

TERAPI KEPERAWATAN PALIATIF SUPPORTIF

Oleh:

**IFA NOFALIA
NOFRIDA SASWATI
SUHENDRA AGUNG WIBOWO**



TERAPI KEPERAWATAN PALIATIF SUPPORTIF

Penulis:

Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nofrida Saswati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Suhendra Agung Wibowo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN:

978-623-09-1765-3

Cetakan Pertama:

Januari, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: [@bimbel.optimal](https://www.instagram.com/bimbel.optimal)

KATA PENGANTAR

Perawatan paliatif menjadi suatu pendekatan yang penting untuk seseorang dalam proses end of life. Manajemen perawatan yang tepat dapat meningkatkan keoptimalan dari hidup seseorang. Harapannya seseorang tersebut dapat membuat hidupnya menjadi lebih bermakna walaupun ajal sudah menunggu di depan mata.

Buku terapi paliatif supportif membahas tentang manajemen perawatan kanker di komunitas, terapi paliatif supportif kanker dan terapi token ekonomi di keperawatan jiwa. Terapi ini sangat diperlukan guna memudahkan seseorang untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kondisi yang sudah tidak memiliki harapan untuk sembuh. Oleh karena itu penyusunan buku ini dapat menjadi jawaban bagi para pembaca dalam mencari referensi untuk diterapkan dalam proses asuhan keperawatan komunitas maupun keperawatan jiwa.

Penulis mengambil point of view yang cukup menarik dimana mencoba melihat terapi paliatif di era dekonstruktif yaitu di era pandemic covid 19. Kita semua tahu bahwa di era ini status kesehatan menjadi sesuatu yang cukup mahal dan sangat diharapkan seseorang. Buku ini dapat menjadi pengingat bagi pembaca bahwa ada hal lain yang harus diperhatikan selain kondisi akut yang sangat mengancam nyawa pada saat ini, yaitu kondisi end of life pada pasien dengan penyakit kronik. Hal itu akan menjadi lebih berat jika disertai dengan badai penyakit yang tak kunjung henti. Tak hanya pada pasien dengan gangguan fisik terapi ini juga dapat diterapkan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. Dengan demikian kehidupan dari pasien menjadi lebih bermakna.

November, 2022

Penulis

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa selalu kami haturkan atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku dengan judul “Terapi paliatif suportif: manajemen perawatan kanker dan terapi token ekonomi” ini dapat terselesaikan. Buku ini berisi tentang manajemen perawatan pasien kanker di masa pandemi dan terapi suportif paliatif. Penulis berharap agar buku ini dapat menjadi salah satu referensi dalam teori maupun praktik keperawatan.

Terimakasih disampaikan kepada tim Optimal yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkolaborasi dengan dosen yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia sehingga dapat semakin membuka wawasan kami dan memperkaya pengalaman kami. Terimakasih juga kami sampaikan kepada teman-teman dosen di seluruh Indonesia yang telah berkenan membagi pengetahuan dan pengalaman yang begitu berharga bagi kami. Tak lupa kami ucapkan terimakasih atas semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu karena telah membantu proses pembuatan buku ini.

Kami menyadari sepenuhnya bahwa tentu masih ditemui banyak kekurangan dalam buku ini. Oleh karena itu kami sangat berterimakasih jika pembaca berkenan memberikan masukan dan saran sehingga dapat menjadi bahan evaluasi bagi penulis dalam mengembangkan buku ini.

November, 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	v
Manajemen Perawatan Kanker Di Komunitas pada Masa Pandemi	1
BAB 1 PENDAHULUAN	3
BAB 2 METODOLOGI	7
BAB 3 TEORI MUTAKHIR	9
BAB 4 PEMBAHASAN	47
BAB 5 PENUTUP	53
DAFTAR PUSTAKA.....	55
GLOSARIUM	59
INDEKS.....	65
Efek Terapi Suportif Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker	67
BAB 1 PENDAHULUAN	69
BAB 2 METODOLOGI	71
BAB 3 TEORI MUTAKHIR	75
BAB 4 PEMBAHASAN	95
BAB 5 PENUTUP	113
DAFTAR PUSTAKA.....	115
GLOSARIUM	121
INDEKS.....	125
Terapi Keperawatan Paliatif Supportif dan Token Ekonomi	127
BAB 1 PENDAHULUAN	129
BAB 2 METODOLOGI	133
BAB 3 TEORI MUTAKHIR	143
BAB 4 PEMBAHASAN	169
BAB 5 PENUTUP	187
DAFTAR PUSTAKA.....	189
GLOSARIUM	195
INDEKS.....	203
PROFIL PENULIS	205

Manajemen Perawatan Kanker Di Komunitas Pada Masa Pandemi COVID-19



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 PENDAHULUAN

Penyakit Coronavirus 2019 merupakan virus yang sangat berbahaya karena penularannya sangat cepat. Penularannya begitu cepat sehingga WHO telah menyatakan kasus COVID-19 sebagai pandemi dan di Indonesia telah ditetapkan sebagai bencana nasional yaitu Penyebaran Infeksi Virus Non-Bencana Alam (Xuan *et al.*, 2020). Penetapan penyebaran virus ini sebagai bencana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2020. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menilai bahwa penyakit Coronavirus 2019 (COVID- 19) adalah keadaan darurat kesehatan paling parah dan serius yang dihadapi dunia sejauh ini. Kasus COVID-19 merupakan pandemi yang terjadi hampir di semua negara dan tidak terfokus pada satu wilayah saja (Ibrahim and Yahia, 2020). Menurut WHO ada kedaruratan kesehatan global lainnya seperti Ebola, Zika, polio, dan flu babi, tetapi kejadiannya sangat jauh dari COVID-19 yang hingga November 2020 telah mencapai lebih dari 50 juta yang tersebar di seluruh tanah air dan menyebabkan banyak kematian (Desson *et al.*, 2020).

Coronavirus 2019 memiliki kemampuan penyebaran yang lebih cepat dibandingkan virus corona lainnya, menurut hasil penelitian studi terbaru, protein yang terkandung dalam virus corona SARS-CoV- 2 memiliki area khusus atau ridge yang lebih padat. Ini membuatnya lebih mudah untuk menempel pada sel manusia daripada jenis virus corona lainnya (Bin Traiki *et al.*, 2020). Ketika virus mudah menempel pada sel manusia, hal ini memungkinkan virus corona SARS-CoV-2 memiliki kemampuan menular yang lebih baik dan mampu menyebar lebih cepat. Tenaga kesehatan dan

paramedis yang memberikan perawatan dan berinteraksi secara terus menerus dengan COVID-19 harus memperhatikan hal ini. Alat pelindung diri harus lengkap dan terstandarisasi agar risiko penularan tidak semakin cepat. Tenaga kesehatan menjadi garda terdepan dalam penanganan pasien positif terinfeksi virus COVID-19, menjadikan mereka sebagai kelompok yang sangat rentan terhadap infeksi. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya tenaga kesehatan di dunia yang terjangkit COVID-19 dari pasien yang mereka rawat. Risiko paparan sangat tinggi bila dirawat langsung pada pasien yaitu di ruang gawat darurat (Montrief *et al.*, 2020).

Jumlah kasus COVID-19 masih sangat tinggi, dari kasus terkonfirmasi pertama pada akhir tahun 2019 hingga akhir tahun 2020, kasus COVID-19 telah mencapai lebih dari 50 juta kasus, jumlah korban tewas lebih dari 700 ribu kematian. Jumlah tenaga kesehatan di dunia yang terpapar dilaporkan lebih dari 500 ribu, sedangkan yang tidak dilaporkan masih sangat besar (Zhou *et al.*, 2020). Instruksi telah diberikan WHO untuk melindungi mereka yang berisiko tinggi COVID-19 yaitu usia tua, orang dengan penyakit komorbid seperti hipertensi, penyakit paru kronik, kanker, dan penyakit jantung. Penderita kanker berisiko lebih tinggi terjangkit COVID-19, karena mereka umumnya berusia lebih tua, memiliki beberapa penyakit komorbid, dan supresi system imun oleh karena penyakit maupun efek samping terapi. Pasien dengan kanker memiliki peningkatan risiko COVID-19 yang parah menjelaskan prevalensi kanker yang terjadi dan menyertai COVID-19 di China. Dalam sebuah penelitian terhadap lebih dari 1.500 pasien, ditemukan bahwa 18 pasien (1,1%) menderita kanker komorbid. Pada pasien COVID-19 dengan komorbiditas kanker, gejala yang ditemukan lebih parah jika dibandingkan dengan pasien COVID-19 non- kanker (Munusamy *et al.*, 2020). Dalam analisis retrospektif lain, Grazioli *et al.*, (2020) mengidentifikasi bahwa dari 1.524 pasien COVID-19, ditemukan 12 pasien dengan penyakit penyerta kanker (0,79%). Ini lebih tinggi dari insiden kumulatif dari semua kasus COVID-19 yang didiagnosis yang dilaporkan di kota Wuhan selama periode waktu yang sama (0,37%; 41152 dari

11.081.000 kasus). Sebuah penelitian dari Italia menunjukkan bahwa di antara 355 pasien yang dirawat di rumah sakit karena COVID-19, sekitar 20,3% pasien menderita kanker aktif (Ojeahere *et al.*, 2020). Untuk mengatasi beratnya gejala yang dikeluhkan pada pasien COVID-19 dengan komorbiditas kanker, Montrief *et al.*, (2020) mempelajari hasil dari 105 pasien kanker dengan COVID-19 dibandingkan dengan 536 kontrol yang cocok dengan COVID-19.

BAB 2

METODOLOGI

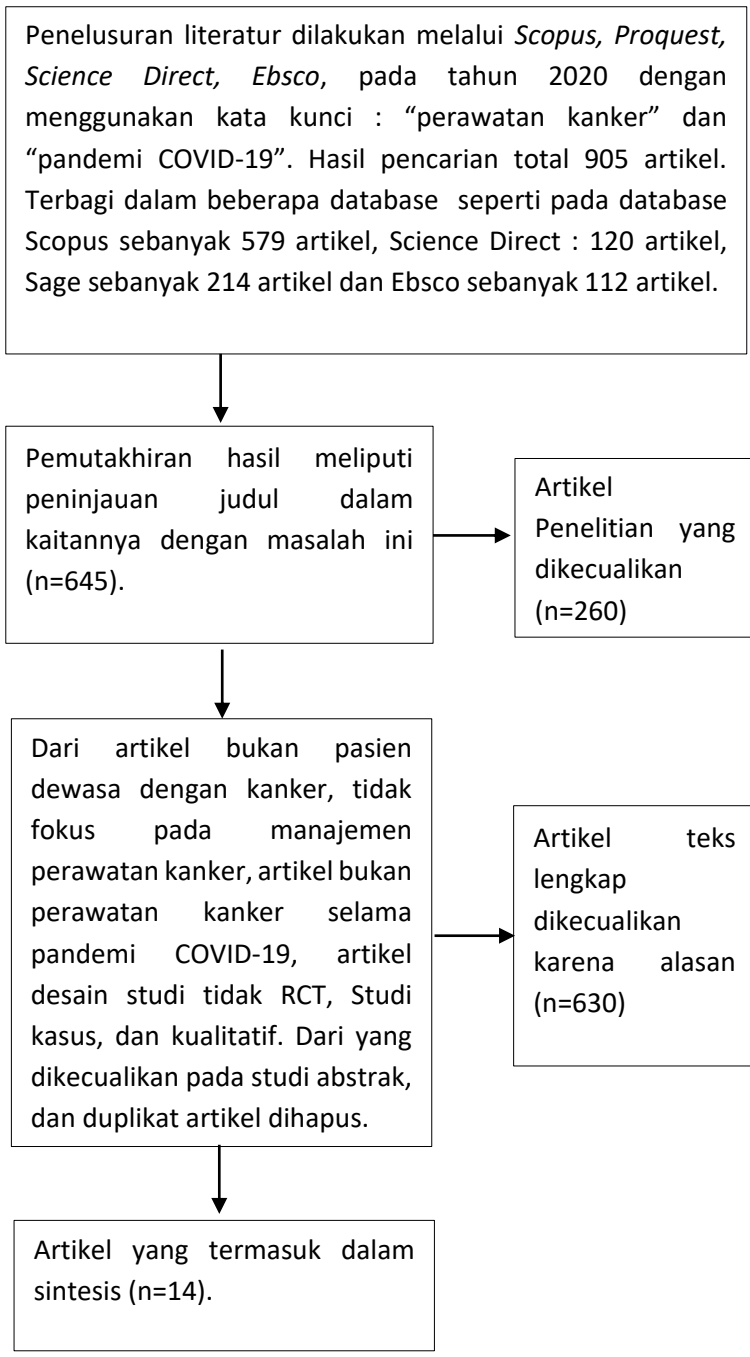
Jenis penelitian *literature review* ini menggunakan metode pencarian tinjauan sistematis mencakup artikel asli yang membahas manajemen perawatan pada pasien kanker selama pandemi COVID-19. Penelusuran literatur secara sistematis dilakukan dengan menggunakan beberapa database besar seperti *Scopus*, *Proquest*, *Science Direct*, *Ebsco* dengan memasukkan kata kunci “perawatan kanker” dan “pandemi covid- 19”. Tidak ada batasan lain yang digunakan untuk memaksimalkan pencarian literatur. Hasil pencarian di database *Scopus* meliputi 579 artikel, *Science Direct* mencakup 120 artikel, *Sage Included* 214 artikel dan *Ebsco* 112 artikel.

2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pencarian literatur ini meliputi artikel penelitian yang menggunakan sampel penelitian manusia, artikel penelitian yang menggunakan intervensi manajemen keperawatan pada kasus kanker, jurnal penelitian yang berbahasa Inggris dan telah diterbitkan pada tahun 2020.

2.2 Kriteria Eklusi

Kriteria eksklusi dalam pencarian literatur ini adalah penelitian. penelitian dengan sampel bukan manusia, tidak membahas manajemen perawatan kanker selama pandemi COVID-19, artikel penelitian berupa studi review dan survei, serta jurnal yang diterbitkan dalam database yang tidak diketahui. Semua artikel yang digunakan harus diterbitkan di jurnal bereputasi dalam bahasa Inggris. Dari total 905 artikel penelitian, terdapat 14 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi peneliti dan digunakan sebagai bahan kajian sistematis.



Gambar 1. Proses pemilihan artikel diadaptasi dari flowchart PRISMA

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 Pandemi COVID-19

1. Pengertian Pandemi COVID-19

Pandemi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah wabah yang berjangkit serempak di mana-mana, meliputi daerah geografi yang luas. *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Pada manusia biasanya menyebabkan penyakit infeksi saluran pernapasan, mulai flu biasa hingga penyakit yang serius seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Sindrom Pernafasan Akut Berat/ Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari. Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. Coronavirus jenis baru yang ditemukan pada manusia sejak kejadian luar biasa muncul di Wuhan Cina, pada Desember 2019, kemudian diberi nama Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV2), dan menyebabkan penyakit Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) (Kemenkes, 2020).

2. Epidemiologi COVID-19

Secara epidemiologi, prevalensi COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) meningkat secara cepat di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) bahkan sudah menetapkan penyakit ini sebagai pandemi global. Kasus COVID-19 pertama kali ditemukan pada

Desember 2019 di Wuhan Cina. Setelah itu, virus SARS-Cov-2 menyebar ke seluruh bagian negara Cina dalam waktu beberapa minggu, dan ke negara lain dalam waktu beberapa bulan (WHO, 2022a). Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan Pasar Seafood di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah Coronavirus jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome & Coronavirus 2). Virus ini berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab SARS dan MERS. Meskipun berasal dari famili yang sama, namun SARS-CoV-2 lebih menular dibandingkan dengan SARS-CoV dan MERS-CoV. Proses penularan yang cepat membuat WHO menetapkan COVID-19 sebagai KKMMD/PHEIC pada tanggal 30 Januari 2020 (Gide, 2020).

Per tanggal 20 Juni 2022, COVID-19 sudah ditemukan di 225 negara, dengan total kasus konfirmasi lebih dari 536.000.000 kasus. Amerika Serikat merupakan negara dengan kasus COVID-19 terbanyak, yaitu total kasus kumulatif +85.007.630, diikuti dengan India + 43.270.577 kasus, dan Brasil +31.611.769 kasus (Kemenkes, 2022). Thailand merupakan negara pertama di luar China yang melaporkan adanya kasus COVID-19. Setelah Thailand, negara berikutnya yang melaporkan kasus pertama COVID-19 adalah Jepang dan Korea Selatan yang kemudian berkembang ke negara-negara lain. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2020, WHO melaporkan 10.185.374 kasus konfirmasi dengan 503.862 kematian di seluruh dunia (CFR 4,9%). Negara yang paling banyak melaporkan kasus konfirmasi adalah Amerika Serikat, Brazil, Rusia, India, dan United Kingdom. Sementara, negara dengan angka kematian paling tinggi adalah Amerika Serikat, United Kingdom, Italia, Perancis, dan Spanyol (Gide, 2020).

Kasus COVID-19 pertama di Indonesia dikonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 berjumlah 2 orang. Sampai 20 Juni 2022, kasus COVID-

19 di Indonesia sudah lebih dari 6.069.255 kasus konfirmasi. Indonesia menempati peringkat ke 17 total kumulatif kasus COVID-19 di dunia. Kematian akibat COVID-19 dapat dikaitkan dengan kondisi *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) atau syok sepsis. Sampai tanggal 22 Juni 2022, jumlah mortalitas akibat COVID-19 secara global mendekati 6.317.653 kasus, dengan *case fatality rate* (CFR) mencapai 1,17%. Namun, mortalitas pada populasi anak dilaporkan lebih rendah. Sedangkan di Indonesia, jumlah kematian akibat COVID-19 sekitar 156.695 kasus, dengan CFR lebih rendah dibandingkan data tanggal 10 Februari 2022, yaitu 2,59% (Kemenkes, 2022).

3. Etiologi

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam family coronavirus. Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada Coronavirus yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), protein E (selubung). Coronavirus tergolong ordo Nidovirales, keluarga *Coronaviridae*. Terdapat 4 genus yaitu alphacoronavirus, betacoronavirus, *gammacoronavirus*, dan *deltacoronavirus*. Sebelum adanya COVID-19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (*alphacoronavirus*), HCoV-OC43 (*betacoronavirus*), HCoVNL63 (*alphacoronavirus*) HCoV-HKU1 (*betacoronavirus*), SARS-CoV (*betacoronavirus*), dan MERS-CoV (*betacoronavirus*). Etiologi COVID-19 termasuk dalam genus *betacoronavirus*, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) memberikan nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2 (Gide, 2020).

4. Karakteristik COVID-19

Ukuran virus COVID-19 lebih kecil dari bakteri, diameter virus corona diperkirakan mencapai 125 nanometer atau 0,125 mikrometer. Berdasarkan penelitian oleh ilmuwan *Nasional Institutes of Health and University of California*, mengklaim virus corona tidak hanya bertahan di udara selama beberapa jam, namun juga di permukaan benda-benda yang seringkali disentuh orang. Virus corona juga dapat menyebar secara tidak langsung melalui benda yang tercemar virus akibat percikan atau sentuhan tangan yang terpapar virus. Virus corona bisa tertinggal di permukaan benda dan memiliki daya tahan berjam-berjam hingga beberapa hari.

Menurut penelitian yang diterbitkan oleh *Journal of Hospital Infection*, Februari 2020, virus corona bisa bertahan di beberapa tempat dalam waktu berikut:

- a. Di udara = 3 jam
- b. Tembaga dan aluminium = 3-4 jam
- c. Sarung tangan operasi atau medis = 8 jam
- d. Kertas karton atau kardus = 24 jam
- e. Besi, baja, dan plastik = 2 – 3 hari
- f. Kayu dan kaca = 4 hari
- g. Kertas = 4-5 hari

Bahkan, dalam sejumlah kasus, virus ini bisa bertahan sampai 5 hari. Masa inkubasi COVID-19 adalah 2-14 hari dari saat pertama pasien terpapar virus hingga menunjukkan gejala awal sakit (Kemenkes, 2022).

5. Penularan COVID-19

Risiko penularan tertinggi di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari

setelah onset gejala. Sebuah studi melaporkan bahwa 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan (Kemenkes, 2020). Berdasarkan studi epidemiologi membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter >5-10 μm . Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata) (Kemenkes, 2020). Meski memiliki daya tahan hingga berhari-hari, virus corona juga bisa dimatikan. *Pertama*, dengan menyemprotkan desinfektan ke permukaan benda yang berpotensi tertempel virus corona. *Kedua*, dengan membersihkan permukaan kulit menggunakan sabun antiseptik, termasuk saat mandi dan cuci tangan (WHO, 2022b).

6. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Gejala COVID-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit. Berdasarkan data yang diperoleh dari WHO (2022), organ pernapasan menjadi target utama infeksi virus corona. Bahkan sebanyak 87,9% pasien yang terjangkit mengalami gejala demam, batuk kering sebanyak 67,7%, dan merasa

lelah sebanyak 28,1%. Data lainnya 40% kasus akan mengalami penyakit ringan, 40% akan mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multi-organ, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan (Kemenkes, 2020).

7. Penatalaksanaan

Pengobatan ditujukan sebagai terapi simptomatis dan suportif. Ada vaksinasi COVID-19 untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan tidak menjadi sumber penularan (Satgas, 2022). Pelayanan vaksinasi COVID-19 dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota atau milik masyarakat/swasta yang memenuhi persyaratan. Badan Pengawas Obat dan Makanan Indonesia sudah memberikan izin penggunaan darurat pada 10 jenis vaksin COVID-19, yakni Sinovac, AstraZeneca, Sinopharm, Moderna, Pfizer, Novavax, Sputnik-V, Janssen, Convidencia, dan Zifivax. Masing-masing dari jenis vaksin ini memiliki mekanisme untuk pemberiannya masing, baik dari jumlah dosis, interval pemberian, hingga platform vaksin yang berbeda-beda, yakni inactivated virus, berbasis RNA, viral-vector, dan sub-unit protein. Vaksin yang disediakan adalah vaksin yang sudah dipastikan keamanan dan efektivitasnya (Satgas, 2022).

8. Pencegahan dan pengendalian COVID-19 di Masyarakat

Masyarakat memiliki peran penting dalam memutus mata rantai penularan COVID-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan baru. Mengingat cara penularannya berdasarkan droplet infection dari individu ke individu, maka penularan dapat terjadi baik di rumah, perjalanan, tempat kerja, tempat ibadah, tempat wisata maupun tempat lain dimana terdapat orang berinteraksi sosial. Prinsipnya pencegahan dan pengendalian COVID-19 di masyarakat dilakukan dengan cara:

- a. Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir selama 40-60 detik atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol (handsanitizer) minimal 20 – 30 detik.
- b. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang tidak bersih.
- c. Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19).
- d. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang batuk atau bersin. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan dengan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya.
- e. Membatasi diri terhadap interaksi / kontak dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya.
- f. Saat tiba di rumah setelah bepergian, segera mandi dan berganti pakaian sebelum kontak dengan anggota keluarga di rumah.
- g. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti konsumsi gizi seimbang, aktivitas

fisik minimal 30 menit sehari, istirahat yang cukup termasuk pemanfaatan kesehatan tradisional, salah satunya dilakukan dengan melaksanakan asuhan mandiri kesehatan tradisional melalui pemanfaatan Taman Obat Keluarga (TOGA) dan dan terapi komplementer lainnya.

- h. Mengelola penyakit penyerta/komorbid agar tetap terkontrol.
- i. Mengelola kesehatan jiwa dan psikososial
- j. Apabila sakit menerapkan etika batuk dan bersin.
- k. Jika berlanjut segera berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan.
- l. Menerapkan adaptasi kebiasaan baru dengan melaksanakan protokol kesehatan dalam setiap aktivitas (Kemenkes, 2022).

3.2 Penyakit Kanker

1. Pengertian Penyakit Kanker

Kanker adalah penyakit yang ditakuti oleh setiap orang. Setiap tanggal 4 Februari diperingati sebagai hari kanker sedunia dimana kita diingatkan untuk meningkatkan kesadaran dalam upaya mencegah penyakit kanker. Penyakit kanker di Indonesia adalah salah satu penyakit yang mengakibatkan jumlah kematian cukup besar (Pranita, 2021). Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali di dalam tubuh. Pertumbuhan sel abnormal ini dapat merusak sel normal di sekitarnya dan di bagian tubuh yang lain. Kanker merupakan penyebab kematian kedua terbanyak di seluruh dunia. Kanker sering menyebabkan kematian karena umumnya penyakit ini tidak menimbulkan gejala pada awal perkembangannya, sehingga baru terdeteksi dan diobati setelah mencapai stadium lanjut. Itulah kenapa pemeriksaan skrining atau cek kesehatan secara berkala sangatlah penting, agar kanker dapat terdeteksi secara dini (Handayani, 2022).

2. Klasifikasi Penyakit Kanker

Berdasarkan Chakrabarti and Mitra (2018) Kanker dibagi menjadi 19 Jenis, yaitu:

a. Kanker Kandung Kemih (*Bladder Cancer*)

Kanker kandung kemih yaitu suatu jenis kanker yang dimulai pada kandung kemih, organ berbentuk balon (a balloon shaped) di panggul, area yang menyimpan urin. Jenis kanker kandung kemih yang paling umum yaitu karsinoma sel transisional (transitional cell carcinoma), yang dimulai di urothelial sel disebut dengan karsinoma urothelial, yang melapisi bagian dalam pada kandung kemih. Tanda paling umum dari kanker kandung kemih adalah adanya darah dalam urin. Faktor yang membuat beberapa orang berisiko tinggi yaitu orang yang merokok, orang dengan paparan bahan kimia tertentu yang digunakan di industri tekstil, petrokimia dan karet, kemudian penggunaan obat kemoterapi siklofosamid, seseorang dengan riwayat diabetes, keturunan dan peradangan kronis dari kandung kemih.

b. Kanker Otak dan Sistem Saraf Pusat (*Brain and central nervous system cancer*)

Jenis kanker ini merupakan pertumbuhan sel-sel abnormal di jaringan otak atau sumsum tulang belakang. Otak dan sumsum tulang belakang menyusun sistem saraf pusat. Tumor yang dimulai di otak disebut juga dengan tumor otak primer. Tumor yang dimulai di bagian tubuh lain dan menyebar ke otak disebut juga dengan tumor otak metastatik. Tumor otak dan sumsum tulang belakang bisa jinak (bukan kanker) atau ganas (kanker). Ada banyak jenis tumor otak dan sumsum tulang belakang, perbedaannya yaitu dalam tipe sel yang berbeda dan berbeda area otak dan sumsum tulang belakang. Tanda dan gejala tumor otak dan sumsum tulang belakang, antara lain kejang (seizures), kantuk, kebingungan dan perubahan perilaku. Beberapa faktor risiko termasuk kondisi

bawaan atau genetik tertentu dan paparan radiasi yang sangat tinggi ke kepala.

c. Kanker Payudara (*Breast Cancer*)

Kanker payudara adalah pertumbuhan sel payudara yang tidak terkendali. Kanker jenis ini merupakan kanker paling umum yang terjadi pada wanita. Jenis kanker payudara yang paling umum yaitu karsinoma duktal. Tanda gejala yang paling sering yaitu berupa benjolan baru atau penebalan di payudara atau di bawah ketiak, luka pada puting dan bengkak merah pada payudara. Faktor risiko terjadinya kanker payudara yaitu, riwayat keluarga, obesitas, konsumsi alkohol berlebihan, dan bertambahnya usia.

d. Kanker Serviks (*Cervical cancer*)

Kanker ini terjadi apabila sel abnormal pada leher rahim, bagian bawah uterus (womb), tumbuh dan berkembang di luar kendali. Tanda gejala yang paling umum pada kanker serviks adalah adanya pendarahan pada vagina, pendarahan menstruasi yang lebih lama atau lebih berat daripada biasanya, pendarahan setelah senggama, nyeri pada saat senggama, pendarahan vagina setelah menopause, kelelahan yang berlebihan, nyeri kaki atau bengkak, dan nyeri punggung bagian bawah. Faktor risiko utama untuk kanker serviks yaitu terjadinya infeksi jangka panjang berjenis human papillomavirus yang menyebabkan terjadinya kanker serviks, kemudian faktor risiko lain yaitu merokok.

e. Kanker Kolorektal (*Colorectal cancer*)

Kanker kolorektal adalah kanker yang dimulai di usus besar atau rektum. Perkembangan ini dari lapisan dalam dari usus dan didahului oleh pertumbuhan yang disebut polip. Gejala pada kanker kolorektal antara lain perubahan kebiasaan buang air besar, diare, sembelit, ada darah pada tinja, perut kembung atau kram, penurunan berat badan, kelelahan dan anemia. Faktor risiko pada kanker ini yaitu risiko genetik yang diturunkan dan riwayat keluarga,

adanya infeksi radang usus, obesitas, konsumsi alkohol yang tinggi dan merokok.

f. Kanker Lambung (*Gastric cancer*)

Kanker ini merupakan penyakit dimana sel kanker terbentuk pada lapisan perut. Kanker lambung cenderung berkembang perlahan selama bertahun-tahun. Kanker lambung dapat bermetastasis dengan berbagai cara, sel kanker dapat tumbuh menembus dinding perut dan menyerang organ yang berada disekitarnya. Infeksi bakteri yang disebut *Helicobacter Pylori* adalah penyebab umum kanker lambung. Tanda gejala pada kanker ini mulas, sakit pada bagian atas abdomen, mual, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, menguningnya kulit dan bagian putih pada mata (Sklera), muntah, dan kesulitan menelan.

g. Kanker Esofagus (*Esophageal cancer*)

Sel-sel kanker pada jenis ini terbentuk pada jaringan kerongkongan. Kanker ini paling sering ditemukan pada bagian atas dan tengah esofagus atau biasa disebut dengan Karsinoma Epidermoid. Tanda dan gejala kanker esofagus adalah penurunan berat badan, suara serak dan batuk, nyeri atau kesulitan menelan. Kanker esofagus ini seringkali terdiagnosis pada stadium lanjut karena tidak ada tanda-tanda awal atau gejala.

h. Kanker Kepala dan Leher (*Head and Neck Cancer*)

Kanker ini secara kolektif mengacu pada sekelompok kanker yang serupa secara biologis mulut, hidung, sinus, kelenjar ludah, tenggorokan, dan kelenjar getah bening di leher. Faktor risiko yang terkait dengan kanker jenis ini yang paling banyak diteliti yaitu karena penggunaan tembakau (merokok) dan konsumsi alkohol. Gejala dapat berupa benjolan atau nyeri yang tidak kunjung sembuh, sakit/radang tenggorokan yang tidak kunjung sembuh, kesulitan menelan, perubahan atau suara serak.

