanker payudara. Sekitar 39.620 wanita meninggal dunia setiap tahunnya karena kanker payudara.

Data *Pathology Based Cancer Registry* bekerja sama dengan yayasan kanker Indonesia, menunjukkan kanker payudara di Indonesia menduduki peringkat kedua dari semua jenis kanker yang sering diderita (Luwia, 2009). Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2009, kanker payudara menempati urutan pertama pada pasien rawat inap di seluruh rumah sakit di Indonesia 21,69%, disusul kanker leher rahim 17% (Rasjidi, 2009).

Berdasarkan data *Global Burden of Cancer* 2009, angka kejadian kanker payudara di Indonesia sebanyak 26 per 100.000 perempuan (Bambang, 2010). Dokter spesialis bedah kanker Rumah Sakit Kanker Dharmais yaitu Sutjipto (2013) menyatakan saat ini penderita kanker payudara di Indonesia mencapai 100 dari 100.000 penduduk. Sekitar 60-70% dari penderita tersebut datang pada stadium tiga, yang kondisinya terlihat semakin parah (Depkes, 2013). Kasus kanker payudara yang terdeteksi di wilayah Kalimantan Timur sebanyak 150 kasus per-tahun (Yayasan Kanker Indonesia Cabang Kaltim, 2010).

Berdasarkan data di RSUD A. Wahab Sjahranie, jumlah penderita kanker payudara pada bulan Januari sampai dengan Desember 2013 terdaftar sebanyak 191 orang, (Rekam Medis RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda, 2013).

Pada studi pendahuluan pada bulan desember 2013 yang dilakukan peneliti pada delapan orang partisipan didapatkan hasil wawancara yang menyatakan 10 % bahwa kemoterapi merupakan pengalaman pertama, pasrah dan ikhlas

mengenai kanker payudaranya, 20 % mengatakan perasannya sangat sedih, terkejut, sangat takut, marah pada diri sendiri berpikir apakah akan mati dan terpukul saat pertama kali divonis kanker payudara, akan tetapi atas dukungan suami pasien terhibur dan sudah menerima kondisinya, 35 % terlihat meneteskan air mata saat wawancara mengatakan tidak mampu menahan kesedihan ketika menceritakan penyakitnya dan mengatakan bahwa

saat menghadapi penyakitnya dan menjalani kemoterapi adalah merasa takut tidak sembuh, sedih, merasa malu dan minder terhadap orang lain merasa dirinya bau, takut ditinggalkan keluarga, merasa menjadi beban keluarga dan 35 % mengatakan stres, merasa lemah, kurang percaya diri dengan penampilannya, kurang mendapat dukungan keluarga, merasa lebih sensitif, dan merasa kurang mampu mengurus rumah tangga, karena ditinggal suaminya sejak menderita kanker payudara, selama berobat ia hanya ditemani oleh kakak kandungnya bahkan saudaranya yang lain dan tidak pernah dibesuk oleh suaminya.

Berdasarkan beberapa hal tersebut diatas dan kenyataannya betapa pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi dalam mengatasi masalah fisik, emosional, dan psikososial sehari hari yang dihadapi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. Maka menjadi perlu kiranya meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi yang sebagaimana diinginkan pasien saat menjalani kemoterapi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Dukungan Keluarga

a. Definisi dukungan

Terdapat banyak definisi tentang dukungan sosial yang dikemukakan oleh para ahli. Sheridan dan Radmacher menekankan pengertian dukungan sosial sebagai sumber daya yang disediakan lewat interaksi dengan orang lain. *“Social support is the resources provided to us through our interaction with other people”* Trismiati, (2006) dalam Suparyanto, (2012).

b. Definisi keluarga

Menurut Friedman (1998) mendefinisikan keluarga secara luas dengan menekankan pentingnya keterlibatan emosi sebagai karakteristik yang penting, bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Menurutnya keluarga adalah dua individu atau lebih yang bergabung bersama karena ada ikatan untuk saling berbagi dan ikatan kedekatan emosi dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian keluarga (Bobak, 2004).

Keluarga telah didefinisikan dalam berbagai hal. Perbedaan definisi keluarga bergantung pada orientasi teori yang digunakan oleh pendefinisi yaitu menurut jenis penjelasan yang dibuat oleh professional mengenai keluarga. Sebagai contoh, penulis mengikuti orientasi teoretis para ahli interaksi keluarga, memandang keluarga sebagai sebuah arena interaksi kepribadian sehingga penekanan diberikan kepada karakteristik transaksional dinamis keluarga. Penulis yang menggunakan perspektif sistem umum mendefinisikan keluarga sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternalnya (Friedman, 2010).

c. Tipe keluarga

Tipe keluarga menurut (suprajitno, 2004) sebagai berikut:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya
- 2) Keluarga besar (*exetended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan darah (nenek, kakek)
- 3) Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangan.

- 4) Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak akibat perceraian atau di tinggal pasangannya.
- 5) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
- 6) Orang dewasa (laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*).
- 7) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*).

d. Struktur keluarga

Struktur keluarga menurut parad dank plan yang diadopsi friedman dalam suprajitno (2004) diantaranya adalah:

- 1) Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.
- 2) Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah, ibu, (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak dan anggota keluarga yang lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga.

e. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2010) terdapat lima fungsi, antara lain:

1) Fungsi afektif

Fungsi mempertahankan kepribadian, memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.

2) Fungsi Sosial

Memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga.

3) Fungsi Reproduksi

Mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk kelangsungan hidup masyarakat.

4) Fungsi Ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektif.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian dan tempat tinggal serta perawatan kesehatan.



f. Peranan keluarga

Keluarga tahu bahwa salah satu anggotanya menderita kanker, maka lazimnya pihak keluarga tidak dapat melepaskan diri dari keterlibatan dalam menghadapi penderitaan ini. Sebahagian keluarga menunjukkan rasa simpati dan kasihan, namun sebahagian lain bersikap menolak akan kenyataan ini. Peranan keluarga amat penting, pihak keluarga yang penuh pengertian dan kooperatif dengan pihak perawatan dan memberikan dorongan moril penuh kepada penderita, akan banyak membantu dalam penatalaksanaan penderita kanker. Dalam banyak hal, ternyata respon penderita terhadap pengobatan banyak sedikitnya ditentukan oleh faktor keluarga dan lainnya dalam memberikan reaksi terhadap penyakit yang dideritanya. Dadang, (2004) dalam Saragih (2010).

g. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga diartikan sebagai yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stress (Friedman, 2010).

Menurut Friedman (1998) dalam Bobak (2004), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Fungsi dukungan keluarga, Hause & Kahn (1985) dalam Friedman, (2010), antara lain:

1) Dukungan informasi (*Information*)

Dukungan informasional keluarga berfungsi sebagai kolektor dan seminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah.

2) Dukungan penghargaan (*Apprasial Assistance*)

Dukungan penilaian keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik. Membimbing dan menengahi pemecahan masalah sebagai sumber dan validator indentitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian.

3) Dukungan materi (*Tangibile Assistance*)

Dukungan instrumental keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderitanya dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderitanya dari kelelahan.

4) Dukungan emosional (*Emosional Support*)

Dukungan emosional keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan

yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

h. Dukungan keluarga pada penderita kanker payudara

Pasien kanker sering kali menolak ketika dihadapkan pada pilihan pengobatan dengan kemoterapi, karena efek samping yang ditimbulkannya. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010).

Perawat atau dokter sebaiknya melibatkan keluarga dalam memberikan pengobatan kemoterapi berupa pendampingan keluarga terhadap pasien kemoterapi sebagai wujud dukungan terhadap penderita kanker payudara. Menurut Admin (2011) yang berpendapat bahwa peran keluarga sangat penting dalam perawatan pasien dimana keluarga berusaha meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan yang dihadapinya itu

terutama untuk pasien kanker payudara. Adapun menurut penelitian yang dilakukan oleh Dalami (2010) peran serta keluarga sangat penting untuk penyembuhan pasien, karena keluarga merupakan sistem pendukung yang terdekat bagi pasien.

i. Tugas tugas dukungan keluarga

Dukungan dalam keluarga juga didasarkan pada tugas-tugas keluarga, Friedman (1981) dalam Suparyanto (2012) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1) Mengetahui masalah setiap anggota keluarga.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga

maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda.



Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

j. Faktor faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2008) dalam setiadi (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1) Faktor internal

a) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang

berbeda-beda.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir

seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c) Faktor emosi

The logo of STIKES Niyata Husada Samarinda is a large, stylized emblem. It features a red arch at the top with the text 'STIKES NIYATA HUSADA' in yellow. Inside the arch is a green shield containing a white flower-like symbol and an open book. Below the shield is a yellow banner with the text 'SAMARINDA' in red. The logo is positioned behind the text of the paragraph.

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respons stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respons emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2) Faktor eksternal

a) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya.

Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang

sama. Misal, anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

b) Faktor sosio ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel

psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari

dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara

pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala

penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya



c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2. Konsep Diri

a. Definisi Konsep Diri

Konsep diri adalah cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual (Sunaryo, 2004). Konsep diri (*self concept*) merupakan sikap atau nilai individu, nilai individu yang mempunyai sifat reaktif yang dapat memprediksi apa yang akan dilakukan oleh seseorang dalam waktu singkat (Hutapea, 2008).

Konsep diri dipengaruhi oleh nilai-nilai yang dimiliki oleh seseorang yang diperolehnya sejak kecil sampai saat tertentu. Konsep diri menunjukkan bagaimana seseorang melihat dirinya sendiri atau sesuatu. Konsep diri sebenarnya adalah keyakinan seseorang tentang pendapat orang yang penting baginya mengenai dirinya, dengan

demikian konsep diri merupakan bayangan cermin yang memperlihatkan atau menunjukkan takaran maupun ukuran mengenai keberanian, keyakinan, gambaran, pandangan, pemikiran, perasaan terhadap apa yang dimiliki seseorang tentang dirinya sendiri yang dipengaruhi dan ditentukan oleh peran dan hubungan dengan orang lain, serta bagaimana reaksi orang lain terhadap dirinya, dengan kata lain untuk memudahkan memahami pengertian konsep diri dapat



diterjemahkan sebagai suara hati dalam melakukan penilaian diri sendiri (Surya, 2010).

b. Rentang respon konsep diri

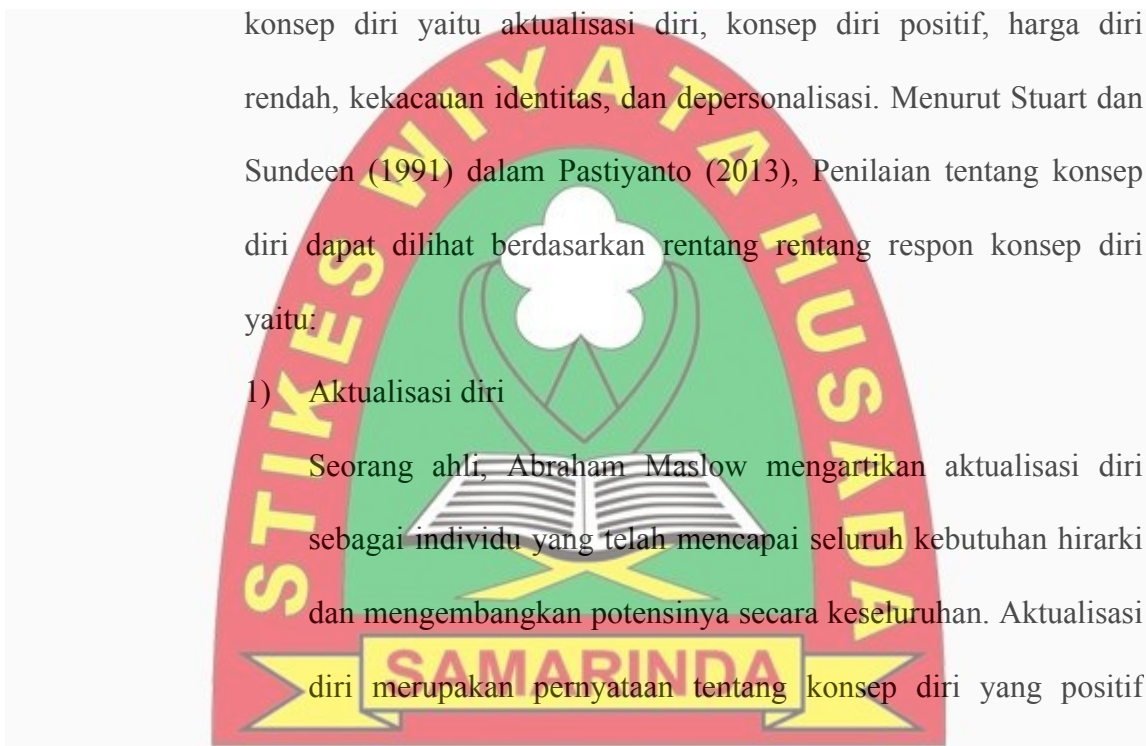
Gambaran penilaian tentang konsep diri dapat di ketahui melalui rentang respon dari adaptif sampai dengan maladaptif. Dari rentang respon adaptif sampai respon maladaptif, terdapat lima rentang respons

konsep diri yaitu aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kecacauan identitas, dan depersonalisasi. Menurut Stuart dan Sundeen (1991) dalam Pastiyanto (2013), Penilaian tentang konsep diri dapat dilihat berdasarkan rentang rentang respon konsep diri yaitu:

1) Aktualisasi diri

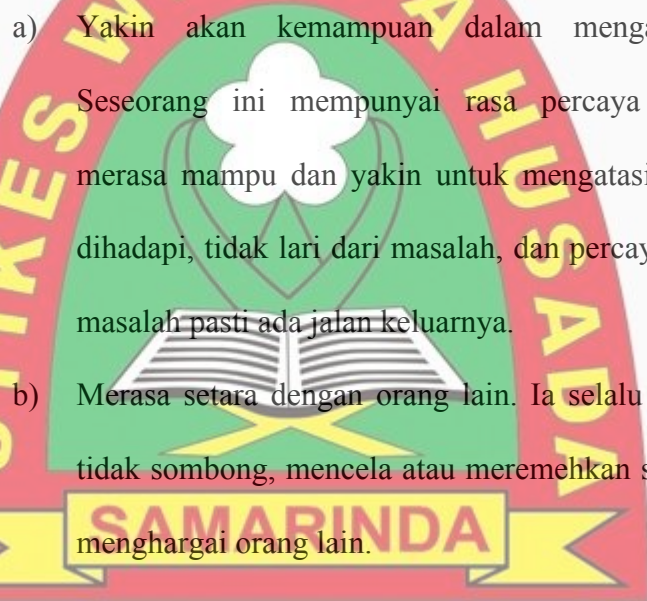
Seorang ahli, Abraham Maslow mengartikan aktualisasi diri sebagai individu yang telah mencapai seluruh kebutuhan hirarki dan mengembangkan potensinya secara keseluruhan. Aktualisasi diri merupakan pernyataan tentang konsep diri yang positif

dengan melatar belakangi pengalaman nyata yang sukses dan diterima, ditandai dengan citra tubuh yang positif dan sesuai, ideal diri yang realitas, konsep diri yang positif, harga diri tinggi, penampilan peran yang memuaskan, hubungan interpersonal yang dalam dan rasa identitas yang jelas



2) Konsep diri positif

Merupakan individu yang mempunyai pengalaman positif dalam beraktivitas diri. Seseorang dengan konsep diri yang positif dapat mengeksplorasi dunianya secara terbuka dan jujur karena latar belakang penerimaannya sukses, konsep diri yang positif berasal dari pengalaman yang positif yang mengarah pada kemampuan pemahaman. Tanda-tanda individu yang memiliki konsep diri yang positif adalah:

- 
- a) Yakin akan kemampuan dalam mengatasi masalah. Seseorang ini mempunyai rasa percaya diri sehingga merasa mampu dan yakin untuk mengatasi masalah yang dihadapi, tidak lari dari masalah, dan percaya bahwa setiap masalah pasti ada jalan keluarnya.
- b) Merasa setara dengan orang lain. Ia selalu merendah diri, tidak sombong, mencela atau meremehkan siapapun, selalu menghargai orang lain.
- c) Menerima pujian tanpa rasa malu. Ia menerima pujian tanpa rasa malu tanpa menghilangkan rasa merendah diri, jadi meskipun ia menerima pujian ia tidak membanggakan dirinya apalagi meremehkan orang lain.
- d) Menyadari bahwa setiap orang mempunyai berbagai perasaan dan keinginan serta perilaku yang tidak seharusnya disetujui oleh masyarakat. Ia peka terhadap

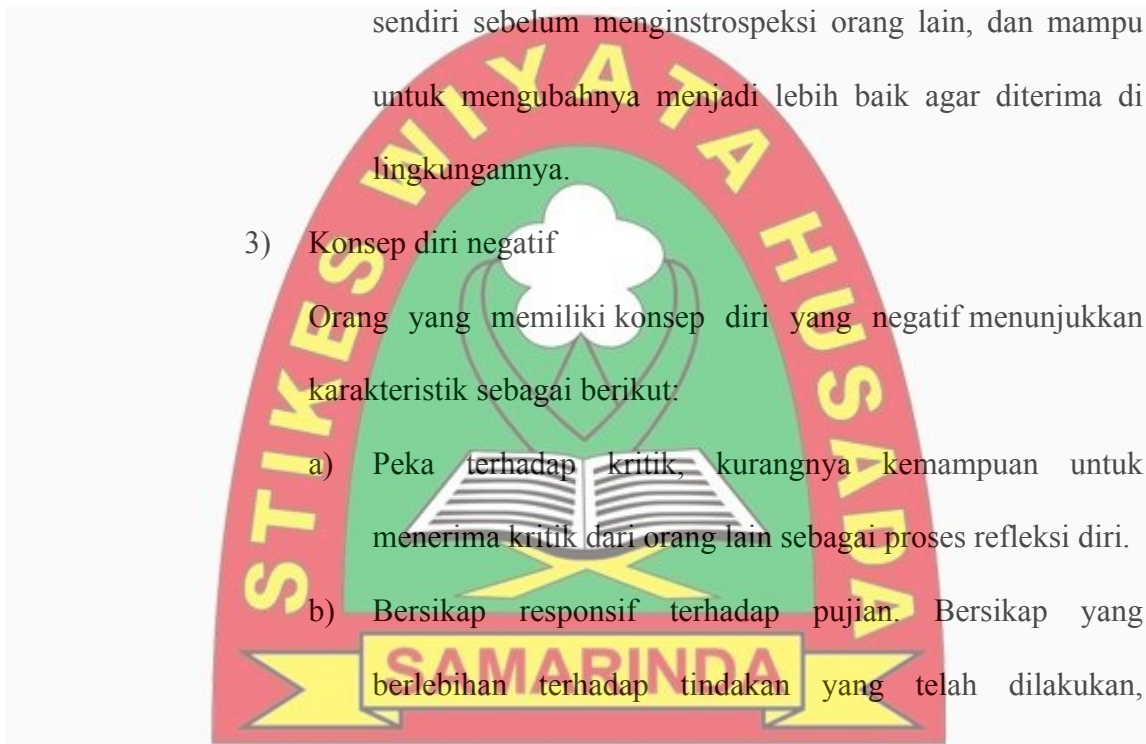
perasaan orang lain sehingga akan menghargai perasaan orang lain meskipun kadang tidak disetujui oleh masyarakat.

- e) Mampu memperbaiki karena ia sanggup mengungkapkan aspek-aspek kepribadian tidak disenangi dan berusaha mengubahnya. Ia mampu untuk mengintrospeksi dirinya sendiri sebelum menginstrospeksi orang lain, dan mampu untuk mengubahnya menjadi lebih baik agar diterima di lingkungannya.

3) Konsep diri negatif

Orang yang memiliki konsep diri yang negatif menunjukkan karakteristik sebagai berikut:

- a) Peka terhadap kritik, kurangnya kemampuan untuk menerima kritik dari orang lain sebagai proses refleksi diri.
- b) Bersikap responsif terhadap pujian. Bersikap yang berlebihan terhadap tindakan yang telah dilakukan, sehingga merasa segala tindakannya perlu mendapat penghargaan.
- c) Cenderung merasa tidak disukai orang lain.
- d) Mempunyai sikap hiperkritik. Suka melakukan kritik negatif secara berlebihan terhadap orang lain.



e) Mengalami hambatan dalam interaksi dengan lingkungan sosialnya. Merasa kurang mampu dalam berinteraksi dengan orang-orang lain.

4) Harga diri rendah

Merupakan penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri. Harga diri rendah adalah transisi antara respon konsep diri yang adatif dengan konsep diri yang maladatif.

Tanda dan gejala yang ditunjukkan seperti perasaan malu terhadap diri sendiri, akibat tindakan penyakit, rasa bersalah terhadap diri sendiri, dan merendahkan martabat. Tanda dan gejala yang lain dari harga diri rendah diantaranya rasa bersalah pada diri sendiri, mengkritik diri sendiri/orang lain, menarik diri dari realitas, pandangan diri yang pesimis, perasaan tidak mampu, perasaan negatif pada dirinya sendiri, percaya diri kurang, mudah tersinggung dan marah berlebihan.

5) Kekacauan identitas

Merupakan kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek. Identitas mencakup rasa internal tentang individualitas, keutuhan, dan konsistensi dari seseorang sepanjang waktu dan dalam berbagai situasi. Pencapaian identitas diperlukan untuk hubungan yang intim karena identitas seseorang diekspresikan

dalam berhubungan dengan orang lain. Seksualitas juga merupakan salah satu identitas. Rasa identitas ini secara kontinu timbul dan dipengaruhi oleh situasi sepanjang hidup. Kekacauan identitas dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikenal dengan stressor identitas. Biasanya pada masa remaja, identitas banyak mengalami perubahan, yang menyebabkan ketidakamanan dan *ansietas*. Remaja mencoba untuk menyesuaikan diri dengan perubahan fisik, emosional, dan mental akibat peningkatan kematangan. Stressor identitas diantaranya kehilangan pekerjaan, perkosaan, perceraian, kelalaian, konflik dengan orang lain, dan masih banyak lagi. Identitas masa kanak-kanak dalam kematangan aspek psikososial, merupakan ciri-ciri masa dewasa yang harmonis.

6) Depersonalisasi

Merupakan perasaan yang tidak realistik dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain. Tanda dan gejala yang ditunjukkan yaitu dengan tidak adanya rasa percaya diri, ketergantungan, sukar membuat keputusan, masalah dalam hubungan interpersonal, ragu dan proyeksi. Jika seseorang memiliki perilaku dengan depersonalisasi, berarti orang tersebut telah mengalami gangguan dalam konsep dirinya. Orang dengan gangguan depersonalisasi mengalami persepsi yang

menyimpang pada identitas, tubuh, dan hidup mereka yang membuat mereka tidak nyaman, gejala-gejala kemungkinan sementara atau lama atau berulang untuk beberapa tahun. Orang dengan gangguan tersebut seringkali mempunyai kesulitan yang sangat besar untuk menggambarkan gejala-gejala mereka dan bisa merasa takut atau yakin bahwa mereka akan gila. Gangguan depersonalisasi seringkali hilang tanpa pengobatan. Pengobatan dijamin hanya jika gangguan tersebut lama, berulang, atau menyebabkan gangguan. Psikoterapi psikodinamis, terapi perilaku, dan hipnotis telah efektif untuk beberapa orang. Obat-obat penenang dan antidepresan membantu seseorang dengan gangguan tersebut.

c. Komponen konsep diri

Terdapat lima komponen konsep diri Stuart & Sundeen (1991) dalam Sunaryo, (2004) antara lain:

1) Gambaran diri (*body image*)

Gambaran diri adalah sikap individu terhadap tubuhnya, baik secara sadar maupun tidak sadar, meliputi : *performance*, potensi tubuh, fungsi tubuh serta persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk tubuh. Hal hal penting yang terkait dengan gambaran diri sebagai berikut :

5. Fokus individu terhadap fisik lebih menonjol pada usia remaja

6. Bentuk tubuh, tinggi badan dan berat badan serta tanda-tanda pertumbuhan kelamin sekunder (*mamae*, menstruasi, perubahan suara, pertumbuhan bulu) menjadi gambaran diri.
7. Cara individu memandang diri berdampak penting terhadap aspek psikologis.
8. Gambaran yang realistis terhadap menerima dan menyukai bagian tubuh, akan memberi rasa aman dalam menghindari kecemasan dan meningkatkan harga diri.
9. Individu yang stabil, realistis, dan konsisten terhadap gambaran dirinya dapat mendorong sukses dalam kehidupan.

2) Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilakunya, disesuaikan dengan standar pribadi yang terkait dengan cita-cita, harapan, dan keinginan, tipe orang yang diidam-idamkan, dan nilai yang ingin di capai. Hal hal yang terkait dengan ideal diri,

antara lain:

- a) Perkembangan awal terjadi pada masa kanak-kanak
- b) Terbentuknya masa remaja melalui proses identifikasi terhadap orang tua, guru dan teman.
- c) Dipengaruhi oleh orang-orang yang dipandang penting dalam memberi tuntunan dan harapan.