i. Sarkoma (*Sarcoma*)

Jenis kanker ini adalah berupa jaringan yang menghubungkan struktur di sekeliling tubuh. Sarkoma tulang dan jaringan lunak adalah jenis utama sarkoma. Sarkoma merupakan jenis kanker langka (1% dari semua jenis kanker) dan kanker ini lebih umum terjadi pada anak-anak. Sarkoma sulit dikenali, karena dapat tumbuh di mana saja. Tanda pertama adalah terdapat benjolan namun tidak terasa nyeri. Saat benjolan ini membesar, akan menekan saraf atau otot pasien dan membuat tubuh merespons (tidak nyaman), bisa terjadi kesulitan bernafas juga secara bersamaan. Faktor risiko Sarkoma belum banyak diketahui meskipun sudah banyak dilakukan penelitian, namun beberapa peneliti menyebutkan mungkin karena faktor keturunan, kelainan tulang, kelainan genetik, atau paparan radiasi selama pengobatan untuk kanker yang sebelumnya telah terjadi.

j. Kanker Ginjal (*Kidney cancer*)

Kanker ini adalah kanker yang paling umum baik pada pria maupun wanita. Hampir pada semua kasus kanker ginjal pertama kali muncul pada lapisan tabung kecil (Tubulus) di ginjal. Faktor risiko kanker ini antara lain merokok, kondisi genetik, dan penyalahgunaan obat pereda nyeri untuk waktu yang lama. Tanda dan gejala pada kanker jenis ini antara lain terdapat darah di dalam urine, nyeri tepat di bawah tulang rusuk, benjolan atau bengkak pada area ginjal, penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan dan lain sebagainya.

k. Kanker Hati (*Liver cancer*)

Nama lain dari kanker ini yaitu hepatic cancer atau hepatocellular carcinoma merupakan kanker yang terjadi pada jaringan hati. Tanda dan gejala pada kanker ini cenderung tidak dirasakan atau disadari oleh pasien, kondisi terkait seperti penurunan berat badan, kehilangan selera makan, mual dan

muntah, nyeri atau bengkak di perut, merasa sangat kenyang meskipun makanannya dalam porsi yang kecil, kekuningan pada kulit dan kulit terasa gatal.

l. Leukimia

Leukimia merupakan penyakit heterogen yang dimulai dari sel puncak hematopoietik yang mengarah ke abnormal proliferasi sel darah di sumsum tulang dan darah tepi. Gejala umum leukimia antara lain berupa nyeri pada tulang atau persendian, pembengkakan kelenjar getah bening, demam, merasa lelah, mudah berdarah dan memar, sering infeksi, ketidaknyamanan atau pembengkakan di perut, penurunan berat badan, atau kehilangan nafsu makan.

m. Kanker Paru (*Lung cancer*)

Kanker paru-paru merupakan jenis kanker yang dimulai di tenggorokan (trakea), saluran nafas utama (bronkus), atau jaringan paru-paru. Faktor risiko paling utama yaitu merokok. Eksposur pasif asap tembakau juga dapat menyebabkan kanker paru-paru. Tanda gejala yang terjadi yaitu batuk terusmenerus, batuk darah, sesak nafas, kelelahan, penurunan berat badan, lendir berdarah mengi dan nyeri atau sakit saat bernafas.

n. Limfoma (*Lymphoma*)

Limfoma merupakan kanker sistem limfatik. Sistem limfatik merupakan jaringan yang kompleks dari pembuluh limfatik, kelenjar getah bening dan organ lain termasuk limpa dan kelenjar timus. Tanda dan gejala antara lain pembengkakan tanpa rasa sakit pada kelenjar getah bening, seringkali di leher atau ketiak. Pembengkakan juga bisa terjadi di selangkangan dan perut.

o. Melanoma

Melanoma juga dikenal sebagai melanoma maligna, merupakan jenis kanker kulit yang berkembang di dalam sel (melanosit) yang menghasilkan melanin (pigmen yang memberi

warna pada kulit). Tanda gejala melanoma yang paling umum yaitu munculnya nevus pigmentosus (tahi lalat) baru atau perubahan nevus pigmentosus yang sudah ada.

p. Mieloma (*Myeloma*)

Kanker ini merupakan sebuah kanker yang timbul dari sel plasma, sejenis sel darah putih yang dibuat di sumsum tulang. Penyakit ini termasuk dalam spektru kelainan disebut sebagai “diskrasia sel plasma”. Tanda dan gejala berupa nyeri tulang dan tulang mudah patah, sering infeksi dan demam, haus berlebihan, peningkatan buang air kecil, mual dan penurunan berat badan, dan sembelit.

q. Kanker Ovarium (*Ovarian cancer*)

Kanker ovarium merupakan kanker yang pertumbuhannya terjadi di ovarium. Tanda dan gejala kanker ovarium antara lain, mual muntah, penurunan berat badan, sesak nafas, kelelahan, dan kehilangan nafsu makan.

r. Kanker Pankreas (*Pancreatic Cancer*)

Kanker ini disebabkan oleh pertumbuhan sel yang abnormal dan tidak terkendali di pankreas. Tanda dan gejala pada kanker ini antara lain sakit pada abdomen, penurunan berat badan, diare, dan penyakit kuning. Faktor risiko paling utama yaitu Merokok. Kelebihan berat badan (Obesitas) juga merupakan salah satu faktor risikonya.

s. Kanker Prostat (*Prostate Cancer*)

Kanker ini merupakan penyakit yang hanya menyerang pria. Kanker mulai tumbuh secara tidak normal di prostat (yaitu sebuah kelenjar dalam sistem reproduksi pria). Tanda dan gejala kanker prostat yaitu, sering buang air kecil, nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil atau ejakulasi, darah dalam urin, dan nyeri atau kekakuan di punggung bawah. Faktor risiko antara lain pria di atas usia 65 tahun.

3. Prevalensi Penyakit Kanker

Berdasarkan data Riskesdas, prevalensi tumor/kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Sedangkan data *Global Burden of Cancer Study (Globocan)* dari *World Health Organization (WHO)* mencatat, total kasus kanker di Indonesia pada 2020 mencapai 396.914 kasus dan total kematian sebesar 234.511 kasus (Handayani, 2022). kanker payudara memiliki jumlah kasus baru tertinggi di Indonesia sebesar 65.858 kasus atau 16,6% dari total 396.914 kasus kanker. Kanker serviks (leher rahim) menempati urutan kedua dengan jumlah 36.633 kasus atau 9,2% dari total kasus kanker. Kanker paru-paru menyusul di urutan ketiga dengan jumlah 34.783 kasus (8,8% dari total kasus), lalu kanker hati sejumlah 21.392 kasus (5,4% dari total kasus), dan kanker nasofaring (area di sebelah atas bagian belakang tenggorokan) sejumlah 19.943 kasus (5% dari total kasus)(Pranita, 2021).

Tingginya kasus kanker tentu bisa menjadi kewaspadaan awal kita untuk mau meminimalisir faktor yang terkait dengan penyakit kanker tersebut. Ada beberapa hal yang kemudian terkait dengan kejadian kanker. Menurut Yayasan Kanker Indonesia (YKI), salah satu penyebab tingginya kasus kanker di Indonesia adalah kondisi lingkungan yang terus menghasilkan bahan karsinogen, seperti rokok, daging olahan, dsb. Penyebab lain yang juga mempengaruhi seperti kebiasaan begadang, kurang olah raga, dan makan terlalu banyak.

4. Etiologi Penyakit Kanker

Penyebab utama kasus kanker sampai saat ini masih belum dapat dipastikan. Menurut Fadul, (2019) ada beberapa penyebab paling umum yang sering terjadi pada orang dengan penyakit kanker, antara lain:

- a. Virus
 - 1) Virus Human Paapilloma (HPV), virus yang diduga sebagai penyebab kanker serviks.
 - 2) Virus Hepatitis B dan C, keduanya diduga sebagai penyebab terjadinya kanker hati.
 - 3) Virus Epstein-Bar, penyebab kanker hidung dan tenggorokkan.
 - 4) Virus HIV (Human Immunodeficiency virus), merupakan penyebab limfoma dan kanker darah lainnya.
- b. Bakteri
 - 1) Parasite Schistosoma atau Biliharzia dapat menyebabkan kanker kandung kemih
 - 2) Infeksi Clonorchis sinensis, merupakan penyebab penyakit pancreas dan saluran empedu
 - 3) Helicobacter pylori, merupakan penyebab kanker lambung

c. Zat Kimia

Zat karsinogenik yaitu bahan yang berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung untuk terjadi pertumbuhan sel baru yang abnormal (neoplasia) yang dalam waktu singkat atau lama akan menjadi sel kanker. Contoh agen karsinogenik kimia yaitu Benzena, zat ini merupakan zat kimia yang termasuk kimia mudah terbakar, berwujud cair dan tidak berwarna. Benzena biasanya ditemukan dalam bentuk bahan baku pembuatan BBM (Bahan Bakar Minyak) pada kendaraan. Benzena menurut peneliti menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya Leukimia. Selain itu, zat kimia yang terdapat pada makanan yang diproses berlebihan, seperti makanan yang digoreng dalam rendaman minyak ulang pakai, diasap, atau dibakar. Bisa juga makanan mengandung pengawet dan pewarna, dan makan yang terkontaminasi logam berbahaya, seperti merkuri pada seafood (Chakrabarti and Mitra, 2018).

d. Agen fisik

Agen fisik yang paling utama yaitu terjadinya radiasi ion. Misalnya, pada pekerja radiologi (dokter radiologi, radiologi medis, perawat radiologi, teknisi elektromedik) yang sering terkena paparan X-ray mempunyai risiko tinggi kecenderungan untuk terpapar kanker kulit.

e. Paparan Sinar Ultraviolet

Paparan radiasi sinar ultraviolet (UV) dari matahari secara berlebihan, khususnya antara pukul 10.00-14.00 dapat menyebabkan kulit terbakar. Kerusakan permanen terhadap kulit dan mata dalam jangka panjang berpotensi menyebabkan kanker kulit.

f. Stress

Stress kronis dapat melemahkan system kekebalan tubuh seseorang yang pada akhirnya dapat menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya kanker, seperti Kaposi sarcoma dan beberapa jenis limfoma (kanker getah bening).

g. Hormon

Pada beberapa penelitian diketahui bahwa pemberian hormone tertentu secara berlebihan dapat menimbulkan kanker pada organ tubuh yang dipengaruhinya. Contohnya terapi hormone telah digunakan selama bertahun-tahun oleh wanita menopause untuk meringankan gejala dan menghambat gejala osteoporosis sehingga memungkinkan dapat meningkatkan risiko terkena kanker payudara dan kanker ovarium pada wanita.

h. Genetik

Sekitar 5-10% kasus kanker merupakan penyakit yang diturunkan. Pada keluarga tertentu, gen abnormal dapat diwariskan. Jenis kanker yang diwariskan dalam keluarga antara lain kanker payudara, ovarium, prostat, atau kolon (usus besar). Salah satu kanker yang ditemukan dengan cara diturunkan secara autosomal

dominant (kelainan menurun yang diwariskan dari salah satu orang tua), contohnya seperti terjadinya kanker tiroid.

i. **Gaya Hidup**

Kebiasaan merokok merupakan salah satu penyebab terjadinya kanker paru.

j. **Sosial Ekonomi**

Faktor ini menjadi faktor yang menjadi salah satu penyebab kanker pada golongan dengan sosial dan ekonomi yang rendah. Kanker lambung (Gastric cancer) ditemukan menjadi kanker yang paling banyak terjadi pada golongan dengan sosial dan ekonomi yang rendah daripada golongan yang masuk dalam kategori sosial ekonomi menengah dan tinggi.

5. Patofisiologi

Karsinogenesis (proses perubahan sel-sel normal menjadi abnormal diawali dengan terjadinya kerusakan yang disebut kanker) (Chakrabarti and Mitra, 2018).

Terjadinya karsinogenesis mencakup 3 tingkatan, yaitu:

- a. Tahapan Inisiasi (initiation) Tahap ini merupakan tahap awal munculnya kanker yang terjadi dikarenakan oleh kerusakan genetik ireversibel (pertumbuhan atau perkembangan) pada sel normal. Ditahap ini akan terjadi mutasi dan perubahan struktur pada Deoxyribonucleic Acid (DNA) yang menyebabkan kelainan. Gangguan dan atau perubahan pada struktur DNA akan menyebabkan proses aktivasi gen (protooncogene) yang merupakan gen pertumbuhan akan membuat sel tumbuh lebih cepat dan menghambat gen (suppresor gene) yang berfungsi sebagai gen penahan.
- b. Tahapan Promosi (tumor promotion) Tahap ini merupakan tahapan proliferasi (siklus pembelahan sel) awal pada sebuah klon (clonal expansion). Ketika sel semakin sering terjadi pembelahan, maka terjadinya mutasi semakin meningkat dan sel

tersebut menjadi sel yang ganas. Proses ini menurut beberapa penelitian membutuhkan waktu beberapa tahun.

- c. Tahapan Perkembangan (Progression) Tahapan terakhir pada karsinogenesis yaitu progression, tahapan ini ditandai dengan mulai terjadi proses angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru dari pembuluh yang sebelumnya), proses invasi dan infiltrasi dari jaringan sekitar kemudian bermetastasis ke jaringan lain.

6. Manifestasi Klinis

Umumnya pada awal terjadinya kanker (stadium awal) tidak menimbulkan gejala yang akan mengganggu pasien. Akan tetapi, seiring berkembangnya sel abnormal dan mengganggu pasien. Menurut Suparyanto dan Rosad (2020) gejala-gejala pada penyakit kanker yang sering dialami pasien yaitu:

a. Gejala umum

- 1) Rasa sakit atau nyeri yang kerap datang serta semakin memburuk dan sulit diobati, yang merupakan system tahap lanjut penyakit kanker.
- 2) Sering demam yang terlihat dalam tahap-tahap lanjut, terutama bila kanker mempengaruhi system kekebalan dan mengurangi pertahanan terhadap infeksi.
- 3) Rasa lelah yang berlebihan.
- 4) Perubahan warna kulit, sehingga kulit menguning, memerah, gatal-gatal atau pertumbuhan rambut yang berlebihan.
- 5) Perubahan dalam kebiasaan buang air besar atau kecil.
- 6) Perubahan warna kulit tubuh atau wajah yang menetap (kuning, merah, atau cokelat).
- 7) Penurunan bobot badan secara signifikan (diatas 10kg) dalam waktu singkat (hitungan bulan) tanpa sebab yang jelas.

b. Gejala khusus

- 1) Adanya benjolan yang tumbuh dan membesar di permukaan kulit atau di organ lain.
- 2) Adanya borok yang tak kunjung sembuh

- 3) Perdarahan tidak normal dan sering terjadi, seperti flek atau perdarahan diluar siklus menstruasi, mimisan, atau batuk memburuk dan batuk berdarah.
- 4) Perubahan dalam kebiasaan buang air besar dan kecil
- 5) Kesulitan mencerna atau menelan makanan
- 6) Batuk atau suara parau yang tidak kunjung hilang
- 7) Terdapat masalah pendengaran.

7. Stadium Kanker

Menurut American Cancer Society dalam (Civantos *et al.*, 2020), ada lima jenis stadium kanker, meliputi:

a. Stadium 0

Gejala awal dari stadium 0 pada kanker biasanya ditunjukkan dengan adanya ketidaknormalan sel pada bagian tubuh tertentu.

b. Stadium I

Sel-sel yang tidak normal mulai berkumpul membentuk jaringan yang bersifat kanker. Hal tersebut merupakan tanda dari stadium I pada kanker yang biasanya masih bisa disembuhkan.

c. Stadium II

Kanker stadium II ditandai dengan adanya jaringan yang berkembang menjadi tumor kecil. Meskipun demikian, biasanya stadium II pada kanker belum terlalu menyebar pada organ di tubuh pasien.

d. Stadium III

Setelah tumor berkembang dan bersifat ganas, maka pasien didiagnosis telah terserang kanker stadium III.

e. Stadium IV

Stadium akhir pada kanker ini ditandai dengan beberapa bagian organ dalam tubuh yang telah terserang sel kanker. Selain itu, kanker stadium IV biasanya paling susah disembuhkan.

8. Pemeriksaan Kanker

Menurut Civantos *et al.*, (2020) beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk melihat perkembangan beberapa jenis kanker:

- a. X-Ray dada untuk memeriksa penyebaran kanker ke paru-paru
- b. Bone Scan (scan tulang) untuk memeriksa ada tidaknya penyebaran kanker tulang
- c. Tes penanda tumor CA 15-3 dan CEA melalui pengambilan sampel darah. Bertujuan untuk mengetahui penyebaran tumor ke organ pencernaan atau risiko kekambuhan.
- d. Pemeriksaan pap smear atau pengambilan cairan vagina untuk pemeriksaan kanker serviks
- e. Colposcopy atau teropong leher rahim
- f. Tes penanda tumor SCC dan CEA untuk melihat penyebaran kanker ke paru-paru dan usus besar.
- g. Pemeriksaan CT scan spiral bagi kanker paru
- h. Pengambilan sampel sputum untuk diperiksa di laboratorium
- i. Pemeriksaan Bronskopi atau teropong paru-paru
- j. Pemeriksaan darah PTH untuk mendeteksi kanker paru atau kanker pleura
- k. Pemeriksaan mediastinoskopi untuk pmendeteksi penyebaran kanker ke getah bening.
- l. Guaiac Fecal Occult Blood Test (gFOBT) yaitu pemeriksaan ada tidaknya darah dalam tinja (gejala awal kanker usus)
- m. Foto rontgen dengan enema barium (barium dimasukkan ke usus besar melalui anus)

9. Terapi Kanker

Terapi kanker adalah tindakan untuk melakukan pengobatan selanjutnya setelah di diagnosa kanker (Wang, H. & Zhang, 2020).

- a. Tujuan terapi kanker ada 2, yaitu:
 - 1) Kuratif (Penyembuhan)

Terapi kuratif ialah tindakan untuk menyembuhkan penderita yaitu membebaskan penderita dari kanker yang dideritanya untuk selamalamanya.

2) Paliatif (Meringankan)

Terapi paliatif ialah tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker terutama bagi yang tidak mungkin disembuhkan lagi. Tujuan paliatif ialah untuk memperbaiki kualitas hidup, mengatasi komplikasi yang terjadi dan mengurangi serta meringankan keluhan.

b. Jenis-jenis terapi kanker

1) Terapi Utama

a) Bedah

Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan dan mengambil sel tumor. Pembedahan ini umumnya akan berhasil jika sel kanker belum terjadi metastasis.

b) Radioterapi

Terapi ini merupakan salah satu terapi kanker dengan penggunaan radioaktif untuk menghancurkan sel tumor maligna. Jenis terapi kanker yang ada di Indonesia yaitu dengan menggunakan jenis sinar radiasi antara lain Kobalt-60, Sinar Gamma dan Sinar-X.

c) Kemoterapi

Terapi ini merupakan terapi dengan menggunakan obat anti kanker. Obat ini bekerja dengan membuat sel apoptosis (*programmed cell death*).

Strategi pemberian obat kemoterapi:

(1) Kemoterapi Gabungan (Combined chemotherapy)

Tipe kemoterapi ini merupakan pengobatan dimana terdapat lebih dari satu jenis terapi dalam satu waktu untuk mengobati kanker. Misalnya, dengan terapi radiasi, pembedahan dan atau hipertermia.

(2) Kemoterapi Konsolidasi (Consolidation chemotherapy)

Terapi ini biasanya diberikan setelah remisi

- (dinyatakan sembuh atau terbebas dari kanker) untuk memperpanjang waktu terbebas dari kanker secara keseluruhan dan meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.
- (3) Kemoterapi Intensif (Intensification chemotherapy)
Terapi ini identik dengan terapi konsolidasi (fase yang bertujuan untuk membunuh sel-sel kanker yang masih tersisa pada sel jaringan tubuh pasca terapi induksi). Namun, jenis obat yang digunakan berbeda dari yang tipe terapi induksi gunakan.
 - (4) Kemoterapi Gabungan (In combined chemotherapy)
Keuntungan dari kemoterapi gabungan yaitu untuk meminimalkan kemungkinan pengembangan resistensi. Obat juga dapat diberikan dengan dosis, efek samping rendah dan toksisitas yang minimal.
 - (5) Kemoterapi Neoadjuvan (Neoadjuvant chemotherapy)
Terapi pengobatan lokal ini digunakan sebelum dilakukan pembedahan di bertujuan untuk mengecilkan tumor primer. Terapi ini juga digunakan di kondisi dimana mengamati risiko tinggi mikrometastasis (sel kecil kanker yang menyebar ke bagian tubuh lain melalui sistem limfovaskular). Terapi ini juga bisa digunakan dimana ada kemungkinan kecil atau risiko kambuh sel kanker tersebut. Terapi ini juga bermanfaat untuk membunuh sel kanker yang telah berproliferasi ke bagian tubuh lain.
 - (6) Kemoterapi Perawatan (Maintenance chemotherapy)
Terapi ini merupakan terapi dimana mengulangi pengobatan dengan dosis rendah yang digunakan untuk perawatan pada pasien kanker yang dinyatakan remisi.

d) Hormonoterapi

Terapi hormon digunakan untuk mengurangi kemungkinan kembalinya kanker pada pasien yang telah sembuh, atau menghentikan/ memperlambat pertumbuhan kanker.

e) Bioterapi

Bahan hidup dalam bentuk bakteri, vaksin, atau antibodi dimasukkan secara hati-hati untuk membunuh sel kanker.

2) Terapi Tambahan

Terapi tambahan ialah terapi yang ditambahkan pada terapi utama untuk menghancurkan sisa sel-sel kanker yang mikroskopik yang mungkin masih ada. Tidak jarang walaupun pada terapi utama penderita kelihatan bebas kanker, setelah beberapa lama timbul residif atau metastase. Ini berarti waktu selesai terapi utama masih ada sisa kanker yang mikroskopik.

3) Terapi Komplikasi

Terapi komplikasi ialah terapi terhadap komplikasi kanker baik yang terjadi karena penyakitnya sendiri atau karena pengobatan kanker.

4) Terapi Bantuan

Terapi bantuan ialah untuk membantu tubuh tetap dapat mempertahankan kekuatannya, seperti:

a) Nutrisi, untuk memperbaiki keadaan fisik penderita

b) Transfuse darah, untuk koreksi anemia

c) Fisioterapi untuk memperbaiki keadaan fisik penderita

d) Psycoterapi untuk menguatkan mental penderita terhadap menghadapi stress agar terapi dapat dilakukan dengan efektif.

5) Terapi Sekunder

Terapi sekunder adalah terapi untuk mengatasi penyakit-penyakit yang menyertai (co-morbiditas).

6) Terapi Kombinasi

Terapi kanker yang banyak digunakan sekarang adalah kombinasi dari beberapa terapi. Kombinasi tersebut adalah operasi, radioterapi, dan kemoterapi. Pemilihan kombinasi terapi ini tergantung dari seberapa parah perkembangan sel kanker, apakah sudah melibatkan organ lain atau belum.

3.3 COVID-19 pada Pasien Kanker

1. Dampak COVID-19 pada pasien kanker

Menurut data WHO (2022a), kanker merupakan salah satu penyakit kronis yang berisiko tinggi menimbulkan komplikasi serius akibat COVID-19. Pengobatan penyakit kanker seperti kemoterapi dan radioterapi, dapat menyebabkan penderita kanker berhenti memproduksi sel darah putih yang berperan melindungi tubuh terhadap infeksi dan penyakit tertentu. Itulah sebabnya, penderita kanker akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga tubuhnya tidak mampu melawan infeksi, termasuk infeksi virus Corona.

2. Gejala COVID-19 pada penderita Kanker

Sebagian orang yang terinfeksi virus Corona tidak mengalami gejala apa pun, sedangkan sebagian lainnya dapat mengalami gejala COVID-19 yang ringan, sedang, atau berat. Gejala ringan menyerupai flu umumnya dialami oleh orang dewasa dengan sistem kekebalan tubuh yang normal. Pada orang yang daya tahan tubuhnya baik bisa saja tidak muncul gejala COVID-19 sama sekali. Tetapi, gejala COVID-19 yang dialami oleh orang yang menderita kanker atau sedang dalam pengobatan kanker bisa saja lebih berat, seperti demam tinggi, nyeri

dada, bibir dan kuku tampak kebiruan, sesak napas, hingga penurunan kesadaran atau koma (Kemenkes, 2020).

3. Pengobatan Penderita Kanker selama pandemi

Menurut (Irawan and Sudarsa, 2020) strategi yang dilakukan untuk meminimalkan penghentian pengobatan kanker bagi pasien dengan terapi kuratif selama wabah dengan cara:

- a. Langkah pertama dengan menciptakan lingkungan rumah sakit yang terkontrol oleh infeksi. Pasien yang datang ke ruang gawat darurat atau poliklinik dilakukan pemeriksaan suhu badan dan identifikasi ada tidaknya gangguan pernapasan. Di ruang gawat darurat, pasien dengan gangguan pernapasan dipisahkan dan diperiksa di ruangan tersendiri untuk pertimbangan adanya infeksi COVID-19. Kemudian dilakukan anamnesis riwayat kontak atau bepergian di area epidemik, dan lakukan pemeriksaan infeksi COVID-19. Pasien kanker yang datang ke ruang gawat darurat merupakan pasien dengan kegawatdaruratan onkologi, seperti ancaman sumbatan jalan napas, sumbatan saluran gastrointestinal, perdarahan tumoral, kompresi medula spinalis, sindroma lisis tumor, sindrom vena cava superior, hiperkalsemia, dan febril neutropenia.
- b. Langkah kedua dengan mengatur kunjungan pasien poliklinik. Sebagai rumah sakit rujukan, pasien dapat berasal dari berbagai wilayah yang mungkin sudah terpapar infeksi COVID-19. Perjanjian kunjungan pasien poliklinik dapat menggunakan sistem online dan registrasi di tempat pendaftaran. Hal ini akan mengurangi jumlah pasien yang mengantri di ruang registrasi. Alternatif lain menggunakan telemedicine atau konsultasi online. Sistem rumah sakit dapat dimodifikasi dengan pelatihan petugas operator dan dokter untuk dapat memberikan pelayanan rawat jalan. Selama wabah COVID-19, perlu adanya pengaturan pasien poliklinik dengan mengatur jarak kontak fisik, menunda

kunjungan pasien untuk operasi elektif, dan menunda kunjungan poliklinik apabila tidak mendesak.

- c. Langkah ketiga dengan menyiapkan ruangan khusus apabila terdapat pasien yang rawat inap dengan kecurigaan infeksi COVID-19, seperti ada gejala demam dan batuk. Rumah sakit juga memberlakukan aturan jarak antar pasien di ruangan minimal satu meter, memberikan edukasi untuk melakukan cuci tangan, dan etika apabila batuk atau bersin. Pasien yang dicurigai terinfeksi perlu dicatat dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap, rontgen toraks, dan computed tomography scan (CT scan) toraks. Pasien dengan infeksi COVID-19 memiliki gambaran infiltrat dan opasifikasi pada paru yang menunjukkan gambaran pneumonia, akan tetapi sekitar 40% kasus tidak ditemukan kelainan tersebut. Pada CT scan dapat ditemukan opasifikasi ground-glass (88%), terjadi pada kedua paru (87,5%), multilobular (78,8%), dan lebih banyak terjadi pada lobus inferior dengan distribusi perifer (76%). Pada kasus dengan pencitraan pneumonia, selanjutnya dilakukan pemeriksaan antigen dan antibodi SARS-CoV-2 (Irawan and Sudarsa, 2020).

Pasien kanker yang memerlukan operasi untuk penegakan diagnosis, operasi emergency / urgency, dan terapi kuratif kanker perlu dikerjakan selama wabah. Berdasarkan hasil studi Liang, dkk, strategi penanganan pasien kanker pada wabah COVID-19 dengan menunda kemoterapi adjuvan atau operasi elektif pada kanker yang stabil. Selain itu perlu adanya perlindungan diri yang baik tiap pasien dengan kanker atau penyintas kanker dan penanganan intensif pada pasien COVID-19 dengan penyakit komorbid atau usia tua. Selain itu, obat anti-kanker yang diberikan secara intravena dapat diganti dengan obat minum apabila sediaan obat ada, seperti etoposide dan vinorelbine. Pada pasien kanker dengan kemoterapi yang memerlukan obat intravena, dapat ditunda apabila kondisi pasien tidak baik (Irawan and Sudarsa, 2020).

4. Hal yang harus dilakukan oleh penderita Kanker di masa pandemi

- a. Membatasi kontak fisik.
- b. Menggunakan masker saat bepergian ke luar rumah.
- c. Menjauhi kerumunan atau tempat yang ramai.
- d. Menjaga jarak minimal sejauh 2 meter saat berinteraksi dengan orang lain.
- e. Selalu mengonsumsi makanan bergizi untuk menjaga daya tahan tubuh.
- f. Mencuci tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun selama antiseptik.
- g. Mengonsumsi obat-obatan yang telah diresepkan dokter secara teratur.
- h. Melakukan olahraga ringan secara rutin di rumah (Wang, H. & Zhang, 2020).

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bagian ini dijelaskan terkait fitur umum dan jenis studi, intervensi, kondisi penderita kanker pada masa pandemi dan manajemen kanker di komunitas pada masa pandemi COVID-19.

4.1 Fitur Umum dan Jenis Studi

Sebanyak 905 artikel diambil dari pencarian awal. Tinjauan sistematis ini meninjau 14 artikel terpilih dari berbagai negara. Dari proses penyaringan judul setelah, 645 dikeluarkan karena mereka memiliki judul yang tidak terkait. Dari 65 artikel bukan pasien dewasa dengan kanker, 17 artikel tidak fokus pada manajemen perawatan kanker, 143 artikel tidak perawatan kanker selama pandemi COVID-19, 340 artikel desain studi tidak RCT, studi kasus, dan kualitatif. Dari 169 dikecualikan pada studi abstrak, dan 4 duplikat artikel dihapus. Pada akhir proses, 14 studi dimasukkan dalam tinjauan sistematis ini.

Karakteristik populasi dalam semua penelitian hanya mencakup manajemen perawatan kanker pada orang dewasa selama pandemi COVID-19 yang teridentifikasi metode intervensi dengan manajemen perawatan kanker melalui *telemedicine* termasuk dipantau melalui *video call smartphone* atau komputer ($n = 9$) melalui telepon ($n = 4$) dan melalui email atau media sosial ($n = 2$). Penelitian dilakukan pada 1.730 pasien penderita kanker termasuk memiliki usia rata-rata 17 - 46 tahun. Sebagian besar peserta adalah perempuan ($n=74\%$).

4.2 Intervensi

Secara keseluruhan, 14 penelitian menunjukkan bahwa penggunaan *telemedicine* efektif dalam meningkatkan pemantauan pasien dengan penyakit kanker selama Pandemi COVID-19. Sebagian besar penelitian penelitian (2 dari 14) menggunakan SMS sebagai intervensi, 3 penelitian

menggunakan kombinasi sms dan telepon dengan menggunakan teknologi smartphone, 5 artikel menggunakan *video call* untuk manajemen perawatan kanker untuk pemantauan, 1 penelitian untuk pemantauan menggunakan email atau media sosial, serta tiga penelitian menggunakan aplikasi web yang terhubung dengan internet.

Sebagian besar penelitian yang menggunakan intervensi dalam bentuk *video call* menunjukkan hasil yang baik terkait manajemen perawatan kanker selama pandemi COVID-19. Selain itu intervensi yang digunakan melibatkan kombinasi modalitas, seperti adanya aplikasi berbasis web, dimana ditemukan hasil *monitoring* (Munusamy *et al.*, 2020) Jika pasien datang ke rumah sakit ini ditempatkan untuk menjaga jarak minimal dua meter selama perawatan. Tim perawatan kesehatan itu memisahkan siklus (pindah ke pangkalan) untuk mengurangi risiko infeksi. Untuk pasien yang tidak mendapatkan terapi aktif, kunjungan tindak lanjut rutin diminimalkan atau ditunda, dan perawatan medis diberikan melalui *telemedicine* (Grazioli *et al.*, 2020).

Kelebihan yang dapat diamati dalam intervensi dengan menggunakan aplikasi smartphone adalah terkait fitur-fitur menarik. Aplikasi ponsel cerdas memiliki potensi untuk alamat kompleksitas perilaku dan gaya hidup yang tidak patuh, dengan ciri-ciri yang lengkap, unik dan menarik (Li *et al.*, 2019).

4.3 Kondisi Penderita kanker di masa Pandemi COVID-19

Hasil pasien berkualitas tinggi COVID-19 baik, dengan yang terbaik ditentukan kehilangan hidup karena perkembangan gangguan metastasis superior. Kesimpulan Catatan kami menyiratkan bahwa kelanjutan pengobatan antikanker di daerah epidemi pada tahap tertentu dalam pandemi COVID-19 tampaknya aman dan layak, jika pencegahannya cukup baik dan ketat. Pasien dengan sebagian besar kanker dan COVID-19 jauh lebih mungkin menjadi lebih buruk menjadi infeksi yang berlebihan daripada mereka yang tidak memiliki sebagian besar kanker. Unsur-unsur bahaya yang didiagnosis di sini dapat berguna untuk pengawasan ilmiah

awal perkembangan kelainan pada penderita dengan sebagian besar kanker yang dikaruniai COVID-19.

Pasien dengan sebagian besar kanker dan COVID-19 jauh lebih mungkin menjadi lebih buruk menjadi kontaminasi intens daripada yang tanpa sebagian besar kanker. Faktor risiko yang didiagnosis di sini akan berguna untuk pengawasan ilmiah awal perkembangan penyakit pada pasien dengan sebagian besar kanker yang dikaruniai COVID-19. Penderita pria yang lebih tua berada pada ancaman kematian yang lebih baik dengan COVID-19. Pasien dengan sebagian besar kanker juga berada pada ancaman yang lebih baik, seperti mereka yang baru saja menjalani kemoterapi. Kami menawarkan perkiraan yang beralasan untuk memungkinkan penderita dan dokter untuk stabilitas yang lebih tinggi dari bahaya tersebut dan menggambarkan dampak yang lebih luas.

Paling penelitian menyatakan bahwa COVID-19 yang dirawat di rumah sakit, usia, ketenaran Grup Onkologi Koperasi Timur dan tingkat lanjut dari sebagian besar kanker secara independen terkait dengan kematian.

4.4 Manajemen Kanker di Komunitas pada masa Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia sejak November 2019 hingga tahun 2022 telah mengubah banyak infrastruktur kesehatan dan tenaga kerja untuk dialihkan ke penanganan dan pengobatan penyakit ini. Akibatnya, perawatan rutin penyakit non-COVID sangat terganggu, termasuk kanker. Menjadi situasi yang belum pernah terjadi sebelumnya, rekomendasi untuk perawatan kanker selama beberapa bulan terakhir terus berkembang. Mayoritas asosiasi dan pedoman merekomendasikan triase klinis pasien berdasarkan berbagai subsitus penyakit atau biologi.

Perawatan kanker yang berdiri sendiri dihadapkan pada dilema yang lebih besar. Perawatan kanker secara umum dan secara khusus operasi kanker, sementara menjadi pengobatan "pilihan" sebagian besar waktu, seringkali penting dan tidak dapat ditunda tanpa batas waktu. Keterlambatan dalam pengobatan yang optimal telah terbukti mempengaruhi hasil, membuat intervensi tepat waktu menjadi kritis. Namun, banyak literatur membawa bukti terdepan bahwa pasien dengan

kanker diamati memiliki risiko lebih tinggi dari kejadian parah, perawatan intensif, atau kematian, dibandingkan dengan pasien tanpa kanker. Dengan informasi ini, ahli onkologi dihadapkan pada dilema klinis apakah harus “mengobati atau tidak.” Dengan tidak menunda pengobatan, ada kemungkinan peningkatan kematian jangka pendek akibat ancaman langsung COVID-19. Dalam menghadapi pandemi COVID-19, penelitian sangat dibutuhkan untuk memandu asuhan keperawatan dan lebih banyak perhatian untuk populasi yang rentan. Di sini, dengan mengintegrasikan data klinis dari tiga database, kami mencoba menemukan bagaimana manajemen kanker pada orang dewasa selama COVID-19.

COVID-19 ditandai dengan penularan yang cepat dari manusia ke manusia dan saat ini tidak ada terapi atau vaksin yang tersedia. Oleh karena itu, tindakan pengendalian infeksi yang ketat menjadi sangat penting. Karena keadaan immunosupresif, pasien dengan kanker yang menjalani pengobatan antikanker seperti kemoimunoterapi atau terapi yang ditargetkan seringkali lebih rentan terhadap infeksi dibandingkan dengan individu tanpa kanker. Selain itu, pasien dengan kanker menggabungkan beban komorbiditas yang sering dan banyak pasien berulang kali dirawat di area yang sama seperti ruang kemoterapi. Park *et al.* (2021) memiliki rekomendasi untuk manajemen kanker selama pandemi COVID-19, semua pada dasarnya mendorong pasien untuk melanjutkan pengobatan, asalkan semua tindakan pengendalian dan pencegahan infeksi diikuti. Gangguan pengobatan aktif hanya diamati jika pasien memiliki tanda dan gejala seperti batuk, anosmia dan gejala khas COVID-19. Dalam studi mereka, mereka tidak dapat mengidentifikasi beberapa bukti mengenai pasien dengan histologi, terapi, atau subpopulasi pasien kanker tertentu yang berisiko lebih tinggi terkena penyakit parah akibat infeksi COVID-19.

Temuan lain dalam studi Grazioli *et al.* (2020), risiko lebih tinggi mengembangkan kejadian parah pada penyakit COVID-19 pada pasien kanker dilaporkan. Para penulis menyarankan penundaan yang disengaja dari kemoterapi ajuan atau operasi elektif untuk kanker yang stabil. Baru-baru ini, mereka melaporkan hasil klinis dari 28 pasien kanker yang terinfeksi COVID-19 dengan tumor padat. Dalam studi retrospektif mereka,

pasien kanker yang terinfeksi COVID-19 menunjukkan hasil yang buruk, dengan kejadian parah klinis yang tinggi dan tingkat kematian 28,6%.

Studi terbesar hingga saat ini menunjukkan faktor prognostik negatif terkait keparahan COVID-19 pada populasi kanker. Penelitian terhadap 928 pasien ini mengidentifikasi bahwa usia, jenis kelamin laki-laki, status merokok, status kinerja, dan adanya penyakit penyerta merupakan faktor risiko independen untuk COVID-19 yang parah. Studi yang dilakukan tidak hanya mengidentifikasi kembali faktor-faktor risiko negatif ini (yaitu usia, status tubuh yang buruk, kanker stadium lanjut), tetapi juga mengidentifikasi perolehan COVID-19 di rumah sakit sebagai faktor negatif yang independen. Temuan baru ini jelas perlu dikonfirmasi di pusat kanker lain, tetapi mengidentifikasi faktor ekstrinsik pasien yang harus dipertimbangkan dalam perang melawan COVID-19. Studi ini memperkuat pentingnya penyusunan strategi dan studi lebih lanjut tentang pengendalian infeksi untuk mencegah penularan COVID-19 ke pasien yang dirawat di rumah sakit. Misalnya, skrining anggota staf dan pasien baik untuk gejala COVID-19 atau infeksi COVID-19 sebelum masuk ke unit bebas COVID bisa menjadi metode potensial, seperti yang disarankan oleh beberapa pedoman. Menunjuk unit dan personel bebas COVID termasuk apoteker, dokter, perawat dan staf rumah lainnya juga direkomendasikan oleh otoritas kesehatan. Alat pelindung diri yang memadai dan protokol kebersihan tangan yang ketat juga sangat penting untuk mengurangi infeksi nosokomial.

Modifikasi yang diperlukan dalam situasi saat ini untuk memberikan perawatan paliatif, **pertama:** skrining untuk pasien kanker. Pintu masuk terpisah untuk pasien kanker harus dibuat pasien kanker harus diskriminasi dan pertanyaan spesifik terkait gejala COVID-19 harus ditanyakan. Riwayat demam batuk, pilek, diare, dan apakah tinggal di zona penahanan harus ditanyakan. Suhu harus diperiksa dengan termometer inframerah nonkontak. **Kedua:** keterampilan komunikasi. Sebelum Anda memulai percakapan, beri tahu pasien bahwa Anda akan memakai masker dan kacamata pelindung untuk keselamatan keduanya. Komunikasi yang baik melibatkan komunikasi verbal dan nonverbal. Situasi saat ini menghambat

alat yang paling penting dalam perawatan. Sesuai pedoman, seorang dokter menggunakan masker N95, pelindung wajah, dan jarak sosial membuat bagian komunikasi verbal sangat sulit saat berbicara, merenung, dan meringkas. **Ketiga:** Telemedis. Para medis telah menggunakan konferensi video untuk pasien yang tidak dalam kondisi fisik untuk datang ke klinik dan merasa sangat berguna. *Telemedicine*, metode yang dikenal dalam memberikan layanan medis, kini menjadi teknologi penting untuk memberikan perawatan paliatif. Ini memiliki banyak keuntungan termasuk pemeliharaan jarak sosial, menghemat waktu perjalanan, nyaman dan menghemat sumber daya seperti alat pelindung diri (APD) (Khurana et al., 2020). Singkatnya, penelitian ini menunjukkan bahwa kelanjutan pengobatan antikanker selama pandemi COVID-19 tampaknya aman dan layak, jika langkah- langkah pengendalian infeksi yang memadai dan ketat ditegakkan. Studi yang lebih rinci tentang infeksi COVID-19 pada pasien dengan kanker dapat membantu memandu manajemen pasien onkologi di masa depan.

BAB 5

PENUTUP

Penyakit paliatif hingga saat ini masih menghantui Negara ini. Manajemen penanganan yang tepat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Apalagi di era pandemic ini. Manajemen perawatan yang tepat ditandai dengan peningkatan efektifitas perawatan terutama pada masalah fisik maupun masalah mental.

Manajemen perawatan kanker di komunitas menitikberatkan pada proses pelibatan beberapa pihak di lingkup komunitas dalam menyelesaikan suatu hal. Keterlibatan dari institusi pemerintahan diharapkan dapat mempermudah proses asuhan keperawatan yang diberikan. Karena upaya ini dapat meningkatkan kemandirian dan optimalisasi proses kehidupan pasien end of life. Terapi ini dikaitkan dengan kemandirian pasien dalam menjalani kehidupan, bukan untuk mempermudah kesembuhan.

Semoga buku ini dapat diaplikasikan bagi semua tatanan terutama pada proses asuhan keperawatan paliatif sehingga dapat meningkatkan derajat hidup orang banyak.

DAFTAR PUSTAKA

- Chakrabarti, J. and Mitra, S. (2018) 'Cancer and Noncoding RNAs', *Academic Press*, p. iv. doi:10.1016/b978-0-12-811022-5.12001-7.
- Civantos, A.M. *et al.* (2020) 'Care of immunocompromised patients with head and neck cancer during the COVID-19 pandemic: Two challenging and informative clinical cases', *Head and Neck*, 42(6), pp. 1131–1136. doi:10.1002/hed.26165.
- Desson, Z. *et al.* (2020) 'Europe's Covid-19 outliers: German, Austrian and Swiss policy responses during the early stages of the 2020 pandemic', *Health Policy and Technology*, 9(4), pp. 405–418. doi:10.1016/j.hlpt.2020.09.003.
- Dwi Kurniawati, Ratih and Yunita Galih, Yudanari and Susilo, J. (2020) *Hubungan Kesadaran Diri Dengan Manajemen Perawatan Diri Pada Penderita Hipertensi Usia Dewasa Di Kelurahan Jimbaran Kecamatan Bandungan*. Universitas Ngudi Waluyo.
- Fadul, F.M. (2019) '濟無No Title No Title No Title', pp. 6–20.
- Gide, A. (2020) 'Konsep Dasar Covid-19', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2, pp. 5–24.
- Grazioli, E. *et al.* (2020) 'New strategy of home-based exercise during pandemic COVID-19 in breast cancer patients: A case study', *Sustainability (Switzerland)*, 12(17). doi:10.3390/SU12176940.
- Handayani, N. (2022) 'Kanker dan serba-Serbinya'. Available at: <https://rsprespira.jogjaprovo.go.id/kanker-dan-serba-serbinya-hari-kanker-sedunia-2022/>.
- Ibrahim, A. and Yahia, O. (2020) 'Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information ' , (January).
- Irawan, H. and Sudarsa, I.W. (2020) 'Penanganan Pasien Kanker dan Risiko Infeksi selama Wabah COVID-19', *JBN (Jurnal Bedah Nasional)*, 4(1), p. 15. doi:10.24843/jbn.2020.v04.is01.p04.

- 'Kamus Besar Bahasa Indonesia' (no date).
- Kemkes (2020) 'Pusat Analisis Determinan Kesehatan'. Available at: <https://www.kemkes.go.id/folder/view/full-content/structure-faq.html>.
- Kemkes (2022) 'Situasi COVID-19. Kementerian Kesehatan RI'. Available at: <https://infeksiemerging.kemkes.go.id>.
- Khurana; et al. (2020) 'No Title'.
- Li, W.H.C. *et al.* (2019) 'A study protocol for a randomised controlled trial evaluating the use of information communication technology (WhatsApp/WeChat) to deliver brief motivational interviewing (i-BMI) in promoting smoking cessation among smokers with chronic diseases', *BMC Public Health*, 19(1), pp. 1–9. doi:10.1186/s12889-019-7417-6.
- Montrief, T. *et al.* (2020) 'Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information', (January).
- Ojeahere, M.I. *et al.* (2020) 'Management of psychiatric conditions and delirium during the COVID-19 pandemic across continents: lessons learned and recommendations', *Brain, Behavior, and Immunity - Health*, 9(August), pp. 1–9. doi:10.1016/j.bbih.2020.100147.
- Park, J.H. *et al.* (2021) 'Strategies to prevent COVID-19 transmission in the emergency department of a regional base hospital in Korea: From index patient until pandemic declaration', *American Journal of Emergency Medicine*, 46(March 2020), pp. 247–253. doi:10.1016/j.ajem.2020.07.056.
- Pranita, E. (2021) 'Kasus Baru dan Kematian akibat Kanker di Indonesia Naik 8,8 Persen.' Available at: <https://www.kompas.com>.
- Satgas (2022) 'Tentang-vaksin-covid19'. Available at: <https://covid19.go.id/id/tentang-vaksin-covid19>.
- Suparyanto dan Rosad (2015 (2020) 'Pengaruh virtual reality therapy pada pasien early diagnosed cancer', *Suparyanto dan Rosad (2015, 5(3)*, pp. 248–253.
- Thangaraj Munusamy; et al. (2020) 'Telemedicine via Smart Glasses in Critical Care of The Neurosurgical Patient-COVID-19 Pandemic Preparedness and

- Response in Neurosurgery', 21(1), pp. 1–9. Available at: <http://mpoc.org.my/malaysian-palm-oil-industry/>.
- Bin Traiki, T.A. *et al.* (2020) 'Impact of COVID-19 pandemic on patient satisfaction and surgical outcomes: A retrospective and cross sectional study', *Annals of Medicine and Surgery*, 58(August), pp. 14–19. doi:10.1016/j.amsu.2020.08.020.
- Wang, H. & Zhang, L. (2020) 'Risk of COVID-19 for Patients With Cancer. The Lancet Oncology. 21(4), S1470–S2045.'
- WHO (2022a) 'Virus corona disease (COVID-19) outbreak situation'. Available at: <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus>.
- WHO (2022b) 'Weekly Operational Update on COVID-19', (97).
- Xuan, B. *et al.* (2020) 'Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information ', (January).
- Zhou, S. *et al.* (2020) 'A Pilot Study and Ecological Model of Smoking Cues to Inform Mobile Health Strategies for Quitting Among Low-Income Smokers', pp. 850–862. doi:10.1177/1524839920942214.

GLOSARIUM

A

Analisis retrospektif: penelitian berupa pengamatan terhadap peristiwa-peristiwa yang telah terjadi bertujuan untuk mencari faktor yang berhubungan dengan penyebab.

ARDS: *acute respiratory distress syndrome*; salah satu penyakit paru akut yang disebabkan oleh penumpukan cairan di alveoli atau kantung udara kecil di paru-paru dengan gejala utamanya adalah sesak napas berat dan sulit bernapas.

B

Bivariat: analisis secara simultan dari dua variabel.

C

CFR: *Case fatality rate*; merupakan suatu angka yang dinyatakan ke dalam persentase yang berisikan data orang mengalami kematian akibat suatu penyakit tertentu; umumnya digunakan untuk pengukuran penyakit menular.

COVID-19: Penyakit Coronavirus 2019; penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2.

D

Database: istilah teknologi jaringan komputer yang memiliki banyak manfaat berupa penyimpanan data; kumpulan data yang dikelola sedemikian rupa berdasarkan ketentuan tertentu yang saling berhubungan sehingga mudah dalam pengelolaannya; pengguna dapat memperoleh kemudahan dalam mencari informasi, menyimpan informasi dan membuang informasi.

E

Epidemiologi: cabang ilmu biologi yang mempelajari dan menganalisis tentang penyebaran, pola, dan penentu kondisi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu.

Etiologi: studi yang mempelajari tentang kausalitas (penyebab) dan asal-muasal sesuatu.

F

G

Globocan: *Global Burden of Cancer Study*

H

Hepatitis: penyakit yang ditandai dengan peradangan pada organ hati. Kondisi ini bisa terjadi karena infeksi virus, kebiasaan minum alkohol, paparan zat beracun atau obat-obatan tertentu.

HIV: *Human Immunodeficiency virus*; virus yang merusak sistem kekebalan tubuh dengan menginfeksi dan menghancurkan sel CD4.

Human Paapilloma Virus: virus yang dapat menyebabkan infeksi di permukaan kulit, serta berpotensi menyebabkan kanker serviks.

I

ICTV: International Committee on Taxonomy of Viruses; induk organisasi yang mengatur taksonomi dan nomenklatur untuk virus

Insiden: peristiwa, kejadian

Instrumen Penelitian: suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati.

Inkubasi: Periode antara infeksi awal dan gejala pertama penyakit

J

K

KKMMD: Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia; kejadian luar biasa yang mengancam kesehatan masyarakat negara lainnya melalui penyebaran global dan penanggulangannya memerlukan respons internasional yang terkoordinir dimana Negara perlu melaporkan setiap kejadian yang berpotensi menjadi PHEIC yang ditetapkan oleh Dirjen WHO.

Komorbid: penyakit penyerta

Kriteria inklusi: kriteria yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel.

Kriteria eksklusi: kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sampel.

L

Literature Review: sebuah metode yang sistematis, eksplisit dan reproduibel untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan sintesis terhadap karya-karya hasil penelitian dan hasil pemikiran yang sudah dihasilkan oleh para peneliti dan praktisi.

M

Manifestasi Klinis: sebuah gejala klinis yang bisa ditemukan di seseorang ketika ia menderita penyakit.

MERS: Middle East Respiratory Syndrome; penyakit yang menginfeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh suatu subtype baru dari virus corona yang belum pernah ditemukan menginfeksi manusia sebelumnya.

N

Neoplasia: pertumbuhan sel baru yang abnormal

O

Onkologi: ilmu kedokteran yang fokus pada penyakit kanker.

P

PHEIC: *Public Health Emergency of International Concern*

Prevalensi: proporsi dari populasi yang memiliki karakteristik tertentu dalam jangka waktu tertentu.

Presimtomatik: sebelum muncul gejala pertama

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; alat dan panduan yang digunakan untuk melakukan penilaian terhadap sebuah systematic reviews dan atau meta analysis.

Q

R

Radiologi: salah satu cabang ilmu kedokteran yang untuk mengetahui atau mendiagnosis bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan teknologi pencitraan, baik gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.

RCT: randomized controlled trial; prosedur yang umumnya digunakan pada uji coba obat atau prosedur medis. RCT melibatkan proses pemberian perlakuan kepada subjek secara acak.

RNA: singkatan ribonukleat acid yang merupakan salah satu materi genetik yang terdiri dari nukleotida. Dalam tubuh manusia RNA berperan sebagai pembawa informasi genetik dan menerjemahkannya dalam sintesis berbagai macam protein.

S

SARS: Sindrom Pernafasan Akut Berat/ Severe Acute Respiratory Syndrome

Skrining: salah satu bentuk dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mendeteksi dini orang yang memiliki masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin serta tersedianya data atau informasi untuk menilai perkembangan kesehatan seseorang.

Syok Sepsis: merupakan salah satu kondisi darurat yang ditandai dengan terganggunya aliran darah akibat infeksi.

T

Taman Obat Keluarga (TOGA): tanaman yang berkhasiat sebagai obat dan dibudidayakan di pekarangan rumah, kebun, ataupun ladang. Tanaman tersebut dapat memenuhi keperluan keluarga akan obat-obatan, sehingga akan terwujud prinsip kemandirian dalam pengobatan keluarga.

Telemedicine: praktik penggunaan teknologi untuk memberikan pelayanan kesehatan secara jarak jauh

U

Uji Validitas: uji yang dilakukan untuk mengukur apakah data yang telah didapat setelah penelitian merupakan data yang valid atau tidak, dengan menggunakan alat ukur yang digunakan (kuesioner).

Uji Reliabilitas: uji yang dilakukan untuk melihat sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama.

Univariat: Analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian.

V

Video Call : teknologi dimana kita bisa berkomunikasi seperti bertatap muka/face to face langsung dengan penerima dan dengan gadget/perangkat yang terhubung ke jaringan Internet.

W

WHO: *World Health Organization*

X

Y

YKI: Yayasan Kanker Indonesia; organisasi nirlaba yang bersifat sosial dan kemanusiaan di bidang kesehatan, khususnya dalam upaya penanggulangan kanker dan memiliki jaringan kerja di seluruh Provinsi di Indonesia.

INDEK

Bakteri
COVID-19
Desain penelitian
Epidemiologi
Etiologi
Kanker
Komunitas
Manajemen
Manifestasi klinis
Metode penelitian
Onkologi
Paliatif
Pandemi
Perawatan
Prevalensi
Telemedicine
Telemedicine
Virus

**Efek Terapi Suportif Terhadap
Kualitas Hidup Pasien
KANKER**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 PENDAHULUAN

Sebagai penyakit kronis, kanker merupakan penyakit yang menyerang seluruh anggota tubuh. Kanker tidak hanya menyerang sel kanker utama, tetapi juga akan bermetastasis ke organ dan jaringan lain, sehingga menyebabkan tidak berfungsinya semua organ. Dampak terhadap kanker tergantung dari status kanker itu sendiri. Karena sampai saat ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan kanker, salah satu akibat akhir dari kanker adalah kematian. Nyeri dan ketidaknyamanan pasca operasi, infeksi, dan efek samping dari perawatan tambahan pasca operasi berkontribusi pada kesulitan makan dan kehilangan nafsu makan, yang memengaruhi nutrisi dan kualitas hidup (Chasen & Bhargava 2016). Pasien dengan kanker stadium lanjut memiliki tingkat tekanan psikologis yang tinggi, termasuk depresi, kecemasan, dan keputusasaan spiritual (Breitbart et al., 2018).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO, diperkirakan 12 juta orang di dunia menderita kanker setiap tahunnya. Jumlah ini terus meningkat setiap tahunnya dan diperkirakan penderita kanker akan mencapai 26 juta orang pada tahun 2030. Angka kejadian kanker di seluruh dunia bervariasi menurut ras dan status negara; kanker lebih banyak terjadi di negara dengan tingkat ekonomi rendah sampai menengah, yaitu sekitar 70% dari seluruh kejadian kanker di dunia. Data insiden, tersedia hingga 2015, dikumpulkan oleh Program Pengawasan, Epidemiologi, dan Hasil Akhir; Program Nasional Pendaftar Kanker; dan Asosiasi Pendaftar Kanker Pusat Amerika Utara. Data kematian dikumpulkan oleh Pusat Statistik Kesehatan Nasional. Pada tahun 2019, 1.762.450 kasus kanker baru dan 606.880 kematian akibat kanker diproyeksikan terjadi di Amerika Serikat.

Terapi suportif adalah manajemen yang tepat dari pasien kanker yang menerima perawatan dan didasarkan pada banyak faktor, termasuk

kumpulan informasi yang memadai tentang gejala dan efek samping. Terapi suportif dapat secara signifikan memengaruhi Kualitas Hidup (QoL) pasien, dan deskripsi gejala subyektif yang tepat sangat penting (Siegel & Miller, 2016). Mengintegrasikan metode dalam perawatan onkologi telah menghasilkan efek positif pada hasil yang dilaporkan pasien (PRO), dan didukung oleh pedoman klinis internasional. Meta-analisis menunjukkan bahwa, misalnya, akupunktur dan akupresur mengurangi mual dan nyeri, dan aromaterapi berpotensi mengurangi gangguan tidur dan kecemasan. Ada juga bukti yang diakui bahwa metode pikiran-tubuh seperti yoga dan meditasi meningkatkan QOL pasien, dan mengurangi kelelahan dan tekanan.

Fokus utama pengobatan kanker selalu untuk meningkatkan kelangsungan hidup secara keseluruhan dan bebas penyakit; namun, Kualitas Hidup semakin diakui sebagai titik akhir yang penting. Meskipun ada pemahaman naluriah tentang istilah "kualitas hidup", ada banyak definisi, yang membuktikan fakta bahwa ini adalah konsep yang kompleks dengan banyak aspek dan komponen yang beragam. Dimensi standar yang digunakan dalam kuesioner QoL mengukur ada tidaknya gejala spesifik atau kesehatan umum secara keseluruhan. Berbagai kuesioner dan metodologi telah dirancang untuk memahami preferensi dan prioritas pasien terhadap pengobatan kanker. Dalam risiko standar, pasien diminta untuk memilih antara tetap dalam keadaan sakit untuk jangka waktu tertentu atau memilih perawatan yang dapat menyebabkan kematian atau memulihkan kesehatan yang sempurna.

BAB 2

METODOLOGI

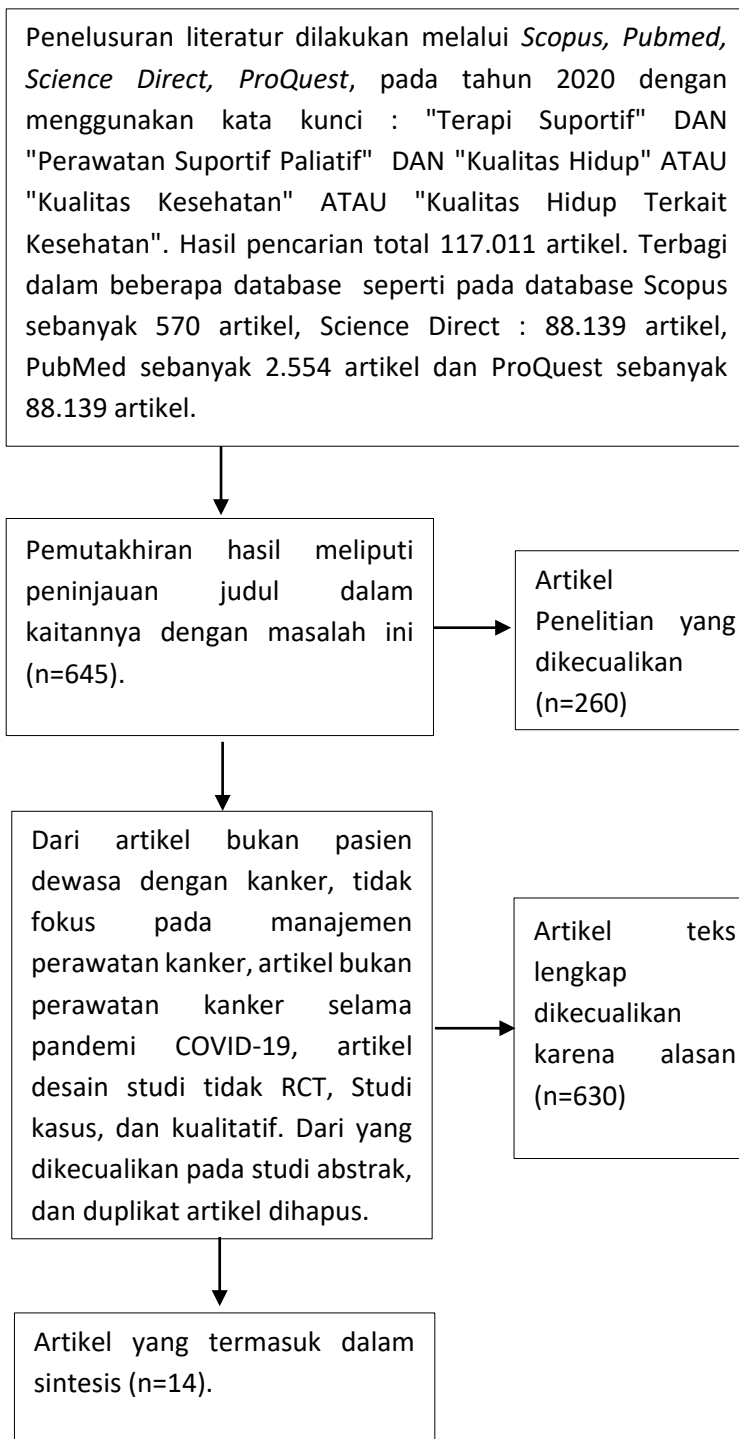
Tinjauan sistematis ini mencakup jurnal asli yang membahas pengaruh terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien yang menderita kanker stadium lanjut yang membutuhkan perawatan paliatif dan dilakukan sesuai dengan pedoman pernyataan PRISMA. Pencarian literatur secara sistematis dilakukan di beberapa database besar seperti PubMed, Scopus, ScienceDirect, dan ProQuest, dengan memasukkan kata kunci terapi suportif, kualitas hidup, dan pasien kanker. Tidak ada batasan lain yang digunakan untuk memaksimalkan pencarian literatur. Daftar referensi literatur dilakukan secara manual. Hasil pencarian: Database artikel fulltext yang dinilai kelayakannya adalah PubMed delapan jurnal, Scopus 24 jurnal, ScienceDirect 18 jurnal, dan ProQuest sebanyak 14 jurnal.