- d) Mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma keluarga dan sosial.

Faktor faktor yang mempengaruhi ideal diri, antara lain :

- a) Menetapkan ideal diri sebatas kemampuan
- b) Faktor kultur dibandingkan dengan standar orang lain
- c) Hasrat melebihi orang lain

- d) Hasrat untuk berhasil
- e) Hasrat memenuhi kebutuhan realistic
- f) Hasrat menghindari kegagalan
- g) Adanya perasaan cemas dan rendah diri

Dalam menetapkan ideal diri hendaknya tidak terlalu tinggi, masih tinggi dari kemampuan individu dan masih dapat dicapai.

3) Harga diri (*self esteem*)

Harga diri adalah penilaian individu terhadap hasil yang dicapai, dengan cara menganalisis seberapa jauh perilaku individu tersebut sesuai dengan ideal diri. Harga diri dapat diperoleh melalui orang lain dan diri sendiri.

Aspek utama harga diri adalah dicintai, disayangi, dikasihi orang lain dan mendapatkan penghargaan dari orang lain.

Harga diri rendah apabila:

- a) Kehilangan kasih sayang atau cinta kasih dari orang lain
- b) Kehilangan penghargaan dari orang lain
- c) Hubungan interpersonal yang buruk

Individu akan merasa berhasil atau hidupnya bermakna apabila diterima dan diakui orang lain atau merasa mampu menghadapi kehidupan dan mampu mengontrol dirinya. Individu yang sering berhasil dalam mencapai cita-citanya akan menumbuhkan perasaan harga diri tinggi atau sebaliknya. Tetapi pada umumnya individu memiliki tendensi negatif terhadap orang lain, walaupun isi hatinya mengakui keunggulan orang lain

4) Peran diri (*selfrole*)

Peran diri adalah pola perilaku, sikap, nilai dan aspirasi yang diharapkan individu berdasarkan posisinya dimasyarakat. Setiap individu disibukkan oleh berbagai macam peran yang terkait dengan posisinya pada setiap saat, selama ia masih hidup, misalnya peran sebagai anak, istri, suami, ayah, mahasiswa, perawat, dokter, bidan, dosen dan ketua Rt/Rw.

Konflik peran terjadi apabila peran yang diinginkan individu, sedang diduduki individu lain, misalnya: ada individu ingin menjadi ketua Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM), namun belum ada pergantian ketua BEM yang lama.

Peran yang tidak jelas, terjadi apabila individu diberikan peran yang kabur sesuai perilaku yang diharapkan, misalnya individu ditetapkan sebagai ketua panitia, tetapi tidak disertai uraian tugas apa yang harus ia lakukan atau kerjakan.

Hal hal yang penting terkait dengan peran diri, antara lain:

- a) Peran dibutuhkan individu sebagai aktualisasi diri
- b) Peran yang memenuhi kebutuhan dan sesuai ideal diri, menghasilkan harga diri yang tinggi atau sebaliknya
- b) Posisi individu dimasyarakat dapat menjadi stressor terhadap peran
- c) Stress peran timbul karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan
- d) Stress peran terdiri dari: konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai, dan peran yang terlalu banyak.

Peran yang tidak sesuai, terjadi apabila individu dalam proses peralihan mengubah nilai dan sikap, misalnya seseorang yang masuk anggota organisasi keperawatan, terdapat konflik antara sikap dan nilai individu dengan profesi.

Peran berlebih, terjadi jika seseorang individu memiliki banyak peran dalam kehidupannya, misalnya sebagai istri, sebagai perawat, sebagai mahasiswa, sebagai ketua PKK dan sebagai ibu dari anak-anaknya.

5) Identitas diri (*self identity*)

Identitas diri adalah kesadaran akan diri pribadi yang bersumber dari pengamatan dan penilaian, sebagai sintesis semua aspek konsep diri dan menjadi satu kesatuan yang utuh.

Hal hal yang penting yang terkait dengan identitas diri, antara lain:

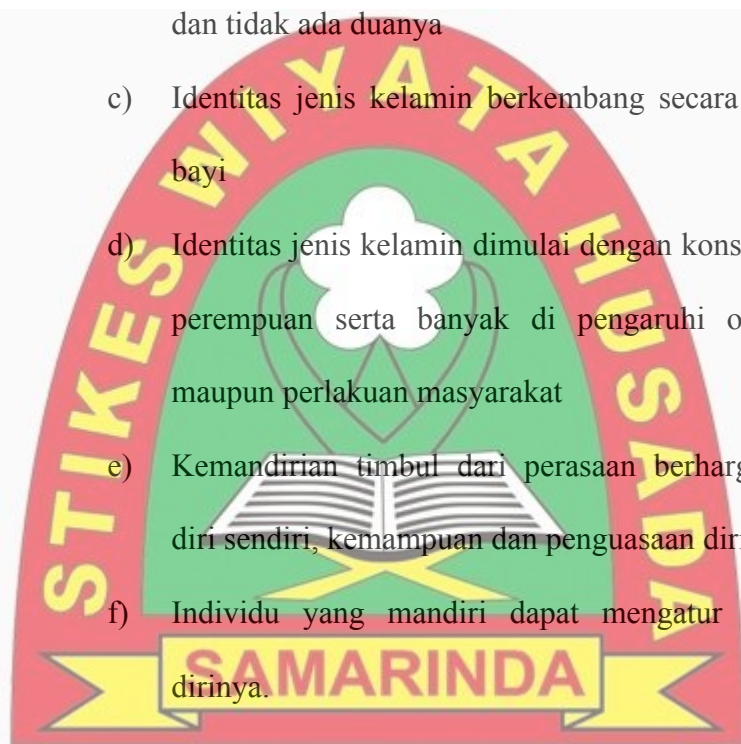
- a) Berkembang sejak masa kanak kanak, bersamaan dengan berkembang nya konsep diri
- b) Individu yang memiliki perasaan identitas diri kuat akan memandang diri nya tidak sama dengan orang lain , unik, dan tidak ada duanya

c) Identitas jenis kelamin berkembang secara bertahap sejak bayi

d) Identitas jenis kelamin dimulai dengan konsep laki laki dan perempuan serta banyak di pengaruhi oleh pandangan maupun perlakuan masyarakat

e) Kemandirian timbul dari perasaan berharga, menghargai diri sendiri, kemampuan dan penguasaan diri

f) Individu yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya.



Adapun ciri dari identitas diri, antara lain:

- a) Memahami diri sendiri sebagai organisme yang utuh, berbeda dan terpisah dari orang lain
- b) Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat
- c) Mengakui jenis kelamin sendiri
- d) Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan masa yang akan datang

- e) Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keserasian dan keselarasan
- f) Mempunyai tujuan hidup yang bernilai dan dapat direalisasikan.

d. Gangguan konsep diri

Gangguan konsep diri meliputi beberapa faktor Pastiyanto, (2013)

antara lain:

1) Faktor predisposisi

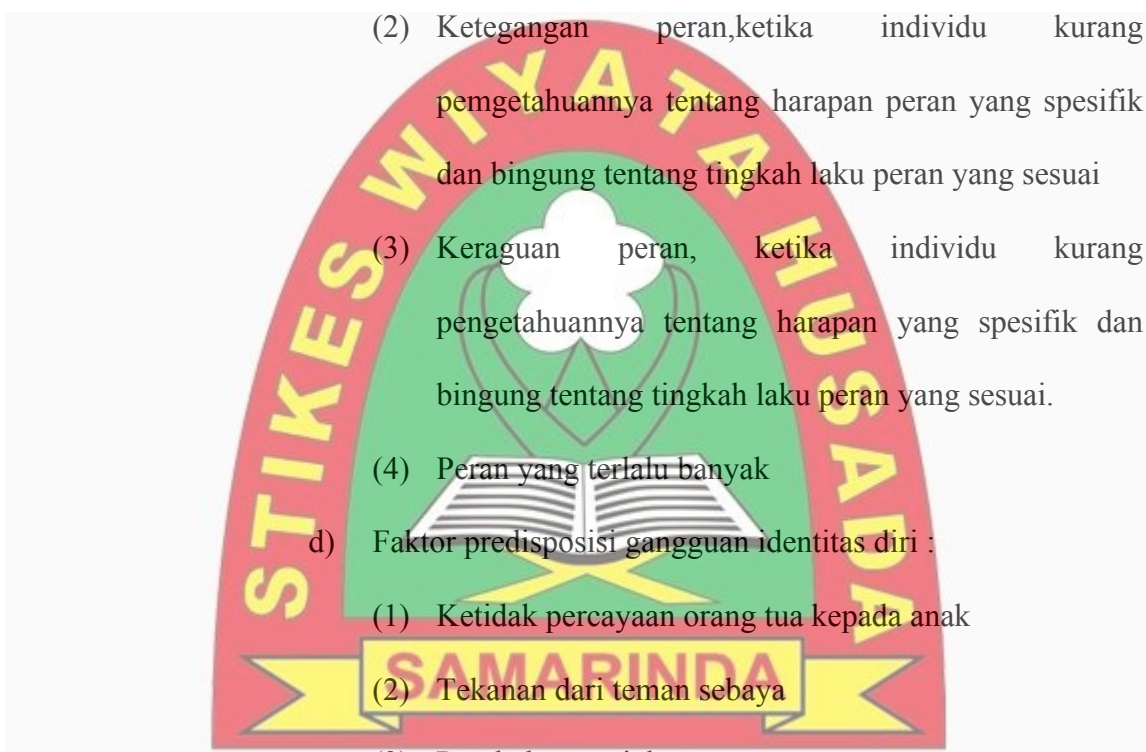
a) Faktor predisposisi gangguan citra tubuh :

- (1) Kehilangan /kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fungsi)
- (2) Perubahan ukuran,bentuk dan penampilan tubuh (akibat pertumbuhan dan perkembangan atau penyakit)
- (3) Proses patalogik penyakit dan dampaknya terhadap struktur maupun fungsi tubuh
- (4) Prosedur pengobatan seperti radiasi, kemoterapi, transplantasi.

b) Faktor predisposisi gangguan harga diri:

- (1) Penolakan dari orang lain
- (2) Kurang penghargaan
- (3) Pola asuh yang salah: terlalu dilarang, terlalu terkontrol, terlalu dituruti, terlalu dituntut.
- (4) Persaingan antar saudara

- (5) Kesalahan dan kegagalan yang berulang
- (6) Tidak mampu mencapai standar yang ditentukan
- c) Faktor predisposisi gangguan peran:
 - (1) Transisi peran yang sering terjadi pada proses perkembangan, perubahan situasi dan keadaan sehat sakit.



- (2) Ketegangan peran, ketika individu kurang pengetahuannya tentang harapan peran yang spesifik dan bingung tentang tingkah laku peran yang sesuai
- (3) Keraguan peran, ketika individu kurang pengetahuannya tentang harapan yang spesifik dan bingung tentang tingkah laku peran yang sesuai.

(4) Peran yang terlalu banyak

d) Faktor predisposisi gangguan identitas diri :

- (1) Ketidakpercayaan orang tua kepada anak
- (2) Tekanan dari teman sebaya
- (3) Perubahan social.

2) Faktor prespitasi

a) Trauma

Masalah spesifik sehubungan dengan konsep diri adalah situasi yang membuat individu sulit menyesuaikan diri atau tidak dapat menerima khususnya trauma emosi seperti penganiayaan fisik, seksual dan psikologis pada

masa

anak-anak atau merasa terancam kehidupannya atau menyaksikan kejadian berupa tindakan kejahatan.

b) Ketegangan peran

Ketegangan peran adalah perasaan frustrasi ketika individu merasa tidak adekuat melakukan peran atau melakukan

peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa

cocok dalam melakukan perannya. Ketegangan peran ini

sering dijumpai saat terjadi konflik

peran, keraguan peran dan terlalu banyak peran. Konflik

peran terjadi saat individu menghadapi transisi peran yang

beragam. Transisi peran yang sering terjadi adalah

perkembangan, situasi dan sehat-sakit.

Transisi peran perkembangan. Setiap perkembangan dapat

menimbulkan ancaman pada identitas. Setiap tahap

perkembangan dapat menimbulkan ancaman pada identitas.

Setiap tahap perkembangan harus dilalui individu dengan

menyelesaikan tugas perkembangan yang berbeda-beda, hal ini

dapat merupakan stressor bagi konsep diri.

Transisi peran situasi perubahan jumlah anggota keluarga baik

pertambahan atau pengurangan melalui kelahiran atau kematian.

Transisi peran sehat-sakit perubahan tubuh dapat memengaruhi

semua konsep diri. Pergeseran kondisi kesehatan individu yang

menyebabkan kehilangan bagian tubuh, perubahan bentuk, penampilan dan fungsi tubuh. Perubahan akibat tindakan pembedahan yang dapat terlihat seperti kolostomi atau gastrostomi atau yang tidak kelihatan seperti histerektomi.

e. Hal hal yang penting dalam konsep diri

Adapun hal-hal penting dalam konsep diri menurut Sunaryo, (2004)

sebagai berikut:

H. Aspek utama dalam perkembangan identitas diri adalah nama dan panggilan anak

I. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain terhadap dirinya

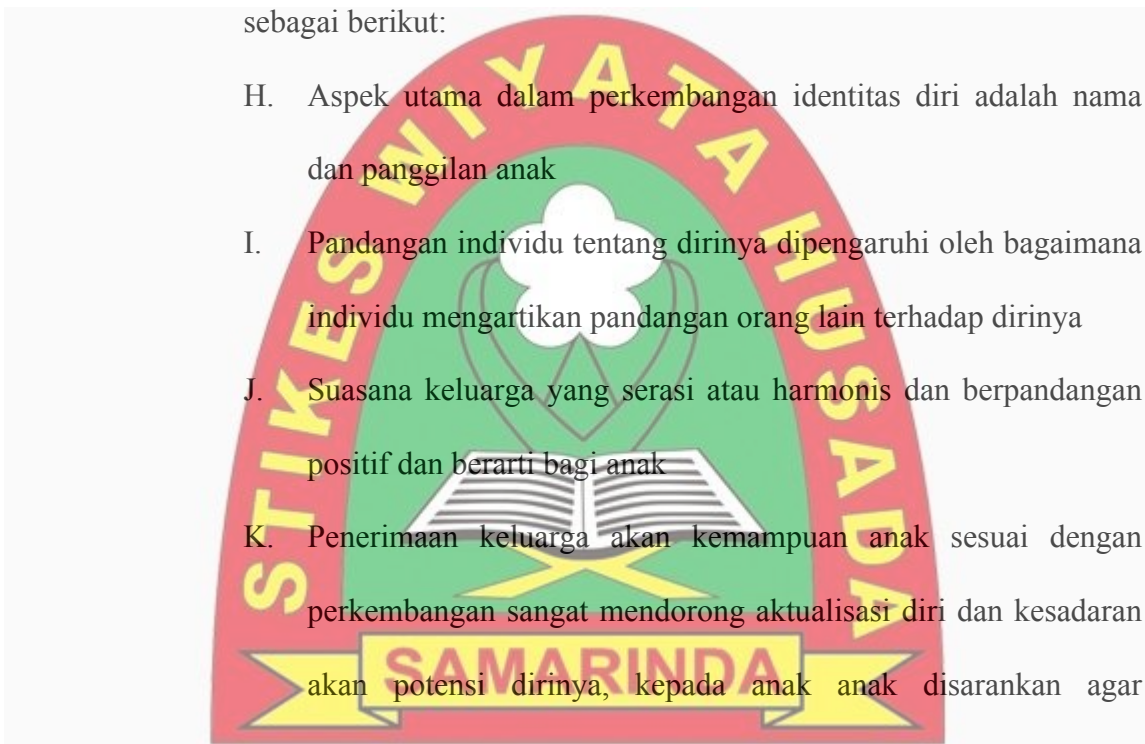
J. Suasana keluarga yang serasi atau harmonis dan berpandangan positif dan berarti bagi anak

K. Penerimaan keluarga akan kemampuan anak sesuai dengan perkembangan sangat mendorong aktualisasi diri dan kesadaran akan potensi dirinya, kepada anak-anak disarankan agar

seminimal mungkin menggunakan kata-kata jangan, tidak boleh, dan nakal tanpa penjelasan lebih lanjut.

f. Faktor yang mempengaruhi konsep diri

Menurut Hurlock dalam Wijaya, (2000) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah:



1) Usia kematangan

Individu yang matang lebih awal yang diperlakukan seperti orang yang hampir dewasa, mengembangkan konsep diri yang menyenangkan. Individu yang matang terlambat yang diperlakukan seperti anak-anak mengembangkan konsep diri yang tidak menyenangkan.

2) Penampilan diri

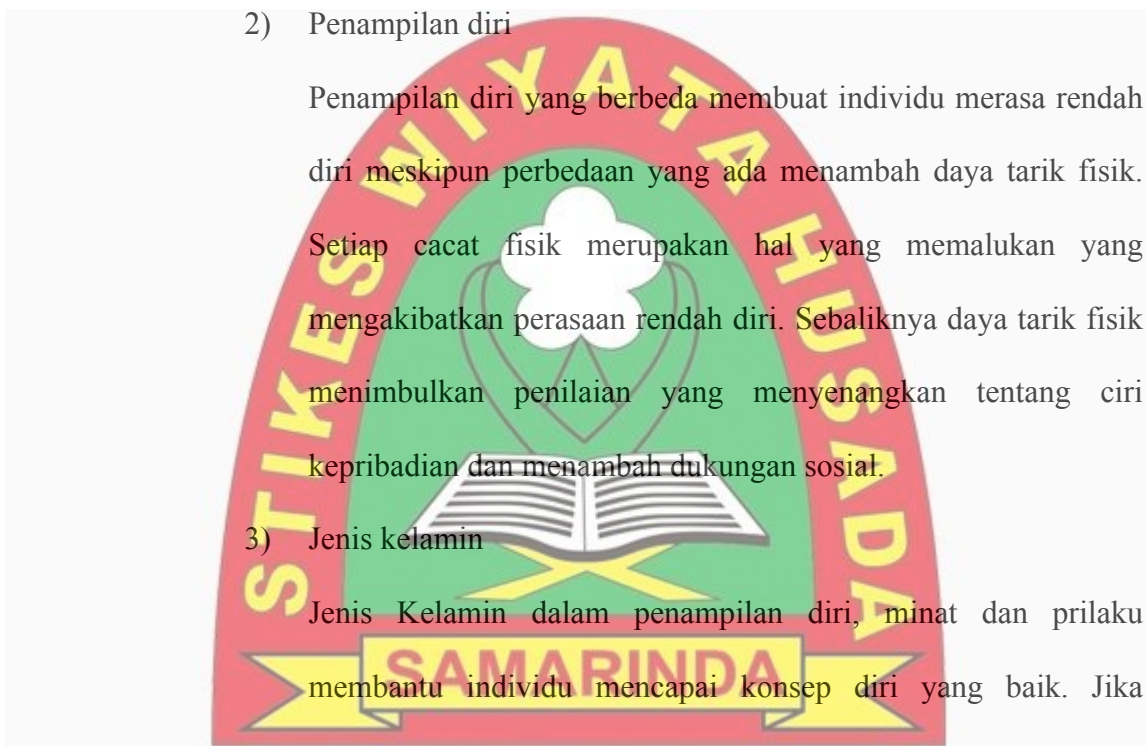
Penampilan diri yang berbeda membuat individu merasa rendah diri meskipun perbedaan yang ada menambah daya tarik fisik. Setiap cacat fisik merupakan hal yang memalukan yang mengakibatkan perasaan rendah diri. Sebaliknya daya tarik fisik menimbulkan penilaian yang menyenangkan tentang ciri kepribadian dan menambah dukungan sosial.

3) Jenis kelamin

Jenis Kelamin dalam penampilan diri, minat dan perilaku membantu individu mencapai konsep diri yang baik. Jika membuat individu sadar diri dan hal ini memberi akibat buruk pada perilakunya.

4) Nama dan julukan

Individu merasa malu jika teman-teman sekelompok menilai namanya buruk atau jika mereka memberikan julukan bernada cemooh.



5) Hubungan keluarga (dukungan keluarga)

Seseorang yang mempunyai hubungan yang sangat erat dengan anggota keluarga mengidentifikasi diri dengan orang lain dan ingin mengembangkan pola kepribadian yang sama. Bila tokoh ini sesama jenis individu akan tergolong untuk mengembangkan konsep diri yang layak untuk dirinya.

6) Teman sebaya

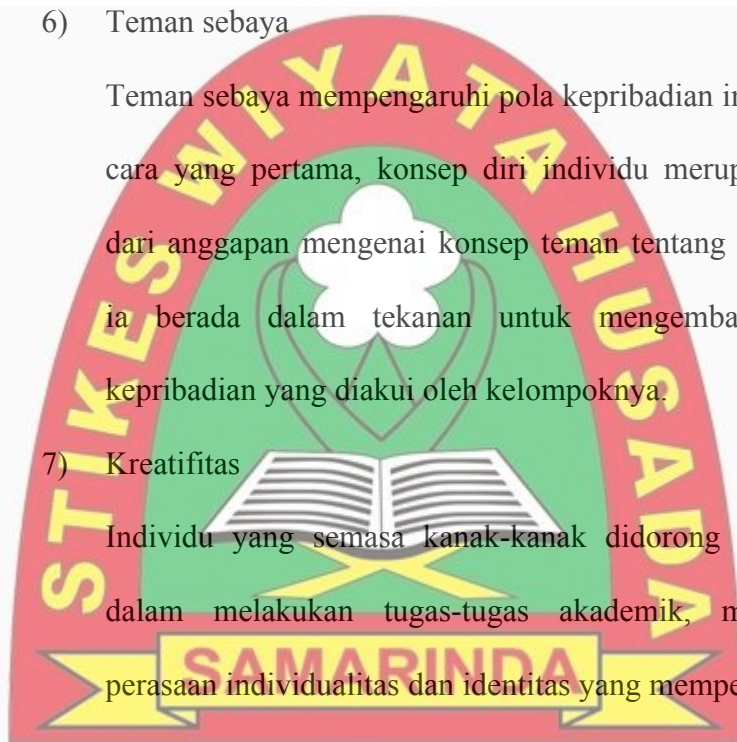
Teman sebaya mempengaruhi pola kepribadian individu dalam 2 cara yang pertama, konsep diri individu merupakan cerminan dari anggapan mengenai konsep teman tentang dirinya. Kedua, ia berada dalam tekanan untuk mengembangkan ciri-ciri kepribadian yang diakui oleh kelompoknya.

7) Kreativitas

Individu yang semasa kanak-kanak didorong agar kreativitas dalam melakukan tugas-tugas akademik, mengembangkan perasaan individualitas dan identitas yang mempengaruhi konsep dirinya.

8) Cita cita

Bila cita-cita yang tidak realistis, ia akan mengalami kegagalan. Sedangkan individu yang memiliki cita-cita yang realistis akan menimbulkan kepercayaan diri dan kepuasan diri yang lebih besar untuk memberikan konsep diri yang baik.



Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah: keluarga dan lingkungan. Keluarga adalah orang tua yang berpengaruh besar terhadap perkembangan konsep diri individu. Kemudian lingkungan sangat berpengaruh, terutama bagi orang yang mempunyai arti khusus bagi diri individu, orang lain, kelompok rujukan, usia kematangan, penampilan diri, jenis kelamin, nama dan julukan, hubungan keluarga, teman sebaya, kreatifitas, cita-cita.

g. Macam konsep diri

Hurlock dalam wijaya, (2000) juga membagi konsep diri menjadi dua macam yaitu:

- 1) Konsep diri yang sebenarnya, ialah konsep seseorang dari siapa dan apa dirinya. Konsep diri merupakan bayangan cermin yang ditentukan sebagian besar oleh peran dan hubungannya dengan orang lain dan apa yang menjadi reaksi orang lain terhadap dirinya.
- 2) Aku ideal, ialah gambaran seseorang mengenai penampilan dan kepribadian yang didambkannya.

h. Konsep diri penderita kanker payudara

Menurut Keliat (1998), konsep diri penderita kanker payudara pada umumnya yakni mereka akan merasa malu, menarik diri, kontrol diri yang kurang, takut, pasif, asing terhadap diri serta frustrasi. Konsep diri sangat dipengaruhi dengan lamanya suatu penyakit atau semakin kronisnya suatu penyakit. Makin kronis suatu penyakit yang

mengganggu kemampuan dalam aktivitas yang menunjang perasaan berharga, maka makin besar pengaruhnya pada konsep diri. Penyakit kronis membutuhkan perubahan pola perilaku yang telah lama diterima dan dijalani, maka individu mempunyai kesempatan untuk mengantisipasi berduka.

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Christine,

(2012) terhadap penderita kanker payudara, menunjukkan bahwa subjek

penderita kanker payudara memiliki gambaran konsep diri yang negatif.