2.1 Kriteria Inklusi

Studi dimasukkan dalam tinjauan jika memenuhi kriteria berikut: (1) melibatkan pasien dewasa yang menderita kanker di semua stadium dengan perawatan paliatif; (2) protokol khusus untuk terapi suportif di rumah sakit digunakan sebagai intervensi; (3) kelompok kontrol yang menerima protokol terstruktur yang diberikan perawatan standar yang sudah ada di rumah sakit yang digunakan sebagai pembanding; (4) membahas kualitas hidup; (5) diterbitkan dalam bahasa Inggris; (6) penelitian menggunakan metode Randomized Controlled Trial (RCT) tentang pengaruh terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien kanker dengan batasan tahun yang digunakan selama lima tahun terakhir (2016-2020); dan (7) Studi desain RCT harus memenuhi kriteria PICO di antara populasi yang digunakan, yaitu pasien kanker yang sedang menjalani perawatan paliatif.

2.2 Kriteria Eksklusi

Studi dikecualikan jika (1) mereka melibatkan kanker pasien tetapi tidak meninjau kualitas hidup; (2) terapi suportif tidak dijelaskan oleh penulis; (3) penelitian ini tidak melibatkan kelompok kontrol, karena kami merasa bahwa kami tidak dapat memisahkan efek terapi suportif versus perawatan standar di rumah sakit; (4) tidak melibatkan pasien dewasa; (5) intervensi tidak menjelaskan protokol spesifik dari terapi suportif terhadap QoL.



Gambar 1. Proses pemilihan artikel diadaptasi dari flowchart

23 Ukuran Hasil

Ukuran hasil yang menarik dalam ulasan ini termasuk manajemen psikologis, kebutuhan nutrisi, manajemen nyeri, dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil yang dihasilkan adalah pengukuran kualitas hidup pasien dengan kanker. Ukuran status kesehatan dikumpulkan langsung dari pasien melalui kuesioner tentang kualitas hidup.

24 Pemilihan studi dan ekstraksi data

Penelitian disaring melalui judul dan abstrak artikel yang dihasilkan oleh strategi pencarian. Artikel yang tidak relevan dikeluarkan sementara artikel teks lengkap lainnya kemudian disaring secara independen berdasarkan kriteria seleksi inklusi dan eksklusi. Perbedaan diselesaikan dengan menangani dalam kelompok penelitian. Data kemudian diekstraksi secara independen dari artikel yang dipilih oleh penelitian ke dalam bentuk pengumpulan data standar. Selain ukuran hasil yang menarik, peneliti membuat ringkasan karakteristik penelitian termasuk informasi tentang jenis kanker, alat ukur, jumlah pasien, desain penelitian, dan tindak lanjut.

25 Penilaian kualitas

Kualitas metodologi dari setiap studi dievaluasi oleh peneliti menggunakan alat Downs and Black. Alat ini dipilih karena menilai kualitas uji coba terkontrol acak (RCT) dan studi komparatif nonacak dan telah terbukti memiliki konsistensi internal yang baik, reliabilitas tes ulang, reliabilitas antar penilai, dan validitas terkait kriteria. Alat Downs and Black terdiri dari 27 item yang dibagi menjadi lima subskala: pelaporan (10 item), validitas eksternal (tiga item), validitas-bias internal (tujuh item), pengganggu (enam item), dan kekuatan (satu item). Alat tersebut menghasilkan skor keseluruhan dengan maksimal 27 poin (untuk hasil pengujian, item terakhir diberi skor 0 atau 1). Ketidakepakatan mengenai penilaian kualitas diselesaikan oleh kelompok penelitian (Downs & Black, 2016).

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 Terapi Suportif

1. Definisi Terapi Suportif

Supportif group merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-issue dari tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini diberikan adalah memberikan support dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Hant, 2014)

Menurut Heller, dkk hasil penelitian mengindikasikan *peer support* (dukungan Kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan beban klien. Sedangkan mutual support (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagai pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan ketrampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan (Chien, Chan, dan Thompson, 2006).

Dengan demikian pengertian Terapi Suportif klien pada klien dengan gangguan jiwa (perilaku kekerasan) adalah terapi suportif yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih klien yang memiliki anggota dengan perilaku kekerasan dengan cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi klien sehingga klien mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaanya melalui ekspresi verbal.

2. Tujuan Terapi Suportif Klien

Tujuan terapi suportif klien adalah memberikan *support* terhadap klien sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien- terapis, meningkatkan kekuatan klien, meningkatkan keterampilan coping klien, meningkatkan kemampuan klien menggunakan sumber copingnya, meningkatkan otonomi klien dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan klien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distres subyektif dan respons coping yang maladaptive.

3. Prinsip Terapi Suportif Klien

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan Terapi Suportif Klien (Chien, Chan, & Thompson, 2006):

- a. Memperlihatkan hubungan saling percaya
- b. Memikirkan mengenai ide dan alternatif untuk memecahkan masalah.
- c. Mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis).
- d. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama
- e. Pemecahan masalah secara individu.

4. Karakteristik Terapi Suportif Klien

- a. Kelompok kecil berjumlah 8-12 orang
- b. Anggota homogeny
- c. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi
- d. Kepemimpinan kolektif
- e. Keanggotaan sukarela dan non poitik
- f. Anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi

5. Aturan dalam Terapi Suportif Klien

Aturan dalam pemberian Terapi Suportif Klien meliputi:

- a. Terapis dan klien berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap klien berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
- b. Melibatkan dukungan dari anggota klien dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan.
- c. *Supportive group* adalah kelompok *self supporting* sehingga klien harus berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
- d. Terapis merespon pertanyaan klien, menghindari interogasi, konfrontasi, dan interpretasi. Melakukan klarifikasi pada klien tentang masalahnya dengan memberikan nasehat, melakukan konfrontasi suportif, membatasi setting, memberikan pendidikan kesehatan dan jika perlu melakukan perubahan lingkungan klien.
- e. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan hubungan timbale balik. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.
- f. Harus mampu menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah klien, dan menganggap klien sejajar kedudukannya dengan terapis.
- g. Klien harus mengekspresikan pikiran dan perasaannya.
- h. Tujuan terapi harus dijaga sejak awal sampai akhir.
- i. Berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada klien dan melihat bagaimana respon klien saat diberitahukan tentang kondisinya.

6. Keanggotaan Terapi Suportif Klien

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan klien meliputi:

- a. Berusia antara 18 sampai 55 tahun
- b. Anggota klien bersifat homogen
- c. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi.
- d. Dapat membaca dan menulis.
- e. Dipimpin oleh tenaga yang profesional

7. Pengorganisasian Terapi Suportif Klien

a. Leader Terapi Suportif Klien

Terapi dipimpin oleh terapis dengan tugasnya yang meliputi:

- 1) Memimpin jalannya diskusi
- 2) Menentukan lama pertemuan (50 menit)
- 3) Menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat agar klien dapat kooperatif, produktif, dan berpartisipasi.
- 4) Memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan klien
- 5) Membimbing diskusi, menstimulasi klien, dan mencegah monopoli saat diskusi.
- 6) Memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya mengenai gangguan jiwa
- 7) Memberikan kesempatan klien untuk mengekspresikan masalahnya.
- 8) Memberikan motivasi klien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi
- 9) Memahami opini yang diberikan klien
- 10) Memberikan umpan balik positif kepada klien mengenai perawatan klien perilaku kekerasan yang sudah benar dilakukannya selama ini.
- 11) Memberikan penjelasan dan masukan mengenai perawatan klien cara mengetahui perilaku kekerasan yang belum diketahui / belum dipahami oleh klien.

b. Anggota kelompok Terapi Suportif Klien

Tugas klien sebagai anggota kelompok meliputi:

- 1) Mengikuti jalan atau proses pelaksanaan Terapi Suportif klien sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara anggota kelompok dan *leader* (pemimpin kelompok).
- 2) Berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung, memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi, dan melakukan simulasi.

8. Waktu Pelaksanaan Terapi Suportif Klien

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan klien dengan alokasi waktu selama kegiatan 50 menit.

9. Tempat Pelaksanaan Terapi Suportif Klien

Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* Rumah Sakit Jiwa sehingga dapat dilakukan di ruangan salah satu klien, ruangan pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

10. Pelaksanaan Terapi Suportif

Pada penelitian ini, terapi suportif klien (TSK) dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni: sesi pertama mengidentifikasi kemampuan klien dan sistem pendukung yang ada. sesi kedua menggunakan sistem pendukung diluar klien. dan sesi keempat mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung.

Keempat sesi pada TSK merupakan pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey & Bulecheck (1996, dalam Stuart Laraia. 1998) dan *mutual support group* bagi klien menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006).

- a. Sesi pertama: Mengidentifikasi kemampuan klien dan sumber pendukung yang ada.

Pada sesi ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai: apa yang diketahuinya mengenai gangguan jiwa (perilaku kekerasan). cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam merawat diri klien untuk mengatasi perilaku kekerasan, sumber pendukung yang ada. selain itu, memberi motivasi pada klien untuk mengungkap pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada klien mengenai cara perawatan klien perilaku kekerasan yang sudah benar dilakukannya selama ini. dan memberi masukan serta penjelasan mengenai perawatan klien perilaku kekerasan yang belum diketahui/belum dipahami.

hasil dari sesi pertama ini. klien mampu menjelaskan: kemampuan positifnya dalam mengatasi perilaku kekerasan dan masalah yang dihadapinya. serta menjelaskan sumber pendukung yang ada.

- b. Sesi kedua: menggunakan sistem pendukung dalam klien, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam diri klien dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam diri klien dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Hasil dari sesi kedua ini, klien: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam diri klien, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada dalam diri klien, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam klien, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam diri klien.

- c. Sesi tiga: Menggunakan sistem pendukung di luar diri klien, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan sistem pendukung di luar diri klien dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar diri klien dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Hasil dari sesi ketiga ini, klien: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien. mampu *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien dan mampu memonitor dalam pelaksanaan. hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien.

- d. Sesi keempat: Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam klien maupun diluar klien, dan acra memenuhi kebutuhan tersebut. serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

Hasil dari sesi keempat ini, klien mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik dalam dan di luar klien.

Pelaksanaan terapi suportif klien ini menggunakan area di rumah sakit yang dapat dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah. ruang pertemuan, atau sarana lainnya yang tersedia di rumah sakit. metode yang dilakukan adalah dinamika kelompok, diskusi, tanya jawab, dan *role play* dengan *setting* posisi klien-terapis dalam formasi melingkar. adapun alat dan bahan yang harus diperlukan meliputi: kursi, meja, alat tulis, alat gambar, kertas/buku gambar terkait tujuan.

3.2 Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

WHOQoL Group mengemukakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan sistem nilai yang terkait dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran mereka. Selain itu, kualitas hidup didefinisikan sebagai tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan oleh orang-orang dalam berbagai aspek kehidupan mereka (Abrams, dalam Abdullah dkk). Kreitler & Ben juga mengungkapkan kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan yang merujuk pada kesejahteraan fisik, emosional, sosial dan kemampuan aktifitas dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup individu dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya (Noorma, 2017).

Kualitas hidup (quality of life) merupakan salah satu faktor penting dalam kehidupan manusia karena kualitas hidup tidak hanya mengindikasikan bagaimana kesejahteraan seseorang secara psikologis, tapi juga keberfungsian seseorang dalam kehidupannya.. Renwick mendefinisikan kualitas hidup sebagai bagaimana individu merasa puas, senang, dan bertanggung jawab akan berbagai keputusan penting dalam hidupnya. Oksuz dan Malhan juga mengemukakan bahwa kualitas hidup mencakup kesejahteraan, kebahagiaan, dan kepuasan hidup seseorang secara utuh, dimana Poor dkk juga menjelaskan bahwa kualitas hidup terkait dengan persepsi seseorang terhadap kebahagiaan dan kesejahteraan hidupnya (Firdayanti, 2018).

2. Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQoL Group (dalam Adeyeye dkk, 2014) terdapat beberapa dimensi kualitas hidup yang dikembangkan berdasarkan World Health Organization Quality of Life Instruments yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup individu pada situasi-situasi tertentu, diantaranya adalah:

a. Kesehatan Fisik

Dimensi ini terkait kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, serta kapasitas kerja.

b. Psikologis

Dimensi ini terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, konsentrasi, dan gambaran jasmani.

c. Hubungan Sosial

Dimensi ini terkait dengan hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan public self consciousness, yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

d. Lingkungan

Dimensi ini terkait dengan tempat tinggal individu, yaitu keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan aktivitas, sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan, lingkungan rumah, dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim;

serta transportasi. Berfokus pada public self consciousness dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

Sedangkan menurut Ferrans and Powers (1992) yang dikembangkan berdasarkan The Quality of Life Index, menyebutkan kualitas hidup memiliki empat dimensi, yaitu:

a. Health and Functioning

Dimensi ini terkait dengan bagaimana individu dapat bermanfaat bagi orang lain, fisik yang bebas dari penyakit, dapat bertanggung jawab dengan apa yang dilakukannya, kesehatan diri, terkait stress atau kecemasan, waktu luang yang dimiliki, kehidupan seks, dan pelayanan kesehatan.

b. Socioeconomic

Dimensi ini terkait standar dari kehidupan yang dijalani, pendapatan pribadi yang diperoleh, rumah sebagai tempat berlindung, bekerja atau tidak bekerja, kondisi di Indonesia, teman yang dimiliki, dukungan emosi yang didapat, dan pendidikan.

c. Psychological / Spiritual

Dimensi ini terkait kepuasan dalam hidup yang dijalani, kebahagiaan, tujuan dari kehidupan, pikiran yang damai, penampilan pribadi, dan percaya kepada Tuhan.

d. Family

Dimensi ini terkait kebahagiaan yang dirasakan keluarga, anak dan pasangan yang dimiliki, serta kesehatan anggota keluarga.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup memiliki bermacam - macam dimensi, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Dimensi - dimensi yang dikemukakan oleh WHOQOL-BREF akan dijadikan acuan dalam penelitian ini karena memiliki penjelasan yang rinci mengenai dimensi yang terdapat dalam kualitas hidup.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Moons, dkk (dalam Murphy, 2007) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada manusia:

a. Kemandirian

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pilihan individu dalam pengambilan keputusan, kontrol diri serta privasi.

b. Mengespresikan Rasa Puas

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kepuasan hidup, kesejahteraan psikologis, dan gambaran diri yang positif yang dimiliki individu.

c. Kesehatan Fisik dan Mental

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kesehatan fisik dan kemampuan untuk melakukan sebuah pekerjaan atau aktivitas.

d. Status Ekonomi dan Sosial

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pendapatan, pekerjaan tetap serta kepemilikan tempat tinggal.

e. Lingkungan Tempat Tinggal

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan rasa nyaman, keamanan, norma dan peraturan dalam lingkungan, serta lingkungan tempat tinggal.

f. Faktor Kultural

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan umur, jenis kelamin, kelas sosial, ras dan agama atau kepercayaan.

Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada manusia menurut WHO (dalam, Yurhansyah 2016), yaitu:

a. Kesehatan fisik

Faktor ini meliputi energi dan tingkat kelelahan, rasa sakit dan perasaan tidak nyaman serta terkait waktu tidur dan istirahat.

b. Kesehatan Psikologi

Faktor ini meliputi body image dan penampilan, perasaan negatif dan positif, self esteem individu, serta kemampuan mengingat dan konsentrasi.

c. Tingkat kemandirian

Faktor ini meliputi mobilitas, aktifitas sehari-hari dan kapasitas kerja individu.

d. Hubungan sosial

Faktor ini meliputi hubungan secara personal, social support, dan aktifitas seksual.

e. Lingkungan

Faktor ini terkait dengan kepemilikan harta, keamanan di tempat tinggal, kepedulian sosial, kualitas pelayanan dan kemudahan akses kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi.

f. Spiritualitas

Faktor ini meliputi kepercayaan individu terkait agama.

4. Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran mengenai kualitas hidup dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu pengukuran kualitas hidup secara menyeluruh (kualitas hidup dipandang sebagai evaluasi individu terhadap dirinya secara menyeluruh) atau hanya mengukur domain tertentu (bagian tertentu dari seorang individu). Pengukuran mengenai kualitas hidup diukur dalam beraneka macam tingkat dan dimensi. Telah banyak peneliti yang menerbitkan alat ukur kualitas hidup, namun belum ada kesepakatan bersama antara peneliti mengenai definisi kualitas hidup. Definisi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan definisi dari WHOQoL Group (Murphy, 2007) yang mengemukakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan sistem nilai yang terkait dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran mereka.

Skevington, Lotfy dan O'Connell (2004) mengatakan bahwa alat ukur WHOQOL-100 merupakan alat ukur lintas budaya yang valid dalam mengukur tentang kesejahteraan seseorang (well - being). Alat ukur WHOQOL ini telah diujikan pada 15 negara dengan menggunakan bahasa nasional masing masing di tiap negara tersebut. Penyebaran alat ukur ini menggunakan prosedur yang telah disepakati secara

internasional. Alat ukur ini berhasil mengumpulkan informasi mengenai kualitas hidup dan juga merupakan langkah yang tepat dalam menghasilkan alat ukur yang dapat digunakan di berbagai negara. Alat ukur WHOQOL-BREF merupakan pengembangan dari instrumen WHOQOL-100. Penelitian ini akan menggunakan WHOQOL-BREF. Alat ukur ini memiliki item pertanyaan yang lebih sedikit dibandingkan dengan alat ukur WHOQOL-100, yaitu hanya sebanyak 26 item. Purba dkk (2018) telah mengadaptasi alat ukur WHOQOL-BREF dengan versi Bahasa Indonesia dan diuji coba pada populasi di Indonesia. Setelah di uji coba didapatkan hasil WHOQOL-BREF memiliki reabilitas koefisien empat domain dengan rentang antara 0,70 dan 0,79. Selain itu, alat ukur yang di adaptasi oleh Purba dkk (2018) telah diakui oleh WHO sebagai versi resmi Bahasa Indonesia yang telah direvisi.

5. Kualitas Hidup Penderita Kanker

Cara umum yang biasa dilakukan oleh penderita penyakit kronis, seperti kanker payudara, untuk menghadapi penyakitnya ialah dengan tetap melanjutkan kehidupan normalnya melalui berbagai aktivitas (Lewis, Willis, Yee, & Kilbreath, 2015). Berdasarkan hasil temuan Rufa'i, Muralikrishna, Yen, dan Muda (2019), hal ini dilakukan demi mempertahankan kualitas hidup penderitanya. Temuan tersebut (Rufa'i et al., 2019) sekaligus memperjelas bahwa ketidakmampuan pasien kanker dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat menurunkan kualitas hidup pasien, yang selanjutnya berdampak pada meningkatnya kebutuhan fisik dan psikologis mereka (Temiz & Durna, 2019).

Dinamika psikologis ditunjukkan oleh penderita kanker payudara sebagai akibat dari penyakit yang diderita dan pengobatan yang dijalani. Pasien kanker payudara cenderung lebih memilih menghindari ketika dihadapi dengan ketidakpastian, akan kondisi penyakit yang dialami dan pengobatan yang dijalani, sehingga hal ini menyebabkan terjadinya penurunan pada kualitas hidup penderita kanker payudara (Sharif, Ahadzadeh, & Perdamen, 2017). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Toulasik et al. (2019), wanita yang telah didiagnosis menderita

kanker payudara awalnya mengalami kesulitan dalam menerima fakta akan penyakit yang dideritanya serta beradaptasi pada keadaannya. Penelitian yang dilakukan oleh Lin et al. (2018) terhadap pasien dengan kanker payudara di Indonesia menunjukkan banyaknya pasien merasakan gejala berupa cemas ataupun depresi. Selain itu, berdasarkan penelitian Wulandari et al. (2017), pasien kanker payudara merasa ataupun mengalami perubahan pada aspek perasaan positif, perasaan negatif, kognisi, harga diri, serta gambaran diri yang dimilikinya.

Pada penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Dewi dan Kahija (2018) terdapat beberapa persamaan yang dialami tiap pasien ketika menghadapi penyakit kanker payudara, diantaranya menolak akan kondisi yang dialami namun mulai menerima keadaan setelah menjalani pengobatan, merasa ganjil akan penampilan, tidak menyadari akan gejala yang dialami, serta sembuh karena adanya tekad dan komitmen kuat. Beberapa bukti penelitian dan literatur di atas menunjukkan dinamika psikologis penderita kanker payudara dan hubungannya dengan kualitas hidup penderita itu sendiri.

Dampak fisik yang ditimbulkan oleh kanker payudara mampu menyebabkan stres psikologis dan dengan bergabungnya efek dari pengobatan, selanjutnya mampu menurunkan kualitas hidup yang baik bagi pasien kanker payudara (Rebholz et al., 2016). Ketika individu telah memiliki tingkat kesehatan yang baik, dapat dikatakan kualitas hidupnya telah tercapai (Nurhikmah et al., 2018). Domain kualitas hidup mampu mencerminkan gejala pada kanker payudara, melalui gejala fisik yang umum dari penyakit serta efek dari tingkat keparahannya pada keberfungsian individu sehari-hari (Rebholz et al., 2016).

Kualitas hidup kanker payudara dapat ditingkatkan dengan adanya aktivitas fisik, yang secara langsung memiliki dampak pada kualitas hidup serta memiliki dampak tidak langsung pada menurunnya tekanan psikologis (Firouzbakht et al., 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Utami dan Mustikasari (2017), kualitas hidup pasien kanker turut dipengaruhi oleh kerentanannya dalam memiliki masalah

psikososial, seperti kecemasan dan depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Lopes-Conceição et al. (2019) pada penderita kanker payudara di Porto, Portugis, menunjukkan kualitas hidup yang sedang dan buruk pada hampir setengah wanita sebelum perawatan yang berlangsung selama 3 tahun. Ditinjau dari penelitian yang dilakukan oleh Takada et al. (2019) tidak ditemukan adanya perbedaan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah kemoterapi sebelum operasi (preoperative chemotherapy) pada pasien kanker payudara di Osaka City University Hospital, Jepang.

6. Kategori Kualitas Hidup Penderita Kanker

Kategori kualitas hidup penderita kanker payudara ada dua, yaitu kualitas hidup yang baik dan kualitas hidup yang buruk. Kualitas hidup yang diukur menggunakan alat ukur teruji, mampu menunjukkan kategori kualitas hidup yang dimiliki oleh penderita kanker payudara (Velikova et al., 2012).

Kualitas hidup yang baik pada penderita kanker payudara menunjukkan bahwa penderita mempunyai kondisi fisik yang sehat, keberfungsian yang baik dan tidak adanya gejala ataupun masalah yang dirasakan (Aaronson et al., 1993). Keberfungsian yang baik ini terkait dengan berfungsinya fisik, peran, emosi, kognitif, dan sosial penderita terlepas dari kanker payudara yang dialaminya. Sementara, gejala dan masalah disini ialah sedikit sampai tidak dirasakannya gejala-gejala kanker yang turut dirasakan penderita sebagai akibat dari kanker ataupun pengobatan yang dijalani, serta tidak dialaminya masalah yang ditimbulkan dari penyakit seperti kesulitan tidur, gangguan pencernaan, gangguan pernapasan, dan masalah keuangan (Aaronson et al., 1993; Velikova et al., 2012).

Kualitas hidup yang buruk pada penderita kanker payudara menunjukkan bahwa penderita memiliki kondisi fisik yang buruk tidak dapat berfungsi seperti individu pada umumnya, dan memiliki banyaknya gejala yang turut dirasakan penderita sebagai akibat dari kanker ataupun pengobatan yang dijalani, serta masalah yang

ditimbulkan dari penyakit seperti kesulitan tidur, gangguan pencernaan, gangguan pernapasan, dan masalah keuangan (Aaronson et al., 1993; Velikova et al., 2012). Pasien kanker payudara di Lebanon, menunjukkan buruknya kualitas hidup sebab banyaknya gejala yang dialaminya (Huijer & Abboud, 2012). Selain itu, buruknya kualitas hidup juga diindikasikan bahwa pasien kanker payudara memiliki lingkungan sosial yang buruk (Koboto et al., 2020).

Tidak adanya perbedaan skor antara pasien kanker payudara berusia di bawah 50 tahun dengan pasien berusia di atas 50 tahun. Pasien kanker payudara berusia di bawah 50 tahun cenderung memiliki keberfungsian emosi yang buruk, sedangkan pasien berusia di atas 50 tahun memiliki keberfungsian fisik yang buruk (Firouzbakht et al., 2020).

7. Instrumen Kualitas Hidup Pada Penderita Kanker Payudara

a. EORTC QLQ C-30 Versi 3

EORTC QLQ C-30 adalah alat ukur yang dicipta dan dikembangkan oleh EORTC Quality of Life Group, yang mengukur konstruk kualitas hidup pada pasien kanker secara umum. Alat ukur ini merupakan alat ukur inti generasi kedua, setelah alat ukur generasi pertama, yaitu EORTC QLQ C-36 yang dikembangkan pada tahun 1987. Alat ukur EORTC QLQ C-30 ini bersifat multidimensi dengan 30 item pertanyaan. Dimensi-dimensi yang diukur ialah skala kesehatan global/kualitas hidup, fungsional dengan lima sub domain (fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosi, fungsi kognitif, dan fungsi sosial), gejala/masalah (kelelahan, mual dan muntah, dan rasa sakit), serta enam item tunggal (sesak nafas, insomnia, kehilangan nafsu makan, kesulitan buang air besar, diare, dan kesulitan keuangan; Aaronson et al., 1993).

Alat ukur ini tidak memiliki total skor untuk keseluruhan dimensi. Skor untuk kualitas hidup penderita kanker dilihat dari hasil skor dimensi kesehatan global/kualitas hidup, semakin tinggi skor menandakan tingginya kualitas hidup penderita kanker. Kemudian, skor untuk fungsional individu dilihat dari hasil skor dimensi

fungsional, semakin tinggi skor menandakan tingginya atau semakin sehatnya tingkat fungsi penderita kanker. Sementara, skor untuk gejala/masalah dilihat dari hasil skor dimensi gejala/masalah, semakin tinggi skor menandakan tingginya ataupun banyaknya gejala/masalah yang dialami oleh penderita kanker (PM Fayers et al., 2001).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hjermstad et al. (1995), reliabilitas test/retest yang didapatkan untuk alat ukur ini ialah 0,85 untuk skala kesehatan global/kualitas hidup; pada skala fungsional 0,82 untuk fungsi kognisi, 0,91 untuk fungsi fisik, 0,86 untuk fungsi emosional, 0,82 untuk fungsi peran, 0,87 untuk fungsi sosial; pada skala gejala 0,83 untuk kelelahan, 0,86 untuk rasa sakit, serta 0,63 untuk mual dan muntah; dan pada item tunggal terdapat diantara rentang angka 0,72 sampai dengan 0,84 untuk diare sampai item kesulitan keuangan. Berdasarkan hal tersebut, EORTC QLQ C-30 dinilai sebagai alat ukur yang responsif akan perubahan, jelas, memiliki tata letak yang menarik, serta memiliki administrasi dan pengkodean yang mudah (Hjermstad et al., 1995).

Reliabilitas yang ditunjukkan alat ukur ini pada penelitian Perwitasari et al. (2011) mengenai translasi dan validasi EORTC QLQ C-30 ke versi bahasa Indonesia untuk pasien kanker di Indonesia menunjukkan reliabilitas sebesar $> 0,70$ untuk setiap domain yang mengindikasikan bahwa alat ukur ini konsisten atau reliabel. Alat ukur ini juga tidak menemukan perbedaan signifikan ketika diterapkan pada pasien dengan diagnosis kanker berbeda dan dapat dijadikan sebagai pilihan terbaik untuk melihat kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien dengan diagnosis kanker berbeda (Hjermstad et al., 1995; Perwitasari et al., 2011).

b. EORTC QLQ-BR23/EORTC QLQ-BR45

EORTC QLQ-BR23 adalah alat ukur yang dicipta dan dikembangkan oleh EORTC Quality of Life Group pada tahun 1996, yang mengukur konstruk kualitas hidup pada penderita kanker payudara. Pengadministrasian alat ukur ini dilakukan sebagai

penyambung dari alat ukur EORTC QLQ C-30 sebagai alat ukur inti guna mengukur kualitas hidup penderita kanker. Alat ukur ini berjumlah 23 buah, yang mengukur gejala penyakit, efek pengobatan, citra tubuh, fungsi sosial, perspektif akan masa depan (Aaronson et al., 1993).

Alat ukur ini sama dengan EORTC QLQ C-30, yaitu dalam hal cara penyekoran dan keduanya tidak memiliki total skor. skor untuk fungsional individu dilihat dari hasil skor dimensi fungsional, semakin tinggi skor menandakan tingginya atau semakin sehatnya tingkat fungsi penderita kanker. Sementara, skor untuk gejala/masalah dilihat dari hasil skor dimensi gejala/masalah, semakin tinggi skor menandakan tingginya gejala/masalah yang dialami oleh penderita kanker (Fayers et al., 2001).