Penderita kanker payudara menilai secara negatif penampilan fisiknya

dan merasa tidak puas dengan kondisi fisiknya tersebut. Akibatnya

penderita kanker payudara akan menampilkan kesan yang negatif

seperti rasa malu dan rendah diri terhadap orang lain. Perasaan malu

dan rendah diri yang dirasakan subjek berhubungan dengan keadaan

fisik yang dirasakan tidak sempurna lagi dan tidak sesuai dengan apa

yang diharapkannya. Penderita kanker payudara akan merasa tidak

memiliki kemampuan baik dalam melakukan aktifitas maupun dalam

menjalani hubungan sosialisasi dengan orang lain. Kondisi fisik yang

sudah tidak

utuh lagi menyebabkan penderita merasa memiliki kelemahan yang

berdampak pada perasaan tidak memiliki kemampuan dalam melakukan

sesuatu hal.

3. Kanker Payudara

a. Definisi

Kanker adalah penyakit dimana sel-sel wajar membelah diri tanpa kendali. Sel-sel kanker menginvasi jaringan-jaringan tetangganya dan dapat menyebar melalui aliran darah dan sistem kelenjar getah bening kebagian tubuh lain. Kanker payudara adalah tumor ganas yang

tumbuh pada jaringan payudara sebagai akibat adanya pertumbuhan abnormal sel pada payudara yang tidak memandang jaringan sekitarnya dan dapat bermetastase (Tahjadi, 2008). Karsinoma payudara merupakan salah satu tumor ganas paling sering ditemukan pada wanita, perubahan patologi yang terjadi didalam sel dan jaringan tubuh sebagai akibat kanker yang menyebar, penyebarannya melalui darah dan pembuluh limfe ke daerah lain dari tubuh.

Pencegahan dan penatalaksanaan kanker payudara telah mengalami perkembangan pesat, akan tetapi walaupun demikian angka kematian (*mortality rate*) dan angka kejadian (*incidence rate*) kanker payudara masih tetap tinggi (Supit, 2003).

Penyebaran kanker payudara terjadi melalui pembuluh getah bening dan tumbuh di kelenjar getah bening, sehingga kelenjar getah bening aksila ataupun supraklavikula membesar. Kemudian melalui pembuluh darah kanker menyebar ke organ lain seperti paru-paru, hati dan otak (Otto, 2005).

Kanker payudara (*Carcinoma mammae*) adalah penyakit neoplasma ganas yang berasal dari *parenchym*. Kanker payudara ditandai dengan perubahan sel-sel yang mengalami pertumbuhan tidak normal, cepat, dan tidak terkontrol pada payudara (Mardiana, 2007).

Kanker payudara adalah tumor ganas yang menyerang jaringan payudara, jaringan payudara tersebut terdiri dari kelenjar susu, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara (Luwia, 2009).

Kanker payudara adalah penyakit di mana sel-sel (kanker) yang ganas terdeteksi dalam jaringan payudara. Sel-sel kanker ini dapat menyebar di dalam jaringan atau organ tubuh dan sebagian tubuh yang lain. Kanker payudara adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal parenchyma. Kanker payudara merupakan kanker terbanyak kedua sesudah kanker leher rahim di Indonesia.

b. Anatomi payudara

Bentuk payudara cembung kedepan dengan putting di tengahnya yang terdiri atas kulit dan jaringan erektil yang berwarna tua. Sekitar putting terdapat lingkaran berwarna coklat yang disebut aerola.

Putting tetap lemas karena didasar puting terdapat kelenjar montgomery yang mengeluarkan zat lemak (Syaifudin, 2009).

Menurut Rusby et.al (2006), ada hubungan antara jumlah saluran, usia, volume dan diameter putting payudara. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sanuki et.al (2009) diameter rata-rata aerola mammae wanita yang telah melahirkan 0,5 cm lebih besar daripada wanita

yang belum melahirkan. Kelenjar *mamae* menyebar disekitar aerola. Aerola adalah daerah hitam disekitar puting susu. Kelenjar *mamae* memiliki lobus 15-20 lobus yang berbentuk piramid dengan puncak mengarah ke aerola *mamae*. Suptum yang terdiri atas jaringan fibrosa yang padat sebagai pembatas antar lobus. Masing-masing lobus memiliki duktus laktiferus sebagai saluran keluarnya ASI yang bermuara ke papila *mamae*.

Duktus laktiferus berfungsi menyalurkan ASI dari Alveoli kesinus laktiferus yang menyebar di aerola *mamae*. Sinus ini akan mengecil dan bercabang ke alveoli atau kelenjar susu yaitu kantong penghasil ASI yang berjumlah jutaan. Lingkaran kecil yang terletak di tengah aerola pada bagian luar disebut puting. Puting yang dimiliki wanita berbeda, ada yang datar, masuk kedalam dan ada juga yang menonjol. Berikut akan dibahas bentuk puting pada wanita menurut Cadwell & maffei (2011).

Flat nipple atau puting datar yaitu puting yang tidak menonjol sama sekali. Hal ini adalah normal dan biasanya terjadi pada masa remaja.

Bentuk puting yang kedua adalah *inverted nipple* yaitu puting yang tonjolannya kedalam seperti terbentuk lekukan di tengah aerola.

Bentuk puting selanjutnya yaitu *exverted nipple*, yaitu puting yang menonjol keluar. Inilah puting yang dimiliki oleh sebagian besar wanita.

c. Etiologi

Penyebab kanker payudara belum dapat diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor risiko yang telah ditetapkan yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan dan faktor risiko yang dapat dikendalikan (Winarto, dkk 2007). Berikut ini adalah penjelasan dari faktor-faktor risiko kanker payudara:

1) Faktor resiko yang tidak dapat di kendalikan

a) Umur

Umur sangat penting sebagai faktor risiko kanker payudara. Kejadian kanker payudara meningkat cepat pada usia reproduktif dan setelah itu meningkat pada laju yang lebih rendah, Wanita berumur lebih dari 30 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk terkena kanker payudara. Risiko ini akan terus meningkat sampai umur 50 tahun dan setelah menopause (Dupont & Page, 2004)

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang kuat. Wanita memiliki risiko lebih besar untuk terkena kanker payudara dibandingkan laki-laki, dikarenakan wanita memiliki sel payudara lebih banyak dibandingkan laki-laki. Banyaknya kejadian kanker payudara pada wanita kemungkinan dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron yang berpengaruh terhadap proses proliferasi sel-sel pada kelenjar

payudara yang secara fisiologis lebih berkembang dibanding laki-laki. Laki-laki juga dapat terkena kanker payudara, tetapi penyakit ini lebih sering ditemukan pada wanita (Indrati, 2005)

c) Riwayat hidup

Kanker payudara dalam keluarga dapat berdampak signifikan risikonya. Seseorang akan memiliki risiko terkena kanker payudara lebih besar bila anggota keluarganya ada yang menderita kanker payudara. Penelitian Indrati (2005) menunjukkan bahwa diperkirakan 15% sampai dengan 20% kanker payudara dihubungkan dengan adanya riwayat pada keluarga. Keluarga yang memiliki gen BRCA1 yang diturunkan memiliki risiko terkena kanker payudara lebih besar

d) Pertumbuhan payudara

Sel payudara normal kadang-kadang dapat mengalami abnormal. Perubahan ini dapat datang sebagai benjolan, penebalan, atau klasifikasi pada mammogram. Perubahan ini dapat dilihat di bawah mikroskop jika biopsi dilakukan. Sel pembuluh payudara yang terlalu aktif dan muncul tidak biasa mungkin menggambarkan suatu jenis kanker.

e) Riwayat menstruasi

Wanita tidak dapat mengendalikan jumlah estrogen yang diproduksi ovarium setiap waktu. Seorang wanita yang masih muda mendapat periode menstruasi pertama atau terlambat

menopause akan mengakibatkan jumlah estrogen dan hormon lain yang diproduksi ovarium didapat lebih banyak. Wanita yang mendapat periode menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun atau menopause setelah usia 55 tahun, berisiko terkena kanker payudara lebih tinggi daripada wanita dengan lebih sedikit mendapat hormon yang diproduksi ovarium (Indrati, 2005).

f) Terapi radiasi pada dada sebelum usia 30 tahun

Wanita yang mengalami terapi radiasi pada dadanya sebelum usia 30 tahun dan khususnya selama masa remaja, mungkin berisiko lebih tinggi berkembangnya kanker payudara (Price & Lorraine, 2005).

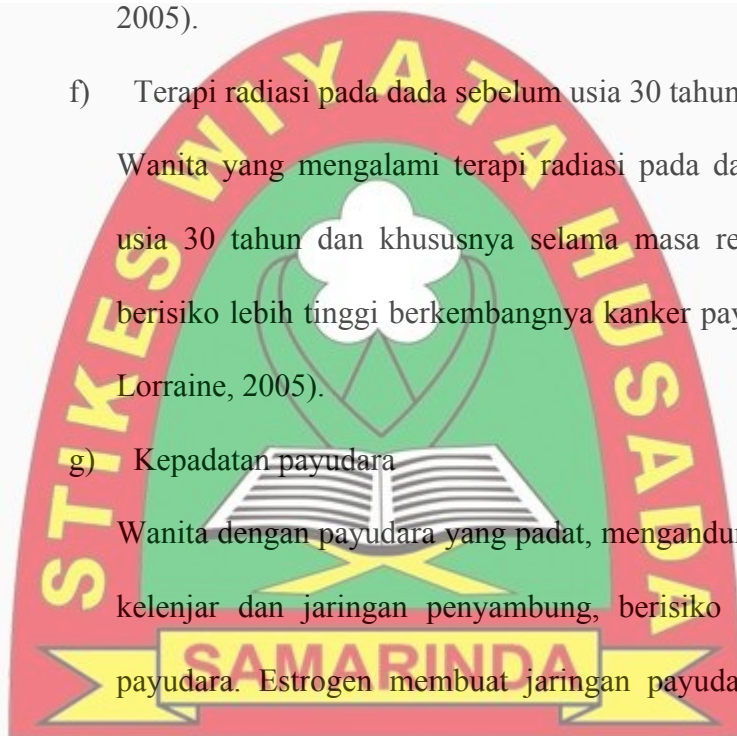
g) Kepadatan payudara

Wanita dengan payudara yang padat, mengandung lebih banyak kelenjar dan jaringan penyambung, berisiko terkena kanker payudara. Estrogen membuat jaringan payudara lebih padat.

Hubungan antara kepadatan payudara dan kanker payudara dikaitkan dengan tingkat estrogen dalam tubuh.

h) Terpapas DES (*Diethylstilbestrol*)

DES merupakan hormon buatan seperti estrogen yang digunakan dimasa lalu untuk menolong wanita mencegah keguguran. Anak perempuan yang menggunakan DES berisiko terkena kanker. Obat ini kemungkinan juga meningkatkan



risiko kanker payudara pada wanita yang menggunakannya dan anak perempuan yang terpaparnya.

i) Kehamilan terlambat atau tidak hamil

Wanita yang mempunyai masa kehamilan pertama penuh setelah usia 30 tahun dan wanita yang tidak hamil, berisiko terkena kanker payudara lebih tinggi daripada wanita yang melahirkan lebih dini. Masa kehamilan penuh yang menghentikan siklus menstruasi selama 9 bulan, menawarkan 23 proteksi melawan kanker payudara.

2) Faktor resiko yang dapat dikendalikan

a) Merokok

Merokok dapat menyebabkan banyak penyakit dan dihubungkan dengan risiko yang meningkat berkembangnya kanker payudara. Wanita yang merokok akan memiliki tingkat metabolisme estrogen lebih tinggi dibanding yang tidak merokok. Kebiasaan merokok akan meningkatkan risiko kanker payudara sebanyak 2,4 kali dibanding yang tidak merokok (Indrati, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang merokok sigaret >20 tahun terdapat peningkatan risiko untuk terkena kanker payudara dan hubungan ini signifikan.

b) Olah raga

Setiap waktu olahraga dapat menurunkan tingkat estrogen dalam tubuh. Estrogen yang berkurang menyebabkan stimulasi

pertumbuhan sel payudara akan berkurang. Olahraga akan meningkatkan fungsi kekebalan yang dihubungkan dengan rendahnya lemak tubuh dan efek tingkat hormon yang semuanya berhubungan dengan kanker payudara. Wanita yang secara rutin melakukan aktifitas fisik atau olahraga memiliki risiko lebih rendah dibanding yang tidak melakukan aktivitas fisik (Indrati, 2005).

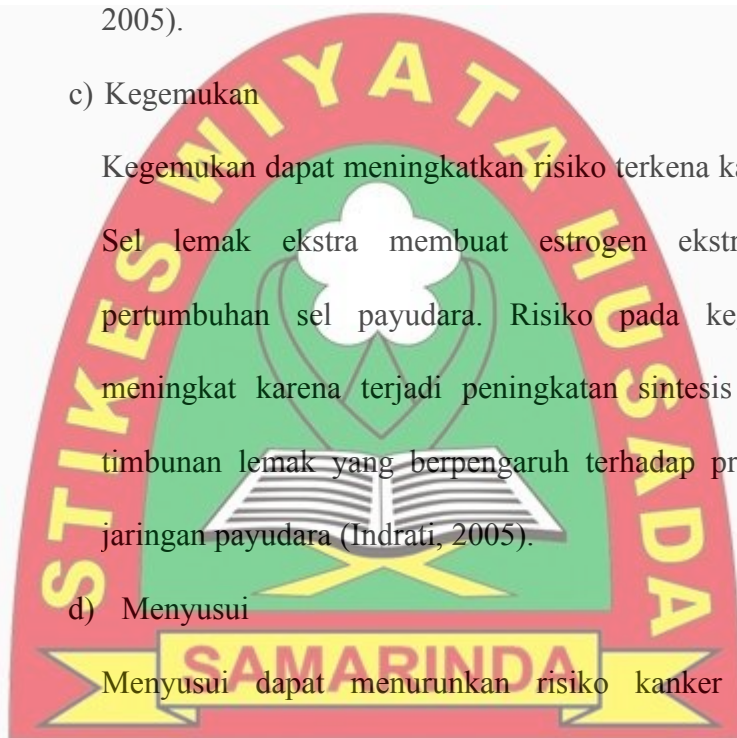
c) Kegemukan

Kegemukan dapat meningkatkan risiko terkena kanker payudara. Sel lemak ekstra membuat estrogen ekstra merangsang pertumbuhan sel payudara. Risiko pada kegemukan akan meningkat karena terjadi peningkatan sintesis estrogen pada timbunan lemak yang berpengaruh terhadap proses proliferasi jaringan payudara (Indrati, 2005).

d) Menyusui

Menyusui dapat menurunkan risiko kanker payudara. Sel payudara tidak dapat menyebabkan masalah seperti kanker saat sel payudara matang dan melakukan tugasnya.

Rasjidi (2009) menjelaskan, proses menyusui mempunyai efek protektif terhadap kanker payudara karena adanya penurunan level estrogen dan sekresi bahan-bahan karsinogenik selama menyusui. Risiko kanker menurun 4,3% setiap tahunnya pada wanita yang menyusui.



e) Alkohol

Penggunaan alkohol yang signifikan tidak baik untuk hati yang membantu mengatur tingkat estrogen dalam sistem tubuh. Pembatasan alkohol membantu menjaga tingkat estrogen darah tetap rendah.

f) Stress

Santai dapat memperkuat sistem imun. Sistem imun yang kuat akan lebih mudah melawan penyakit. Wanita dalam kelompok dukung kanker payudara mempunyai kualitas hidup lebih baik dari pada yang tidak bergabung dalam kelompok sejenis. Daya dukungan menjadi cara dalam menurunkan stres dan membuat orang terhubung, tidak sendiri perjuangan melawan kanker.

d. Patofisiologi

Sel-sel kanker dari sel sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi (Rasjidi, 2009) yang terdiri dari:

1) Fase inisiasi

Pada tahap ini terjadi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas perubahan dalam bentuk genetik sel ini disebabkan oleh suatu gen yang disebut karsinogen, yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi ataupun sinar matahari, kepekaan terhadap karsinoma tidak dimiliki semua sel kecuali apabila ada kelainan genetik dalam sel yang disebut promotor yang menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu

karsinogen. Kepekaan sel terhadap karsinogen dapat terjadi juga pada psien dengan sakit menahun.

Pada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas, perubahan dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen, yang biasa berupa bahan kimis, virud stsupun sinar

matahari. Tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen. Kelainan genetik dalam sel atau bahan lainnyan disebut promotor, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik menahun pun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan.

Progesteron suatu hormon yang menginduksi ductal side branching pada kelenjar payudara dan pada sel epitel payudara diperkirakan berperan sebagai aktivator lintasan tumorigenesis pada sel payudara yang diinduksi oleh karsinogen.

2) Fase promosi

Pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas, sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi, karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel peka dan suatu karsinogen).

3) Fase metastases

Metastasis menuju ketulang merupakan hal yang kerap terjadi pada kanker payudara, beberapa diantaranya disertai komplikasi lain seperti simtoma hiperkalsemia, metastasis demikian bersifat osteolitik yang berarti bahwa osteoklas hasil induksi sel kanker merupakan mediator osteolitis dan mempengaruhi diferensiasi dan aktifitas osteoblas serta osteoklas lain hingga meningkatkan resorpsi tulang.

e. Gejala klinis

Menurut Luwia (2009), gejala klinis kanker payudara antara lain:

1) Benjolan pada payudara, umumnya berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara, benjolan itu mula mula kecil semakin lama semakin membesar lalu melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau puting susu.

2) Erosi atau eksema puting susu, kulit atau puting susu tadi menjadi tertarik kedalam (retraksi), berwarna merah muda atau kecoklatan

sampai menjadi edema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk, mengkerut atau timbul borok pada payudara, borok itu semakin lama semakin membesar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara, sering berbau busuk, dan mudah berdarah, perdarahan pada puting susu rasa sakit atau nyeri pada umumnya baru timbul apabila tumor sudah besar atau bila sudah muncul metastase ke tulang tulang kemudian timbul pembesaran kelenjar

getah bening di ketiak bengkak pada lengan dan penyebaran kanker keseluruhan tubuh.

f. Stadium kanker

Rasjidi (2009) menyebutkan tahapan atau stadium kanker payudara sebagai berikut:

1) Stadium 0

Tahap sel kanker payudara tetap di dalam kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan.

2) Stadium I

Benjolan kanker tidak melebihi dari 2 cm dan tidak menyebar keluar dari payudara. Perawatan sistematis akan diberikan pada kanker stadium ini, tujuannya adalah agar sel kanker tidak menyebar dan tidak berlanjut

3) Stadium II A

Tumor tidak ditemukan pada payudara tapi sel-sel kanker ditemukan dikelenjar getah bening ketiak, atau tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 2 cm tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

4) Stadium II B

Tumor lebih besar dari 2 cm, tetapi tidak ada yang lebih besar dari 5 cm dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 5 cm tapi belum menyebar ke kelenjar getah

bening ketiak. Stadium ini perlu dilakukan operasi untuk mengangkat sel-sel kanker yang ada pada seluruh bagian penyebaran dan setelah operasi perlu dilakukan penyinaran untuk memastikan tidak ada lagi sel-sel kanker yang tertinggal.

5) Stadium III A

Tidak ditemukan tumor di payudara. Kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak yang melekat bersama atau dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada, atau tumor dengan ukuran berapapun dimana kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, terjadi perlekatan dengan struktur lainnya

6) Stadium III B

Kanker sudah menyusup keluar dari bagian payudara yaitu ke kulit, dinding dada, tulang rusuk, dan otot dada. Perlu dilakukan pengangkatan payudara pada stadium ini.

7) Stadium IV

Sel-sel kanker sudah mulai menyerang bagian tubuh lainnya seperti tulang, paru-paru, hati, otak, kulit dan kelenjar limfa yang ada di dalam batang leher. Tindakan yang harus dilakukan adalah pengangkatan payudara.

Berdasarkan data Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia dalam Rasjidi (2009) didapatkan data rata-rata prognosis harapan hidup (*survival rate*) penderita kanker payudara per stadium sebagai berikut:

- a) Stadium 0 : 10 tahun dengan harapan hidup 98%.
- b) Stadium I : 5 tahun dengan harapan hidup 85%.
- c) Stadium II : 5 tahun dengan harapan hidup 60-70%.
- d) Stadium III : 5 tahun dengan harapan hidup 30-50%.
- e) Stadium IV : 5 tahun dengan harapan hidup 5%.

g. Komplikasi

Komplikasi penyakit kanker payudara metastatik diantaranya metastase (otak, paru, hati, tulang tengkorak, vertebra iga, tulang panjang), fibrosis payudara, gangguan neurovaskuler, dan kematian (Sjamsuhidayat dan Jong, 2004).

h. Upaya pencegahan

Rasjidi (2009) menyebutkan upaya-upaya yang dilakukan untuk mencegah timbulnya kanker payudara yaitu:

1) Pencegahan primer

Pencegahan primer pada kanker payudara adalah salah satu bentuk promosi kesehatan karena dilakukan pada orang yang sehat melalui

upaya menghindarkan diri dari keterpaparan pada berbagai faktor risiko dan melaksanakan pola hidup sehat. Pencegahan primer berupa pemeriksaan SADARI (pemeriksaan payudara sendiri) yang dilakukan secara rutin sehingga bisa memperkecil faktor risiko terkena kanker payudara. Kematian akibat kanker payudara lebih sedikit pada wanita yang melakukan pemeriksaan SADARI

dibandingkan yang tidak. Sensitivitas SADARI untuk mendeteksi kanker payudara sebanyak 26%.

2) Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan terhadap individu yang memiliki risiko terkena kanker payudara. Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan deteksi dini. Deteksi dini dapat dilakukan melalui

skrining dengan *mammografi*. Skrining melalui *mammografi* memiliki akurasi 90% dari semua penderita kanker payudara, tetapi keterpaparan terus-menerus pada *mammografi* pada wanita yang sehat merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker payudara.

3) Pencegahan tertier

Pencegahan tertier biasanya diarahkan pada individu yang positif menderita kanker payudara. Pencegahan tertier sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita, mencegah komplikasi penyakit, dan meneruskan pengobatan. Penanganan yang tepat untuk penderita kanker payudara yang sesuai dengan stadiumnya dapat memperpanjang harapan hidup penderita dan mengurangi kecacatan.

i. Pengobatan

Ada beberapa cara pengobatan kanker payudara yang penerapannya banyak bergantung kepada stadium klinik penyakit (Setiati, 2009).

Cara-cara yang dikenal adalah:

1) Pembedahan baik yang bersifat kuratif (menyembuhkan) maupun paliatif (menghilangkan gejala-gejala penyakit), atau yang dikenal dengan Mastektomi.

2) Penyinaran, baik yang bersifat kuratif maupun paliatif. Radiasi atau penyinaran adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar x atau sinar gamma yang

bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa dipayudara setelah operasi. Efek pengobatan ini tubuh menjadi lemah, nafsu makan berkurang, warna kulit disekitar payudara menjadi hitam serta Hb dan leukosit menurun akibat radiasi.

3) Kemoterapi/sitostatika yang merupakan pengobatan suportif (penunjang). Kemoterapi adalah pemberian obat-obatan anti kanker atau sitostatika dalam bentuk pil cair atau kapsul atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker melalui mekanisme kemotaksis. Tidak hanya sel kanker pada payudara tapi seluruh tubuh. Efek dari kemoterapi adalah pasien mengalami mual dan muntah serta rambut rontok karena pengaruh obat-obatan saat kemoterapi.

4) Hormonal, yang merupakan pengobatan suportif dan berupa tindakan ablasi (melenyapkan) atau aditif (penambahan). Kemoterapi/hormonal merupakan bagian dari pengobatan terpadu kanker payudara, mempunyai dasar klinis dan terbukti bermanfaat meningkatkan angka survival, terutama dalam kerangka acuan.

5) Imunoterapi, sebagai tindakan untuk menaikkan daya tahan tubuh.

Pengobatan ini ditujukan untuk memusnakan kanker atau membatasi perkembangan penyakit serta menghilangkan gejala-gejalanya. Sekitar 15-25% pasien tumor payudara menunjukkan protein pemicu pertumbuhan atau HER2 secara berlebihan dan untuk pasien seperti ini, trastuzumad antibody yang secara khusus

dirancang untuk menyerang HER2 dan menghambat pertumbuhan tumor, dapat menjadi pilihan terapi, pasien biasanya juga menjalani tes HER2 untuk menentukan kelayakan terapi dengan trastuzumad (Setiati, 2009)

6) Simptomatik, termasuk cara perawatan atau penanggulangan keluhan keluhan dari penderita kanker payudara yang sudah stadium lanjut.

4. Kemoterapi

a. Definisi

Kemoterapeutika adalah bahan kimiawi yang berkhasiat merusak dan atau menghancurkan parasit atau mikroorganisme (bakteri, protozoa, virus, jamur, dan cacing) tanpa atau dengan sedikit menimbulkan efek toksis terhadap sel pejamu (penderita). Istilah kemoterapi ini mula mula di perkenalkan oleh Paul Ehrlich, berasal dari kata *chymeia* = *chymos* = perasaan buah , dan *therapeia* = pengobatan (bahasa yunani).