Standar terapi pada kanker payudara yang berubah menyebabkan alat ukur ini kurang menjelaskan keadaan pasien kanker payudara secara keseluruhan, sehingga ditambahkan 22 item pada alat ukur ini. Penambahan item menyebabkan alat ukur ini memiliki total item sebanyak 45 item, sehingga alat ukur ini berubah nama menjadi EORTC QLQ-BR45. Saat ini alat ukur masih dalam proses pengujian properti psikometrik dan validitas sebagai penghubung alat ukur inti EORTC QLQ C-30 (EORTC Quality of Life, 2021).

Berdasarkan penjabaran mengenai instrumen kualitas hidup penderita kanker payudara di atas, penelitian ini akan menggunakan instrumen EORTC QLQ C-30 guna mengukur kualitas hidup penderita kanker payudara. Alasan dipilihnya instrumen ini sebab baiknya reliabilitas yang ditunjukkan (Hjermstad et al., 1995; Perwitasari et al., 2011), alat ukur responsif akan perubahan, jelas, memiliki tata letak yang menarik, memiliki administrasi dan pengkodean yang mudah, jumlah item yang lebih sedikit sehingga dapat memudahkan penderita kanker dengan menghemat waktu, keunggulan-keunggulan yang telah disebutkan sebelumnya, serta yang paling penting ialah dapat mengukur kualitas hidup individu dengan

berbagai jenis kanker berbeda sehingga penderita kanker payudara yang mengalami metastatis dapat pula menggunakan alat ukur ini.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bagian ini dijelaskan terkait temuan hasil dan pembahasan yang dijabarkan masing-masing.

4.1 Hasil

1. Pencarian literatur

Pencarian literatur menghasilkan total 844 kutipan setelah penghapusan duplikat. Dari kutipan ini, 64 artikel teks lengkap disaring dan 49 dikeluarkan (Gambar). Alasan utama untuk eksklusi adalah intervensi dalam artikel merupakan editorial atau review, penelitian tidak melibatkan kelompok kontrol, terapi suportif tidak dijelaskan oleh penulis, penelitian tidak melibatkan kelompok kontrol, dan intervensi tidak menjelaskan protokol spesifik dari terapi suportif untuk kualitas hidup. Lima belas artikel teks lengkap memenuhi kriteria seleksi kami dan dimasukkan dalam tinjauan.

2. Karakteristik studi yang disertakan

Pengendalian infeksi dan pengobatan efek samping. Perbandingan dalam penelitian terdiri dari paling sedikit lima belas studi melibatkan pasien kanker dengan berbagai jenis termasuk kanker stadium lanjut, kanker kolorektal, kanker kerongkongan, kanker tumor padat, kanker ovarium, kanker payudara, dan kanker paru-paru.

Tabel 1. Ringkasan karakteristik studi

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
(Qiu et al., 2020)	Payudara atau ginekolog kanker	EORTC-QLQ-C30	126	RCT	6 bulan	Efek kelompok signifikan 6,643 (1,65 - 11,64) (p = 0,010), menunjukkan perbedaan antara dua kelompok IG dan CG yang mendukung IG, ditemukan dalam analisis sekunder untuk QoL global
(Temel et al., 2017)	Kanker Paru-paru	(FAKTA-G)-(PHQ-9)	125	RCT	12 minggu	Pasien intervensi (perawatan biasa) melaporkan peningkatan kualitas hidup yang lebih besar dari awal hingga minggu ke-24 (1,59-23,40; P5 0,010), tetapi

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
						tidak pada minggu ke-12 (0,39-21,13; P=0,339).
(Chang dkk al., 2020)	kanker Kerongkongan	EORTC QLQ-C30	80	RCT	1,3, dan 6 bulan	Kelompok intervensi mengalami peningkatan yang signifikan dalam gizi, kapasitas latihan, dan variabel yang berhubungan dengan kualitas hidup. Kelompok intervensi dibandingkan dengan kontrol (CI 0,09, 0,54, p <.01)
(Vanbutse l e et al., 2020)	Canggih kanker	EORTC QLQ-C30	185	RCT	6 dan 12 minggu	Pasien dalam kelompok intervensi mendapatkan skor yang lebih tinggi

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
						secara signifikan pada status kesehatan global/QOL dari EORTC QLQ C30, pada 6 bulan (perbedaan: 5,9 [0,06; 11,1], $p = 0,03$), 3 (perbedaan: 6,8 [1,0; 12,6], $p = 0,02$), dan 1 bulan (selisih: 7,6 [0,7; 14,5], $p = 0,03$).
(Pace et al., 2019)	Padat tumor kanker	HRQOL	80	RCT	9 dan 13 minggu	Penambahan CBCT untuk mendukung program perawatan onkologi untuk meningkatkan HRQOL pada kedua anggota diad survivor-caregiver

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
(Y. Zhou et al., 2017)	Kanker ovarium	HRQOL	144	RCT	25 minggu	Terdapat peningkatan yang signifikan secara statistik pada skor kelelahan (Penilaian Fungsional Terapi Kanker–Kelelahan) untuk olahragawan (4.0, SD=1.1, 95% CI=1.8 hingga 6.2, p <.001).
(Breitbart et al., 2018)		MQOL	346	RCT	Sebelum campur tangan pada 4 minggu, 8 minggu setelah perlakuan 16 minggu	Pengaruh IMCP secara signifikan lebih besar daripada pengaruh SP untuk kualitas hidup dan rasa makna (d=0,19), tetapi tidak untuk variabel penelitian lainnya.

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
(Uster et al., 2017)	Kanker Pencernaan	EORTC-QLQ-C30	58	RCT	3 dan 6 bulan	Tunjukkan kepatuhan yang baik terhadap program nutrisi dan olahraga gabungan. Intervensi multimodal tidak meningkatkan QoL secara keseluruhan.
(Malmstrom et al., 2016)	penyakit kanker Kerongkongan	QLQ-C30	120	RCT	2, 4, dan 6 bulan	Tindak lanjut telepon yang dipimpin perawat proaktif memiliki dampak positif yang signifikan pada pengalaman pasien menerima informasi
(Schuit et al., 2019)	Kanker paru-paru,	EORTC QLQ-	136	RCT	3 bulan	Kelompok intervensi

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
	dada, dan kolorektal	C15-PAL				memiliki pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri pasien untuk mengelola kesehatan dan pelayanan kesehatannya sendiri setelah diberikan akses ke Oncokompas
(Jefford et al., 2016)	Kolorektal kanker	QOL-C30 dan QLQ-CR29	221	RCT	8 minggu dan 6 bulan	Pasien dalam kelompok SC lebih puas dengan perawatan kelangsungan hidup dibandingkan pada kelompok UC (perbedaan yang signifikan dalam 10 dari 15 item).

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
(Qiu et al., 2020)	Kanker Kerongkongan	QLQ-C30	96	RCT	6 minggu	Ada perbedaan yang signifikan dalam perubahan albumin serum dan protein total antara kedua kelompok selama percobaan ($p < 0,05$). Komplikasi (esofagitis radioaktif, gejala kulit komplikasi) dan kualitas hidup secara statistik berbeda sebelum dan sesudah intervensi ($p < 0,05$)
(Gok Metin, Karadas, Izgu,	Kanker dada	QOL	29	RCT	12 minggu	Penurunan skor BFI yang signifikan dilaporkan

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
Ozdemir, & Demirci, 2019)						pada kelompok PMR dan MM bila dibandingkan dengan CG pada minggu ke 12 dan 14 (p=0,002).
(K. Zhou et al., 2016)	Kanker dada	HRQoL	90	RCT	12 bulan	Uji coba ini memberikan bukti penting tentang efektivitas intervensi keperawatan multimodal yang disampaikan oleh perawat dalam pengaturan klinis. Temuan studi menginformasikan strategi untuk meningkatkan program intervensi standar yang

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
						komprehensif tentang manajemen kesehatan pada populasi pasien wanita dengan kanker payudara.
(Duluklu & Celik, 2019)	kanker Kolorektal dengan permanen kolostomy	SQOL	30	RCT	1 bulan	Dibandingkan dengan pasien kelompok kontrol, pasien kelompok eksperimen yang menggunakan minyak esensial lavender dalam kantong ostomi mengalami bau yang secara statistik lebih sedikit, kualitas hidup yang lebih tinggi, dan penyesuaian ostomi yang

Referensi	Jenis Kanker	Instrumen	Sampel	Desain	Waktu	Hasil
						lebih baik (semua p <0,05)

Tabel 2 Skor penilaian kualitas dari studi yang disertakan menggunakan Downs and Black Checklist

Referensi	Pelaporan	Keabsahan	Validitas eksternal	Validitas internal	Kekuasaan	Total
(Qiu et al., 2020)	10	2	7	6	1	26
(Temel et al., 2017)	9	2	6	5	1	23
(Chang dkk al., 2020)	9	2	7	5	1	24
(Vanbutsele et al., 2020)	10	3	7	5	1	26
(Pace et al., 2019)	8	2	6	5	1	22
(Y. Zhou et al., 2017)	9	2	7	6	1	25
(Breitbart et al., 2018)	9	2	6	6	1	24
(Uster et al., 2017)	8	3	7	5	1	24
(Malmstrom et al., 2016)	8	3	6	6	1	24
(Schuit et al., 2019)	9	2	7	5	1	24
(Jefford et al., 2016)	8	2	6	5	1	22
(Qiu et al., 2020)	9	2	7	6	1	25
(Gok Metin,	9	2	7	6	1	25

Referensi	Pelaporan	Keabsahan	Validitas eksternal	Validitas internal	Kekuasaan	Total
Karadas, Izgu, Ozdemir, & Demirci, 2019)						
(K. Zhou et al., 2016)	9	2	6	6	1	24
(Duluklu & Celik, 2019)	9	3	7	5	1	25

Tabel 3. Hasil

Referensi	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
(Qiu et al., 2020)	Pasien dengan kanker esofagus yang diobati dengan kemoradiasi bersamaan diacak ke dalam kelompok intervensi (diobati dengan manajemen nutrisi lengkap dari Tim Pendukung Nutrisi)	Diobati dengan metode nutrisi umum
(Temel et al., 2017)	Perawatan Paliatif Terpadu Dini (PC) pada pasien dengan Paru-paru dan Kanker GI. Pasien yang ditugaskan untuk perawatan bertemu dengan dokter PC setidaknya sekali per bulan sampai mati.	Mereka yang menerima biasa berkonsultasi intervensi PC dokter berdasarkan permintaan
(Chang dkk al., 2020)	Program informatika kesehatan pendidikan olahraga dan	Perawatan biasa setelah operasi

Referensi	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	keperawatan pada kualitas hidup, kapasitas olahraga, dan nutrisi di antara pasien setelah esofagektomi untuk kanker kerongkongan.	
(Vanbutsel e et al., 2020)	Pasien dengan kanker stadium lanjut dan harapan hidup sekitar 1 tahun secara acak ditugaskan untuk Perawatan Paliatif (PC) terintegrasi awal ke dalam perawatan onkologi (intervensi) atau perawatan onkologi standar saja.	Perawatan onkologi standar saja
(Pace et al., 2019)	CBCT (Pelatihan Kasih Berbasis Kognitif) untuk meningkatkan hasil utama dari gejala depresi dan hasil sekunder dari domain HRQOL lainnya (kecemasan, kelelahan), biomarker peradangan dan ritme kortisol diurnal, dan hasil terkait pemanfaatan layanan kesehatan pada penderita kanker dan pengasuh informal .	Hanya asuhan keperawatan rutin dengan adanya informal pengasuh
(Y. Zhou et al., 2017)	Aktivitas dan Gaya Hidup Wanita di Connecticut (WALC) dengan kanker ovarium secara acak ditugaskan untuk berolahraga selama enam bulan intervensi latihan melalui telepon terutama jalan cepat dikaitkan dengan peningkatan	Kontrol perhatian

Referensi	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	HRQOL fisik pada wanita dengan kanker ovarium	
(Breitbart et al., 2018)	Psikoterapi yang berpusat pada makna individu (IMCP) dengan psikoterapi suportif (SP) dan dalam meningkatkan kesejahteraan spiritual dan kualitas hidup serta mengurangi tekanan psikologis pada pasien dengan kanker stadium lanjut, kualitas hidup, rasa makna, kesejahteraan spiritual, mengurangi kecemasan dan keinginan untuk disegerakan kematian	Perawatan biasa yang ditingkatkan (EUC
(Uster et al., 2017)	Program kombinasi nutrisi dan latihan fisik pada pasien kanker dengan tumor metastatik atau lanjut secara lokal pada saluran pencernaan dan paru-paru. Kelompok menerima minimal tiga sesi konseling gizi individu standar dan berpartisipasi dalam program latihan 60 menit dua kali seminggu.	Menerima perawatan biasa mereka.
(Malmstrom et al., 2016)	Program perawatan dukungan telepon pada kualitas hidup (QOL), menerima informasi dan jumlah kontak layanan kesehatan dibandingkan dengan perawatan	Perawatan konvensional

Referensi	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
	konvensional setelah reseksi esofagus untuk kanker.	
(Schuit et al., 2019)	Aplikasi eHealth 'Oncokompas', mendukung pasien dengan kanker yang tidak dapat disembuhkan dalam menemukan perawatan paliatif yang optimal, disesuaikan dengan kualitas hidup dan preferensi pribadi mereka	Grup kontrol daftar tunggu menerima perawatan seperti biasa dan akan memiliki akses
(Jefford et al., 2016)	Paket Perawatan Pendukung yang Dipimpin Perawat (Survivor Care) untuk Korban Kanker Kolorektal untuk meningkatkan tekanan psikologis, kebutuhan perawatan suportif (SCN), dan kualitas hidup (QOL) pasien dengan CRC. Intervensi, yang disebut Survivor Care (SC), terdiri dari materi pendidikan, penilaian kebutuhan, rencana perawatan penyintas, sesi akhir perawatan, dan tiga panggilan telepon tindak lanjut.	Biasa perawatan (AS) oleh Standar Rumah Sakit
(Gok Metin, Karadas, Izgu, Ozdemir, & Demirci, 2019)	Relaksasi Otot Progresif (PMR) dan Meditasi Mindfulness (MM) pada kelelahan, gaya koping, dan kualitas hidup (QOL) pada pasien dengan kanker payudara dini diterapkan	Perawatan standar diterima hanya satu kali perhatian yang cocok

Referensi	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
(K. Zhou et al., 2016)	Program Keperawatan Standar Multimodal (MSNP) pada HRQoL pada pasien wanita dengan kanker payudara. Pasien wanita rawat inap dengan kanker payudara dari setiap rumah sakit akan menerima MSNP plus perawatan rutin segera setelah perekrutan. Intervensi akan dilakukan oleh perawat terlatih selama 12 bulan	Hanya asuhan keperawatan rutin
(Duluklu & Celik, 2019)	Penambahan minyak esensial lavender ke kantong kolostomi pasien dengan kolostomi permanen untuk menghilangkan bau, Lanjutan milik mereka rutin praktik tentang nutrisi kualitas hidup, dan penyesuaian ostomi. dan perawatan stoma selama	Lanjutan milik mereka rutin praktik tentang nutrisi dan perawatan stoma selama 1

Semua jurnal menggunakan desain penelitian Randomized Control Trial (RCT) dengan hasil pengukuran berupa kualitas hidup pasien kanker berdasarkan efektivitas terapi suportif. Karakteristik dari studi-studi ini dirangkum dalam Tabel I, skor penilaian kualitasnya ditunjukkan pada Tabel II dan daftar periksa Downs and Black untuk penilaian kualitas metodologis acak ada pada Tabel III (Downs & Black, 2016). Dalam daftar periksa versi saat ini, skor item telah dimodifikasi menjadi 27, yang mengacu pada kekuatan penelitian. Alih-alih menilai menurut rentang kekuatan studi yang tersedia, kami menilai apakah studi tersebut melakukan perhitungan kekuatan atau tidak. Dengan

demikian skor maksimal untuk butir 27 adalah 1 (dilakukan analisis kekuatan). Kisaran skor Downs dan Black diberikan tingkat kualitas yang sesuai seperti yang dilaporkan sebelumnya: sangat baik (26-28); baik (20-25); adil (15-19); dan buruk (<14). Hasil peninjau dibandingkan dengan peninjau eksternal dan perbedaan diselesaikan dalam rapat konsensus. Daftar periksa dapat mengevaluasi uji coba acak dan tidak terkontrol. RCT memiliki kualitas metodologi tertinggi (skor 26/27 pada alat Downs and Black). RCT merupakan penelitian dengan kualitas terendah (skor 22/27). Dari 15 jurnal, lima RCT tertinggi memiliki kualitas metodologi (skor 24/27). Kualitas metodologi secara keseluruhan baik. Daftar periksa dapat mengevaluasi uji coba acak dan tidak terkontrol. RCT memiliki kualitas metodologi tertinggi (skor 26/27 pada alat Downs and Black). RCT merupakan penelitian dengan kualitas terendah (skor 22/27). Dari 15 jurnal, lima RCT tertinggi memiliki kualitas metodologi (skor 24/27). Kualitas metodologi secara keseluruhan baik. Daftar periksa dapat mengevaluasi uji coba acak dan tidak terkontrol. RCT memiliki kualitas metodologi tertinggi (skor 26/27 pada alat Downs and Black). RCT merupakan penelitian dengan kualitas terendah (skor 22/27). Dari 15 jurnal, lima RCT tertinggi memiliki kualitas metodologi (skor 24/27). Kualitas metodologi secara keseluruhan baik. Ada total 1.866 peserta yang termasuk dalam 15 studi, termasuk 531 pasien kanker stadium lanjut, 319 pasien kanker paru-paru, 296 pasien kanker esophagus, 251 pasien kanker kolorektal, 245 pasien kanker payudara, 144 pasien kanker ovarium, dan 80 pasien kanker tumor padat.

Dari 15 jurnal, pendataan dilakukan di Amerika sebanyak tiga jurnal, China dua jurnal, Turki dua jurnal, Taiwan satu jurnal, Jerman satu jurnal, Swiss satu jurnal, Belgia satu jurnal, Inggris satu jurnal, Swedia satu jurnal, Australia satu jurnal dan Amsterdam satu jurnal.

3. Intervensi terapi suportif

Sebanyak 15 jurnal membahas terapi suportif dalam mengurangi pengaruh psikologis konseling manajemen gejala, pengobatan komplementer dan integratif, preferensi penyakit, persepsi prognostik, status kesehatan, dukungan untuk kebutuhan emosional, sosial, dan spiritual. Terapi suportif lainnya adalah pada penatalaksanaan nyeri, nutrisi, eliminasi, indeks darah, dan efikasi diri untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Pengobatan suportif pada pasien kanker sangat penting, sehingga tidak jarang lebih penting dari pada pengobatan pembedahan, radiasi atau kemoterapi karena pengobatan suportif seringkali dikaitkan dengan upaya mengatasi masalah yang mengancam jiwa. Pengobatan suportif ini tidak hanya dibutuhkan pada pasien kanker yang menjalani pengobatan kuratif, tetapi juga pada pengobatan paliatif.

Efek terapi kanker juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kondisi psikologis pasien kanker. Efek terapi yang menyakitkan, itu panjang durasi dan biaya pengobatan yang besar dapat memperburuk kecemasan dan depresi pasien kanker. Efek pengobatan jangka panjang yang mempengaruhi fungsi dan penampilan tubuh merupakan faktor penting lain dibalik penurunan kualitas hidup pasien kanker. Peningkatan kualitas hidup berarti menjelaskan bahwa terapi suportif mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker yang menjalani kemoterapi, stadium lanjut, dan perawatan paliatif. Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh fokus terapi suportif yang diberikan sehingga dapat memberikan manfaat bagi semua pasien kanker.

4. Alat ukur kualitas hidup

Kualitas hidup (QoL) ditentukan melalui Organisasi Eropa untuk Penelitian dan Perawatan Kuesioner Kualitas Hidup Kanker versi 3.0 (EORTC QLQ-C30) (Uster et al., 2017). QoL diukur dengan status kesehatan global / skala QoL EORTC QLQ-C30, skala dua item yang diubah menjadi skala 0-100. (Juga diukur dengan Single Item Scale dan Keill Quality Summary Score oleh McGill Questionnaire (MQOL) yang berisi domain (fisik, psikologis, eksistensial/spiritual, dan sosial) secara seimbang.

Instrumen inti menilai kualitas hidup secara keseluruhan pada pasien dengan kanker (QLQ- C30) dan instrumen diagnostik khusus menilai kualitas hidup di antara pasien dengan kanker. Semua instrumen menggunakan skala Likert dan diubah secara linear menjadi skala 0-100 sebelum dilakukan pengujian statistik. Organisasi Eropa dalam melakukan Cancer Research and Treatment (EORTC) Quality of Life C-30 (QOL-C30) adalah kuesioner yang dikelola sendiri dan divalidasi untuk menilai HR-QOL pada pasien kanker. Ini terdiri dari sembilan skala multi-item: lima skala fungsional (fisik, peran, kognitif, emosional, dan sosial), tiga skala gejala (kelelahan, nyeri, dan mual dan muntah), dan kesehatan global dan kualitas hidup. Hasil terkait HRQOL termasuk hasil HRQOL psikologis (hasil utama gejala depresi), kecemasan, pengaruh positif, dan welas asih).

5. Pengaruh terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien kanker

Hasil Analisis terhadap 15 jurnal yang menggunakan terapi suportif pada pasien kanker berupa manajemen psikologis, kebutuhan nutrisi, manajemen nyeri, dan penanganan masalah efek samping menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien kanker. Penilaian dilakukan langkah demi langkah pada empat titik waktu: sebelum intervensi, pertengahan pengobatan (empat minggu), delapan minggu setelah pengobatan, dan 16 minggu setelah pengobatan dengan variabel hasil (kualitas hidup, makna,

kesejahteraan spiritual, kecemasan, dan keinginan untuk kematian yang dipercepat). Hasil analisis rata-rata didapatkan bahwa penilaian kualitas hidup dilakukan pada enam minggu, dan 12 minggu setelahnya intervensi terapi suportif diberikan. Hasil penelitian ini terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.

Pasien kanker dalam penelitian tersebut melaporkan bahwa setelah diberikan terapi suportif, hasilnya menunjukkan kualitas hidup yang baik. Kami telah merangkum 15 studi dan hasilnya menunjukkan peningkatan kesejahteraan spiritual, penurunan kecemasan psikologis dan depresi dan keinginan untuk kematian yang dipercepat, kualitas tidur mulai membaik, manajemen nyeri, peningkatan asupan nutrisi mereka dan melaporkan penurunan mual dan muntah, dan keinginan untuk kematian yang berkepanjangan. Ketersediaan materi dan dukungan sosial memiliki pengaruh langsung pada kemampuan pasien untuk mengatasi kanker secara efektif dan pada kualitas hidup mereka (Hughes et al., 2014). Dalam berbagai studi tentang kualitas hidup pasien kanker, telah diamati bahwa perubahan dalam aktivitas sehari-hari, khususnya dalam hubungan interpersonal dan waktu senggang, telah secara konsisten dikaitkan dengan keadaan emosi yang tertekan, penilaian negatif dari kelelahan QoL, insomnia, dan rasa sakit (Foster et al., 2017). Studi tersebut melaporkan pasien yang diberikan intervensi terapeutik suportif melaporkan depresi yang lebih rendah pada minggu ke 24, mengendalikan skor awal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. (perbedaan rata-rata yang disesuaikan, 21,17; 95% CI, 22,33 hingga 20,01; $P = 0,048$). Efek intervensi bervariasi berdasarkan jenis kanker yang cenderung memiliki efek positif pada kemampuan mereka untuk bertahan hidup, yang mungkin termasuk efek samping yang tersisa dan gejala yang merugikan untuk waktu yang lama. mengendalikan skor awal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. (perbedaan rata-rata yang disesuaikan, 21,17; 95% CI, 22,33 hingga 20,01; $P = 0,048$). Efek intervensi bervariasi berdasarkan jenis kanker yang cenderung memiliki efek positif pada kemampuan mereka untuk

bertahan hidup, yang mungkin termasuk efek samping yang tersisa dan gejala yang merugikan untuk waktu yang lama. mengendalikan skor awal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. (perbedaan rata-rata yang disesuaikan, 21,17; 95% CI, 22,33 hingga 20,01; P = 0,048). Efek intervensi bervariasi berdasarkan jenis kanker yang cenderung memiliki efek positif pada kemampuan mereka untuk bertahan hidup, yang mungkin termasuk efek samping yang tersisa dan gejala yang merugikan untuk waktu yang lama

4.2 Pembahasan

Perubahan skor pada kelompok eksperimen dan kontrol terjadi secara signifikan. Artinya, pada kelompok eksperimen yang diberikan terapi suportif terjadi peningkatan kualitas hidup; sebaliknya pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi suportif tidak terjadi peningkatan kualitas hidup. Motivasi tinggi, sikap terbuka dan kooperatif dalam memberikan umpan balik selama terapi diberikan, dimana pasien akan menceritakan pengalaman dan perasaannya selama proses terapi, juga mendukung tercapainya tujuan terapi ini. Motivasi berupa pandangan masa depan yang lebih baik merupakan faktor yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh intervensi terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien kanker. Prosedur ini disusun untuk mendapatkan komitmen aktif dari subjek untuk kegiatan yang bermanfaat dan bermanfaat dalam hidup mereka, meskipun mereka sakit. Kondisi yang menentukan kualitas hidup pasien onkologi (gejala, keadaan emosi, dan fungsi) dievaluasi menggunakan kuesioner QoL standar di setiap sesi pengobatan. Efek dari intervensi eksperimental diukur untuk kelompok kontrol yang menghadiri jumlah sesi yang sama dengan durasi yang sama, tetapi didedikasikan secara eksklusif untuk mengevaluasi kualitas hidup. Strategi ini dianggap sebagai cara ideal untuk menghilangkan kemungkinan bahwa hasil intervensi dapat dikaitkan hanya dengan perhatian ekstra

pasien yang mengambil bagian dalam penelitian yang diterima (Rodríguez et al., 2014).

Kebutuhan layanan suportif didefinisikan sebagai persyaratan untuk perawatan pasien yang berkaitan dengan pengelolaan gejala dan efek samping, memberdayakan kemampuan adaptasi dan coping, mengoptimalkan pemahaman dan informasi dalam pengambilan keputusan, dan meminimalkan defisit kapasitas tubuh (Maguire et al., 2015). Kualitas hidup merupakan tujuan penting dalam pengobatan kanker; pengobatan kanker memiliki dampak yang signifikan terhadap kesejahteraan fisik, psikologis, informasi dan sosial, sehingga membutuhkan dukungan untuk kebutuhan layanan pendukung yang kuat (Baryam, Durna & Akin, 2014). Kebutuhan akan layanan suportif dalam penelitian ini dilakukan pada pasien kanker. Kebutuhan pelayanan pendukung dibagi menjadi lima domain yaitu domain fisik, domain psikologis, domain dukungan perawatan, domain sistem dan informasi kesehatan dan domain seksualitas.

Efektivitas terapi suportif dapat dilihat dari perbedaan kemampuan pasien kanker pada kelompok intervensi dan kontrol. Peningkatan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker yang mendapat terapi suportif terapi kelompok secara bermakna lebih tinggi dibandingkan peningkatan kemampuan pada kelompok yang tidak mendapat terapi. Hal ini membuktikan bahwa terapi kelompok suportif berdampak positif terhadap kemampuan pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Kami menyadari bahwa temuan penelitian dibatasi oleh beberapa karakteristik faktor dari sampel pasien kami, yang terdiri dari beberapa jenis kanker, stadium kanker pasien yang berbeda, dan durasi diagnosis. Namun, penting untuk mengamati bahwa perubahan ini mendukung intervensi dalam menilai kualitas hidup kelompok selama pengobatan onkologis.

Terapi ini meningkatkan perasaan memiliki, jaringan dan dukungan sosial serta dukungan keluarga pada pasien kanker. yang menjadi dasar kemampuan interpersonal pasien. Selain itu, melalui terapi ini, pasien meningkatkan kemampuan pribadi, terutama meningkatkan efektivitas diri,

tahan banting, dan akal pasien. Sejalan dengan tujuan utama dari terapi ini adalah sebagai wadah untuk mengungkapkan perasaan dan pikiran yang dirasakan. Melalui belajar menyampaikan perasaan dan mendengarkan keluh kesah orang lain, pasien menjadi lebih bisa menghargai diri sendiri dan orang lain. Dengan berbagi pengalaman dan mendengarkan pengalaman orang lain, pasien belajar mengelola emosi dan perasaannya.

Partisipasi aktif dalam terapi kelompok suportif ekspresif berarti pasien kanker mendapatkan dukungan sosial dari anggota kelompok lainnya. Pasien kanker yang mendapatkan dukungan tidak hanya dari keluarga, tetapi juga dari sesama untuk meminta dan menerima dukungan saat dibutuhkan adalah langkah penting dalam proses penyembuhan. Pasien yang menerima dukungan sosial lebih cenderung mencari bantuan dan berpartisipasi dalam terapi. Faktor lain yang dilaporkan oleh pasien EBC yang berkontribusi terhadap berkurangnya kemampuan saat mengatasi peristiwa stres dan menyebabkan penurunan kualitas hidup termasuk masa pengobatan jangka panjang, ketidakpastian tentang perkembangan penyakit, dan masalah fisik dan psikososial. Dalam hal ini, laporan sebelumnya menekankan bahwa pasien kanker yang menggunakan strategi koping emosional yang tidak efektif memiliki tekanan terkait penyakit yang lebih besar dan menunjukkan penyesuaian yang buruk terhadap pengobatan mereka (Lake et al., 2019). Sebuah laporan sebelumnya juga menunjukkan bahwa kualitas hidup yang lebih rendah dikaitkan dengan gaya koping emosional yang tidak efektif pada pasien dengan kanker (Kershaw et al., 2004).

Penelitian ini memiliki kelebihan dalam mengidentifikasi kebutuhan akan layanan suportif yang dibutuhkan oleh pasien kanker dan dapat menjadi langkah awal bagi layanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Selain itu juga menunjukkan perlunya peningkatan komunikasi dan pemberian informasi dari struktur pelayanan rumah sakit sehingga ketika pasien membutuhkan informasi mengenai penyakit kanker yang dideritanya, mereka dapat memperoleh informasi yang akurat dari petugas kesehatan. Kelemahan dalam penelitian ini adalah jenis diagnosis

pasien kanker yang berbeda dengan stadium yang berbeda dan terapi suportif yang diberikan beragam. Namun terlepas dari semua keterbatasan ini, terapi suportif dapat memberikan efek positif bagi pasien kanker dengan bukti peningkatan kualitas hidup mereka.