Tindakan pemberian kemoterapeutika ini disebut “ kemoterapi “ target kemoterapi adalah pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit infeksi. Pengertian sekarang untuk pengobatan tumor atau neoplasma dimasukkan pula dalam tindakan kemoterapi (Staf Pengajar Departemen Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, 2008). Sifat kemoterapi lokal (pemberian antiseptik dan sebagainya) dan sistemik (pemberian obat sistemik dan sebagai istilah umum kemoterapi).

Kemoterapi menggunakan obat-obatan dari berbagai kelas berbeda untuk menghancurkan sel-sel yang berada pada stadium S, M, atau G awal siklus sel. Tumor tumbuh secara cepat sehingga banyak memiliki sel yang sedang bereplikasi dan membelah dan karenanya paling rentan terhadap kemoterapi. Akan tetapi, sel sehat juga rentan terhadap efek merusak dari kemoterapi. Kemoterapi sering digunakan sebagai tambahan untuk pembedahan atau terapi radiasi, namun dapat pula digunakan secara tersendiri. Kemoterapi juga digunakan untuk tujuan paliatif. Kemoterapi biasanya menyebabkan penekanan atau supresi sumsum tulang, yang akhirnya menyebabkan keletihan, anemia, perdarahan, dan peningkatan risiko infeksi (Corwin, 2007).

b. Jenis jenis kemoterapi

- 1) Antimikroba (AM) bekerja merusak atau membunuh mikroorganisme, anti mikroba dapat berupa :
 - a) Antibiotika adalah zat zat kimia yang dihasilkan oleh mikroorganisme tertentu (golongan fungi) atau secara sintetik

untuk membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme lainnya.

b) Bahan kimia sintetik, seperti sulfonamida, isoniazid

c) Bahan kimia dari tumbuhan, seperti quinine (cinchona, kina)

2) Antifungal (fungisid dan fungistatik) yaitu zat kimia yang dapat membunuh atau menghambat pertumbuhan fungi. Misalnya polimiksin B, dan griseofulvin

3) Antiviral merupakan zat kimia yang merusak perkembangbiakan dalam sel hospes. Termasuk dalam zat ini adalah amantadin, IDU dan sitosin arabinosida

4) Antelmintika, yaitu zat kimia yang dapat membunuh cacing dalam usus, termasuk dalam obat ini adalah piperazin, mebendazol

5) Antikanker merupakan zat kimia yang dapat menghambat atau mengganggu pertumbuhan sel tumor ganas, disebut juga sitostatika, termasuk dalam obat ini adalah metotreksat (MTX) klorambusil.

c. Mekanisme kerja kemoterapi

Dasar kerja kemoterapi adalah dengan mengintervensi perbedaan cara atau sifat hidup sel mikroorganisme dengan sifat sel hospes, antara lain dengan:

1) Mengganggu sumber metabolisme asam folat yang berperan penting dalam sistem koenzim sel mikroorganisme

2) Mempengaruhi organ yang mensintesis protein

3) Mempengaruhi atau menghambat pertumbuhan dinding sel

mikroorganisme

4) Mempengaruhi struktur membran sel mikroorganisme.

d. Prinsip penggunaan kemoterapi yang rasional

1) Mempertahankan kadar obat yang lebih tinggi ditempat atau jaringan yang terinfeksi dari pada kadar efektif minimal obat untuk beberapa waktu sampai tercapai penyembuhan secara klinik

2) Memperhatikan kemungkinan timbulnya efek samping obat, reaksi hipersensitivitas, dan efek toksik obat, bila hal ini terjadi dan membahayakan pemberian obat harus dihentikan

3) Bila keadaan memungkinkan secara akademis, kemoterapi yang digunakan adalah sensitif terhadap kuman penyebab (perlu pemeriksaan bakteriologi, uji sensitivitas), untuk pengobatan pendahuluan, dapat digunakan kemoterapi spektrum luas.

e. Efek samping kemoterapi

Obat sitotoksik menyerang sel-sel kanker yang sifatnya membelah, terkadang obat ini juga memiliki efek pada sel-sel tubuh normal yang juga mempunyai sifat cepat membelah seperti rambut, mukosa, sumsum tulang, kulit, dan sperma. Obat ini juga dapat bersifat toksik pada beberapa organ seperti jantung, hati, ginjal, dan sistem saraf. Berikut akan dibahas beberapa efek samping kemoterapi yang sering ditemui pada pasien kanker (Sudoyo dkk, 2009), antara lain:

1) Supresi sumsum tulang

Trombositopenia, anemia, dan leukopenia adalah efek samping yang terjadi akibat kemoterapi. Sebagian besar pengobatan standar dirancang sesuai dengan kinetika pemulihan sumsum tulang setelah paparan kemoterapi. Beberapa tahun terakhir mulai diberikan faktor perangsang koloni makrofag dan faktor perangsang koloni granulosit. Faktor pertumbuhan ini mempunyai peran penting dalam pemberian dosis intensif kemoterapi dengan mencegah leukopenia sehingga mengurangi insiden infeksi dan lamanya rawat inap.

2) Mukositis

Mukositis dapat terjadi pada rongga mulut (*stomatitis*), lidah (*glossitis*), tenggorok (*esofagitis*), usus (*enteritis*), dan rektum (*proktitis*). Umumnya mukositis terjadi pada hari ke 5-7 setelah kemoterapi. Satu kali mukositis muncul, siklus berikutnya akan terjadi mukositis kembali, kecuali jika obat diganti atau dosis diturunkan. Mukositis dapat menyebabkan infeksi sekunder, asupan nutrisi yang buruk, dehidrasi, penambahan lama waktu perawatan, dan peningkatan biaya perawatan. Kebersihan mulut harus dijaga untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder akibat mukositis.

3) Mual dan muntah

Mual dan muntah terjadi karena peradangan dari sel-sel mukosa yang melapisi saluran cerna. Muntah dapat terjadi secara akut dalam 0-24 jam setelah kemoterapi, atau tertunda, 24-96 jam setelah kemoterapi

4) Diare

Diare disebabkan karena kerusakan sel epitel saluran cerna sehingga absorpsi tidak adekuat. Obat golongan antimetabolit yang sering menimbulkan diare. Pasien dianjurkan makan rendah serat, tinggi protein, dan minum cairan yang banyak. Obat anti diare juga dapat diberikan.

5) Alopesia

Kerontokan rambut sering terjadi pada kemoterapi akibat letal obat terhadap sel-sel folikel rambut. Pemulihan total akan terjadi setelah terapi dihentikan. Rambut tumbuh kembali pada saat terapi masih berlangsung, ini terjadi pada beberapa pasien. Tumbuhnya kembali merefleksikan proses proliferasi kompensatif yang meningkatkan jumlah sel-sel induk atau mencerminkan perkembangan resistensi obat pada jaringan normal.

6) Infertilitas

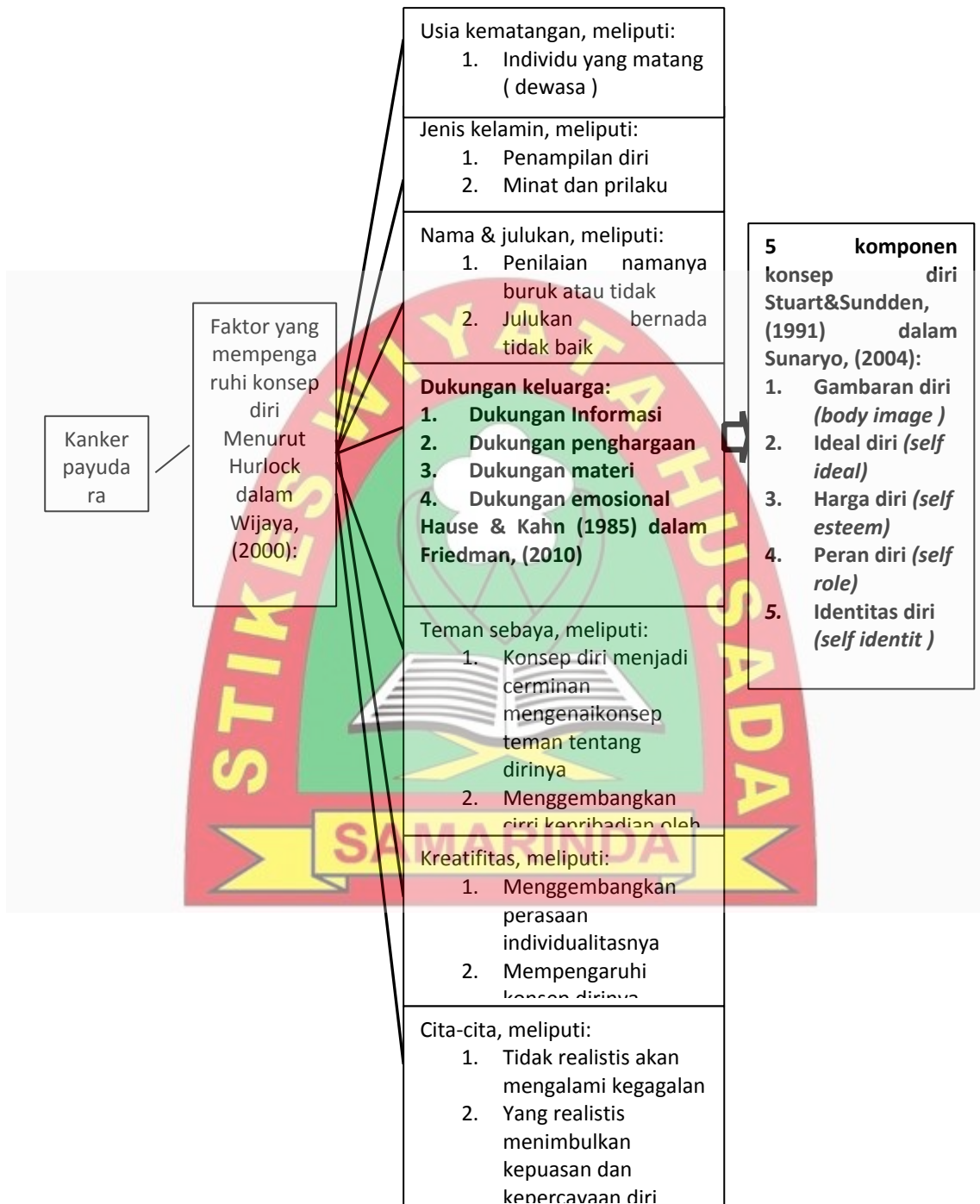
Spermatogenesis dan pembentukan folikel ovarium merupakan hal yang rentan terhadap efek toksis obat antikanker. Pria yang mendapat kemoterapi seringkali produksi spermanya menurun. Biopsi testis menunjukkan hilangnya sel-sel germinal pada tubulus seminiferus, hal ini disebabkan karena efek obat terhadap sel-sel yang berproliferasi cepat. Efek antispermatogenetik ini dapat pulih kembali setelah kemoterapi dosis rendah, tetapi beberapa pria mengalami infertilitas yang menetap. Kemoterapi seringkali menyebabkan perempuan

pramenopause atau mengalami penghentian menstruasi sementara atau menetap dan timbulnya gejala-gejala menopause



B. Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori



Sumber : Hurlock dalam Wijaya (2000), Hause & Kahn (1985) dalam Friedman (2010), Stuart & Sundden, (1991) dalam Sunaryo, (2004)

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian merupakan kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diukur atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan, karena konsep tidak dapat langsung diamati maka konsep dapat diukur melalui variabel, diagram dalam kerangka konsep harus menunjukkan hubungan antara variabel – variabel yang akan diteliti (Riyanto, 2011).

Skema 3.1 Kerangka konseptual penelitian menurut (Riyanto, 2011)



B. Hipotesa Penelitian

Hipotesa berfungsi sebagai jawaban sementara terhadap permasalahan yang sedang diteliti (Idrus, 2009). Seorang ahli bernama Borg yang dibantu oleh temannya Gall (1979) mengajukan adanya persyaratan untuk hipotesis (dalam

Arikunto, 2006) sebagai berikut:

- 3) Hipotesis harus dirumuskan dengan singkat tetapi jelas.
- 4) Hipotesis harus dengan nyata menunjukkan adanya hubungan antara dua atau lebih variabel.
- 5) Hipotesis harus didukung oleh teori teori yang dikemukakan oleh para ahli atau hasil penelitian yang relevan.

Pengujian hipotesis dijumpai dua jenis hipotesis (Nursalam, 2008)

yaitu:

1. Hipotesa Nol (H_0) yaitu hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lain.
2. Hipotesa Alternatif (H_a) yaitu hipotesis yang menyatakan ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan ada hubungan variabel satu dengan variabel yang lain.

Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas maka hipotesa penelitian ini adalah:

Hipotesis H_0 : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

Hipotesis H_a : Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

C. Definisi Operasional

Definisi operasioanal, sebagaimana cara kerja penelitian, menggambarkan validasi informasi karena pada definisi operasional tercakup komponen definisi, siapa pengukur, alat pengukuran, bagaimana cara pengukuran, skala pengukuran, serta bagaimana hasil pengukuran dari semua variabel yang didefinisikan, (Dahlan, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Variabel independen: dukungan keluarga	Dukungan dari anggota keluarga yang diberikan kepada pasien kanker payudara berupa dukungan penghargaan, dukungan materi, dukungan emosional, dukungan informasi	Lembar kuesioner diukur dengan skala Likert, terdiri dari 19 pernyataan, dengan diberi skor untuk pernyataan positif SL: skor 5, SR: skor 4, KD: skor 3, TP: skor 2, STP: skor 1, dan pernyataan negatif SL: skor 1, SR: skor 2, KD: skor 3, TP: skor 4, STP: skor 5	1: Dukungan baik, jika median \geq 92,00 0: Dukungan kurang baik, jika median $<$ 92,00	Ordinal
2	Variabel dependen: konsep diri	Cara pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual yang meliputi lima komponen berupa gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri	Lembar kuesioner diukur dengan skala likert, terdiri dari 25 pernyataan, dengan diberi skor untuk pernyataan positif SL: skor 5, SR: skor 4, KD: skor 3, TP: skor 2, STP: skor 1, dan pernyataan negatif SL: skor 1, SR: skor 2, KD: skor 3, TP: skor 4, STP: skor 5	1 : Konsep diri positif, jika median \geq 96,50 0 : Konsep diri negatif, jika median $<$ 96,50	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, alat pengumpul, prosedur pengumpul data, analisa (pengolahan data) dan etika penelitian.

A. Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antar variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Desain penelitian dapat menjadi petunjuk bagi peneliti untuk mencapai tujuan penelitian dan juga sebagai penuntun bagi peneliti dalam seluruh proses penelitian.

Desain penelitian deskriptif korelasi yaitu penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan proporsi suatu variabel dan mengetahui hubungan antar variabel (Dahlan, 2009). Penelitian *cross sectional* adalah untuk mendeskripsikan fenomena atau hubungan berbagai fenomena yang ada (sekali waktu) antara faktor resiko/paparan dengan penyakit (Hidayat, 2009).

Dalam penelitian ini menggunakan desain atau rancangan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Rancangan ini dimaksudkan untuk menganalisis ada tidaknya hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara diruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas : obyek / subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang di tetapkan oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudian di tarik kesimpulan (Hidayat, 2009).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dengan jumlah 68 pasien pada bulan Juli – Desember 2013 di ruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2009).

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel dan kriteria eksklusi adalah merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat (Hidayat, 2009).

Dalam penelitian ini menggunakan tehnik *non random sampling* (sampel tidak acak) merupakan tehnik pengambilan sampel dari populasi dimana setiap anggota populasi tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Riyanto, 2011).

Cara pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *sampling incidental* adalah tehnik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu

siapa saja yang secara kebetulan atau bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2010).

Dalam penelitian keperawatan kriteria sampel dapat meliputi kriteria inklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat tidaknya sampel yang akan digunakan.

Dengan kriteria sebagai berikut :

a) Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi diruang kemoterapi di RSUD AWS Samarinda.
- 2) Tingkat kesadaran penuh
- 3) Bersedia menjadi responden dan kooperatif.
- 4) Kondisi fisik pasien dalam keadaan stabil.

b) Kriteria Eksklusi :

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden, tetapi tiba-tiba menolak karena merasa tidak nyaman bila menjadi responden.

C. Besar Sampel

Dari data *Medical Record* bulan Juli – Desember 2013 diruang Kemoterapi didapatkan 68 pasien Kanker Payudara yang menjalani kemoterapi. Teknik pengambilan sampel berdasarkan rumus (Nursalam, 2008).

$$n = \frac{N}{1 + N}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi / kepercayaan yang diinginkan(p) 5% = 0,05

Dari populasi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di ruang Kemoterapi berjumlah 68 dalam 6 bulan, dengan d = 0,05 maka

besar sampel adalah :

$$n = \frac{68}{1 + 68 \cdot (0,05)}$$

n = 58,1 n = 58 responden

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini telah dilaksanakan di ruang kemoterapi RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada minggu keempat bulan April sampai dengan minggu kedua bulan Juni 2014.

E. Alat Pengumpul Data Penelitian

1. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data adalah merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data dalam penelitian (Hidayat, 2009) sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian.

Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan. Bentuk pengukuran skala sikap antara lain Skala *Likert* digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang tentang gejala atau masalah yang ada dimasyarakat atau yang dialaminya (Hidayat, 2009).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen penelitian yang

berbentuk kuisioner. Kuisioner diberikan pada pasien kanker payudara untuk mengukur dukungan keluarga terhadap pasien kanker payudara.

Kuesioner berisi beberapa pertanyaan tertutup sehingga responden diminta untuk memilih satu jawaban yang sesuai dengan karakteristik dirinya dengan cara memberikan tanda *checklist* (√). Dengan menggunakan skala *likert*.

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari 3 (tiga) bagian, yaitu:

- a. Bagian A data demografi, berisi tentang identitas responden yang meliputi: umur, status, pendidikan, pekerjaan. Jumlah seluruh 4 item pertanyaan.
- b. Bagian B berisi tentang pernyataan variabel independen yaitu tentang dukungan keluarga yang terdiri dari 19 butir pernyataan menggunakan skala *likert* yaitu pernyataan positif yang diberi skor 5, 4, 3, 2, dan 1. Sedangkan pernyataan negatif diberi skore 1, 2, 3, 4, dan 5.
- c. Bagian C berisi tentang pernyataan variabel dependen tentang konsep diri yang terdiri dari 25 butir pernyataan menggunakan skala

likert yaitu pernyataan positif yang diberi skor 5, 4, 3, 2, dan 1.

Sedangkan pernyataan negatif diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5.

Pada saat pengumpulan data, peneliti mendampingi responden secara langsung dalam pengisian kuesioner, sehingga apabila responden kurang jelas dengan maksud pertanyaan, bisa langsung bertanya pada peneliti. Bentuk pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dan pertanyaan negatif (*unfavourable*).

Adapun pernyataan dalam kuesioner dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara adalah sebagai berikut:

Table 4.1 pernyataan kuesioner dukungan keluarga

No	Dukungan keluarga (variabel independen)	<i>favourable</i>	<i>unfavourable</i>
1.	Dukungan instrumental	No.1,2	No.3
2.	Dukungan informasi	No. 4,5,6	No.7,8
3.	Dukungan penilaian	No.9,10	No.11,12,13,14
4.	Dukungan emosional	No.15,16	No. 17,18,19

Table 4.2 pernyataan kuesioner konsep diri

No	Konsep diri (variabel dependen)	Pernyataan kuesioner <i>fovourabel</i>	Pernyataan kuesioner <i>unfavourable</i>
1.	Gambaran diri	No.1	No.2,3,4
2.	Ideal diri	No.5,8,9,10	No.6,7
3.	Harga diri	No.14,15	No.11,12,13
4.	Peran diri	No.16,17,18	No.19,20
5.	Identitas diri	No.22,24	No.21,23,25

F. Uji Validitas

Validitas merupakan ketepatan atau kecermatan pengukuran, valid artinya alat tersebut mengukur apa yang ingin diukur (Riyanto, 2011).

Sebelum digunakan untuk penelitian, kuesioner tersebut dilakukan uji validitas. Uji korelasi ini menggunakan rumus *korelasi pearson product moment* (Hidayat, 2009) dengan rumus :

$$r_{xy} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{(n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2) \cdot (n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Dimana: r_{xy} = koefisien korelasi suatu butir/item

n = jumlah responden

$\sum X$ = skor suatu butir/item

$\sum Y$ = skor total

Keputusan uji bila hasil r hitung $>$ r tabel dengan derajat kemaknaan 5%, maka kuesioner dikatakan valid dan dapat digunakan untuk meneliti, dan bila r hitung $<$ r tabel maka instrumen tidak valid. Sebelum kuesioner disebar kepada responden penelitian, terlebih dahulu diuji validitas kuesioner untuk melihat kelayakan kuesioner untuk penelitian.

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan tehnik *korelasi pearson product moment* dengan taraf signifikan 5% yang telah diujikan di ruang kemoterapi yang ada pasien kanker payudara dengan menjalani kemoterapi yang ada di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan minggu keempat bulan maret 2014, sesuai pernyataan Riyanto, (2011) uji validitas kuesioner diambil jumlah responden sekitar 30 responden.

Pada hasil uji validitas yang dilakukan pada tiap-tiap kuesioner hasil yang didapatkan ada kuesioner yang dinyatakan tidak valid dan valid yaitu

a. Uji validitas kuesioner dukungan keluarga

Setelah dilakukan uji validitas terhadap kuesioner dukungan

keluarga dari 43 item pernyataan hanya sebanyak 19 item pernyataan dinyatakan valid yaitu nomor pernyataan 2, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 36, 37, 40, karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel [$r_{(a; n-2)} = r_{(0,05; 30-2)} = r_{(0,05; 28)} = 0,361$].

Lebih lanjut lihat lampiran 8.

Setelah dilakukan uji validitas kuesioner dukungan keluarga dengan

b. Uji validitas kuesioner konsep diri

Setelah dilakukan uji validitas pertama terhadap kuesioner konsep diri dari 47 item pernyataan dinyatakan kuesioner konsep diri dengan sebanyak 25 item pernyataan dinyatakan valid yaitu nomor

pernyataan 4, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, dan 45 karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel [$r_{(a; n-2)} = r_{(0,05; 30-2)} = r_{(0,05; 28)} = 0,361$]. Lebih lanjut lihat lampiran 8.

G. Uji Reliabilitas

Reliabilitas artinya kesetabilan pengukuran, alat dikatakan reliabel jika digunakan berulang ulang nilai sama. Dalam menguji reliabilitas

dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach* (Riyanto, 2011) sebagai berikut:

$$r_{ii} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

Dimana: r_{ii} = Koefisien reliabilitas test

K = Cacah butir

$\sum s_i^2$ = Varians skor butir

s_t^2 = Varians skor total

Kriteria suatu instrumen penelitian dikatakan reliabel dengan menggunakan teknik ini, bila nilai *cronbach's alpha* lebih \geq konstanta (0,6), maka pertanyaan reliabel. Bila nilai *cronbach's alpha* $<$ konstanta (0,6), maka pertanyaan tidak reliabel.

Setelah uji validitas dilakukan langkah selanjutnya adalah melakukan uji realibilitas dengan hasil sebagai berikut

a. Hasil yang diperoleh kuesioner tentang dukungan keluarga nilai *alpha cronbach* 0,932 lebih besar dari konstanta (0,6) sehingga semua item sangat reliabel. Lebih lanjut lihat lampiran 8.

b. Hasil yang diperoleh kuesioner tentang konsep diri nilai *alpha cronbach* 0,963 lebih besar dari konstanta (0,6) sehingga semua item sangat reliabel. Lebih lanjut lihat lampiran 8.

H. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data secara langsung kepada responden yang dirawat diruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan prosedur sebagai berikut :

e) Prosedur administratif

- a) Berdasarkan surat pengantar dari ketua Program Studi Ilmu

Kesehatan Keperawatan Wiyata Husada Samarinda

- b) Surat izin dari Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- c) Meminta ijin kepada kepala ruangan Kemoterapi dimana terdapat responden yang memenuhi kriteria inklusi.

f) Prosedur teknis

- 5) Peneliti melakukan pengumpulan data di ruang Kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie, adapun Dalam penelitian ini menggunakan *tehnik non random sampling* (sampel tidak acak), Cara pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *sampling incidental*.

- 6) Peneliti memberikan penjelasan terlebih dahulu tentang maksud dan tujuan penelitian kepada responden yang telah memenuhi kriteria inklusi, dan mendapatkan persetujuan dari responden, kemudian responden mengisi dan menandatangani lembar persetujuan.

- 7) Selanjutnya data diperoleh dikumpulkan untuk dianalisa dengan menggunakan bantuan program komputer SPSS. Penelitian dilakukan pada pasien kanker payudara yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden penelitian. Pengumpulan data dengan cara memberikan kuisisioner pasien kanker payudara.

I. Analisis Data

Dalam menentukan analisis, data terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi (Hidayat, 2009) dalam proses pengolahan data terdapat langkah langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Editing langsung dilakukan setelah responden mengisi kuesioner. Peneliti memeriksa lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden. Tidak ada ditemukan jawaban yang masih kosong atau tulisan yang tidak jelas.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode sesuai petunjuk coding, terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pada penelitian ini data dikoreksi dan lengkap maka diberi kode sesuai dengan definisi operasional. Pada hasil tabulasi pemberian kode untuk adanya dukungan keluarga diberi kode 1 dan tidak adanya dukungan keluarga diberi kode 0 sedangkan untuk konsep diri positif diberi kode 1 dan konsep diri negatif

diberi kode 0. Pada data dukungan keluarga dan konsep diri, peneliti akan memberikan kode 1 sampai 5 sesuai dengan jawaban responden.

3. *Entry data*

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam *master table* atau *database computer*. Peneliti melakukan *entry data* dan sudah yakin bahwa data yang ada sudah benar. Baik dari kelengkapan maupun pengkodeannya. Kemudian peneliti memasukkan data satu persatu kedalam paket program komputer yang kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data.

4. Melakukan tehnik analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak di analisis.

Penelitian ini telah melakukan uji normalitas dan kemudian menggunakan dua tahap analisis data yaitu univariat dan bivariat :

f. Ujinormalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah populasi data berdistribusi normal atau tidak. Uji ini biasanya digunakan untuk mengukur data berskala ordinal, interval, ataupun rasio (Guntara, 2013).

Tujuan uji normalitas adalah untuk menguji apakah dalam sebuah model regresi, variabel terikat dan variabel bebas atau keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak, model regresi yang baik

adalah distribusi data normal atau mendekati normal, deteksi normal dengan melihat grafik normal *probability plot* (Ghozali, 2005).

Dalam penelitian ini menggunakan uji normalitas *Kolmogorov Smirnov* dengan memasukkan data ke SPSS, adapun kriteria data normal dengan nilai kemaknaan ($p > 0,05$). Uji *Kolmogorov Smirnov* digunakan untuk sampel besar (> 50). (Dahlan, 2011).

Setelah dilakukan uji normalitas yang menggunakan uji *kolmogorov smirnov* pada dukungan keluarga didapatkan hasil nilai kemaknaan ($p= 0,008$) $< 0,05$, sedangkan pada konsep diri didapatkan hasil nilai kemaknaan ($p=0,002$) $< 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dan konsep diri tidak berdistribusi normal sehingga menggunakan median.

g. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Bentuk analisa univariat tergantung dari jenis datanya, untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Untuk data yang jenisnya katagorik analisisnya dengan menggunakan nilai proporsi atau presentase (Notoatmodjo, 2010). Data disajikan dalam

bentuk tabel dan diinterpretasikan, rumus menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2011), sebagai berikut :

Rumus :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan

N = Jumlah responden

Selain analisis data diatas, penelitian ini juga mendiskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul dan akan dianalisis dengan menggunakan tabel-tabel distribusi frekuensi.

Untuk mendapatkan nilai dari variabel independen dan variabel dependen, ada beberapa nilai yang akan dipakai yaitu *mean* dan *median*. Nilai-nilai tersebut disebut sebagai nilai tengah (*central tendency*).

1) Rata-rata hitung (mean)

Rata-rata hitung atau *arithmetic mean* atau lebih dikenal dengan mean saja adalah nilai yang baik mewakili suatu data (Sabri, 2009).

Sifat dari mean :

f) Merupakan wakil dari keseluruhan nilai

g) Mean sangat dipengaruhi nilai estimasi baik estimasi kecil maupun estimasi besar

h) Nilai mean berasal dari semua nilai pengamatan

Nilai mean dari data dukungan keluarga didapatkan hasil 90,21, sedangkan untuk konsep diri dengan nilai mean 94,74.

2) Median

Median adalah nilai yang terletak pada observasi yang ditengah, kalau data tersebut telah disusun (*array*), Sabri (2009).

Nilai median dari data dukungan keluarga didapatkan hasil 92,00 dan untuk konsep diri dengan nilai median 96,50.

h. Analisis bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010).

Uji statistik dalam penelitian ini dilakukan dengan uji *chi square* yaitu uji statistik yang menguji hubungan antara dua variabel data

yang independen dan dependen dengan variabel kategorik dan kategorik.

Dalam penelitian ini uji signifikan dilakukan dengan menggunakan batas kemaknaan (α) = 0,05, dengan ketentuan (Riyanto, 2011) :

1) $P \text{ value} \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak ($P \text{ value} \leq \alpha$). Uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan.

- 2) $P\text{ value} > 0,05$ berarti H_0 gagal ditolak atau diterima ($P\text{ value} > \alpha$). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan.
- 3) *Chi Square* hitung dengan rumus :

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan : χ^2 : Nilai *chi-kuadrat*
 f_e : Frekuensi yang diharapkan
 f_o : Frekuensi yang diobservasi

Apabila $p\text{ value} \leq \alpha$ ($X^2\text{ Hitung} \geq X^2\text{ tabel}$), maka H_0 ditolak artinya ada hubungan yang signifikan dan bila $p\text{ value} > \alpha$ ($X^2\text{ Hitung} < X^2\text{ tabel}$), maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan yang signifikan.

Syarat uji *Chi-Square* :

- 1) Sudah dikategorikan skala ukur ordinal/nominal bentuk data kategorik
- 2) Tidak boleh ada sel yang mempunyai harapan/nilai ekspektasi (nilai E kurang dari 1)
- 3) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan/nilai ekspektasi kurang dari 5, lebih 20% dari keseluruhan sel
- 4) Jika syarat uji *Chi Square* tidak terpenuhi, maka :
 - a) Bila tabel 2x2 dijumpai nilai *expected* kurang dari 5, maka yang digunakan adalah *Fisher exact test*

- b) Bila tabel 2x2 tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai adalah *Continuity Correction*
- c) Bila tabel lebih dari 2x2, misal 2x3, 3x3, dan seterusnya maka gunakan uji *Pearson Chi Square*

Uji X^2 digunakan untuk menentukan :

- 1) Ada tidaknya asosiasi antara dua variabel (*independency test*).
- 2) Apakah suatu kelompok homogen (homogenitas antar subkelompok – *homogeneity test*)
- 3) Seberapa jauh pengamatan sesuai parameter yang dispesifikan (*goodness of fit*)

Hasil uji statistik diperoleh *p value* sebesar 0,001, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

Hasil analisa bivariat dapat dilihat pada bab v, dan pada lampiran12.

J. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dan persetujuan dari Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Setelah mendapatkan persetujuan kemudian dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika (Hidayat, 2009) yaitu sebagai berikut:

1. *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden sebelum mengisi kuesioner agar responden mengerti tentang maksud dan tujuan penelitian ini. Responden mengerti dan kemudian responden bersedia untuk menandatangani lembar *informed consent* yang sebelumnya telah peneliti siapkan.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Anonimity adalah etika keperawatan dengan memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data penelitian yang akan disajikan. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden sehingga hanya peneliti yang mengetahui hasil jawaban dari masing masing responden. Selanjutnya peneliti hanya memberikan kode berupa nomor urut (01-058) saja pada lembar kuesioner yang urutannya hanya diketahui oleh peneliti saja.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality adalah masalah etika dengan cara memberikan jaminan hasil penelitian, baik dengan informasi maupun masalah masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan

informasi yang diperoleh dari responden. Kerahasiaan informasi ini selanjutnya peneliti masukkan dalam bentuk kode kode (01-058) saja dan lembar kuesioner asli yang telah diisi responden peneliti simpan dengan baik dan setelah penelitian ini selesai maka lembar kuesioner tersebut peneliti musnahkan.

4. Kebebasan untuk menentukan (*Self Determination*).

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela. Selama menjalani penelitian responden bebas bertanya dan menjawab kuesioner tanpa ada paksaan, selama masih didampingi oleh peneliti.

5. *Privacy*

Responden dijaga ketat yaitu dengan cara merahasiakan informasi-informasi yang didapat dari mereka hanya untuk kepentingan penelitian. Selama menjalani penelitian responden percaya pada peneliti bahwa informasi mengenai diri responden tetap dirahasiakan.

6. *Protection from Discomfort*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman, selama berjalannya penelitian peneliti menekankan bahwa apabila responden merasa tidak nyaman selama penelitian yang dapat menimbulkan gejala atau keluhan maka dihentikan.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi lokasi penelitian

1. Profil dan Sejarah Rumah Sakit Umum A. Wahab Sjahranie

RSUD Abdul Wahab Sjahranie terletak di Jalan Palang Merah, kecamatan Samarinda ulu kota Samarinda. RSUD Abdul wahab Sjahranie Samarinda adalah rumah sakit kelas A pendidikan milik pemerintah provinsi Kalimantan Timur sejak tahun 1993 atas dasar SK Menkes no.161/Menkes/SK/XIII/1993 yang ditetapkan di Jakarta pada tanggal 15 Desember 1993.

Rumah Sakit Umum dibangun sejak tahun 1993 kepunyaan kerajaan kutai (Landschap = kerajaan, sehingga diberi nama Landschap Hospital) yang terletak di jalan Juliana atau Emma (sekarang jalan Gurami). Masyarakat bertambah maju dan berkembang. Sejalan dengan itu tuntutan masyarakat pun bertambah banyak kepada rumah sakit umum, untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit di jalan Gurami yang jelas

sulit dikembangkan mengingat lokasi yang kecil, karena itu rumah sakit umum dipindahkan ke jalan palang merah atau jalan Dr. Soetomo. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai unit swadana daerah dan melaksanakan manajemen revolving funds system untuk obat-obatan dan bahan / alat kesehatan habis pakai serta bahan makanan sejak tahun 1990 berdasarkan SK Gubernur kepala daerah tingkat 1 Provinsi Kalimantan Timur no.528 tahun 1990 yang ditetapkan di Samarinda pada tanggal 31 Desember 1990. Sejak kepindahan pada tahun 1984, telah memperoleh beberapa penghargaan.

2. Motto, Visi, Misi, Tujuan dan Peran

Adapun Motto, Visi, Misi, Tujuan dan Peran dari RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda yaitu:

5) Motto

Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif

6) Visi

d) Menjadi pusat pelayanan kesehatan terbaik di Kalimantan Timur dan siap menghadapi era pasar bebas

e) Pendidikan dan Penelitian Yang Terbaik di Kalimantan.

4) Misi:

- i. Menyiapkan dan mengembangkan sumber daya manusia
- j. Melengkapi sarana dan prasarana
- k. Memberikan pelayanan prima
- l. Meningkatkan kesejahteraan pegawai

5. Tujuan

- 1) Terciptanya pelayanan kesehatan yang paripurna bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
- 2) Meningkatkan kemampuan etika dan profesionalisme
- 3) Terealisasinya sarana dan prasarana yang nyaman dan modern
- 4) Terwujudnya kesejahteraan pegawai

7. Budaya kerja

- D. Rumah Sakit AWS adalah Taman Bunga kita
- E. Kepentingan Pasien adalah yang utama
- F. Mensenergikan pelayanan, Pendidikan dan Penelitian
- G. Insan Profesional
- H. Insan Beretika Tinggi
- I. Organisasi pembelajar
- J. Melihat dengan sistem

3. Fasilitas Rumah Sakit Umum A. Wahab Sjahranie

Sebagai rumah sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka rumah sakit umum daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengobatan air limbah.

4. Jenis Bangunan Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie

Jenis bangunan yang ada di rumah sakit umum Abdul Wahab Sjahranie meliputi gedung: Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK sentral,

Loungery, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun teratai 1,2,3,4, Bungalow, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Cempaka, Anggrek, Melati, Flamboyan, Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU, HCU dan ICCU dan Selasar.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Penelitian

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda

Umur	Frekuensi	Presentase (%)
≤ 45 Tahun	31	53.4
> 45 Tahun	27	46.6
Total	58	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.1 di atas didapatkan data bahwa responden sebagian besar berusia diatas 45 tahun.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Status Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda

Status	Frekuensi	Presentase (%)
Belum Menikah	6	10.3
Janda	5	8.6
Menikah	47	81.1

Total	58	100.0
--------------	-----------	--------------

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.2 di atas didapatkan data sebagian besar responden sudah menikah dari jumlah total responden 58 dibandingkan dengan pasien yang belum menikah.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A

Wahab Syahrani Samarinda

Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
PT	11	19.0
SD	9	15.5
SMA	30	51.7
SMP	8	13.8
Total	58	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.3 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA dari total 58 dibandingkan yang lulusan SD.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A

Wahab Syahrani Samarinda

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase (%)
IRT	31	53.4

PNS	11	19.0
SWASTA	16	27.6
Total	58	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.4 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden berkerja sebagai IRT dari total responden 58 dibandingkn yang memiliki pekerjaan sebagai PNS maupun bekerja di swasta.

2. Hasil Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel independen adalah dukungan keluarga dan variabel dependen adalah konsep diri.

1) Variabel Independen Dukungan Keluarga

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Presentase %
Dukungan baik	20	34.5
Dukungan kurang baik	38	65.5
Total	58	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.5 di atas didapatkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga baik, yang terjadi di ruang kemoterapi dibandingkan dukungan keluarga kurang baik.

2) Variabel Dependen Konsep Diri

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Konsep Diri Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrane Samarinda

Konsep Diri	Frekuensi	Presentase %
Negatif	17	29,3
Positif	41	70,7
Total	58	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.6 di dapatkan konsep diri sebagian besar positif sebanyak 41 orang dari total responden 58.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrane Samarinda.

Tabel 5.7 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Keluarga Dengan Konsep Diri Pasien Kanker Payudara Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrane Samarinda.

Dukungan Keluarga	Konsep Diri				Total		OR 95% CI	P Value
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%				
Baik	33	86,8	5	13,2	38	100	9,900 (2,703 - 36,256)	0,001
Kurang baik	8	40	12	60	20	100		
Jumlah	41	70,7	17	29,3	58	100		

SS Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan hasil analisa hubungan kategori dukungan keluarga dengan kategori konsep diri positif diperoleh 33(86,8%) pasien yang kategori dukungan keluarga baik, sedangkan diantara pasien yang kategori dukungan keluarga kurang baik ada 8 (40%) yang dengan konsep diri positif.

Hasil uji statistic diperoleh $p\ value = 0,001$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi konsep diri antara pasien dengan dukungan keluarga baik dan kurang baik (ada hubungan yang signifikan antara kategori dukungan keluarga dengan konsep diri), dari hasil analisis diperoleh $OR = 9,900$ (95 % CI: 2,703-36,256) artinya pasien yang dengan dukungan keluarga baik mempunyai 9,9 kali konsep diri positif dibandingkan dengan pasien yang dukungan keluarga kurang baik.

1) Hubungan Dukungan Instrumental dengan Konsep Diri

Tabel 5.8 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Insrumental Dengan Konsep Diri Pasien Kanker

Payudara Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum

Daerah A Wahab Syahrane Samarinda.

Dukungan Instrumental	Konsep Diri				Total		OR 95% CI	P Value
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%			N	%
Baik	22	68,8	10	31,2	32	100	0,811 (0,258 - 2,546)	0,944

Kurang Baik	19	73,0	7	27,0	26	100
Jumlah	41	70,7	17	29,3	58	100

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan hasil ada 22 responden (68,8%) dari 33 responden yang menyatakan dukungan instrumental keluarga baik dan memiliki konsep diri yang positif dan memiliki konsep diri yang negatif sebanyak 10 responden (31,2%). Sedangkan dari 26 responden yang menyatakan dukungan instrumental kurang baik dan memiliki konsep diri yang positif sebanyak 19 responden (70,0%) dan 7 responden (29,3%) memiliki konsep diri negatif.

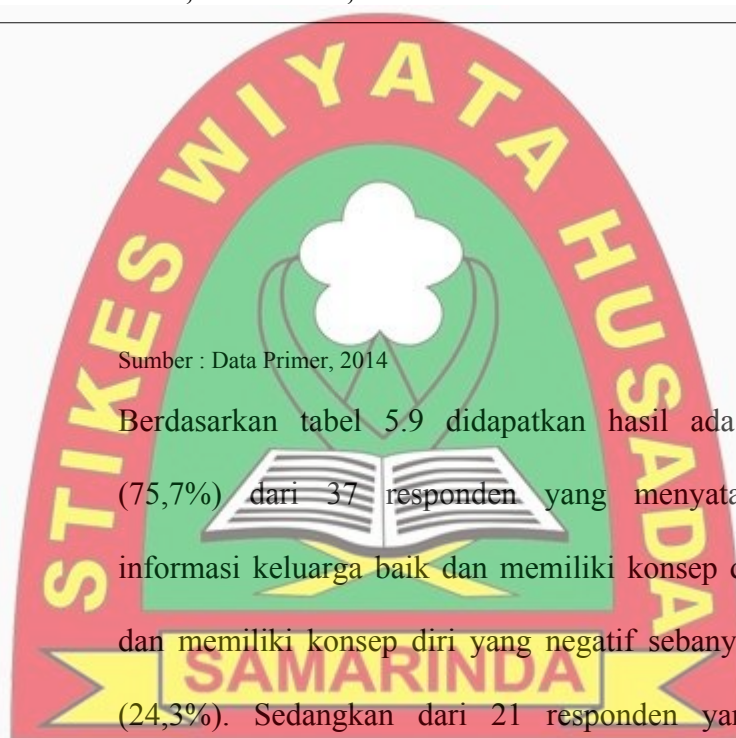
Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,944, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima

yaitu tidak ada hubungan antara dukungan instrumental dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahranie Samarinda.

2) Hubungan Dukungan Informasi dengan Konsep Diri

Tabel 5.9 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Informasi Dengan Konsep Diri Pasien Kanker Payudara Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahranie Samarinda.

Dukungan Informasi	Konsep Diri				Total		OR 95% CI	P Value
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%				
Baik	28	75,7	9	24,3	37	100	1,915 (0,602 - 6,092)	0,420
Kurang Baik	13	61,9	8	38,1	21	100		
Jumlah	41	70,7	17	29,3	58	100		



Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.9 didapatkan hasil ada 28 responden (75,7%) dari 37 responden yang menyatakan dukungan informasi keluarga baik dan memiliki konsep diri yang positif dan memiliki konsep diri yang negatif sebanyak 9 responden (24,3%). Sedangkan dari 21 responden yang menyatakan

dukungan kurang baik dan memiliki konsep diri yang positif sebanyak 13 responden (61,9%) dan 8 responden (38,1,1%) memiliki konsep diri negatif.

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,420, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan

konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR = 1,915 (95 % CI : 0,602 - 6,092) artinya adanya dukungan informasi berpeluang 1 kali membuat pasien memiliki konsep diri yang positif dibandingkan tidak adanya dukungan informasi dalam konsep diri pasien.

3) Hubungan Dukungan Penilaian dengan Konsep Diri

Tabel 5.10 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Penilaian Dengan Konsep Diri Pasien Kanker Payudara Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Dukungan Penilaian	Konsep Diri				Total		OR 95% CI	P Value
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%			N	%
Baik	23	74,2	8	25,8	31	100	1,438 (0,462 - 4,471)	0,735
Kurang Baik	18	66,7	9	33,3	27	100		
Jumlah	41	70,7	17	29,3	58	100		

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan hasil ada 23 responden (74,2%) dari 31 responden yang menyatakan dukungan penilaian keluarga baik dan memiliki konsep diri yang positif dan memiliki konsep diri yang negatif sebanyak 8 responden (25,8%). Sedangkan dari 27 responden yang menyatakan dukungan kurang baik dan memiliki konsep diri yang positif sebanyak 18 responden (66,7%) dan 9 responden (29,3%) memiliki konsep diri negatif.

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,735, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan penilaian dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR = 1,438 (95 % CI : 0,462 - 4,471) artinya adanya dukungan penilaian berpeluang 1 kali membuat pasien memiliki konsep diri yang positif dibandingkan tidak adanya dukungan penilaian dalam konsep diri pasien.

4) Hubungan Dukungan Emosional dengan Konsep Diri

Tabel 5.11 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Emosional Dengan Konsep Diri Pasien Kanker Payudara Di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Dukungan Emosional	Konsep Diri	Total	OR 95% CI	P Value
--------------------	-------------	-------	--------------	---------

	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%				
Baik	31	91,2	3	8,8	34	100	14,467	0,000
Kurang Baik	10	41,7	14	58,3	24	100		
Jumlah	41	70,7	17	29,3	58	100		

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan hasil ada 31 responden (91,2%) dari 34 responden yang menyatakan dukungan emosional keluarga baik dan memiliki konsep diri yang positif dan memiliki konsep diri yang negatif sebanyak 3 responden (8,8%). Sedangkan dari 24 responden yang menyatakan dukungan kurang baik dan memiliki konsep diri yang positif sebanyak 10 responden (41,7%) dan 14 responden (29,3%) memiliki konsep diri negatif.

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,000, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan emosional dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR = 14,467 (95 % CI : 3,440 - 14,467) artinya adanya dukungan penilaian berpeluang 1 kali membuat pasien memiliki konsep diri yang positif dibandingkan tidak adanya dukungan penilaian dalam konsep diri pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini belum bisa dikatakan sempurna, masih terdapat beberapa kekurangan yang terkait dengan keterbatasan, adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Instrument penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan telah dilakukan uji validitas, karena kurang pemahaman peneliti sehingga kuesioner yang tidak valid langsung dieliminasi dari pertanyaan, padahal kalimat dari kuesioner bisa diperbaiki tanpa mengurangi dan menghilangkan maksud dari pertanyaan sebelumnya dan kuesioner tersebut bisa diberikan kembali kepada responden dengan jumlah yang sama.

2. Uji statistik

Uji yang digunakan adalah *Chi Square*, dimana kelemahan dari uji ini adalah hanya menjelaskan ada/ tidaknya hubungan dua variabel katagorik.

Dalam hal ini uji *Chi Square* tidak dapat mengetahui kelompok mana yang memiliki resiko lebih besar dibandingkan dengan kelompok lain. *Chi Square* tidak dapat digunakan untuk menentukan besar atau kecilnya

korelasi dan variabel-variabel yang dianalisa, dan pada dasarnya uji ini belum dapat menghasilkan kesimpulan yang memuaskan.



Pembahasan merupakan pemikiran yang original peneliti yang dilakukan dengan mengkaitkan antara temuan penelitian dengan teori-teori (hasil penelitian terdahulu) yang digunakan.

A. Karakteristik Responden

1. Karakteristik berdasarkan umur

Berdasarkan hasil penelitian dari 58 responden bahwa responden sebagian besar berusia diatas 45 tahun sebanyak 27 orang (46,6%) dan dibawah 45 tahun sebanyak 31 orang (53,4%). Peneliti mengambil

golongan umur 45 tahun karena sesuai dengan teori Erikson (2005) usia tersebut digolongkan kedalam usia dewasa.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hartati (2008) yang meneliti tentang “Hubungan konsep diri dengan kecemasan wanita penderita kanker payudara” dimana hasil yang didapatkan bahwa umumnya penderita kanker payudara berusia 45 tahun dengan kecendrungan

semakin cepat wanita menderita kanker payudara disebabkan oleh gaya hidup dan perilaku manusia yang banyak mengkonsumsi alkohol, rokok dan makanan tinggi lemak yang menyebabkan produksi estrogen akan meningkat, serta faktor lingkungan yang menyebabkan zat karsinogenik seperti pestisida dan cairan pembersih mempunyai resiko yang tinggi untuk terjadinya kanker payudara

Usia adalah masa hidup seseorang yang dinyatakan dalam satuan tahun dan sesuai dengan pernyataan responden. Usia adalah jumlah hari, bulan dan tahun yang telah dilalui sejak lahir sampai dengan waktu tertentu.

Usia juga bisa diartikan sebagai satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang

mati. umur berapapun seseorang bisa menderita kanker payudara. Pada umumnya kanker payudara sering terjadi pada wanita berusia antara 45-50 tahun dengan puncaknya pada usia 35-39 tahun dan 60-64 tahun, dengan usia rata-rata 52 tahun (Saefudin, 2009).

Menurut asumsi peneliti semua wanita dewasa berisiko mengalami terjadinya kanker payudara, kecenderungan yang terjadi di ruang

kemoterapi yaitu responden mengatakan mempunyai keturunan penyakit kanker dari orang tua, ada yang juga mendapatkan menstruasi sebelum umur 12 tahun, beberapa juga mendapatkan menopause pada usia 55 tahun, dan perilaku yang banyak mengkonsumsi makanan tinggi lemak (jenis makanan cepat saji, makanan beku siap saji, sup instan, daging, keju) dari beberapa faktor tersebut merupakan penyebab dan resiko kanker payudara.

2. Karakteristik berdasarkan status pernikahan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data sebagian besar status responden sudah menikah sebanyak 47 orang (81%), belum menikah sebanyak 6 orang (10,3%) dan janda sebanyak 5 orang (8,6%).