Mempertimbangkan keterbatasan studi, mungkin terlalu optimis dalam memilih QoL keseluruhan sebagai titik akhir utama. Meskipun sangat relevan dalam uji klinis, QoL adalah fenomena yang kompleks. Sejalan dengan penelitian ini, uji coba yang baru-baru ini diterbitkan dan meta-analisis tentang olahraga atau intervensi nutrisi tidak menemukan peningkatan yang signifikan dalam QoL secara keseluruhan. Namun, ada beberapa penelitian yang menjanjikan yang menyelidiki QoL pada pasien kanker rawat jalan. Para penulis ini menunjukkan bahwa konseling individual awal efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kelangsungan hidup. Selain itu, diterima secara umum bahwa latihan fisik mengurangi kelelahan dan meningkatkan QoL dan fungsi fisik.

BAB 5

PENUTUP

Setelah meninjau studi terkait, dapat disimpulkan bahwa dampak terapi suportif terhadap kualitas hidup pasien kanker memberikan manfaat yang baik, seperti makna, kesejahteraan spiritual, mengurangi kecemasan dan keinginan untuk mempercepat kematian. Kesimpulan dari tinjauan sistematis ini adalah kualitas penelitian ini baik dan hasilnya dapat diterima dalam meningkatkan kualitas hidup pasien kanker yang menjalani pengobatan kemoterapi, dan perawatan paliatif.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Shrestha, K., Collins, C., Martin, M. Burton, S., Walters., and L. Wyld. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients : A systematic literature review,” no. May 2018, pp. 1367–1380
- Baryam, Z., Durna, Z., & Akin, S. (2014). Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23,675-684.doi: 10.1111/ecc.12185
- Blanco, C., Markowitz, J. C., Hellerstein, D. J., Nezu, A. M., Wall, M., Olfson, M., ... Hershman, D. L. (2019). A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 173(2), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4994-5>
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., ... Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124(15), 3231–3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
- C. Fernández-rodíguez, E. Villoria-fernández, P. Fernández-garcía, and S. González-fernández. (2017). Effects of Behavioral Activation on the Quality of Life and Emotional State of Lung Cancer and Breast Cancer Patients During Chemotherapy Treatment
- Chang, Y. L., Tsai, Y. F., Hsu, C. L., Chao, Y. K., Hsu, C. C., & Lin, K. C. (2020). The effectiveness of a nurse-led exercise and health education informatics program on exercise capacity and quality of life among cancer survivors after esophagectomy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103418. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103418>
- Chang, Y.L., Tsai, Y.F., Chao, Y.K., Wu, M.Y. (2016). Quality-of-life measures as predictors of post- esophagectomy survival of patients with esophageal

cancer. *Qual. Life Res.* 25 (2), 465–475. doi: 10.1007/s11136-015-1094-4

Chasen, M.R., Bhargava, R. (2010). A rehabilitation program for patients with gastroesophageal cancer –a pilot study". *Support Care Cancer* 18 (2), S35–S40. doi: 10.1007/s00520-010-0828-7

Duluklu, B., & Çelik, S. Ş. (2019). Effects of lavender essential oil for colorectal cancer patients with permanent colostomy on elimination of odor, quality of life, and ostomy adjustment: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 42(March), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.001>

Downs SH, Black N. (2016). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:377-84

Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J., & Roffe, L. (2009). Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: A systematic review of the research evidence". *European Journal of Cancer Care*, 18, 223-247. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01001.x

Gok Metin, Z., Karadas, C., Izgu, N., Ozdemir, L., & Demirci, U. (2019). Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 42(September), 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.003>

Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Malarkey, W. B. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors". *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.12.016

Jefford, M., Gough, K., Drosdowsky, A., Russell, L., Aranda, S., Butow, P., ... Schofield, P. (2016). A Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Supportive Care Package (SurvivorCare) for Survivors of Colorectal

- Cancer. The Oncologist, 21(8),1014–1023.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0533>
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Uhlmann, L., Bentner, M., Schneeweiss, A., ... Joos, S. (2019). The effects of an integrated supportive care intervention on quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: Results from a randomized controlled trial. *Cancer Medicine*,8(8), 3666–3676. <https://doi.org/10.1002/cam4.2196>
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., Mood, D., Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychol. Health* 19 (2), 139–155, 2004.
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Uhlmann, L., Bentner, M., Schneeweiss, A., ... Joos, S. (2019). The effects of an integrated supportive care intervention on quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: Results from a randomized controlled trial. *Cancer Medicine*,8(8), 3666–3676. <https://doi.org/10.1002/cam4.2196>
- Lake, B., Fuller, H.R., Rastall, S., Usman, T. (2019). Breast reconstruction affects coping mechanisms in breast cancer survivors". *Indian J. Surg.* 81 (1), 43–50.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M., & Paterson, C. (2015). Gynecologic Oncology A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 136(3), 478–490. <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.10.030>
- Malmström, M., Ivarsson, B., Klefsgård, R., Persson, K., Jakobsson, U., & Johansson, J. (2016). The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery—A six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.009>
- Pace, T. W. W., Dodds, S. E., Sikorskii, A., Badger, T. A., Segrin, C., Negi, L. T., ... Crane, T. E. (2019). Cognitively-Based Compassion Training versus cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of

- solid tumor cancers and their informal caregivers: Study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3320-9>
- Qiu, Y., You, J., Wang, K., Cao, Y., Hu, Y., Zhang, H., ... Lyu, Q. (2020). Effect of whole-course nutrition management on patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy: A randomized control trial. *Nutrition*, 69, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110558>
- Schuit, A. S., Holtmaat, K., Hooghiemstra, N., Jansen, F., Lissenberg-Witte, B. I., Coupé, V. M. H., ... Verdonck-De Leeuw, I. M. (2019). Efficacy and cost-utility of the eHealth application “Oncokompas”, supporting patients with incurable cancer in finding optimal palliative care, tailored to their quality of life and personal preferences: A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0468-8>
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., ... Ryan, D. P. (2017). Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 834–841. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- Uster, A., Ruehlin, M., Mey, S., Gisi, D., Knols, R., Imoberdorf, R., ... Ballmer, P. E. (2017). Effects of nutrition and physical exercise intervention in palliative cancer patients: A randomized controlled trial. *Clinical Nutrition*, (June), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.027>
- Vanbutsele, G., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., ... Pardon, K. (2020). The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, 124, 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.11.009>
- Zhou, K., Wang, D., He, X., Huo, L., An, J., Li, M., ... Li, X. (2016). Effectiveness of a multimodal standard nursing program on health-related quality of life in Chinese mainland female patients with breast cancer: Protocol for a single-blind cluster randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2726-y>
- Zhou, Y., Cartmel, B., Gottlieb, L., Ercolano, E. A., Li, F., Harrigan, M., ... Irwin, M.

L. (2017). Randomized Trial of Exercise on Quality of Life in Women With Ovarian Cancer: Women's Activity and Lifestyle Study in Connecticut (WALC). *Journal of the National Cancer Institute*, 109(12), 1–7. <https://doi.org/10.1093/jnci/djx072>

GLOSARIUM

A

Asosiasi: satu wadah bersama bagi perusahaan atau profesi tertentu. Dalam prakteknya, asosiasi berbadan berupa perkumpulan. Perkumpulan sendiri merupakan berkumpulnya beberapa orang yang hendak mencapai satu tujuan yang sama dalam bidang non-ekonomis.

B

Body image: gambaran mental seseorang terhadap bentuk dan ukuran tubuhnya, bagaimana seseorang mempersepsi dan memberikan penilaian atas apa yang dia pikirkan dan rasakan terhadap ukuran dan bentuk tubuhnya, dan atas bagaimana kira-kira penilaian orang lain terhadap dirinya.

C

D

Depresi: sebuah penyakit yang ditandai dengan rasa sedih yang berkepanjangan dan kehilangan minat terhadap kegiatan-kegiatan yang biasanya kita lakukan dengan senang hati.

Dimensi: ukuran yang berupa panjang, lebar, tinggi, luas, volume, dll. Sedangkan jika dilihat dari karya seni rupa, pengertian dimensi adalah suatu karya seni yang memiliki ukuran, bisa berupa panjang, lebar, hingga volume.

E

Epidemiologi: Ilmu yang mempelajari distribusi, frekuensi, transisi dan determinan yang mempengaruhi kejadian penyakit dan masalah kesehatan lainnya serta cara-cara menyelesaikan permasalahan tersebut.

F

G

H

I

Infeksi: kondisi dimana ada mikroorganisme atau benda asing masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan penyakit tertentu. Mikroorganisme ini banyak macamnya, mulai dari virus, bakteri, kuman, jamur, dan juga parasit. Infeksi bersifat menular, dan dapat ditularkan lewat banyak cara bahkan seringkali tanpa disadari.

J

K

Kecemasan: suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman.

Kronis: kondisi medis yang berlangsung dalam kurun waktu lama atau terjadi secara perlahan-lahan.

Kuesioner: Kuesioner adalah instrumen penelitian yang terdiri dari rangkaian pertanyaan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dari responden. Kuesioner dapat dianggap sebagai wawancara tertulis. Cara ini dapat dilakukan dengan tatap muka, melalui telepon, komputer atau bahkan pos.

L

M

Metastasis: penyebaran sel kanker dari satu organ atau jaringan tubuh ke organ atau jaringan tubuh lainnya. Kondisi ini dapat terjadi di mana saja, baik di daerah tempat kanker berasal atau jauh dari tempat awal munculnya kanker.

Metodologi: cara atau ilmu-ilmu yang dipakai untuk menemukan kebenaran menggunakan penelusuran dengan tata cara tertentu dalam menemukan kebenaran, tergantung dari realitas apa yang dikaji.

N

Nyeri: kondisi dimana seseorang merasakan perasaan yang tidak nyaman atau tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang telah rusak atau yang berpotensi untuk rusak.

O

P

PICO: akronim dari P (untuk patient, population, problem), I (untuk intervention, prognostic factor, exposure), C (comparison atau intervention) dan O (untuk outcome).

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; alat dan panduan yang digunakan untuk melakukan penilaian terhadap sebuah systematic reviews dan atau meta analysis.

Pubmed: basis data gratis yang bermuara ke beberapa basis data referensi dan abstrak tentang ilmu alam dan topik biomedis MEDLINE.

Pusat Statistik: Lembaga Pemerintah Non-Departemen yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Membantu kegiatan statistik di kementerian, lembaga pemerintah atau institusi lainnya, dalam membangun sistem perstatistikan nasional.

Q

QoL: Quality of Life; kualitas yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari individu, yaitu suatu penilaian atas kesejahteraan mereka atau ketiadaannya.

Hal ini mencakup seluruh aspek emosi, sosial, dan fisik dalam kehidupan individu.

R

Randomized controlled trial: desain yang paling kuat untuk mengevaluasi intervensi yang digunakan untuk menunjukkan bahwa intervensi yang digunakan benar-benar layak.

S

Scopus: salah satu database sitasi atau literatur ilmiah yang dimiliki oleh penerbit terkemuka dunia Elsevier.

Subyektif: sikap yang menurut pandangan sendiri, atau tidak langsung mengenai pokok atau halnya.

T

Terapis: semua profesional kesehatan mental tingkat master yang dapat memberi pengobatan. Kelompok ini, di luar psikolog dan psikiater dapat mencakup pekerja sosial, terapis pernikahan dan keluarga, dan konselor klinis profesional berlisensi.

U

V

Validitas: sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurannya.

W

X

Y



INDEX

Depresi
Desain penelitian
Epidemiologi
Etiologi
Kanker
Komunitas
Kronis
Kuesioner
Manajemen
Manifestasi klinis
Metode penelitian
Nyeri
Onkologi
Paliatif
Pandemi
Perawatan
PICO
Prevalensi
PRISMA
Scopus
Subjektif
Terapis
Validitas
Virus

Terapi Keperawatan Paliatif Supportif Dan Token Ekonomi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan masalah kejiwaan yang disebabkan karena gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik fisik atau kimiawi, adanya kekacauan pikiran, persepsi, dan tingkah laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan (WHO, 2015). Gangguan jiwa adalah penyakit otak neurologis kompleks salah satunya gangguan Skizofrenia.

Gangguan skizofrenia ditandai dengan gejala-gejala positif (bertambahnya suatu tingkah laku dalam kadar yang berlebihan) seperti pembicaraan yang kacau, halusinasi, gangguan kognitif dan persepsi. Gejala-gejala negatif seperti avolution (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya minat bicara dan miskinnya isi pembicaraan (Trigoboff, 2013). Gejala seperti adanya disorganisasi pikiran, apatis, efek datar, tidak memiliki kemauan, dan kesedihan berlebihan, ketidakpercayaan terhadap kemampuan yang dimiliki, akan menyebabkan seseorang mengalami defisit perawatan diri.

Peran perawat dalam menangani klien dengan masalah defisit perawatan diri yaitu dilakukan terapi general generalis individu dan kelompok, selain terapi generalis bisa dilakukan terapi spesialis berupa terapi suportif dan terapi perilaku(token ekonomi). Terapi suportif kelompok merupakan psikoterapi yang membutuhkan peran aktif terapis untuk mengubah kemampuan fungsi kognitif, psikomotor dan afektif klien defisit perawatan diri (John C. Markowitz, M.D, 2014). Tujuan dari terapi ini untuk mengurangi tanda dan gejala klien dari gangguan psikologis seperti

defisit perawatan diri. Terapi suportif pada penelitian ini diberikan secara kelompok dimana masing-masing klien dengan masalah yang sama saling memberikan dukungan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri (IPKJI, 2014).

Terapi suportif dapat dilakukan oleh perawat dengan menggunakan model keperawatan interpersonal Peplau. Peplau berpendapat bahwa proses interpersonal sebagai proses interaksi secara simultan dengan orang lain dan saling pengaruh-mempengaruhi satu dengan lainnya, biasanya dengan tujuan untuk membina suatu hubungan (Aligood, 2014).

Hasil Penelitian lainnya, bahwa Terapi Suportif dapat menurunkan simtom positif pada penderita skizofrenia paranoid (Mutiara, 2017). Hasil penelitian lainnya, hasil pre test termasuk dalam kategori medium Intent, sedangkan skor post-test yaitu 3 termasuk kedalam kategori low intent dengan Suicide Intent Scale. Prognosis pada subyek: positif, dimana dorongan bunuh diri berkurang setelah dilakukan terapi suportif dengan teknik bimbingan untuk mengurangi dorongan bunuh diri pada klien skizofrenia (Pardede S, 2017).

Hasil penelitian terdahulu, dengan hasil mampu menurunkan perilaku kekerasan klien dengan cara mengoptimalkan system personal dan secara interpersonal saling memberikan dukungan dalam kelompok (Khamida, 2013). Penelitian lainnya, adanya pengaruh terapi suportif pada kemandirian klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri (Emilyani D, 2019).

Token ekonomi adalah bentuk dari reinforcement positif yang digunakan baik secara individu maupun kelompok pasien di ruang psikiatri atau pasien anak-anak (Stuart & Laraia, 2013). Token economy, yaitu sebuah teknik berdasarkan prinsip-prinsip pengkondisian operan. Token ekonomi didesain bagi klien penyakit mental agar menghasilkan perilaku yang diinginkan.

Hasil penelitian, adanya intervensi modifikasi perilaku yang dapat diberikan pada klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri dengan metode modelling, role play, feedback dan transfer training

(Perendrawati, 2008). Hasil penelitian, adanya pengaruh terapi kelompok terapeutik dan token ekonomi terhadap pencapaian tugas perkembangan usia pra sekolah pada anak usia pra sekolah (Ricky, 2014),.

Prevalensi gangguan jiwa di dunia 21 juta jiwa di dunia umumnya banyak terjadi pada laki-laki 12 juta jiwa sedangkan pada perempuan sebanyak 9 juta jiwa (WHO, 2016). Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 6,7 per mil. Jumlah skizofrenia Propinsi Jambi sebanyak 6,6% (Kemenkes RI, 2018). Data klien dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri di 7 ruang rawat inap RSJD Provinsi Jambi pada tahun 2019 berjumlah 140 klien.

Berdasarkan survey awal peneliti pada tanggal 20 Maret 2020 di ruang shinta, terdapat 74 klien dengan diagnsosis keperawatan defisit perawatan diri, berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti dengan salah seorang perawat di ruang shinta didapatkan hasil bahwa selama ini klien telah diberikan askep pada klien defisit perawatan diri dan terapi kelompok defisit perawatan diri namun belum pernah dilakukan terapi suportif, hasilnya masih ada klien yang belum mandiri melakukan perawatan diri. Menurut pengakuan 4 orang klien yang dirawat di ruang Shinta selama ini sudah dilakukan Sp untuk mengatasi defisit perawatan diri dan TAK tapi, satu dari mereka sudah rajin untuk melakukan perawatan diri, 3 klien lainnya masih malas untuk melakukannya, selama ini selalu di bantu oleh perawat. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang Efektivitas Terapi Suportif dan Terapi Token Ekonomi Menurunkan Tanda Gejala Defisit Perawatan Diri Berdasarkan Model Keperawatan Peplau.

1.2 Masalah Penelitian

Efektivitas terapi suportif dan token ekonomi menurunkan tanda gejala defisit perawatan diri berdasarkan model keperawatan peplau.

1.3 Tujuan Khusus

1. Diketahui karakteristik klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.
2. Diketahui tanda dan gejala kognitif, psikomotor dan afektif sebelum dilakukan terapi suportif dan token ekonomi pada kelompok intervensi dan kontrol.
3. Diketahui tanda dan gejala kognitif, psikomotor dan afektif sesudah dilakukan terapi suportif dan token ekonomi pada kelompok intervensi dan kontrol.
4. Diketahui perbedaan tanda dan gejala kognitif, psikomotor dan afektif sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif dan token ekonomi.

1.4 Guna Penelitian

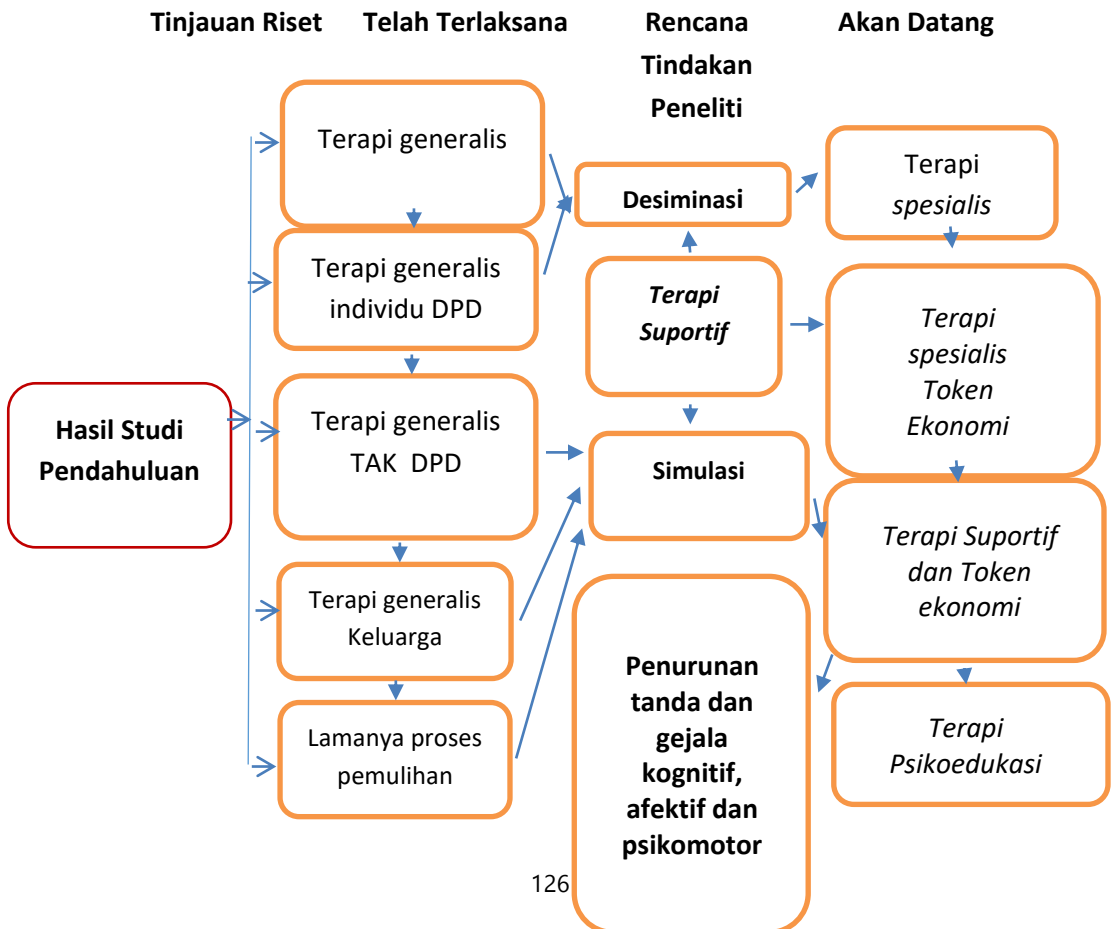
1. Bagi Pelayanan Kesehatan
Pelaksanaan terapi suportif dan terapi token ekonomi diharapkan dapat meningkatkan perawatan diri pada klien skozofrenia yang mengalami defisit perawatan diri, sehingga dapat meningkatkan kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri.
2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan
Terapi suportif dan terapi token ekonomi sebagai terapi kelompok menjadi salah satu intervensi untuk meningkatkan perawatan diri klien.
3. Bagi Pendidikan
Beberapa landasan teori dapat dijadikan materi dalam pembelajaran terkait dengan terapi suportif, terapi token ekonomi dan teori peplau dalam meningkatkan perawatan diri pada klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.
4. Bagi Peneliti Lain
Merupakan teori dan metode yang terbaik untuk meningkatkan perawatan diri klien melalui salah satu terapi suportif dan token ekonomi. Sebagai evidence based untuk penelitian selanjutnya terutama tentang defisit perawatan diri.

BAB 2

METODOLOGI

2.1 Kerangka Konsep Terkait

Kerangka penelitian dapat digambarkan pada skema sebagai berikut:



2.2 Pertanyaan Penelitian

Adapun pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah ada perbedaan tanda gejala kognitif, psikomotor dan afektif sebelum dilakukan terapi suportif dan token ekonomi pada kelompok intervensi dan kontrol
2. Apakah ada perbedaan tanda dan gejala kognitif, psikomotor dan afektif sesudah dilakukan terapi suportif dan token ekonomi pada kelompok intervensi dan kontrol.
3. Apakah ada perbedaan tanda dan gejala kognitif, psikomotor dan afektif sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif dan token ekonomi.

2.3 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah terdiri dari variabel dependent yaitu respon kognitif, psikomotor dan afektif setelah dilakukan terapi suportif dan terapi perilaku (token ekonomi).

2.4 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah *quasy-experimental study* dengan menggunakan *two group pre-post design*, penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan *pretest* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi. Setelah dilakukan intervensi, kemudian dilakukan kembali *Posttest* (pengamatan terakhir) (Notoatmodjo, S, 2012). Bentuk rancangan tersebut sebagai berikut:

Pretest	Perlakuan	Posttest
01	X2	02
03	X1	04

Keterangan :

01 : Presttest kelompok intervensi

02 : Posttest kelompok intervensi

03 : Pretest kelompok kontrol

04 : Posttest kelompok kontrol

X2 : kelompok yang diberikan terapi suportif dan token ekonomi

X1: kelompok yang hanya diberikan terapi suportif

2.5 Waktu Dan Tempat

Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 30 Juli s/d 21 Agustus 2021. Tempat penelitian di ruang rawat inap Yudistira, Petruk Gareng dan Sinta di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.

2.6 Responden Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri yang dirawat di RSJD Provinsi Jambi. Tehnik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* (Dahlan, S. M, 2012). Besar sampel dalam penelitian sebanyak 20 kelompok intervensi dan 20 kelompok kontrol. Adapun kriteria inklusi sampel adalah klien yang telah mendapatkan terapi generalis defisit perawatan diri, klien yang kooperatif.

2.7 Tahap Pengumpulan Data

Tahap pengumpulan data terdiri dari tiga tahap. Tahap pertama adalah persiapan dimana peneliti melakukan uji etik penelitian pada komite etik penelitian kesehatan poltekkes kemenkes Jambi dengan nomor LB.02.06. /2/058/20221, selanjutnya peneliti melakukan literatur review, meminta izin ke lahan penelitian, melengkapi administrasi penelitian dan melakukan *study* pendahuluan. Tahap kedua terdiri dari kegiatan pemberian lembar *informed consent*, melaksanakan *pretest* dan intervensi terapi suportif dan token ekonomi serta melakukan *posttest*. Setelah itu

menganalisa data penelitian yang telah diperoleh. Tahap ketiga adalah tahap untuk menyajikan hasil penelitian dan melakukan publikasi ilmiah.

2.8 Instrumen Penelitian dan Metode

Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengumpulan data diantaranya yaitu

1. Instrumen A untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan).
2. Instrumen B untuk menilai kognitif yang terdiri dari 20 pertanyaan menggunakan skala likert (0-4) untuk pertanyaan positif sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, kurang setuju diberi nilai 2, tidak setuju diberi nilai 1 dan sangat tidak setuju diberi nilai 0. Pertanyaan negatif sangat setuju diberi nilai 0, setuju diberi nilai 1, kurang setuju diberi nilai 2, tidak setuju diberi nilai 3 dan sangat tidak setuju diberi nilai 4. Instrumen yang digunakan diambil dari teori Keliat, BA (2019).
3. Instrumen C untuk melihat kemampuan psikomotor terdiri dari 28 pertanyaan menggunakan skala likert (0-3) untuk pertanyaan positif selalu diberi nilai 3, pernah diberi nilai 2, kadang diberi nilai 1, dan tidak pernah diberi nilai 0. Pertanyaan negatif selalu diberi nilai 0, pernah diberi nilai 1, kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 3. Instrumen yang digunakan diambil dari teori Keliat, BA (2019).
4. Instrumen D untuk melihat kemampuan efektif terdiri dari 3 pertanyaan menggunakan skala likert (0-3) untuk pertanyaan positif selalu diberi nilai 3, pernah diberi nilai 2, kadang diberi nilai 1, dan tidak pernah diberi nilai 0. Pertanyaan negatif selalu diberi nilai 0, pernah diberi nilai 1, kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 3. Instrumen yang digunakan diambil dari teori Keliat, BA (2019).

2.9 Uji Validitas dan reliabilitas

Instrumen penelitian telah dilakukan uji validitas di ruang teta 2 orang, ruang yudistira 2 orang, ruang sinta 2 orang, ruang petruk gareng 2 orang, ruang arimbi 2 orang total sebanyak 10 responden untuk instrumen kognitif, psikomotor dan afektif terdiri dari 51 item dinyatakan valid dimana r hasil

lebih besar dari r tabel (0.576-0.843), instrument penelitian juga telah dilakukan uji reliabilitas dimana nilai alpha (0,901) > r tabel (0, 576).

Tabel 1
Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Defisi Perawatan Diri

No	Variabel	No sebelum di Uji Coba	No sesudah Uji Coba	Validitas	Reliabilitas
1	Defisit perawatan diri	1-51	1-51	0.576- 0.843	0.901

$Df=12(n-2);r=0,576$

2.10 Prosedur Pengumpulan Data

1. Minggu pertama peneliti mengurus perijinan penelitian, Melakukan tes Swab Antiges, melakukan uji validitas instrumen, peneliti melakukan pengumpulan data melalui tahap:1) memilih responden sesuai kriteria. 2) memberikan penjelasan tentang tujuan, proses, harapan dari penelitian ini dengan jelas dan memberi kesempatan bertanya. 3) apabila bersedia berpartisipasi lalu menandatangani *Informed Consent*. 4) menentukan kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi diambil dari ruang Yudistira sebanyak 5 orang, ruang petruk goreng sebanyak 4 orang, dan ruang sinta sebanyak 11 orang. Kelompok kontrol diambil dari ruang Teta sebanyak 5, ruang gama sebanyak 9 orang, ruang yudistira sebanyak 6 orang. 6) melakukan kontrak untuk melakukan intervensi terapi suportif dan token ekonomi pada kelompok intervensi, dan melakukan terapi suportif pada kelompok kontrol.
2. Minggu ke I peneliti melakukan pretest selama 1 hari pada kelompok intervensi dan 1 hari pada kelompok kontrol. Selanjutnya hari ketiga peneliti melakukan terapi suportif sebanyak 4 sesi selama 4 hari pada kelompok intervensi, dan kelompok kontrol dilakukan oleh 2 terapis dimana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dibagi

menjadi 4 kelompok masing-masing terapis bertanggung jawab sebanyak 2 kelompok.

3. Minggu ke II peneliti melakukan terapi token pada kelompok intervensi sebanyak 5 sesi selama 5 hari.
4. Minggu ke III selama 1 minggu peneliti melakukan observasi pelaksanaan token ekonomi.
5. Observasi dilakukan terkait kegiatan perawatan diri yang dilakukan sesuai dengan buku kerja.
6. Minggu ke IV selama 1 hari peneliti melakukan post test pada kelompok intervensi, dan 1 hari pada kelompok kontrol.
7. Minggu ke V peneliti melakukan terapi token ekonomi pada kelompok kontrol.

2.11 Analisa Data

Uji statistik yang digunakan adalah uji *Independent Test* (uji parametrik) dan tidak menutup kemungkinan akan. Dalam tahap ini data diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu. Untuk data kuantitatif dapat diolah secara manual dan dapat juga melalui proses komputerisasi. Dalam pengolahan ini mencakup tabulasi dan perhitungan-perhitungan statistik, bila diperlukan uji statistik (Notoadmojo, 2007 & Dahlan 2011).

Data yang sudah dikumpulkan diolah dengan menggunakan sistem komputerisasi untuk kemudian dilakukan analisisnya sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian yang akan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase (Hastono, 2007). Pada penelitian ini Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, respon kognitif, respon psikomotor dan respon afektif). Variabel usia, respon kognitif, respon psikomotor dan respon afektif merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95% nilai maksimal dan minimal. Sedangkan variabel pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan termasuk data kategorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang telah dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian. Uji hipotesis dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui bentuk hubungan antara kedua variabel (variabel dependen dan variabel independen) (Hastono, 2007). Untuk menguji hipotesis penelitian dan untuk mengidentifikasi pengaruh variabel dependen terhadap variabel independen dilakukan terlebih dahulu uji homogenitas. Variabel usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, harga diri dan makna hidup dianalisis menggunakan uji

anova. Analisa Bivariat dengan menggunakan uji *anova* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha \leq 0,05$). H_a diterima jika nilai $p \leq 0,05$ yakni efektivitas terapi suportif dan terapi token ekonomi menurunkan tanda gejala defisit perawatan diri berdasarkan model keperawatan peplau menggunakan *t independet* (uji parametrik).