Status pernikahan adalah simbol status seseorang di masyarakat, dimana seseorang wanita yang sudah menikah tidak menutupi kemungkinan untuk mengalami kanker payudara dengan berbagai faktor yaitu wanita menikah tapi tidak punya anak, melahirkan anak pertama sesudah usia 30 tahun, atau tidak pernah menyusui anak. Beberapa penelitian

mengungkapkan bahwa kanker payudara meningkat pada orang yang sering menghadapi kondisi stress dan juga bagi wanita yang pernah mengalami menstruasi dibawah usia 12 tahun. Faktor penyebab lainnya adalah masa reproduksi yang relatif panjang. Wanita terlambat memasuki menopause (lebih dari usia 60 tahun) wanita yang belum mempunyai anak lebih lama terpapar dengan hormon estrogen relatif lebih lama dibandingkan wanita yang sudah punya anak. Hal ini

dikarenakan kehamilan dan menyusui berkaitan erat dengan perubahan sel kelenjar payudara saat menyusui, stress. Faktor penyebab lainnya adalah masa reproduksi yang relatif panjang. Wanita terlambat memasuki menopause (lebih dari usia 60 tahun) wanita yang belum mempunyai anak lebih lama terpapar dengan hormon estrogen relatif lebih lama dibandingkan wanita yang sudah punya anak. Hal ini dikarenakan kehamilan dan menyusui berkaitan erat dengan perubahan sel kelenjar payudara saat menyusui (Atkinson, 2000).

Menurut asumsi peneliti wanita yang belum menikah atau sudah menikah memiliki resiko untuk mengalami kanker payudara, sedangkan yang terjadi di ruang kemoterapi yaitu ada beberapa wanita baru menikah, melahirkan anak pada umur diatas 30 tahun, serta ada yang tidak memiliki anak, dimana faktor faktor tersebut merupakan salah satu penyebab timbulnya kanker payudara.

3. Karakteristik berdasarkan pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 30 orang (51,7%), PT sebanyak 11 orang (15,5%), SD sebanyak 11 orang (19%) dan SMP sebanyak 8 orang (13,8%).

Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang dijalani seseorang untuk berfikir secara matang. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa

lebih baik dan lebih matang pada diri individu kelompok atau masyarakat (Notoadmodjo, 2003).

Menurut asumsi peneliti penderita yang paham akan tujuan pengobatan akan lebih mudah menerima dan melaksanakan semua tindakan pengobatan yang dianjurkan oleh petugas kesehatan karena setiap dari tujuan pengobatan yang diberikan kepada penderita kanker payudara

adalah untuk mempercepat kesembuhan suatu penyakit itu sendiri, yang terjadi diruang kemoterapi beberapa diantaranya memiliki pendidikan yang juga tidak tinggi, umumnya rendah yakni dimana mempengaruhi pemahaman mereka akan gejala penyakit dan proses pengobatan, sehingga umumnya kasus yang ditemukan sudah pada stadium lanjut dan kekambuhan.

4. Karakteristik berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden berkerja sebagai IRT sebanyak 31 orang (53,4%), Swasta sebanyak 16 orang (27,6%) dan sebagian kecil PNS sebanyak 11 orang (19%).

Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Neimener dalam Aiken (1994) yang menyatakan bahwa perempuan lebih rawan mengalami stress yang berkaitan dengan lingkungan yang meliputi pengaruh dari lingkungan keluarga berupa sehat tidaknya hubungan dengan suami serta anak anak dan beban pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, memiliki ketakutan atau kecemasan yang lebih tinggi. Hal ini

dikarenakan individu yang tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga merasa takut atau cemas bila tidak bisa membahagiakan orang-orang yang disayanginya tanpa mampu memberikan apa-apa. Dimana pada saat ini tuntutan kehidupan yang sangat berat membuat wanita tidak hanya harus mengurus pekerjaan rumah tangga, namun juga harus bisa mengatur keuangan untuk penghidupan keluarganya.

Menurut asumsi peneliti pekerjaan seseorang merupakan salah satu faktor yang menyebabkan stress. Stress yang berlebihan akan meningkatkan hormon kortisol dan hormon adrenalin yang apabila dikeluarkan secara berlebihan akan sangat berbahaya bagi tubuh sehingga membuat terjadinya resiko kanker, sedangkan yang terjadi di ruang kemoterapi umumnya wanita penderita kanker hanya sebagai ibu rumah tangga yang rata-rata melakukan pekerjaannya di rumah dimana pekerjaan ibu rumah tangga itu tidak mudah, bisa terpapar atau terkena cairan pembersih yang sering digunakan, ada juga yang mengatakan terkadang terlalu banyak memikirkan hal-hal yang membuat stress pikiran, namun apabila stres terjadi terlalu sering dan terlalu lama justru mengakibatkan hal yang kurang baik untuk tubuh sehingga dapat menurunkan daya tahan tubuh dan rentan jatuh sakit, faktor-faktor tersebut mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya kanker payudara, yang sebenarnya dapat dikendalikan.

B. Analisa Variabel Independen dan Dependen

1. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga baik sebanyak 38 orang (65,5%) dan dukungan keluarga kurang baik sebanyak 20 orang (34,5%).

Hasil penelitian ini didukung oleh Admin (2011) yang berpendapat bahwa peran keluarga sangat penting dalam perawatan pasien dimana keluarga berusaha meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien

untuk tetap menjalani pengobatan terutama untuk pasien kanker payudara. Perawat atau dokter sebaiknya melibatkan keluarga dalam memberikan pengobatan kemoterapi berupa pendampingan keluarga terhadap pasien kemoterapi sebagai wujud dukungan terhadap penderita kanker payudara.

Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga sangat penting bagi penderita kanker karena akan mengurangi tingkat stres dari penderita dan membantu proses penyembuhan karena keluarga selalu dilibatkan dalam perencanaan, perawatan dan pengobatan, persiapan pemulangan pasien, dan rencana perawatan tindak lanjut di rumah, sedangkan yang terjadi

ditempat penelitian yaitu ruang kemoterapi sesuai dengan pengamatan peneliti, penderita mau berinteraksi dengan baik ketika dilakukan penelitian, dibuktikan dengan setiap pasien yang menjalani kemoterapi selalu didampingi suami beserta keluarga yang lain juga terlihat keluarga memotivasi pasien, yang kemudian akan berdampak pada hasil yang positif terhadap kesehatan serta kesejahteraan pasien kanker payudara.



Dukungan keluarga yang baik dapat membuat pasien kanker payudara lebih kuat dalam melawan kanker tersebut.

2. Konsep Diri

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan konsep diri sebagian besar positif sebanyak 40 orang (69%) dan negatif sebanyak 18 orang (31%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi mayoritas memiliki konsep diri tinggi karena pasien kanker payudara memiliki penilaian yang positif (penerimaan) terhadap dirinya.

Konsep diri sangat dipengaruhi dengan lamanya suatu penyakit atau semakin kronisnya suatu penyakit. Makin kronis suatu penyakit yang mengganggu kemampuan dalam aktivitas yang menunjang perasaan berharga, maka makin besar pengaruhnya pada konsep diri. Penyakit kronis membutuhkan perubahan pola perilaku yang telah lama diterima dan dijalani, maka individu mempunyai kesempatan untuk mengantisipasi berduka, menurut Keliat (1998).

Menurut asumsi peneliti yang terjadi di ruang kemoterapi yaitu menurut pengamatan peneliti beberapa pasien mampu menerima keadaan dirinya, terlihat dari ekspresi wajah yang rileks, sehingga mereka mempunyai konsep diri yang positif. Pasien yang memiliki konsep diri yang positif dapat melawan pengaruh negatif dari kanker. Peran kepribadian yang tangguh dan positif dalam diri pasien kanker payudara akan sangat membantu proses peningkatan konsep dirinya sehingga dapat

mengarahkan pada perasaan, pemikiran, dan perilaku yang mendukung proses penyembuhan.

C. Analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di Ruang Kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

1. Hasil Analisa Bivariat Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri pasien

Kanker Payudara

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,001, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Dalam hal ini sesuai dengan pendapat Hurlock dalam Wijaya, (2000), bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi konsep diri. Adanya dukungan keluarga yang tinggi, maka pasien akan merasa lebih tenang dan nyaman dalam menjalani masa kemoterapi, hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Friedman (1998), bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan.

Efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik,

keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010).

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat membantu dalam mengkopling stressor. Friedman (1998) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan dan efek utama yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Dukungan keluarga dapat dilakukan dengan cara memberikan dukungan emosional yaitu mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

Konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain (Stuart & Sundeen, 1998). Konsep diri belum ada sejak lahir, konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain.

Menurut Keliat (1998), stressor yang dapat mempengaruhi konsep diri seseorang diantaranya yaitu hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, prosedur tindakan dan pengobatan. Perubahan tubuh

dapat mempengaruhi semua komponen konsep diri yaitu gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri. Konsep diri dalam diri pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi memiliki dukungan keluarga baik maka semakin tinggi konsep diri positif pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. Hasil penelitian ini didukung oleh Dalami (2010) peran serta keluarga sangat penting untuk penyembuhan pasien, karena keluarga merupakan sistem pendukung yang terdekat bagi pasien, oleh karena itu keluarga selalu dilibatkan dalam perencanaan, perawatan dan pengobatan, persiapan pemulangan pasien, dan rencana perawatan tindak lanjut di rumah, dukungan keluarga tinggi dapat memiliki konsep diri yang lebih tinggi dimana dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang sangat tinggi dalam konsep diri. Sebuah keluarga yang memiliki dukungan keluarga yang kurang baik tidak mempunyai kemampuan dalam membangun konsep diri anggota keluarganya dengan baik. Keluarga akan memberikan umpan balik yang negatif dan berulang-ulang akan merusak konsep diri bagi penderita.

Menurut asumsi peneliti yang terjadi diruang kemoterapi yaitu bahwa dari beberapa pasien terlihat selalu didampingi oleh keluarga dalam menjalani kemoterapi, penderita selalu mendapatkan informasi mengenai perkembangan kondisi penyakit tanpa ada yang dirahasiakan, serta mendapatkan dukungan setiap menjalani kemoterapi dan keluarga mendengarkan setiap keluhan yang dialami oleh penderita, karena dimana bila sebuah keluarga yang tidak memiliki dukungan yang kurang baik

maka pasien tidak mempunyai kemampuan dalam membangun konsep dirinya terhadap anggota keluarganya dengan baik. Keluarga yang memberikan umpan balik negatif dan berulang ulang akan merusak konsep diri bagi penderita. Peran serta keluarga sangat penting untuk penyembuhan pasien, karena keluarga merupakan sistem pendukung terdekat bagi pasien, semakin baik dukungan keluarga, maka pasien dapat memiliki konsep diri yang positif.

2. Hasil Bivariat Dukungan Instrumental dengan Konsep Diri

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,944, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan instrumental dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien kanker payudara dalam menyampaikan perasaannya, merupakan dukungan instrumental bagi klien kanker payudara.

Beban keluarga obyektif meliputi beban keluarga dalam pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami kanker payudara, termasuk dalam beban keluarga objektif ini adalah beban biaya financial, untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi

dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Friedman, 1998)

Memberikan perhatian dan mengantar secara teratur klien pergi ke rumah sakit, berkonsultasi mengenai perkembangan perkembangan perawatan klien dan mempertahankan kepatuhan minum obat serta memberikan aktivitas pada klien kanker payudara tersebut. Hal tersebut harus dilakukan

walaupun beban keluarga untuk mengakses rumah sakit sangat sulit terutama berhubungan dengan finansial keluarga. Memperhatikan perkembangan klien yang optimal, secara langsung akan semakin menggiatkan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ini

Menurut asumsi peneliti hubungan instrumental dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan instrumental semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien kanker payudara.

3. Hasil Bivariat Dukungan Informasi dengan Konsep Diri

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,420, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Bentuk dukungan informasi yang diberikan adalah dengan memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-

informasi penting yang sangat dibutuhkan klien kanker payudara dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Friedman, 2010).

Dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien kanker payudara merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Bentuk fungsi perawatan yang diterapkan keluarga terhadap klien kanker payudara diantaranya memperkenalkan kepada klien kanker payudara tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada klien kanker payudara agar klien termotivasi menjaga dan mengontrol kanker payudarnya, memahami manfaat obat untuk mengontrol kanker payudara dan mematuhi.

Kondisi yang dialami klien kanker payudara yang cenderung dan sering mengalami masalah kemunduran kognitif, sehingga keadaan ini juga dapat mengakibatkan munculnya rasa pesimis putus asa, bahkan kepasrahan terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya, merupakan beban tersendiri dari keluarga. Demikian penting upaya dukungan informasi (saran, nasehat, dan pemberian informasi penting) bagi klien kanker payudara untuk meningkatkan semangat dan motivasi klien kanker payudara agar dapat meningkatkan status kesehatannya secara optimal. Hal tersebut diungkapkan oleh keluarga klien kanker payudara yang mengikuti rigemen terapeutik dimana menurut mereka, mereka harus

selalu menyampaikan pesan perkembangan masalah kanker payudara yang didapatkan dari petugas kesehatan untuk disampaikan kepada klien.

Memberikan dukungan informasi secara langsung dapat mengurangi beban keluarga yang bersifat objektif, karena beban objektif ini merupakan beban keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami kanker payudara. Informasi yang jelas

mengenai perawatan dan pengobatan tentunya bisa dipahami oleh klien kanker payudara dan keluarga bisa mengurangi beban keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik.

Menurut asumsi peneliti hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan informasi semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien kanker payudara.

4. Hasil Bivariat Dukungan Penilaian dengan Konsep Diri

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,735, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan penilaian dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien kanker

payudara dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, atau perasaan seseorang.

Menurut Friedman (1998) dukungan penilaian keluarga bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien kanker payudara yang dapat meningkatkan status kesehatan klien kanker payudara. Melalui dukungan penghargaan ini, klien kanker payudara akan pengakuan atas kemampuannya sekecil atau sederhana apapun.

Hal utama dalam regimen terapeutik untuk klien kanker payudara adalah upaya keluarga untuk memberikan aktivitas kepada klien kanker payudara dirumah, kerana aktivitas ini secara langsung dapat meningkatkan pengeluaran energy klien sehingga mampu mengalihkan kanker payudaranya dan terkontrol jauh lebih optimal. Aktivitas apapun yang bisa klien lakukan tentunya dengan diberikan umpan balik dan penilaian positif akan memberikan dampak meningkatnya motivasi klien untuk beraktivitas.

Kemampuan klien atas penilaian aktivitasnya dari keluarga sebagai bentuk dukungan secara langsung dapat meningkatkan harga diri dan pengakuan klien dimata keluarga maupun lingkungan. Akibatnya beban keluarga yang merasa bersalah, malu, cemas, dan khawatir dengan kondisi klien kanker payudara lambat laun akan berkurang dengan meningkatkan dukungan penilaian.

Menurut asumsi peneliti hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya

semakin bertambah dukungan penilaian semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga kanker payudara.

5. Hasil Bivariat Dukungan Emosional dengan Konsep Diri

Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,000, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan emosional dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan atau didengarkan. Sehingga dukungan emosional ini mendorong suasana perasaan mencapai kepatuhan dalam mengikuti regimen terapeutik. Lebih lanjut pemberian dukungan emosional dibutuhkan untuk menguatkan keluarga agar dapat terhindar dari dampak psikososial akibat adanya anggota keluarga yang mengalami kanker payudara. Dukungan emosional juga dibutuhkan agar dapat mampu mengelola masalah-masalah yang terkait dengan masalah pada salah satu anggota keluarga tersebut.

Menurut Friedman (1998) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami kanker payudara. Fungsi afektif merupakan fungsi internal dalam memenuhi psikososial anggota keluarga dapat saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung dan

menghargai antar anggota keluarga (Friedman 1998). Pada klien kanker payudara yang mengikuti regimen terapeutik, keluarga menunjukkan bukti dukungan emosionalnya dengan memberikan perhatian yang hangat, memperlakukan sama dalam keluarga dengan anggota keluarga yang lain.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman cinta kasih, membangkitkan semangat,

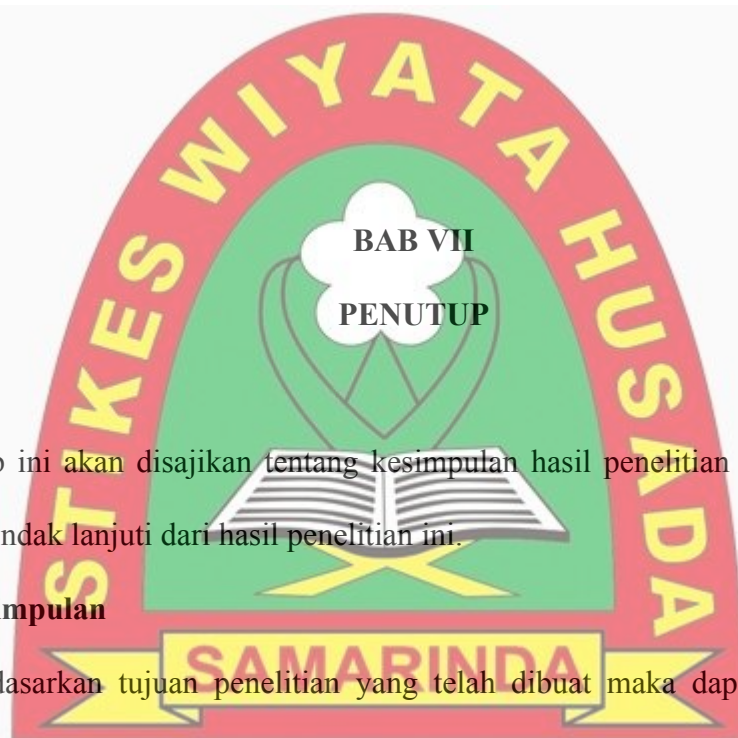
mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibatn ketidakmampuan fisik, penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya. Pada klien kanker payudara tentunya dukungan emosional sangat dibutuhkan dan akan menjadi faktor penting untuk upaya perawatan dan pengobatan dalam mengontrol kanker payudaranya.

Keluarga memberikan dukungan emosional dengan mengikuti regimen terapeutik yang secara langsung menurunkan beban keluarga yang secara subyektif seperti kecemasan, rasa bersedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, dan bosan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian ini akan berkurang dengan upaya keluarga tersebut dengan meningkatkan emosionalnya untuk mengikuti regimen terapeutik pada anggota keluarganya yang mengalami

kanker payudara.

Hasil wawancara dengan keluarga klien menyatakan bahwa daripada selalu memikirkan perasaan sedih, cemas, malu, dan mengucilkan diri dari masyarakat, lebih baik mempersiapkan diri dengan mencurahkan rasa menerima dan ingin menolong kepada anggota keluarganya yang mengalami kanker payudara. Hal tersebut dilakukan dengan harapan

penuh, karena bagaimanapun kondisinya klien kanker payudara dalam keluarga adalah tetap anggota keluarganya yang harus ditolong dengan merawat dan mengobatinya.



Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran yang perlu ditindak lanjuti dari hasil penelitian ini.

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat maka dapat ditarik suatu kesimpulan, antara lain

1. Karakteristik berdasarkan 58 responden didapatkan sebagian besar berusia diatas 45 tahun sebanyak 27 orang (46,6%), status responden sudah menikah sebanyak 47 orang (81%), berpendidikan SMA sebanyak 30 orang (51,7%) dan responden berkerja sebagai IRT sebanyak 31 orang (53,4%).

2. Dukungan keluarga didapatkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga baik sebanyak 38 orang (65,5%) dan dukungan keluarga yang kurang baik sebanyak 20 orang (34,5%).
- 3) Konsep diri dapatkan sebagian besar positif sebanyak 40 orang (69%) dan negatif sebanyak 18 orang (31%).
- 4) Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,001, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda.
- 5) Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,944, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan instrumental dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.
- 6) Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,420, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrani Samarinda.
- 7) Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,735, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) diterima yaitu tidak ada hubungan antara dukungan penilaian dengan konsep diri pasien kanker

payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrane Samarinda.

- 8) Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,000, nilai tersebut lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan antara dukungan emosional dengan konsep diri pasien kanker payudara di ruang kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah A Wahab Syahrane Samarinda.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat mengkaji lebih dalam konsep diri wanita yang mengalami penyakit kanker payudara dari perkembangan pembentukan konsep diri yang dilaluinya, sehingga hasil penelitian lebih kaya dan diperoleh pemaparan mengenai latar belakang pembentukan konsep diri yang lebih jelas.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat hendaknya mengidentifikasi aspek positif pasien (kemampuan pasien) dan memberikan *reinforcement* positif dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. Misalnya, perawat memberikan pujian ketika pasien



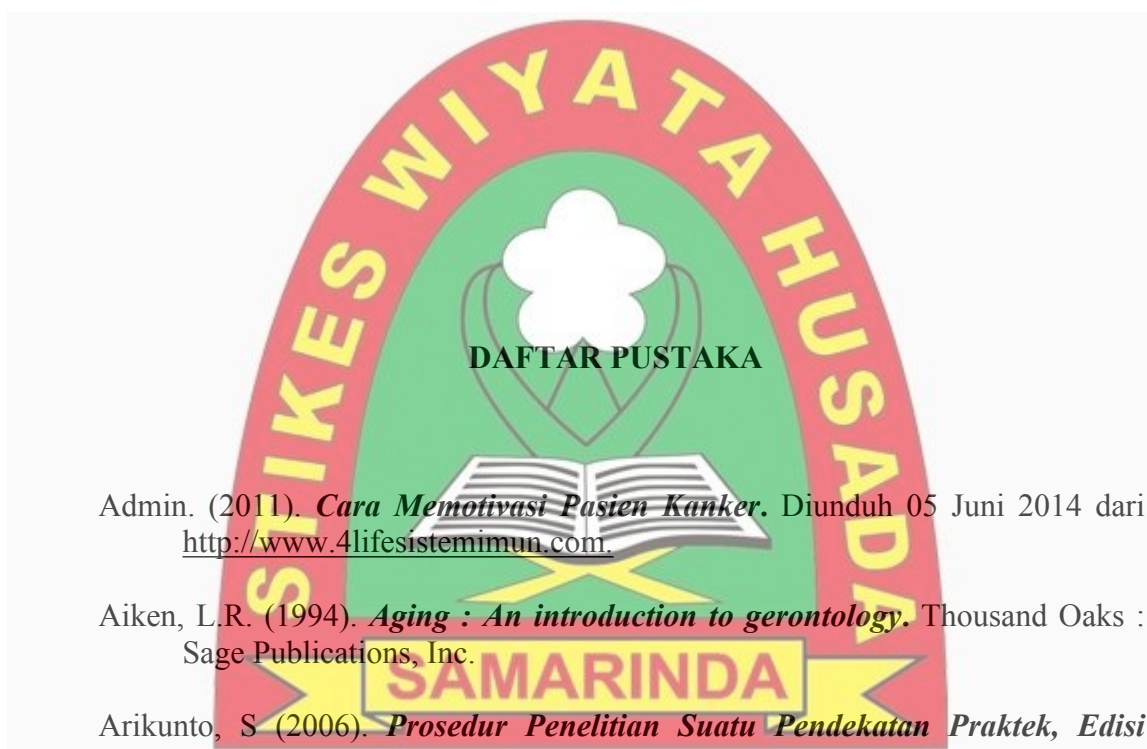
menjalani kemoterapi dengan teratur. Perawat juga diharapkan untuk memberikan pendidikan kesehatan bagi keluarga tentang pentingnya pemberian dukungan keluarga seperti memberikan saran dan semangat dalam meningkatkan konsep diri pasien serta memberitahukan kepada keluarga bahwa dukungan tersebut dapat mempercepat proses kesembuhan pasien.

3. Bagi pendidikan dan ilmu keperawatan

Dukungan keluarga mempunyai peranan yang sangat penting untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarganya. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan bahan pengajaran mata kuliah keperawatan keluarga dan keperawatan jiwa sehingga mahasiswa mengetahui pentingnya pemberian dukungan keluarga terhadap konsep diri pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi.

4. Bagi masyarakat

Menyarankan pada keluarga untuk selalu memberi dukungan dalam bentuk apapun yang nantinya dapat membuat perempuan penderita kanker payudara tersebut merasa kuat, dan memberikan informasi kepada tetangga atau masyarakat yang memiliki kanker payudara



DAFTAR PUSTAKA

- Admin. (2011). *Cara Memotivasi Pasien Kanker*. Diunduh 05 Juni 2014 dari <http://www.4lifesistemimun.com>.
- Aiken, L.R. (1994). *Aging : An introduction to gerontology*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- Arikunto, S (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek, Edisi Revisi VI*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Agus Purwanto, Erwan dan Dyah Ratih Sulistyastuti.(2007). *Metode Penelitian Kuantitatif, Untuk Admnistrasi Publik dan Masalah-masalah Sosial*. Yogyakarta : Gava Media.
- Atkinson, R. (2000). *Pengantar Psikologi*. Jakarta : Erlangga
- Bambang.(2010). *Kejadian kanker payudara masih tertinggi*. Diakses dari: <http://www.antaraneews.com/berita/1265254914/kejadian-kanker-payudara-masih-tertinggi> tanggal 3 Agust 2013.
- Bobak, I. M. (2004). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Jakarta: EGC.

Cadwell, K, Maffei, C.T.(2011). *Buku saku : Manajemen laktasi (Penerjemah Dwi Widiati & Anastasi Onny Tampubolon)*. Jakarta: EGC.

Chen, F., Mercado C., Yermilov I., Puig M., Ko C. Y., Kahn K. L., Gibbons, M. M. (2010). Improving breast cancer quality of care with the use of patient navigators presented at the 21st annual scientific meeting of the Southern California. *Chapter of the American College of Surgeons in Santa Barbara*, CA.22-242010. Diakses dari: <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/report.pdf> diakses pada tanggal 3 Agustus 2013.

Corwin, Elizabeth.(2007). *Buku saku Patofisiologi, Ed.3*. Jakarta : EGC.

Dahlan Sopiudin,M.(2009). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat dan Multivariat, Dilengkapi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta: Salemba Medika.

_____.(2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat. Edisi 5*. Jakarta : Salemba Medika.

Lampiran 1

A-1



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (Stikes)
Wiyata Husada Samarinda

BIODATA PENELITI

SAMARINDA

Nama : Amiyati
NIM : 13.0789.197.01
Program Studi : S1 Keperawatan
Instansi Kerja : RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Judul Penelitian : Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Konsep Diri Pasien Kanker Payudara Di Ruang Kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Pada Tahun 2014
Pembimbing I : Ns. Suwanto, S.Kep.,M.Adm.Kes

Pembimbing II : Ns.Hamka, S. Kep

Samarinda, Juli 2014

Hormat Saya,

Amiyati

13.0789.197.01

Lampiran 2

B-1

Lembar Penjelasan Responden

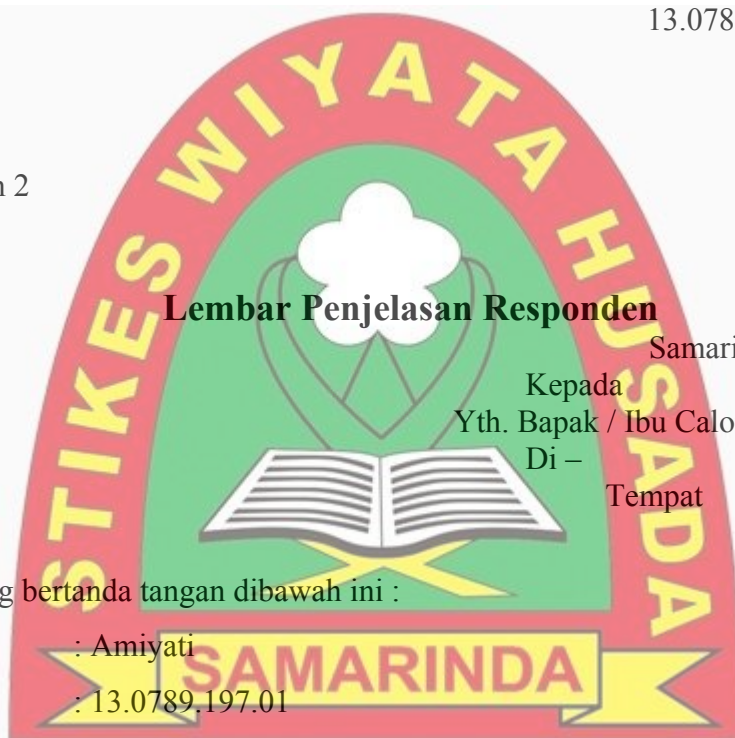
Samarinda, Mei 2014

Kepada
Yth. Bapak / Ibu Calon Responden
Di –
Tempat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Amiyati

NIM : 13.0789.197.01



Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang berjudul “hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara RSUD A.W. Sjahranie Samarinda”, Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui seberapa besar dukungan keluarga terhadap pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi.

Partisipasi yang diharapkan dari Bapak / Ibu adalah turut serta menjawab pertanyaan yang diberikan dan hal tersebut kami jamin tidak akan menimbulkan kerugian apapun karena informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaanya.

Bila Bapak/Ibu bersedia dimohon menandatangani persetujuan dan menjawab sejumlah pertanyaan yang diajukan.

Atas perhatian serta kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya
Peneliti

Amiyati

Lampiran 3

C-1



Lembar Persetujuan Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh sdr. Amiyati, mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda Jurusan Ilmu Keperawatan, yang sedang melakukan penelitian “Hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di RSUD A.W. Sjahranie Samarinda”.

Saya menyatakan bersedia sebagai responden dalam penelitian ini setelah mendapat penjelasan yang memuaskan tentang tujuan penelitian dan proses penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Saya memahami bahwa penelitian ini ingin mengungkap hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien kanker payudara di RSUD A.W. Sjahranie Samarinda. Saya akan memberikan jawaban secara jujur dan sejauh yang saya pahami.

Saya juga sudah diberi penjelasan bahwa saya diberi hak untuk berhenti dari partisipasi penelitian ini dengan memberi tahu pada peneliti. Saya juga paham bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan kerahasiaan penelitian ini akan dijamin oleh peneliti. Saya memahami bahwa data hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya memahami

sepenuhnya bahwa tidak akan mendapatkan keuntungan langsung dari penelitian ini, karena penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan sebagai dasar masukan bagi Instansi Rumah Sakit.

Hormat Saya
Responden

(.....)

Lampiran 4

D-1



Data Demografi A

PETUNJUK PENGISIAN :

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban atau memberi tanda *cheks* (✓) pada kolom yang disediakan.

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

K. Usia (umur) : tahun

L. Status : 1. Menikah 3. Janda
2. Belum menikah

M. Pendidikan : 1. SD
2. SMP
3. SMA/SMK
4. Perguruan Tinggi

- N. Pekerjaan : 1. Pegawai negeri 3. Swasta
2. Ibu rumah tangga

Lampiran 5

E-1

**KUESIONER B
DUKUNGAN KELUARGA**

Petunjuk Pengisian Bagian B

- m. Bacalah Pertanyaan Dengan Teliti
n. Berilah Tanda Cek Pada Setiap Cek (✓) Pada Setiap Kotak Yang Tersedia Dengan Jawaban Yang Dianggap Sesuai Dengan Diri Anda.
o. Jika Kurang Jelas Tanyakan Langsung Pada Peneliti
p. Alternatif jawaban

Keterangan :

- SL** : Selalu
SR : Sering
KD : Kadang-kadang
TP : Tidak Pernah
STP : Sangat Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP	STP
1	Keluarga bertanggung jawab atas perawatan pasien, karena pasien adalah bagian dari anggota keluarga					
2	Keluarga mendampingi pasien ketika dilakukan pemeriksaan dan perawatan oleh petugas kesehatan					
3	Suami saya yang bertanggung jawab penuh atas					

	perawatan dan pengobatan saya selama menjalani kemoterapi					
4	Setiap perkembangan kondisi penyakit saya, keluarga selalu memberi tahu saya tanpa ada yang dirahasiakan					
5	Keluarga selalu menanyakan keadaan saya sekarang					
6	Keluarga menyediakan buku tentang kemoterapi yang bisa saya baca					
7	Keluarga cenderung tidak menanyakan keadaan saya					
8	Suami menjelaskan kepada saya betapa pentingnya minum obat					
No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP	STP
9	Keluarga memberi pujian terhadap kegiatan yang dapat saya kerjakan					
10	Suami bekerja sama bersama saya dalam memecahkan masalah yang tidak dapat saya hadapi sendiri					
11	Keluarga tidak pernah menanyakan kepada saya adakah masalah yang saya hadapi selama kemoterapi					
12	Keluarga menolak pendapat yang saya sampaikan mengenai perawatan kemoterapi					
13	Suami tidak pernah mendukung saya selama menjalani kemoterapi					
14	Keluarga tidak memberikan pujian terhadap apa yang saya kerjakan tanpa bantuan orang lain					
15	Keluarga memberikan semangat saat saya menjalani kemoterapi					
16	Suami mendengarkan keluhan saya dengan baik					
17	Keluarga menunjukkan sikap tidak suka dengan marah terhadap saya					
18	Keluarga ribut dirumah ketika saya sedang istirahat dirumah					
19	Keluarga marah-marah ketika saya hendak menjalani kemoterapi lanjutan					

KUESIONER C
KONSEP DIRI PASIEN KANKER PAYUDARA

Petunjuk Pengisian Bagian C

- 3) Bacalah Pertanyaan Dengan Teliti
- 4) Berilah Tanda Cek Pada Setiap Cek (√) Pada Setiap Kotak Yang Tersedia Dengan Jawaban Yang Dianggap Sesuai Dengan Diri Anda.
- 5) Jika Kurang Jelas Tanyakan Langsung Pada Peneliti
- 6) Alternatif jawaban

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

KD : Kadang-kadang

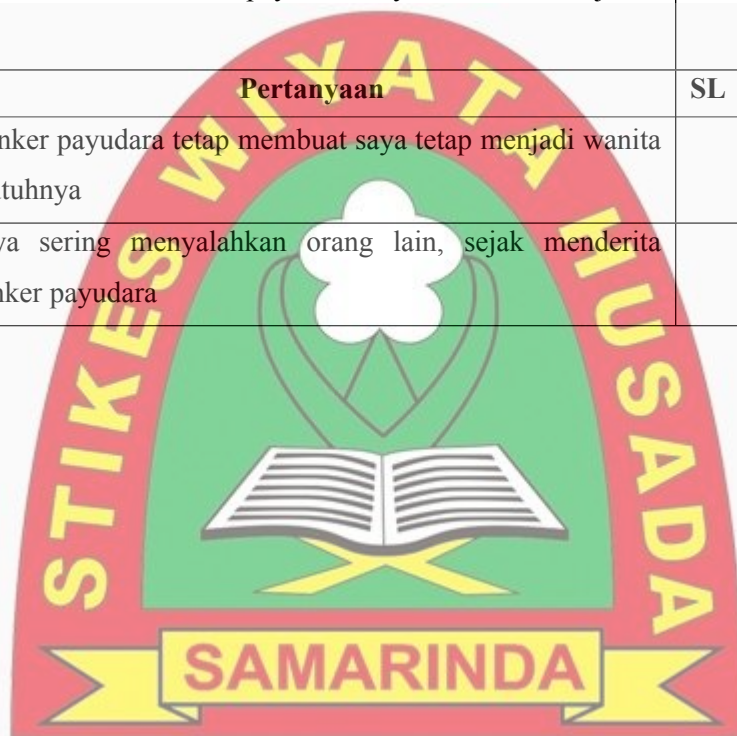
TP : Tidak Pernah

STP : Sangat Tidak Pernah

No	Pertanyaan	SL	SR	KD	TP	STP
1	Saya sadar sejak menderita kanker payudara, ukuran payudara saya tidak normal lagi					
2	Daya tarik seksual saya sudah hilang setelah menderita kanker payudara					
3	Saya berpakaian tidak rapi lagi, setelah menderita kanker					

	payudara					
4	Sejak menderita kanker payudara, saya merasakan bahwa bentuk tubuh saya tidak ideal lagi					
5	Saya selalu menginginkan menjadi wanita yang seutuhnya					
6	Sejak menderita kanker payudara harapan saya menjadi gagal					
7	Saya tidak bisa lagi bekerja semenjak menderita kanker payudara					
No	Pertanyaan	SL	SR	KD	TP	STP
8	Meskipun saya menderita kanker payudara suami saya tidak pernah mengacuhkan saya					
9	Keluarga saya masih mau menerima dengan tulus meskipun kondisi saya seperti ini					
10	Saya tetap semangat dalam menjalani kehidupan meskipun payudara saya tidak seperti dulu lagi					
11	Saya sering menyalahkan diri saya sendiri, setelah menderita kanker payudara					
12	Sejak menderita kanker payudara saya mudah tersinggung					
13	Saya cenderung menarik diri dari lingkungan masyarakat setelah menderita kanker payudara					
14	Saya tidak pernah ragu mengambil keputusan sejak menderita kanker payudara					
15	Sejak menderita kanker payudara, saya masih dapat bekerja dengan baik					
16	Meskipun saya menderita kanker payudara, saya masih mampu merawat keluarga saya dengan baik					
17	Saya masih dapat melayani suami saya, meskipun dengan kondisi saya saat ini					
18	Sejak saya menderita kanker payudara, saya masih dapat melakukan kegiatan sosial dimasyarakat					
19	Sejak menderita kanker payudara, sebagai seorang ibu					

	rumah tangga saya tidak dapat diandalkan oleh keluarga saya					
20	Saya segan melakukan kegiatan dimasyarakat setelah menderita kanker payudara					
21	Sejak menderita kanker payudara saya tidak aktif lagi dalam kegiatan memasyarakat					
22	sejak menderita kanker payudara semua kegiatan rutin dirumah sepenuhnya dilakukan oleh saya					
23	Sejak menderita kanker payudara, saya berhenti bekerja					
No	Pertanyaan	SL	SR	KD	TP	STP
24	Kanker payudara tetap membuat saya tetap menjadi wanita seutuhnya					
25	Saya sering menyalahkan orang lain, sejak menderita kanker payudara					



**Hasil Tabulasi Data Penelitian Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan
Konsep Diri Pasien Kanker Payudara RSUD A.W. Sjahrani Samarinda**

No	Umur	Status	Pendidikan	Pekerjaan	Dukungan	Kode	Konsep	Kode
1	40	Menikah	SD	IRT	96	1	134	1
2	20	Belum Menikah	SMA	SWASTA	96	1	123	1
3	45	Janda	SD	IRT	77	0	125	1
4	51	Menikah	PT	PNS	98	1	135	1
5	58	Janda	PT	PNS	95	1	130	1
6	52	Janda	SMP	IRT	88	0	124	1
7	46	Menikah	SD	IRT	98	1	134	1
8	45	Menikah	SMP	IRT	96	1	123	1
9	55	Menikah	SMA	IRT	88	0	120	1
10	57	Menikah	PT	PNS	65	0	109	0
11	50	Menikah	SMA	IRT	96	1	109	0
12	49	Menikah	SMA	IRT	96	1	154	1
13	24	Belum Menikah	SMP	IRT	99	1	121	1
14	56	Menikah	SMA	SWASTA	69	0	121	1
15	63	Menikah	SMA	SWASTA	99	1	145	1
16	35	Menikah	SMA	SWASTA	97	1	118	0
17	51	Menikah	SMP	IRT	94	0	125	1
18	48	Menikah	SD	IRT	95	1	120	1
19	42	Menikah	SD	IRT	94	0	123	1
20	27	Belum Menikah	SMA	IRT	99	1	121	1
21	42	Menikah	PT	PNS	96	1	122	1
22	43	Menikah	PT	PNS	95	1	123	1
23	47	Menikah	SMA	IRT	98	1	116	0
24	57	Menikah	SMA	IRT	81	0	124	1
25	35	Menikah	SMP	IRT	96	1	122	1
26	37	Menikah	SMA	IRT	95	1	115	0
27	36	Menikah	SMA	IRT	92	0	120	1
28	28	Menikah	SMA	IRT	78	0	123	1
29	34	Menikah	SMA	IRT	96	1	113	0
30	35	Menikah	SMA	IRT	96	1	121	1
31	50	Janda	SMA	IRT	76	0	122	1

32	40	Menikah	PT	PNS	78	0	114	0
33	63	Janda	PT	PNS	82	0	116	0
34	45	Menikah	SMA	IRT	76	0	129	1
35	60	Menikah	SD	IRT	96	1	100	0
36	63	Menikah	SD	IRT	74	0	116	0
37	35	Menikah	SMA	IRT	98	1	113	0
38	51	Menikah	SMP	IRT	82	0	110	0
39	48	Menikah	SD	IRT	93	0	93	0
40	26	Belum Menikah	SD	IRT	87	0	114	0
41	54	Menikah	SMA	IRT	95	1	114	0
42	64	Menikah	PT	PNS	87	1	129	1
43	36	Menikah	PT	PNS	93	0	100	0
44	40	Menikah	SMA	SWASTA	95	1	116	0
45	24	Belum Menikah	SMA	SWASTA	99	1	117	0
46	22	Belum Menikah	SMP	SWASTA	97	1	82	0
47	41	Menikah	SMA	SWASTA	99	1	98	0
48	36	Menikah	SMA	SWASTA	86	0	123	1
49	58	Menikah	SMP	IRT	90	0	113	0
50	61	Menikah	SMA	SWASTA	77	0	117	0
51	55	Menikah	SMA	SWASTA	89	0	82	0
52	61	Menikah	SMA	SWASTA	88	0	98	0
53	51	Menikah	SMA	SWASTA	89	0	123	1
54	44	Menikah	SMA	SWASTA	84	0	113	0
55	43	Menikah	SMA	SWASTA	89	0	110	0
56	49	Menikah	PT	PNS	89	0	123	1
57	32	Menikah	PT	PNS	97	1	114	0
58	40	Menikah	SMA	SWASTA	86	1	114	0

HASIL UJI INSTRUMEN**DUKUNGAN VALID****Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D2	75.53	50.740	.621	.929
D7	75.63	50.102	.706	.927
D8	75.50	51.431	.418	.932
D9	75.57	48.668	.748	.926
D10	75.77	48.185	.580	.930
D12	75.53	47.982	.817	.924
D16	75.53	50.809	.610	.929
D17	75.53	50.740	.621	.929
D21	75.73	49.720	.591	.929
D22	75.67	50.299	.607	.929
D24	75.53	49.085	.763	.926
D25	75.80	48.372	.541	.931
D26	75.53	48.809	.638	.928
D27	75.70	48.079	.698	.927
D29	75.57	51.013	.508	.930
D30	75.60	49.145	.709	.927
D36	75.60	50.248	.411	.934
D37	75.53	49.085	.763	.926
D40	75.53	47.637	.779	.925

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.932	.937	19

KONSEP DIRI VALID

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
KD4	88.73	245.857	.935	.959
KD5	89.00	253.655	.689	.961
KD6	88.93	246.409	.764	.961
KD7	88.70	263.114	.392	.964
KD9	88.80	256.372	.551	.963
KD15	88.87	254.051	.624	.962
KD16	88.90	250.783	.776	.961
KD17	88.77	248.530	.862	.960
KD18	88.80	247.476	.890	.960
KD19	88.60	264.110	.389	.964
KD24	88.70	245.597	.961	.959
KD25	89.20	252.924	.519	.963
KD26	88.80	262.441	.425	.963
KD28	89.20	257.269	.420	.964
KD29	89.13	255.499	.471	.964
KD30	88.90	246.369	.798	.960
KD31	88.70	245.597	.961	.959
KD32	88.80	248.441	.813	.960
KD33	88.93	248.754	.714	.961
KD34	88.93	245.995	.777	.961
KD35	88.87	247.775	.786	.961
KD36	88.70	245.597	.961	.959
KD37	88.80	243.545	.916	.959
KD38	88.83	248.626	.763	.961
KD45	89.00	257.655	.438	.964

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.963	.963	25

Tabel R Product Moment

Pada Sig.0,05 (Two Tail)

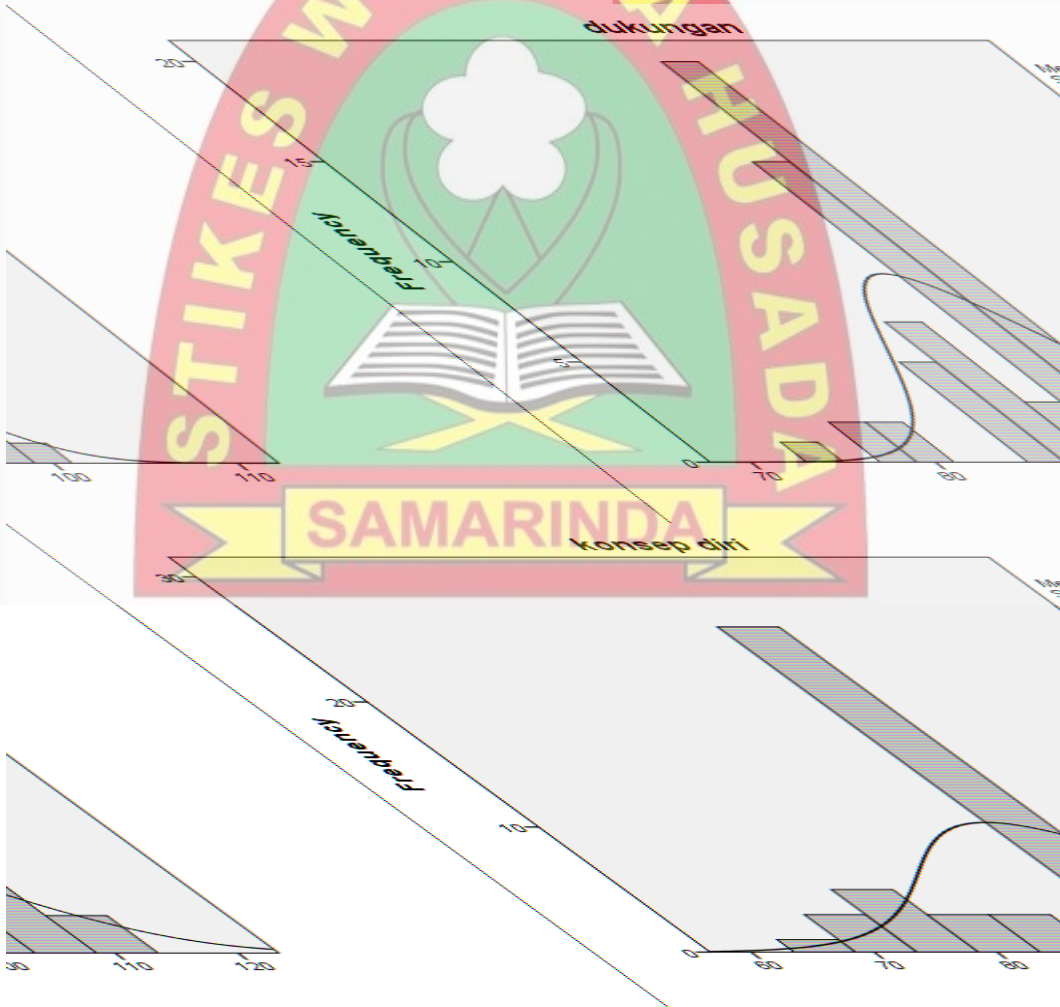
N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
1	0.997	41	0.301	81	0.216	121	0.177	161	0.154	201	0.138
2	0.95	42	0.297	82	0.215	122	0.176	162	0.153	202	0.137
3	0.878	43	0.294	83	0.213	123	0.176	163	0.153	203	0.137
4	0.811	44	0.291	84	0.212	124	0.175	164	0.152	204	0.137
5	0.754	45	0.288	85	0.211	125	0.174	165	0.152	205	0.136
6	0.707	46	0.285	86	0.21	126	0.174	166	0.151	206	0.136
7	0.666	47	0.282	87	0.208	127	0.173	167	0.151	207	0.136
8	0.632	48	0.279	88	0.207	128	0.172	168	0.151	208	0.135
9	0.602	49	0.276	89	0.206	129	0.172	169	0.15	209	0.135
10	0.576	50	0.273	90	0.205	130	0.171	170	0.15	210	0.135
11	0.553	51	0.271	91	0.204	131	0.17	171	0.149	211	0.134
12	0.532	52	0.268	92	0.203	132	0.17	172	0.149	212	0.134
13	0.514	53	0.266	93	0.202	133	0.169	173	0.148	213	0.134
14	0.497	54	0.263	94	0.201	134	0.168	174	0.148	214	0.134
15	0.482	55	0.261	95	0.2	135	0.168	175	0.148	215	0.133
16	0.468	56	0.259	96	0.199	136	0.167	176	0.147	216	0.133
17	0.456	57	0.256	97	0.198	137	0.167	177	0.147	217	0.133
18	0.444	58	0.254	98	0.197	138	0.166	178	0.146	218	0.132
19	0.433	59	0.252	99	0.196	139	0.165	179	0.146	219	0.132
20	0.423	60	0.250	100	0.195	140	0.165	180	0.146	220	0.132
21	0.413	61	0.248	101	0.194	141	0.164	181	0.145	221	0.131
22	0.404	62	0.246	102	0.193	142	0.164	182	0.145	222	0.131
23	0.396	63	0.244	103	0.192	143	0.163	183	0.144	223	0.131
24	0.388	64	0.242	104	0.191	144	0.163	184	0.144	224	0.131
25	0.381	65	0.240	105	0.19	145	0.162	185	0.144	225	0.13
26	0.374	66	0.239	106	0.189	146	0.161	186	0.143	226	0.13
27	0.367	67	0.237	107	0.188	147	0.161	187	0.143	227	0.13
28	0.361	68	0.235	108	0.187	148	0.16	188	0.142	228	0.129
29	0.355	69	0.234	109	0.187	149	0.16	189	0.142	229	0.129
30	0.349	70	0.232	110	0.186	150	0.159	190	0.142	230	0.129