Tabel 2

Uji Kesetaraan dan Analisis Variabel Penelitian efektivitas terapi suportif dan terapi token ekonomi menurunkan tanda gejala defisit perawatan diri berdasarkan model keperawatan peplau

A. Uji kesetaraan karakteristik klien harga diri rendah			
No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Anova</i>
2	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinall)	<i>Chi square</i>
3	Riwayat Pekerjaan (data nominal)	Riwayat pekerjaan (data nominal)	<i>Chi square</i>
4	Status perkawinan (nominal)	Status perkawinan (nominal)	<i>Chi square</i>
5	Perawatan diri sebelum intervensi (data interval)	Perawatan diri sebelum intervensi (data interval)	<i>Anova</i>
6	Lama Sakit (Data Interval)	Lama Sakit (data interval)	<i>Anova</i>
B. Analisis Bivariat Untuk Melihat Perbedaan			
No	Pretest	Postest	Cara analisis
1	Perawatan diri kelompok intervensi (data interval)	Perawatan diri pada kelompok intervensi (data interval)	<i>Paired t- test</i>

2	Perawatan diri kelompok kontrol (data interval)	Perawatan diri pada kelompok kontrol (data interval)	<i>Paired t- test</i>
---	---	--	-----------------------

C. Analisis Perbandingan Variabel Dependen dengan Intervensi

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Perawatan diri setelah diberikan terapi suportif dan token ekonomi	Perawatan diri setelah diberikan terapi suportif	<i>Independent t test</i>

2.12 Etika Penelitian

Etika yang diperhatikan oleh peneliti dalam proses penelitian ini berdasarkan prinsip *scientific attitude* yakni sikap ilmiah dan mempertimbangkan aspek sosio, etika harkat kemanusiaan (Hidayat, 2011). Selain itu, peneliti memberikan hak penuh kepada responden untuk menolak atau mengikuti dalam kesediaannya dalam penelitian dengan cara mengisi lembar persetujuan atau *informed consent* yang telah disediakan oleh peneliti.

Adapun prinsip pertama yang harus dilakukan peneliti adalah dengan mempertimbangkan hak responden dalam memperoleh kejelasan dan ketepatan informasi yang terkait dengan penelitian serta adanya keterbukaan dimana reaponden diberikan hak autonomi untuk bebas menentukan pilihan. Setelah itu, prinsip kedua menjamin kerahasiaan subjek penelitian, peneliti tidak menceritakan hasil penelitian kepada orang lain kecuali untuk kepentingan penelitian (*confidentiallity*). Dalam penelitian, peneliti mempertimbangkan keadaan keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan memberikan kesamaan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian juga memperhatikan kejujuran (*honesty*) sewaktu menjelaskan prosedur penelitian serta ketelitian kepada

responden sehingga responden merasakan keamanan di tempat penelitian secara fisik dan psikologis (*non maleficence* (Hidayat, 2011)).

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 Terapi Suportif

1. Pengertian

Supportif dari kata support yang artinya menyokong/mendukung memperkuat agar yang didukung tetap eksis, tetap berfungsi dan berperan aktif, karena itu berbagai teknik dalam terapi suportif berusaha agar menjaga perasaan sejahtera (well being) atau merasa sehat wal'afiat, sehingga kondisi psikis klien tetap terjaga, syukur bisa meningkat/lebih baik, karena memperoleh dukungan terapis (Zainuddin, 2011). Terapi Suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang merencanakan untuk mengatur dan tanggap serta peduli terhadap permasalahan-permasalahan atau tekanan yang dialami oleh klien maupun keluarga yang dapat merugikan kemudian sekumpulan orang-orang tersebut akan saling memberikan dukungan dan ide untuk mengatasi masalah tersebut (John C. Markowitz, M.D. (2014).

2. Tujuan

Memberikan dukungan terhadap klien dan keluarganya sehingga mampu menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, meningkatkan kekuatan keluarga, meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan penyakit klien keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber penyelesaian masalahnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi ketegangan subyektif dan respons

menyelesaikan masalah yang maladaptif (John C. Markowitz, M.D, 2014).

3. Pelaksanaan terapi suportif

Adapun teknik-teknik dalam terapi suportif mencakup sembilan teknik (Zainuddin, S. K, 2011). Masing-masing teknik digunakan sesuai dengan kondisi atau masalah yang sedang dialami klien teknis tersebut adalah:

- a. Guidance/Bimbingan, yakni prosedur pemberian pertolongan secara aktif dengan cara memberikan fakta dan interpretasi' dalam bidang pendidikan, pekerjaan, hubungan sosial dan bidang-bidang kesehatan.
- b. Manipulasi lingkungan, yakni usaha untuk menyelesaikan problem-problem emosional klien dengan cara menghilangkan atau mengubah unsur-unsur lingkungan yang tidak menguntungkan.
- c. Eksternalisasi perhatian, yakni usaha untuk mengalihkan perhatian klien yang mengalami depresi dengan jalan memberikan dorongan agar klien dapat memulai lagi aktivitas yang pernah disenanginya ataupun mengembangkan kesenangan baru untuk mengisi waktu senggangnya. Jenis-jenis eksternalisasi perhatian antara lain terapi kerja, terapi musik, terapi gerak dan tari, terapi syair, terapi sosial.
- d. Sugesti-prestis, yakni usaha terapis untuk mensugesti klien, yakni memberikan pengaruh psikis tanpa daya kritik.
- e. Reassurance (meyakinkan kembali), terapi ini biasanya menyertai pada setiap terapi. Klien yang merasa dicengkam oleh rasa ketakutan yang irasional perlu ditenangkan dan dihibur. Terapis perlu mendiskusikan ketakutan-ketakutan tersebut secara terbuka dengan kliennya untuk menjelaskan bahwa ketakutan itu tidak rasional atau tidak berdasar.
- f. Dorongan dan paksaan, yakni dengan memberikan punishment untuk menstimulasi perilaku klien sesuai yang diharapkan. Di

antaranya dengan cara klien diberi tugas untuk melawan impuls-impuls yang menimbulkan neurotik, berusaha menghilangkan atau mengurangi inner drive klien sampai di bawah titik kritis.

Berdasarkan Workshop IPKJI (2014) pelaksanaan terapi suportif terdiri dari 4 sesi yaitu:

- a. Sesi 1 : Identifikasi masalah dan sumber pendukung yang ada
 - 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien/ keluarga
 - 2) Mengidentifikasi sumber pendukung dalam keluarga (pemberi perawatan di rumah, anak, orang tua, dsb) dan kemampuannya
 - 3) Mengidentifikasi sumber pendukung di luar keluarga (teman sebaya, kader, Peran Serta Masyarakat, puskesmas, Rumah Sakit, dsb) dan kemampuannya
- b. Sesi 2 : Cara menggunakan sistem pendukung dari dalam keluarga
 - 1) Mendiskusikan cara menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan mengeceknya kembali
 - 2) Mendiskusikan hasil setelah menggunakan sumber pendukung dalam keluarga
- c. Sesi 3 : Cara menggunakan sistem pendukung di luar keluarga
 - 1) Mendiskusikan cara menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan mengeceknya kembali
 - 2) Mendiskusikan hasil setelah menggunakan sumber pendukung di luar keluarga
- d. Sesi 4 : Evaluasi
Mengevaluasi hasil yang didapatkan dan hambatan yang ditemukan dalam menggunakan sumber pendukung.

4. Evidence Based Practice Nursing

Banyak penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu terkait pemberian terapi suportif pada klien gangguan jiwa. Membuktikan bahwa terapi kelompok suportif sangat berpengaruh terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam

memberikan self care terhadap anak tunanetra ganda (Widiastuti, 2010). Menurut (Dewi EI, 2011), terapi kelompok suportif yang diberikan terbukti mampu menurunkan tingkat ansietas keluarga selama merawat anak tunagrahita. Buckley, L. A., Maayan, N., Weiser, K. S., Adams, (2015) menguraikan bahwa terapi suportif juga efektif untuk diberikan kepada individu yang mengalami skizofrenia. Sedangkan menurut (Yunita R, 2018), terdapat pengaruh terapi suportif terhadap kecemasan keluarga dalam merawat anak Retardasi Mental ringan.

3.2 Terapi Perilaku Token Economy

1. Pengertian

Token ekonomi adalah bentuk dari *reinforcement* positif yang digunakan baik secara individu maupun kelompok klien di ruang psikiatri atau klien anak-anak (Stuart & Laraia, 2013). *Token economy*, yaitu sebuah teknik berdasarkan prinsip-prinsip pengkondisian operan. Token ekonomi didesain bagi klien penyakit mental agar menghasilkan perilaku yang diinginkan. *Conditioned reinforcer* dalam bentuk token diberikan pada klien yang memunculkan respon yang diinginkan seperti memakai baju sendiri, makan tanpa bantuan, atau menyelesaikan tugas secara baik. Token-token ini nantinya dapat ditukar untuk mendapatkan *primary reinforcer*, yaitu sesuatu yang diinginkan dan dinikmati orang lain seperti: baju baru, interaksi sosial, kosmetik, menonton film, dll.

Token ekonomi merupakan suatu bentuk untuk merubah atau perubahan perilaku seseorang yang di rancang untuk meningkatkan perilaku yang di sukai dan mengurangi perilaku yang tidak disukai dengan menggunakan token atau koin. Seseorang individu akan menerima token dengan segera setelah menampilkan perilaku yang disenangi, sebaliknya akan mendapat pengurangan token jika menampilkan perilaku yang tidak di sukai (Fahrudin A, 2019).

Token adalah pembuatan simbolis, seperti halnya dengan *poker chip* yang kemudian dapat ditukarkan dengan barang-barang atau hal-

hal yang lain, merupakan bentuk langsung dari penguatan, seperti manisan atau penghargaan bertambah. Pelaksanaan dalam token ekonomi meliputi mengidentifikasi kemampuan interpersonal yang positif dan perilaku *self care* klien yang akan dikuatkan dan mendapatkan dispensasi berupa tanda pada klien apabila kemampuannya meningkat (Aljuhaish, S. F, 2015).

2. Tujuan

Tujuan dari terapi perilaku token ekonomi untuk menghasilkan perubahan-perubahan positif dalam berbagai perilaku meliputi kesehatan pribadi, interaksi sosial, kehadiran dan informasi dalam pekerjaan, dan tugas rumah tangga. Contoh pada peningkatan perilaku merawat diri: mandi, pakaian/berhias, makan dan toileting.

Tujuan dari terapi perilaku token ekonomi juga mampu meningkatkan perilaku yang disukai dan mengurangi perilaku yang tidak disukai. Pada umumnya token ekonomi digunakan dalam perubahan perilaku di setting institusional (termasuk rumah sakit, lembaga koreksional atau pusat rehabilitasi) untuk mengatur perilaku individu yang agresif atau tidak dapat diprediksi. Mengajarkan tingkah laku yang tepat dan keterampilan sosial yang dapat dipergunakan dalam suatu lingkungan alamiah (Fahrudin A, 2019).

3. Indikasi

Token ekonomi dapat digunakan pada individu maupun kelompok, baik klien diruang psikiatri. Pasien psikiatri yang diberikan terapi ini pada umumnya adalah klien dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan.

4. Pelaksanaan Terapi perilaku

Berdasarkan Workshop IPKJI (2014) pelaksanaan terapi perilaku terdiri dari 4 sesi yaitu:

- a. Sesi 1 Mengadakan kontrak melatih kemampuan klien merawat diri : mandi dan berpakaian/hias

- 1) Mendiskusikan kepada klien tentang kemampuannya dalam merawat diri seperti : mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting.
 - 2) Menjelaskan pemberian token sesuai dengan perilaku yang akan dirubah.
- b. Sesi 2 Melatih kemampuan klien merawat diri : makan
- 1) Melatih kemampuan klien dalam hal merawat diri: makan, dengan metode : terapis memodelkan/mendemonstrasikan
 - 2) Klien melakukan kembali / redemostrasi cara merawat diri: makan
 - 3) Memberikan umpan balik terhadap kemampuan klien yang telah dilakukan dan menjelaskan makna dari melakukan makan dengan benar
- c. Sesi 3 Melatih kemampuan klien merawat diri : toileting (BAB dan BAK), mengungkapkan manfaat dan hasil dari latihan setiap sesi serta merencanakan tindak lanjut.
- 1) Melatih kemampuan klien dalam hal merawat diri: Toileting (BAB dan BAK) dengan metode demonstrasi
 - 2) Memberikan umpan balik terhadap kemampuan klien yang telah dilakukan dan menjelaskan makna dari melakukan Toileting (BAB dan BAK) dengan benar
 - 3) Token yang didapat oleh klien jika melakukan hal ini semua adalah 6 token
 - 4) Jika klien tidak dapat melakukan semua maka token dihitung sesuai dengan kemampuan yang dimiliki klien.
- d. Sesi 4 : Mengungkapkan manfaat dan hasil dari latihan tiap sesi serta merencanakan tindak lanjut.
- Menyampaikan manfaat apa yang didapatkan klien dalam latihan kemampuan merawat diri : cara mandi yang benar, cara berpakaian/berhias, cara makan yang benar, BAB dan BAK.

5. Pelaksanaan Token Ekonomi

Menurut Fahrudin A., (2019) teknik token ekonomi yang perlu diperhatikan ialah :

a. Langkah pertama adalah seorang peneliti harus mengenali dengan jelas tingkah laku yang akan di ubah menggunakan teknik token ekonomi. Definisikan perilaku tersebut secara spesifik dapat diamati dan terukur supaya dapat menjaga konsistensi dalam implementasinya.

b. Memulai token

1) Pilih jenis token yang akan dipakai

Banyak benda atau objek yang dapat digunakan sebagai token. Misalnya peneliti menggunakan uang mainan, kelereng, kancing, sticker dan berbagai benda lainnya. Apabila peneliti menghadapi pasien yang masih berusia anak – anak perlu diperhatikan keamanan token supaya tidak terjadi anak menelan token atau memasukkan dalam tubuhnya, tetapi jika peneliti menghadapi pasien yang telah berusia dewasa bisa diganti dengan benda lainnya. Perlu diingat dalam memilih token ialah mudah dihitung, sulit untuk dipalsukan dan aman jika digunakan.

2) Pilih penguat atau hadiah yang akan di tukar dengan token

Peneliti memilih hadiah yang dapat di tukar dengan token yang telah di kumpulkan. Hadiah ini tidak perlu mahal. Uang saku tambahan mungkin bisa digunakan sebagai hadiah atau juga keistimewaan misalnya dengan memberikan barang yang disukai atau membuatkan makanan yang disukai.

3) Hitung berapa nilai token untuk suatu perilaku

Peneliti mengatur berapa nilai token untuk satu jenis perilaku yang diinginkan. Misalnya apabila pasien tidak terlambat hadir ke dalam program bimbingan berharga nilai 1 token, mengerjakan tugas membersihkan ruangan, mengerjakan keterampilan yang diajarkan nilai yang

diberikan sebanyak 3 token dan seterusnya. Begitu pula jika klien menunjukkan perilaku negatif maka peneliti berhak mengambil token yang telah diberikan, sebagai bentuk hukuman, namun peneliti perlu memperhatikan perilaku apa yang jelas untuk dijadikan patokan sebagai hukuman.

- 4) Berapa harga untuk hadiah yang di tukar dengan token

Peneliti perlu mengatur berapa harga hadiah yang dapat di tukarkan dengan jumlah token. Misalnya 10 token bisa ditukarkan dengan piring atau benda yang disukai peserta. Dalam hal ini peneliti perlu mengatur dan menjaga konsistensinya.

- 5) Membuat bank token

Peneliti perlu mencatat hasil perilaku yang dilakukan pasien secara bertahap dan jelas serta spesifik dan teratur. Oleh sebab itu dibutuhkan bank token, bank token dapat berbentuk toples untuk token yang berupa kelereng atau bisa pula berupa papan yang bisa ditempelkan. Untuk menghindari kecurangan diantara klien makan bank token harus ditempatkan di tempat yang dapat terlihat oleh semua klien.

- 6) Tentukan kapan waktu untuk menukar token

Peneliti perlu untuk memperhatikan kapan waktu token dapat ditukarkan. Peneliti perlu membuat kesepakatan dengan klien kapan mereka dapat menukarkan token secara berkala. Token ekonomi dapat divariasikan dengan teknik cara lain, yaitu:

- a) Memperoleh hadiah bersama teman – temanya
- b) Pengelolaan program token ekonomi oleh klien itu sendiri
- c) Kombinasikan program token ekonomi dengan program bimbingan keterampilan
- d) Kombinasikan dengan kelompok yang berbeda.

6. Evidence Based Practice Nursing

Penelitian terdahulu tentang pengaruh terapi token ekonomi pada kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien gangguan jiwa di RS. Jiwa provinsi Lampung, hasil yang didapat adalah rata-rata nilai kemampuan mengontrol diri pasien gangguan jiwa kelompok intervensi terapi token ekonomi adalah 22,23, termasuk kategori meningkat. Rata-rata nilai kemampuan mengontrol diri klien gangguan jiwa kelompok yang tidak mendapat terapi token ekonomi di RSJ. Provinsi Lampung adalah 11,87, termasuk kategori meningkat. Terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan mengontrol diri dari perilaku kekerasan antara kemampuan mengontrol diri klien kelompok intervensi terapi token ekonomi dengan yang tidak mendapat token ekonomi di RSJ. Provinsi Lampung, (nilai $p = 0.00$) (Manurung I dan Amatiria G, 2012).

Penelitian lainnya tentang pengaruh pemberian token ekonomi terhadap kepatuhan minum obat pada klien skizofrenia diruang kunti rumah sakit jiwa provinsi bali, hasil penelitian menunjukkan kepatuhan minum obat pre test sebagian besar yaitu 19 orang (67,9%) dalam kategori rendah. Kepatuhan minum obat post test menunjukkan sebagian besar yaitu 16 orang (57,1%) dalam kategori tinggi. Hasil uji Wilcoxon Sign Rank Test didapatkan hasil nilai z hitung = 4,882 > dari z tabel = 1,96 dan nilai $p = 0,001 < \alpha 0,05$, hasil analisis ini menunjukkan ada pengaruh pemberian token ekonomi terhadap kepatuhan minum obat pada klien skizofrenia (Tandilolo dkk,2020).

Penelitian terdahulu tentang efektifitas terapi perilaku"token ekonomi"dan psikoedukasi keluarga pada klien dengan defisit perawatan diri di RW 08 dan RW 13 baranangsiang bogor timur, hasil penelitian Reward diberikan secara konsisten terhadap klien misalnya dengan tanda, poin atau tiket. Terapi perilaku ini dapat mengubah perilaku yang ditargetkan, seperti perawatan diri. Psikoedukasi keluarga adalah untuk mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa, dan untuk mempermudah kembalinya klien ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi

sosial dan okupasi klien gangguan jiwa. Analisa dilakukan dengan menggunakan pendekatan model Self Care dari Orem (Rosianna AM, 2012).

3.3 Defisit Perawatan Diri

1. Konsep Teori

a. Pengertian

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2016). Defisit perawatan diri meliputi ketidakmampuan dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, eliminasi dan lingkungan. Menurut NANDA-I (2018), defisit perawatan diri: kebersihan diri adalah ketidakmampuan melakukan pembersihan diri secara seksama dan mandiri. Defisit perawatan: berpakaian adalah ketidakmampuan untuk mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri. Defisit perawatan diri: makan dan minum adalah ketidakmampuan makan secara mandiri. Defisit perawatan diri: eliminasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine.

b. Lingkup defisit perawatan diri

- 1) Kebersihan diri (mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berhias, dan gunting kuku)
Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Berdandan atau berhias, Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menysisir rambut, atau mencukur kumis.
- 2) Makan dan minum
Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dan minuman dari piring ke mulut, dan

makan hanya beberapa suap makanan dari piring, minuman dari gelas.

3) Toileting (BAB dan BAK)

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan, melakukan BAB dan BAK tidak pada tempatnya.

4) Kebersihan dan kerapihan lingkungan rumah

Ketidakmampuan klien untuk melakukan kebersihan dan kerapihan lingkungan rumah seperti: kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, dapur, kamar mandi, dan halaman.

c. Proses Terjadinya Masalah

Menurut Yusuf, dkk (2015) proses terjadinya masalah pada klien defisit perawatan diri yaitu:

1) Faktor prediposisi

a) Biologis

Penyakit fisik dan mental yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri, riwayat gangguan jiwa, faktor genetik

b) Psikologis

(1) Faktor perkembangan

(2) Kemampuan realitas turun

c) Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2) Faktor presipitasi

a) Penurunan motivasi

b) Kerusakan kognisi atau perseptual

c) Cemas

d) Lelah/lemah

d. Tanda dan Gejala

Menurut Keliat BA, dkk (2019) tanda dan gejala yang dapat pada klien defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

1. Subjektif

- a) Menolak melakukan perawatan diri: kebersihan diri (mandi, berpakaian, keramas, sikat gigi, berdandan dan gunting kuku), makan dan minum, eliminasi dan kebersihan lingkungan.
- b) Menyampaikan ketidaktahuan tentang perawatana diri dan ketidakinginan melakukan perawatan diri: kebersihan diri (mandi, berpakaian, keramas, sikat gigi, berdandan dan gunting kuku), makan dan minum, eliminasi dan kebersihan lingkungan.
- c) Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri: kebersihan diri (mandi, berpakaian, keramas, sikat gigi, berdandan dan gunting kuku), makan dan minum, eliminasi dan kebersihan lingkungan.

2. Objektif

- a) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang, tidak menggunakan alat-alat mandi, tidak mandi dengan benar, rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, pakaian tidak rapi, tidak mampu berdandan, memilih, mengambil, memakai pakaian, memakai sandal, sepatu, memakai resleting, memakai barang-barang yang perlu dalam berpakaian, melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian.
- b) Makan berserakan, makan tidak dihasbiskan, sehabis makan tidak tidak dirapikan
- c) BAK dan BAB tidak apda tempatnya, tidak membersihkan toilet, setelah BAK dan BAB tidak dicuci
- d) Tidak membersihkan kamar tidur, ruang makan dan halaman

2. Asuhan Keperawatan Teoritis

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui apakah klien mengalami masalah defisit perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalui observasi pada klien yaitu sebagai berikut:

- 1) Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor, ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, serta pada pasien wanita tidak berdandan.
- 2) Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- 3) Ketidakmampuan BAB atau BAK secara mandiri ditandai dengan BAB atau BAK tidak pada tempatnya, serta tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.
- 4) Ketidakmampuan klien secara mandiri untuk melakukan kebersihan dan kerapihan lingkungan rumah seperti: kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, dapur, kamar mandi, dan halaman

b. Diagnosis Keperawatan

Defisit perawatan diri: Mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias

c. Intervensi Keperawatan

1) Intervensi Individu

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
	Utama				
1	Dukungan perawatan diri (Memfasilitasi pemenuhan	▪ Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan	▪ Sediakan lingkungan yang terapeutik	▪ Anjurkan melakukan perawatan diri secara	▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
	kebutuhan perawatan diri).	<p>diri sesuai usia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor tingkat kemandirian ▪ Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 	<p>(suasana hangat, rileks, privasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siapkan keperluan pribadi (Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) ▪ Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri ▪ Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan ▪ Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri ▪ Jadwalkan rutinitas perawatan diri 	<p>konsisten sesuai kemampuan</p>	
2	Dukungan perawatan diri: Mandi (Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri ▪ Identifikasi jenis Bantuan yang dibutuhkan ▪ Monitor kebersihan tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan peralatan mandi (sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) ▪ Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman ▪ Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan ▪ Ajarkan kepada keluarga cara memandikan klien, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
		(rambut, mulut, kulit, kuku) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor integritas kulit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan ▪ Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 		
3	Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian (Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/b erhias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan pakaian pada tempatnya yang mudah dijangkau ▪ Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan ▪ Fasilitasi mengerjakan pakaian, jika perlu ▪ Fasilitasi berhias (menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) ▪ Jaga privasi selama berpakaian ▪ Tawarkan untuk laundry, jika perlu ▪ Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu ▪ Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
4	Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK (Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia ▪ Monitor integritas kulit klien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi ▪ Dukung penggunaan toilet/commode /pispot/urinal secara konsisten ▪ Jaga privasi selama eliminasi ▪ Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu ▪ Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan ▪ Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu ▪ Sediakan alat bantu (kateter eksternal, urinal), jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan BAK/BAB secara rutin ▪ Anjurkan ke kamar mandi/toile, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
5	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi diet yang dianjurkan ▪ Monitor kemampuan menelan ▪ Monitor status <i>hidrasi</i> klien, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan ▪ Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum ▪ Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan posisi makanan pada klien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian obat (analgesik, antiemeti), sesuai indikasi

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Letakkan makanan di sisi mata yang sehat ▪ Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan ▪ Siapkan makanan dan minuman yang disukai ▪ Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu ▪ Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia 	jam (sayur di jam 13, rendang di jam 15)	
	Pendukung				
1	Manajemen lingkungan (Memfasilitasi dan mengelola lingkungan untuk mendapatkan manfaat terapeutik, stimulasi sensorik, dan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau ▪ Atur suhu lingkungan yang cukup dan aman ▪ Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman ▪ Sediakan tempat tidur dan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman ▪ Jelaskan cara menghadapi bahaya kebakaran ▪ Ajarkan klien dan keluarga/pe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
	kesejahteraan psikologis)		<p>lingkungan yang bersih dan nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan pewangi ruangan, jika perlu ▪ Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet atau peralatan untuk eliminasi ▪ Ganti pakaian secara berkala ▪ Hindari paparan langsung cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu ▪ Izinkan membawa benda-benda yang disukai dari rumah ▪ Izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi klien ▪ Fasilitasi penggunaan barang-barang pribadi (piyama, jubah, perlengkapan mandi) ▪ Pertahankan konsistensi 	<p>ngunjung tentang upaya pencegahan infeksi</p>	

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
			kunjungan tenaga kesehatan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berikan bel atau alat komunikasi untuk memanggil perawat 		
2	Perawatan kuku (Mengidentifikasi dan merawat kuku agar bersih dan sehat serta tidak mengalami lesi kulit akibat perawatan kuku yang tidak tepat)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor kebersihan dan kesehatan kuku ▪ Monitor perubahan yang terjadi pada kuku 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendam kuku dengan air hangat ▪ Fasilitasi pemotongan dan pembersihan kuku, sesuai kebutuhan ▪ Bersihkan kuku dengan bahan alami (air, putih, lemon, belimbing wuluh) ▪ Bersihkan bagian bawah kuku dengan alat bantu pembersih kuku ▪ Oleskan minyak zaitun hangat pada kuku ▪ Lembabkan daerah sekitar kuku untuk mencegah kekeringan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan memotong kuku dan membersihkannya secara rutin ▪ Anjurkan mengkonsumsi makanan kaya biotin (susu, telur, kacang-kacangan) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi mengoleskan cat kuku, jika perlu 		
3	Perawatan mulut (Mengidentifikasi dan merawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya komplikasi)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kondisi umum (kesadaran, alat bantu napas, hemodinamik, gangguan koagulan, penggunaan obat antikoagulan, gigi palsu) ▪ Identifikasi kondisi oral (luka, karies gigi, plak, sariawan, tumor) ▪ Monitor kebersihan mulut, lidah dan gusi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilih sikat gigi sesuai dengan kondisi klien ▪ hindari merawat mulut dengan sikat gigi jika mengalami trombositopenia ▪ Posisikan semi-fowler atau fowler ▪ Dekatkan alat-alat dalam jangkauan untuk melakukan perawatan mulut mandiri ▪ Fasilitasi menyikat gigi secara mandiri ▪ Bersihkan gigi palsu secara terpisah ▪ Sikat gigi minimal 2 kali sehari ▪ Sikat gigi dari arah gusi ke masing-masing gigi atas dan bawah ▪ Gunakan alat suction untuk menghisap cairan/saliva di 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan prosedur tindakan pada klien dan keluarga ▪ Anjurkan mengganti sikat gigi setiap 3-4 bulan ▪ Anjurkan melakukan pemeriksaan gigi setiap 6 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
			<p>mulut pada klien penurunan kesadaran</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gunakan cairan chlorhexidine atau sesuai kebijakan institusi ▪ Gunakan benang untuk mengangkat plak yang tidak dapat dijangkau sikat gigi ▪ Bersihkan alat-alat yang telah dipergunakan 		
4	Perawatan rambut (Mengidentifikasi dan merawat kesehatan rambut dan kulit kepala)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kondisi klien (kesadaran, alergi shampoo, hemodinamik, kontraindikasi cuci rambut, kebersihan kulit kepala dan rambut, kekuatan rambut) ▪ Monitor kerontokkan rambut 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siapkan peralatan sesuai fasilitas yang ada ▪ Jaga privasi klien ▪ Atur posisi dengan kepala diganjal bantal agar air tidak membasahi tubuh (jika memungkinkan klien diposisikan <i>fowler</i> atau <i>semi fowler</i>) ▪ Cuci rambut dengan melakukan pemijatan ▪ Lakukan pemberantasan kutu dan telur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan prosedur dan tujuan perawatan rambut ▪ Ajarkan mencuci rambut sesuai kemampuan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

No	Intervensi	Observasi	Terapeutik	Edukasi	Kolaborasi
			rambut, jika perlu ▪ Keringkan rambut dengan <i>hairdryer</i>		

2) Intervensi Keluarga

- a) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b) Menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri yang dialami klien
- c) Mendiskusikan cara merawat defisit perawatan diri dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien
- d) Melatih keluarga untuk merawat defisit perawatan diri seperti yang telah dilatih perawat ke klien.
- e) Menyediakan alat-alat yang diperlukan dalam menjaga kebersihan diri ii. Membimbing klien melakukan perawatan diri: kebersihan diri, makan dan minum, BAB dan BAK, kebersihan dan kerapian rumah dan lingkungan iii. Membuat jadwal iv. Memberi pujian atas keberhasilan klien
- f) Melibatkan seluruh anggota keluarga menciptakan suasana keluarga yang mendukung: meningkatkan klien, melakukan kegiatan bersama-sama, memberi motivasi dan pujian
- g) Menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur

3) Intervensi Kelompok

Menurut Keliat BA, Pawirowiyono A, 2016, TAK Stimulasi Persepsi mengatasi Defisit Perawatan Diri terdiri dari:

Sesi 1A: TAK SP:Kebersihan diri: mandi

Sesi 1B: TAK SP:Kebersihan diri: keramas

Sesi 1C: TAK SP: Kebersihan diri: menyikat gigi

Sesi 1D: TAK SP: Kebersihan diri: perawatan kuku

Sesi IIA: TAK SP: Berdandan: berpakaian rapi

Sesi IIB: TAK SP: Berdandan: berhias diri

Sesi IIIA: TAK SP: Tata cara makan

Sesi IIIB: TAK SP: Tata cara minum

Sesi IVA: TAK SP: Tata cara buang air besar

Sesi IVB: TAK SP: Tata cara buang air kecil

(Keliat BA, Pawirowiyono A, 2016)

d. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai kebutuhan klien dan masalah yang dihadapi klien berdasarkan intervensi utama dan pendukung.

e. Evaluasi

1) Klien dapat menyebutkan hal berikut.

a) Penyebab tidak merawat diri.

b) Manfaat menjaga perawatan diri.

c) Tanda-tanda bersih dan rapi.

d) Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan.