Hasil Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

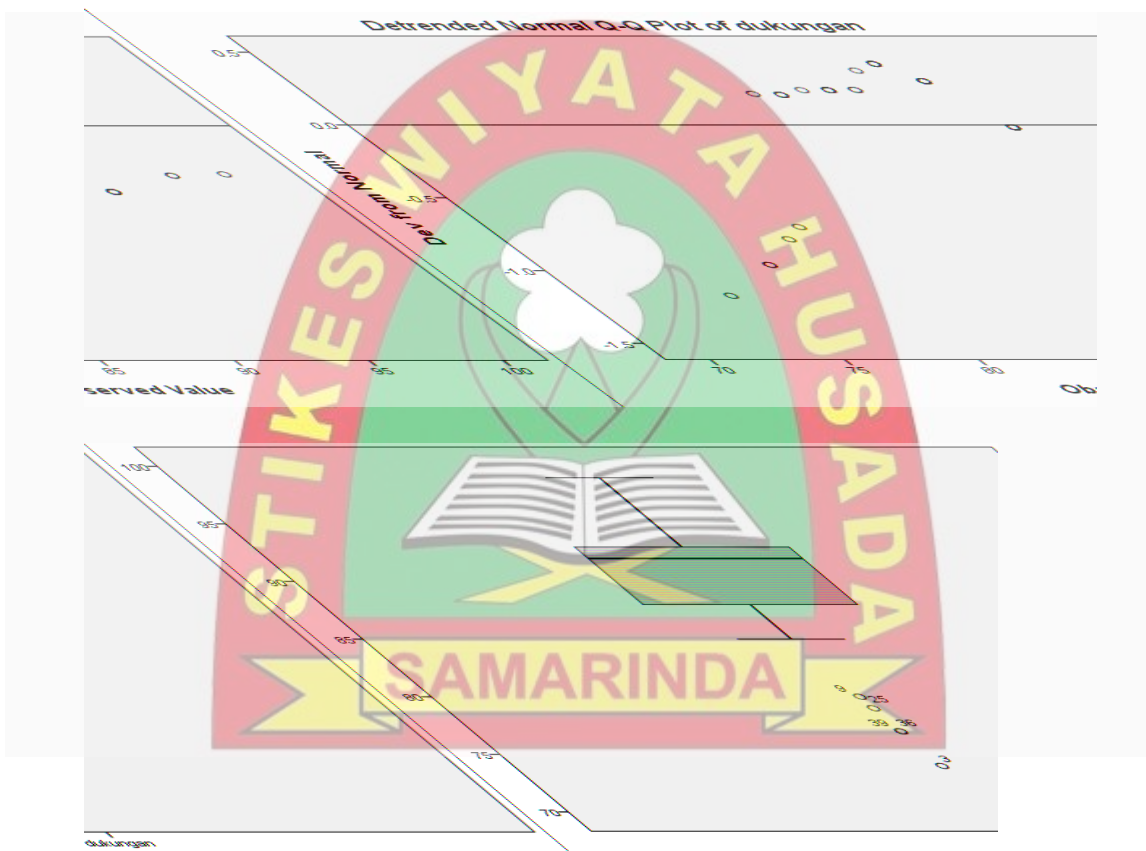
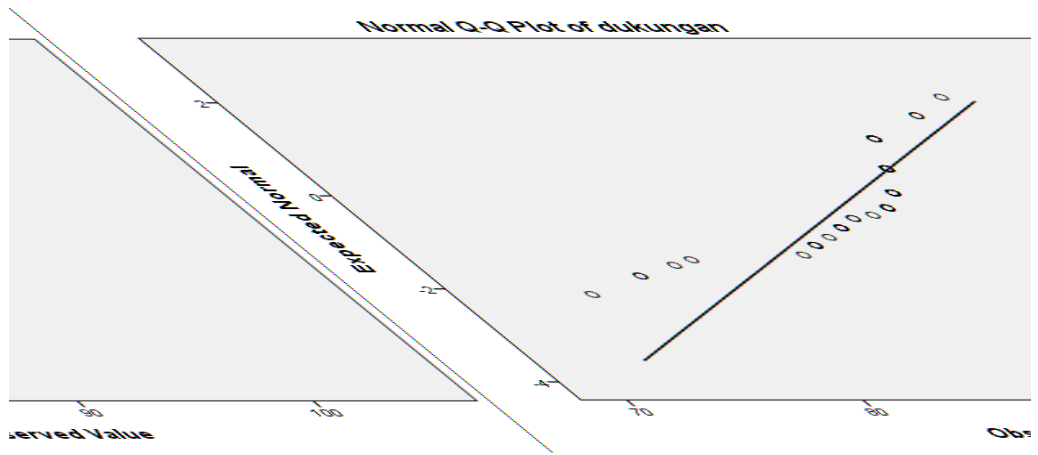
		Dukungan	Konsep Diri
N		58	58
Normal Parameters ^a	Mean	90.21	94.21
	Std. Deviation	4.920	9.883
Most Extreme Differences	Extreme Absolute	.219	.210
	Positive	.169	.089
	Negative	-.219	-.210
Kolmogorov-Smirnov Z		1.669	1.599
Asymp. Sig. (2-Tailed)		.008	.002

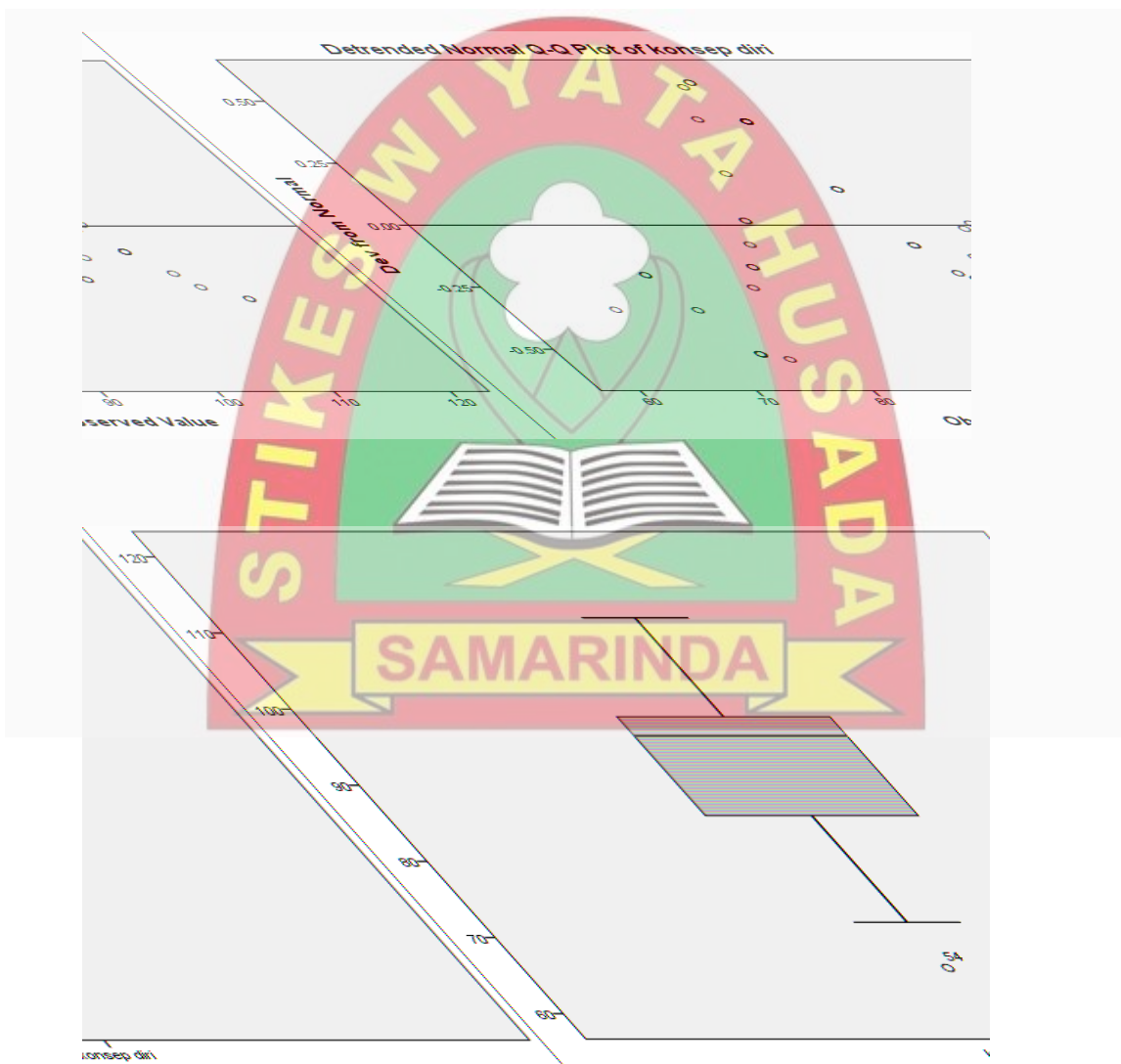
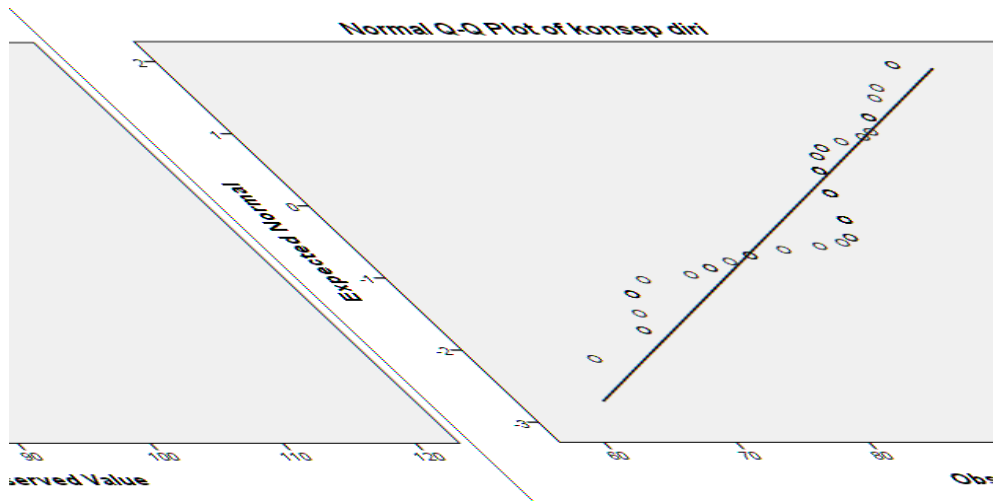
A. Test Distribution Is Normal.



Descriptives

		Statistic	Std. Error
Dukungan	Mean	90.21	.646
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	88.91	
	Upper Bound	91.50	
	5% Trimmed Mean	90.58	
	Median	92.00	
	Variance	24.202	
	Std. Deviation	4.920	
	Minimum	74	
	Maximum	99	
	Range	25	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	-1.508	.314
	Kurtosis	2.530	.618
konsep diri	Mean	93.48	1.466
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	90.55	
	Upper Bound	96.42	
	5% Trimmed Mean	93.81	
	Median	96.50	
	Variance	124.570	
	Std. Deviation	11.161	
	Minimum	66	
	Maximum	112	
	Range	46	
	Interquartile Range	13	
	Skewness	-.768	.314
	Kurtosis	-.143	.618





Hasil Analisa Berdasarkan Karakteristik Responden

6. Karakteristik Berdasarkan Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ≤ 45 Tahun	31	53.4	53.4	53.4
≥ 45 Tahun	27	46.6	46.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	

7. Karakteristik Berdasarkan Status

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Menikah	6	10.3	10.3	10.3
Janda	5	8.6	8.6	19.0
Menikah	47	81.1	81.1	100.0
Total	58	100.0	100.0	

8. Karakteristik Berdasarkan Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PT	11	19.0	19.0	19.0
SD	9	15.5	15.5	34.5
SMA	30	51.7	51.7	86.2
SMP	8	13.8	13.8	100.0
Total	58	100.0	100.0	

9. Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan

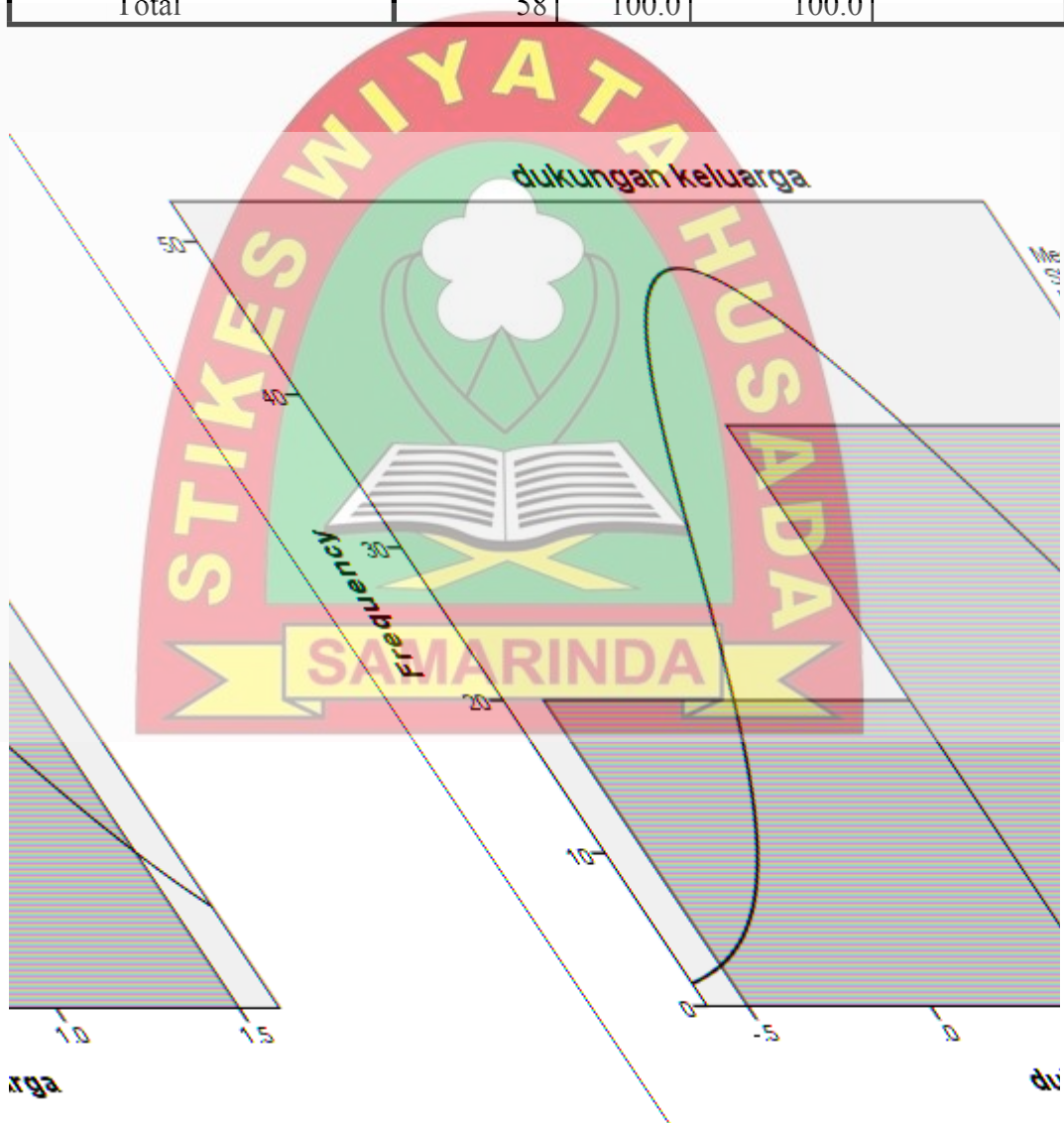
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid IRT	31	53.4	53.4	53.4
PNS	11	19.0	19.0	72.4
SWASTA	16	27.6	27.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Hasil Analisa Univariat

8. Dukungan Keluarga

dukungan keluarga

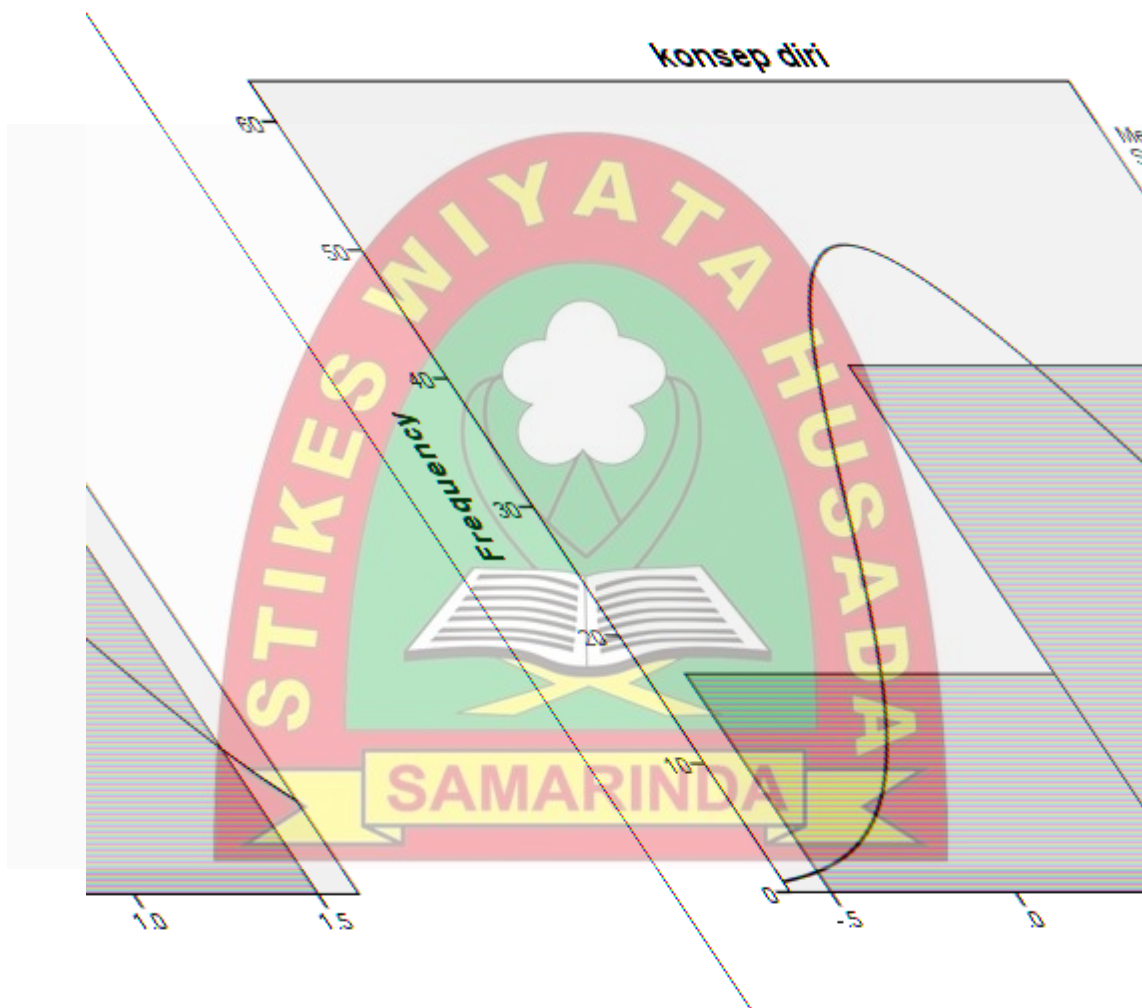
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dukungan kurang baik	20	34.5	34.5	34.5
Dukungan baik	38	65.5	65.5	100.0
Total	58	100.0	100.0	



9. Konsep Diri

konsep diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	17	29.3	29.3	29.3
positif	41	70.7	70.7	100.0
Total	58	100.0	100.0	



Hasil Analisa Bivariat

dukungan keluarga * konsep diri Crosstabulation

			konsep diri		Total
			negatif	positif	
dukungan keluarga	Dukungan kurang baik	Count	12	8	20
		Expected Count	5.9	14.1	20.0
		% within dukungan keluarga	60.0%	40.0%	100.0%
	Dukungan baik	Count	5	33	38
		Expected Count	11.1	26.9	38.0
		% within dukungan keluarga	13.2%	86.8%	100.0%
Total		Count	17	41	58
		Expected Count	17.0	41.0	58.0
		% within dukungan keluarga	29.3%	70.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.877 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	11.708	1	.001		
Likelihood Ratio	13.656	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	13.637	1	.000		
N of Valid Cases ^b	58				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan keluarga (Dukungan kurang baik / Dukungan baik)	9.900	2.703	36.256
For cohort konsep diri = negatif	4.560	1.869	11.124
For cohort konsep diri = positif	.461	.266	.799

N of Valid Cases	58	
------------------	----	--

Dukungan Instrumental * konsep diri

			konsep diri		Total
			negatif	positif	
Dukungan Instrumental	Dukungan Kurang Baik	Count	7	19	26
		Expected Count	7,6	18,4	26,0
		% within konsep diri	41,2%	46,3%	44,8%
	Dukungan Baik	Count	10	22	32
		Expected Count	9,4	22,6	32,0
		% within konsep diri	58,8%	53,7%	55,2%
Total	Count		17	41	58
	Expected Count		17,0	41,0	58,0
	% within konsep diri		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,130 ^a	1	,719		
Continuity Correction ^b	,005	1	,944		
Likelihood Ratio	,130	1	,718		
Fisher's Exact Test				,778	,474
Linear-by-Linear Association	,127	1	,721		
N of Valid Cases ^b	58				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.62.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Instrumental (Dukungan Kurang Baik / Dukungan Baik)	,811	,258	2,546
For cohort konsep diri = negatif	,862	,381	1,947
For cohort konsep diri = positif	1,063	,764	1,479
N of Valid Cases	58		

Dukungan Informasi * konsep diri

Crosstab

		konsep diri		Total	
		Negative	positif		
Dukungan Informasi	Dukungan Kurang Baik	Count	8	13	21
		Expected Count	6,2	14,8	21,0
		% within konsep diri	47,1%	31,7%	36,2%
Dukungan Baik		Count	9	28	37
		Expected Count	10,8	26,2	37,0
		% within konsep diri	52,9%	68,3%	63,8%
Total		Count	17	41	58
		Expected Count	17,0	41,0	58,0
		% within konsep diri	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,226 ^a	1	,268		
Continuity Correction ^b	,652	1	,420		
Likelihood Ratio	1,205	1	,272		
Fisher's Exact Test				,369	,209
Linear-by-Linear Association	1,205	1	,272		
N of Valid Cases ^b	58				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Informasi (Dukungan Kurang Baik / Dukungan Baik)	1,915	,602	6,092
For cohort konsep diri = negative	1,566	,713	3,442
For cohort konsep diri = positif	,818	,558	1,199
N of Valid Cases	58		

Dukungan Penilaian * konsep diri

Crosstab

			konsep diri		Total
			negatif	positif	
Dukungan Penilaian	Dukungan Kurang Baik	Count	9	18	27
		Expected Count	7,9	19,1	27,0
		% within konsep diri	52,9%	43,9%	46,6%
	Dukungan Baik	Count	8	23	31
		Expected Count	9,1	21,9	31,0
		% within konsep diri	47,1%	56,1%	53,4%
Total		Count	17	41	58
		Expected Count	17,0	41,0	58,0
		% within konsep diri	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,395 ^a	1	,530		
Continuity Correction ^b	,115	1	,735		
Likelihood Ratio	,394	1	,530		
Fisher's Exact Test				,574	,367
Linear-by-Linear Association	,388	1	,533		
N of Valid Cases ^b	58				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.91.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Penilaian (Dukungan Kurang Baik / Dukungan Baik)	1,438	,462	4,471
For cohort konsep diri = negative	1,292	,580	2,876
For cohort konsep diri = positif	,899	,641	1,260
N of Valid Cases	58		

Dukungan Emosional * konsep diri

crosstab

			konsep diri		Total
			negatif	positif	
Dukungan Emosional	Dukungan Kurang Baik	Count	14	10	24
		Expected Count	7,0	17,0	24,0
		% within konsep diri	82,4%	24,4%	41,4%
Dukungan Baik		Count	3	31	34
		Expected Count	10,0	24,0	34,0
		% within konsep diri	17,6%	75,6%	58,6%
Total		Count	17	41	58
		Expected Count	17,0	41,0	58,0
		% within konsep diri	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,644 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,341	1	,000		
Likelihood Ratio	17,274	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,357	1	,000		
N of Valid Cases ^b	58				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Emosional (Dukungan Kurang Baik / Dukungan Baik)	14,467	3,440	60,834
For cohort konsep diri = negative	6,611	2,131	20,510
For cohort konsep diri = positif	,457	,281	,742
N of Valid Cases	58		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori umur	58	100.0%	0	0.0%	58	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
kategori umur	Mean	44.83	1.511
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	41.80	
	Upper Bound	47.85	
	5% Trimmed Mean	45.07	
	Median	45.00	
	Variance	132.356	
	Std. Deviation	11.505	
	Minimum	20	
	Maximum	64	
	Range	44	
	Interquartile Range	18	
	Skewness	-.255	.314
	Kurtosis	-.663	.618

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kategori umur	.057	58	.200*	.972	58	.202

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