2) Klien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal berikut.

a) Kebersihan diri

b) Berdandan

c) Makan

d) BAB/BAK

3) Keluarga memberikan dukungan dalam melakukan perawatan diri.

a) Keluarga menyediakan alat-alat untuk perawatan diri.

- b) Keluarga ikut serta mendampingi klien dalam perawatan diri.

3.4 Teori Hildegard E. Peplau

1. Teori Peplau

Hildegard Peplau menggunakan istilah *psycodynamic nursing* untuk menggambarkan hubungan dinamis antara perawat dan klien. *Psycodynamic nursing* adalah kemampuan memahami perilaku diri sendiri untuk menolong orang lain mengidentifikasi kesulitan yang dirasakan dan menerapkan prinsip hubungan manusia ke dalam masalah yang timbul pada berbagai pengalaman. Dikenal juga dengan istilah *Peplau's Nursing Model : The Interpersonal Process* (Aligood, 2010).

2. Komponen Paradigma Keperawatan Peplau

a. Konsep Manusia

Komponen ini merupakan komponen pertama sebagai salah satu fokus dari pelayanan keperawatan. manusia bertindak sebagai klien dalam konteks paradigma keperawatan ini bersifat individu, kelompok dan masyarakat dalam suatu sistem.

b. Konsep Keperawatan

Konsep ini adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dapat ditunjukkan kepada individu, keluarga atau masyarakat dalam rentang sehat sakit. Dengan demikian konsep ini memandang bahwa bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien dalam bentuk pemberian asuhan keperawatan adalah dalam keadaan tidak mampu, tidak mau dan tidak tahu dalam proses pemenuhan kebutuhan dasar.

c. Konsep Sehat

Komponen ini memandang bahwa keperawatan itu bahwa bentuk pelayanan yang diberikan pada manusia dalam rentang sehat sakit

d. Konsep Lingkungan

Paradigma keperawatan dalam konsep lingkungan ini adalah memandang bahwa lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia selama pemberian asuhan keperawatan dengan meminimalkan dampak atau pengaruh yang ditimbulkannya sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai

3. Empat Fase Hubungan Interpersonal

Menurut Hildegard E. Peplau (1952) dalam pelaksanaan hubungan interpersonal terdiri dari empat fase

a. *Orientation phase*

Orientation phase dilakukan klien dan perawat dapat bersama-sama sebagai orang asing, pertemuan dimulai dengan klien yang mengemukakan keluhannya, bekerja sama untuk saling mengenal, memahami dan mendefinisikan hubungan yang dibentuk untuk dapat memenuhi kebutuhan. (catatan : data selalu dikumpulkan) Pasien menjelaskan keluhannya.

b. *Identification phasez*

Menentukan tujuan interdependen. Pasien merasakan keluhannya dan memberikan tanggapan secara selektif yang dapat memenuhi kebutuhannya.

c. *Exploitation phase,*

Klien secara aktif mencari bantuan dan memperoleh pengetahuan dari tenaga profesional.

d. *Resolution phase*

Terjadi setelah tahap-tahap yang lain bisa dilaksanakan secara lengkap dan berhasil, merupakan tahapan untuk mengakhiri hubungan perawat-klien.

D.

PEMBAHASAN

Pada bagian ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bagian sebelumnya, keterbatasan penelitian; dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

4.1 Karakteristik Responden Defisit perawatan Diri di RSJD Tahun 2021

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh usia responden berusia rata-rata 29 tahun, sebagian besar berpendidikan SMA (90%), lebih dari setengah bekerja (70%) dengan status perkawinan lebih dari setengah tidak menikah (85%). Sebagian besar responden kategori usia dewasa muda sebanyak 30 responden (75%), usia dewasa tengah 10 responden (15%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pinedendi N (2016) usia pada kliendefisit perawatan diri sebagian besar berusia dewasa muda diantara 20-30 tahun berjumlah 11 orang (40.7%). Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Herawati N (2019) pada klien defisit perawatan diri rata-rata diusia dewasa tengah berusia 40-59 tahun sebanyak 18 orang (56.3%). Penelitian lain yang dilakukan Tandilolo J, dkk (2020) berdasarkan usia sebagian besar 15 orang (53,6%) pada rentang usia 26-35 tahun.

Usia seringkali dikaitkan dengan pengalaman hidup seseorang terhadap stressor dalam kehidupan, sumber coping serta dapat menggambarkan kemampuan klien untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan (Stuart, 2013). Usia dewasa awal merupakan usia yang melalui tahapan hubungan yang komunikatif, hangat, dan dekat dengan atau tanpa adanya kontak seksual. Masa dewasa awal adalah periode perkembangan

yang bermula pada akhir usia belasan tahun atau awal usia dua puluhan dan berakhir pada usia tiga puluhan (Santrock, 2009).

Kategori tingkat pendidikan SD 1 responden (27,5%), SMP 6 responden (15%), SMA 18 responden (45%), dan yang paling sedikit tingkat pendidikan perguruan tinggi 5 responden (12,5%,) dapat dilihat bahwa responden dengan defisit perawatan diri sebagian besar tingkat pendidikan SMA.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Herawati N (2019) pendidikan responden dengan defisit perawatan diri sebagian besar SD sebanyak 13 orang (40.6%). Penelitian lain yang dilakukan Tandilolo J (2020) berdasarkan, berdasarkan pendidikan sebagian besar yaitu 16 orang (57,1%) tamat SMA. Hal ini sejalan juga dengan penelitian Andayani (2012) dimana lebih sebagian klien Skizofrenia berpendidikan SMA 54,3%. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Lv, Wolf, dan Wang (2013) bahwa pendidikan klien Skizofrenia di China yang tamat SMA lebih sebagian (65%).

Menurut Stuart (2013), pendidikan merupakan sumber coping yang dapat menurunkan risiko terjadinya stres yang berhubungan dengan gangguan jiwa dan dapat meningkatkan pemulihan. Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memiliki perkembangan kognitif yang lebih baik, sehingga individu dapat menerima informasi dengan baik. Pendidikan merupakan salah satu komponen dalam psikososial yang dapat dikaitkan dengan terjadinya gangguan jiwa (Townsend, 2009). Tingginya tingkat pendidikan seseorang maka akan lebih mudah menerima perubahan yang lebih baik sedangkan seseorang yang tidak memiliki pendidikan yang berkelanjutan akan bersikap tertutup dan sulit menerima perubahan.

Berdasarkan Kategori pekerjaan responden yang tidak bekerja 12 responden (30%), yang bekerja 28 responden (70%), dapat dilihat bahwa lebih dari setengahnya responden bekerja, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata responden mempunyai riwayat bekerja bisa saja hal ini terjadi

dikarenakan klien tidak mampu lagi bekerja atau bahkan penghasilan yang tidak cukup sehingga klien cenderung mengalami gangguan jiwa.

Asumsi peneliti seorang yang bekerja akan merasa kehilangan jika sudah tidak bekerja lagi sehingga klien mempunyai nilai negatif terhadap dirinya sendiri, merasa tidak mampu dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga akan mengalami defisit perawatan diri.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Emilayani (2014) responden bekerja dan 33 orang (33,4%), responden tidak bekerja sebanyak 6 orang (66,6%). Penelitian lain yang dilakukan Tandilolo J (2020) berdasarkan pekerjaan sebagian besar yaitu 24 orang (85,7%) tidak bekerja.

Menurut Stuart (2013), pendidikan merupakan sumber coping yang dapat menurunkan risiko terjadinya stres yang berhubungan dengan gangguan jiwa dan dapat meningkatkan pemulihan. Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memiliki perkembangan kognitif yang lebih baik, sehingga individu dapat menerima informasi dengan baik. Pendidikan merupakan salah satu komponen dalam psikososial yang dapat dikaitkan dengan terjadinya gangguan jiwa (Townsend, 2012). Tingginya tingkat pendidikan seseorang maka akan lebih mudah menerima perubahan yang lebih baik sedangkan seseorang yang tidak memiliki pendidikan yang berkelanjutan akan bersikap tertutup dan sulit menerima perubahan.

Berdasarkan Kategori pekerjaan responden yang tidak bekerja 12 responden (30%), yang bekerja 28 responden (70%), dapat dilihat bahwa lebih dari setengahnya responden bekerja, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata responden mempunyai riwayat bekerja bisa saja hal ini terjadi dikarenakan klien tidak mampu lagi bekerja atau bahkan penghasilan yang tidak cukup sehingga klien cenderung mengalami gangguan jiwa.

Asumsi peneliti seorang yang bekerja akan merasa kehilangan jika sudah tidak bekerja lagi sehingga klien mempunyai nilai negatif terhadap

dirinya sendiri, merasa tidak mampu dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga akan mengalami defisit perawatan diri.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Emilayani (2014) responden bekerja dan 33 orang (33,4%), responden tidak bekerja sebanyak 6 orang (66,6%). Penelitian lain yang dilakukan Tandilolo J (2020) berdasarkan pekerjaan sebagian besar yaitu 24 orang (85,7%) tidak bekerja.

Pekerjaan dapat mengembangkan kemampuan individu meningkatkan integritas individu dan kepercayaan diri bahwa seseorang akan dinyatakan berhasil jika ia mempunyai penghasilan sendiri. Namun kenyataannya individu yang tidak mempunyai pekerjaan meningkatkan prevalensi terjadinya skizofrenia gejala negatif, misalnya defisit perawatan diri sehingga mempengaruhi seseorang untuk malas melakukan kegiatan yang seharusnya mampu meningkatkan perawatan diri seseorang. Pekerjaan merupakan sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2001 dalam Suaerni, 2013). Kondisi tidak memiliki pekerjaan pada responden semakin membuat klien mengkritik diri, merasa tidak berguna atau tidak berharga sehingga klien tidak mau melakukan aktivitas terutama dalam melakukan perawatan diri.

Kategori status perkawinan didapatkan hasil klien tidak kawin sebanyak 31 orang (75,5%) artinya pada penelitian ini mayoritas klien defisi perawatan diri belum menikah, janda ataupun duda.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Emilyani D (2014) didapatkan karakteristik responden berdasarkan status perkawinan 55,5% responden belum menikah.

4.2 Pengaruh Karakteristik Terapi Suportif dan Token ekonomi terhadap Perawatan Diri pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJD Tahun 2021

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari empat variabel karakteristik yang pada model awal diduga berpengaruh terhadap defisit perawatan diri ditemukan satu variabel yang bermakna mempengaruhi perawatan diri klien. Berdasarkan hasil analisis statistik bahwa karakteristik perawatan diri didapatkan nilai *p value* > 0,05 yaitu 0.383, dapat dilihat juga untuk usia terhadap perawatan diri didapat *p value* 0,617. Pendidikan terhadap perawatan diri *p value* 0.014, pekerjaan terhadap perawatan diri *p value* 0.634, dan untuk status perkawinan *p value* 0.225. Dapat disimpulkan bahwa karakteristik usia, pekerjaan dan status perkawinan tidak berpengaruh terhadap perawatan diri klien, namun pendidikan klien berpengaruh terhadap perawatan diri klien.

Hasil penelitian Emilyani D (2014) didapatkan data karakteristik klien berdasarkan usia, sebagian besar responden (33,3%) berusia 26-33 tahun, dimana usia tersebut adalah usia produktif dan hampir sebaya pada golongan umur, dengan berbagai tugas perkembangan yang harus diselesaikan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas-tugas perkembangan di masa lalu akan menyebabkan terjadinya gangguan di masa sekarang.

Hasil Penelitian pada variabel karakteristik hanya variabel pendidikan yang berpengaruh terhadap perawatan diri klien defisit perawatan diri. Semakin tinggi pendidikan individu semakin mudah individu tersebut untuk menerima informasi sehingga berpengaruh terhadap kemampuan yang dimiliki, dengan demikian klien yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi cenderung lebih mudah menerima informasi yang diberikan saat pemberian token ekonomi (Fahrozin dan Fathiyah, 2014).

Tujuan dari diberikannya terapi suportif untuk memberikan dukungan terhadap klien dan keluarganya sehingga mampu menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, meningkatkan kekuatan keluarga, meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan penyakit klien keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber penyelesaian masalahnya, meningkatkan otonomi

keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi ketegangan subyektif dan respons menyelesaikan masalah yang maladaptif (Grassi, dkk, 2009). Selain terapi suportif dapat juga diberikan terapi token ekonomi pada klien defisit perawatan diri dalam bentuk reinforcement positif yang digunakan baik secara individu maupun kelompok klien di ruang psikiatri atau klien klien anak-anak (Stuart & Laraia, 2006).

4.3 Pengaruh Terapi Suportif dan Token Ekonomi Terhadap Perawatan Diri (Kognitif, Psikomotor dan afektif) klien Defisit Perawatan Diri di RSJD Tahun 2021

- a. Pengaruh terapi suportif dan token ekonomi terhadap perawatan diri (respon kognitif) klien defisit perawatan diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan atau perubahan perawatan diri (respon kognitif) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif dan token ekonomi (Tabel 4) dengan $p \text{ value } 0.000 < 0.05$. Dapat dilihat juga dari hasil rata-rata respon kognitif terjadi lebih baik dari pada sebelum dilakukan terapi suportif dan token ekonomi. Hal ini sama dengan hasil yang diperoleh pada kelompok kontrol terhadap perubahan perawatan diri (respon kognitif) pre dan post test dengan $p \text{ value } 0,028 < 0.05$. Kondisi tersebut menjelaskan bahwa intervensi penelitian terapi suportif dan token ekonomi berhasil meningkatkan respon kognitif responden dalam hal penilaian atau evaluasi positif terhadap perawatan dirinya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syahdiba SY, dkk (2021) hasil menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat ketergantungan perawatan diri. Nilai Z menunjukkan pengaruh terapi perilaku: ekonomi token setelah dan sebelum intervensi -4.414. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai alpha

($p < 0,05$) artinya ada pengaruh yang signifikan sebelum dan setelah terapi perilaku: ekonomi token.

Token economy, yaitu sebuah teknik berdasarkan prinsip-prinsip pengkondisian operan. Token ekonomi didesain bagi klien penyakit mental agar menghasilkan perilaku yang diinginkan. Conditioned reinforcer dalam bentuk token diberikan pada klien yang memunculkan respon yang diinginkan seperti memakai baju sendiri, makan tanpa bantuan, atau menyelesaikan tugas secara baik. Token-token ini nantinya dapat ditukar untuk mendapatkan primary reinforcer, yaitu sesuatu yang diinginkan dan dinikmati orang lain seperti: handuk, , interaksi sosial, kosmetik, menonton film, dll.

Self-care (perawatan diri) merupakan suatu kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya. Self-care ini menggambarkan dan menjelaskan manfaat perawatan diri guna mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraannya. Jika dilakukan secara efektif, upaya perawatan diri dapat memberi kontribusi bagi integritas struktural fungsi dan perkembangan manusia (Budiono, 2015).

Hasil penelitian tentang terapi suportif telah dilakukan juga oleh Emilyani D (2014), didapatkan hasil dengan menggunakan Wilcoxon signed Rank Test sebelum dan setelah pemberian terapi suportif pada kelompok perlakuan memiliki $p = 0,002$. Menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif pada kemandirian klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.

Menurut Bedi, dkk (2010) terapi suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang merencanakan untuk mengatur dan tanggap serta peduli terhadap permasalahan-permasalahan atau tekanan yang dialami oleh klien maupun keluarga yang dapat merugikan kemudian sekumpulan orang-orang tersebut akan saling memberikan dukungan dan ide untuk mengatasi masalah tersebut. Terapi suportif ini dilakukan untuk saling memberikan dukungan pada

klien satu dan klien lainnya dalam membantu mengatasi masalah yang sama, dalam hal ini masalah defisit perawatan diri.

Berdasarkan Workshop IPKJI (2014), pelaksanaan terapi suportif terdiri dari 4 sesi yaitu: 1) Sesi 1 : Identifikasi masalah dan sumber pendukung yang ada., 2) Sesi 2 : Cara menggunakan sistem pendukung dari dalam keluarga., 3) Sesi 3 : Cara menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan 4) Sesi 4 : Evaluasi.

Selain terapi suportif yang diberikan dalam mengatasi masalah defisit perawatan diri, lebih efektif juga diberikan token ekonomi dimana token ekonomi ini diberikan untuk memberikan motivasi kepada klien yang defisit perawatan diri supaya termotivasi dalam melakukan perawatan diri (berdandan, berhias, melakukan toileting, makan dan minum, melakukan kebersihan lingkungan).

Hildegard Peplau menggunakan istilah *psycodynamic nursing* untuk menggambarkan hubungan dinamis antara perawat dan klien. *Psycodynamic nursing* adalah kemampuan memahami perilaku diri sendiri untuk menolong orang lain mengidentifikasi kesulitan yang dirasakan dan menerapkan prinsip hubungan manusia ke dalam masalah yang timbul pada berbagai pengalaman. Dikenal juga dengan istilah *Peplau's Nursing Model : The Interpersonal Process* (Aligood, 2010).

Penelitian ini menggunakan teori peplau dalam melakukan terapi suportif dan token ekonomi yang terdiri dari 4 fase: 1) Orientation phase., 2) Identification phasez., 3) Exploitation phase dan ., 4) Resolution phase.

Penilaian secara kognitif merupakan mediator fisiologis antara individu dengan lingkungannya terhadap suatu stresor. Terdapat tiga tipe penilaian stresor kognitif yaitu: 1) stresor dinilai sebagai bahaya yang akan terjadi, 2) stresor dinilai sebagai ancaman sehingga perluantisipasi, 3) stresor dinilai sebagai peluang/tantangan untuk tumbuh menjadi lebih baik (Stuart, 2013)

Asumsi peneliti ada pengaruh pemberian terapi suportif dan terapi token ekonomi dalam meningkatkan respon kognitif dapat dilihat dari pertanyaan respon kognitif didapatkan 25 responden (62,5%) responden menjawab setuju jika cuci tangan yang benar yaitu 6 langkah cuci tangan pakai sabun.

- b. Pengaruh terapi suportif dan token ekonomi terhadap perawatan diri (respon psikomotor) klien defisit perawatan diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan atau perubahan perawatan diri (respon psikomotor) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif dan token ekonomi dengan *p value* $0,001 < 0.05$. Hasil rata-rata respon psikomotor terjadi lebih baik dari pada sebelum dilakukan terapi suportif dan token ekonomi. Hal ini tidak sama dengan hasil yang diperoleh pada kelompok kontrol terhadap perubahan perawatan diri (respon psikomotor) pre dan post test tidak terdapat perbedaan perubahan perawatan diri (respon psikomotor) dengan *p value* $0,349 > 0.05$. Kondisi tersebut menjelaskan bahwa intervensi terapi suportif pada kelompok kontrol belum mampu meningkatkan respon psikomotor responden yang lebih baik.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rochmawati DH, dkk (2013) tentang terapi spesialis jiwa pada klien defisit perawatan diri didapatkan hasil pelaksanaan terapi spesialis sangat efektif untuk meningkatkan kemampuan dan menurunkan tanda gejala klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis skizofrenia dan retardasi mental. dapat dilihat dari Respon perilaku klien setelah dilakukan terapi suportif yaitu tidak toileting dengan benar sebanyak 13 orang klien (72,2%), yaitu 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Martini M, dkk (2019) didapatkan hasil data nilai rata – rata pre 10,58 dan nilai rata-rata post 13,79. Hasil uji menggunakan uji Paired t-test

didapatkan nilai p pre dan post ($0,001 < \alpha (0,05)$), artinya H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga disimpulkan ada pengaruh pemberian terapi token ekonomi terhadap peningkatan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri di rumah sakit jiwa.

Respon psikomotor merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi situasi yang penuh stress. Stuart (2013) mengemukakan 4 (empat) fase respon perilaku individu terhadap suatu stresor, yaitu 1) fase pertama, perilaku perubahan karena stresor dari lingkungan dan individu lari dari masalah, 2) fase kedua, perilaku yang membuat seseorang merubah pengaruh dari luar, 3) fase ketiga, perilaku untuk bertahan atau melawan perasaan dan emosi yang tidak nyaman, 4) fase keempat, perilaku yang datang menggambarkan suatu kejadian agar seseorang mampu menyesuaikan diri secara berulang.

Berdasarkan kriteria hasil Nursing Outcomes Classification dan Intervensi Nursing Interventions Classification dalam Bulechek (2013) dan Moorhead (2013) kemampuan merawat diri adalah merawat diri untuk mandi sendiri, menggunakan pakaian sendiri, menyiapkan makanan sendiri, dan mampu melakukan eliminasi sendiri.

Menurut Hanifah (2014), kemandirian merupakan suatu sikap yang memungkinkan seseorang untuk bertindak bebas, melakukan sesuatu atas dorongan sendiri untuk kebutuhannya sendiri dalam menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa bantuan orang lain.

Menurut asumsi peneliti, keberhasilan terapi suportif dan token ekonomi dalam penelitian ini dikarenakan sebelumnya responden telah ikut serta dalam kegiatan di ruangan seperti menyapu, mengepel, membersihkan kamar mandi, merapikan tempat tidur, berkebun, membersihkan lingkungan dan lain sebagainya sehingga lebih mudah bagi responden untuk memilih dan melakukan kegiatan yang dapat meningkatkan perawatan diri Selain itu juga dukungan antara sesama teman antara ruangan saling berbagi pengalaman dalam

meningkatkan perawatan diri. Dapat dilihat juga dari pertanyaan 34 responden (85%) responden selalu melakukan kebersihan diri ganti pakaian secara teratur. Pelaksanaan terapi token ekonomi dapat dilihat pada buku kerja sebagian responden memiliki kemampuan positifnya adalah dengan melakukan ganti baju. Selain itu dapat dilihat juga dari pelaksanaan terapi suportif dimana masing-masing responden saling mengemukakan masalah yang dialami terkait defisit perawatan diri dan mengemukakan cara yang dilakukan untuk merubah perilaku yang negatif.

- c. Pengaruh terapi suportif dan token ekonomi terhadap perawatan diri (respon afektif) klien defisit perawatan diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan atau perubahan perawatan diri (respon afektif) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif dan token ekonomi (Tabel 4) dengan p value $0,330 > 0,05$. Hasil rata-rata respon afektif terjadi lebih baik dari pada sebelum dilakukan terapi suportif dan token ekonomi. Hal ini sama dengan hasil yang diperoleh pada kelompok kontrol tidak terhadap perubahan perawatan diri (respon afektif) pre dan post test tidak terdapat perbedaan perubahan perawatan diri (respon afektif) dengan p value $0,052 > 0,05$. Kondisi tersebut menjelaskan bahwa intervensi terapi suportif pada kelompok kontrol belum mampu meningkatkan respon afektif responden yang lebih baik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rochmawati DH, dkk (2013), didapatkan hasil respon afektif klien yaitu merasa tidak mampu merawat diri sebanyak 12 orang (66,7%), terdiri dari 6 orang klien (33,3%) skizofrenia, 2 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia.

Menurut Stuart (2013), gangguan afek umumnya ditandai dengan hilangnya afek, munculnya afek datar atau afek yang tidak sesuai. Hilangnya afek dan afek datar terjadi karena klien selalu

disibukkan oleh pikiran dan fantasinya sendiri. Sama halnya dengan gangguan kognitif, klien dengan gangguan afek umumnya menunjukkan perasaan yang tidak sesuai (misalnya gembira dalam suasana duka). Kondisi ini menyebabkan munculnya anggapan bahwa individu tersebut apatis dan tidak peduli terhadap dirinya sendiri, termasuk dalam perawatan diri.

Respon afektif menunjukkan suatu perasaan. Penilaian terhadap stresor afektif berupa reaksi cemas yang diekspresikan sebagai emosi. Respon afektif meliputi gembira, sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, dan terkejut. Respon afektif dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan dimasa lalu terutama pengalaman dalam melakukan perawatan diri. (Yusuf, dkk 2015).

Menurut asumsi peneliti, terapi suportif dan token ekonomi belum berhasil dalam penelitian ini namun terjadi peningkatan rata-rata respon afektif. Dapat dilihat juga dari pertanyaan 36 responden (90%) responden selalu merasakan manfaat perawatan diri. Dapat dilihat juga dari pelaksanaan terapi token ekonomi pada buku kerja sebagian responden merasa senang dalam melakukan kegiatan perawatan diri apalagi diberi reward setiap kegiatan yang dilakukan. Selain itu dapat dilihat juga dari pelaksanaan terapi suportif dimana masing-masing responden saling mengemukakan perasaannya dengan senang.

- d. Pengaruh terapi suportif dan token ekonomi terhadap perawatan diri (kognitif, psikomotor dan afektif) klien defisit perawatan diri

Hasil keseluruhan perawatan diri (kognitif, psikomotor dan afektif) pada penelitian menunjukkan perawatan diri pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi suportif dan token ekonomi nilai rata-rata 133,60 dan pada kelompok kontrol nilai rata-rata 128,85. Harga diri yang dimiliki pada masing-masing kelompok responden ini belum cukup untuk meningkatkan perawatan diri pada klien defisit

perawatan diri, sehingga diperlukan terapi suportif dan token ekonomi untuk meningkatkan perawatan diri pada klien defisit perawatan diri.

Hasil penelitian setelah dilakukan intervensi terapi suportif dan token ekonomi mampu meningkatkan perawatan diri klien dari nilai rata-rata 133,60 menjadi 140,05, dengan nilai $p \text{ value } 0.000 < 0.05$, hal ini berarti ada perubahan perawatan diri sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif dan token ekonomi. Begitu juga halnya dengan perawatan diri pada kelompok kontrol terjadi peningkatan juga setelah diberikan terapi suportif dari nilai rata-rata 128,85 menjadi 138,55 dengan nilai $p \text{ value } 0,041 < 0.05$, hal ini berarti ada perubahan perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi. Perbedaan peningkatan perawatan diri ada signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian terkait pemberian token ekonomi sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martini M, dkk (2019) didapatkan hasil data nilai rata – rata pre 10,58 dan nilai rata-rata post 13,79. Hasil uji menggunakan uji Paired t-test didapatkan nilai $p \text{ pre dan post } (0,001) < \alpha (0,05)$, artinya H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga disimpulkan ada pengaruh pemberian terapi token ekonomi terhadap peningkatan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri di rumah sakit jiwa provinsi bali. Hasil penelitan terkait terapi suportif yang telah dilakukan oleh Martini D (2014) didapatkan hasil Hasil dengan menggunakan Wilcoxon signed Rank Test sebelum dan setelah pemberian terapi suportif pada kelompok perlakuan memiliki $p = 0,002$. menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif pada kemandirian klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri. Terapi suportif memiliki pengaruh signifikan terhadap kemandirian klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.

Defisit perawatan diri adalah salah satu gejala negatif pada klien skizofrenia. Tidak ada psikofarmaka yang dapat mengatasi defisit perawatan diri selain melatih klien mengatasi ketidakmampuan dalam

melakukan perawatan diri. Klien mungkin mengalami kemunduran kemampuan berpikir sehingga mengalami kemunduran perkembangan. Perilaku klien menjadi seperti masa kanak-kanak yang bergantung kepada orang lain (Keliat, 2014). Penanganan masalah defisit perawatan diri pada klien dengan gangguan jiwa harus dilakukan secara bersamaan dan butuh keterlibatan langsung dari klien, kelompok, keluarga, dan komunitas. Keterlibatan kelompok berupa terapi dukungan pada klien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan dapat dilakukan dengan terapi suportif (Stuart & Laraia, 1998). Terapi suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan di masyarakat dan di rumah sakit. Pendekatan terapi suportif pada klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri mampu memberikan dukungan terapis terhadap klien sehingga klien dapat berkontribusi dalam pemecahan masalah kelompok dan mampu meningkatkan kemampuan mencapai kemandirian seoptimal mungkin.

Pada pelaksanaan terapi suportif klien dilatih untuk mengenal masalah yang dihadapi, dan menyebutkan sumber pendukung yang ada, lalu klien dilatih untuk cara menggunakan sistem pendukung dari dalam keluarga dan diluar keluarga, selanjutnya melakukan evaluasi terkait hasil dari proses pelaksanaan terapi suportif dari sesi 1 sampai sesi 3. Selanjutnya pada pelaksanaan token ekonomi peneliti mengadakan kontrak kepada klien melatih kemampuan klien merawat diri : mandi dan berpakaian/hias, Melatih kemampuan klien merawat diri : makan, Melatih kemampuan klien merawat diri : toileting (BAB dan BAK), dan Mengungkapkan manfaat dan hasil dari latihan tiap sesi serta merencanakan tindak lanjut. Pelaksanaan token ekonomi diberikan kepada klien jika klien sudah melakukan kegiatan perawatan diri, token yang diberikan seperangkat kebutuhan perawatan diri seperti: Handuk besar dan handuk kecil, sisir, jepit kuku, bedak, sikat gigi, pasta gigi, lipstik bagi klien perempuan, piring, plastik, gelas

plastik, shampo, dan sabun mandi. Keberhasilan pemberian dukungan terapis dan klien dapat dilakukan berdasarkan teori peplau.

Hildegard Peplau menggunakan istilah *psycodynamic nursing* untuk menggambarkan hubungan dinamis antara perawat dan klien. *Psycodynamic nursing* adalah kemampuan memahami perilaku diri sendiri untuk menolong orang lain mengidentifikasi kesulitan yang dirasakan dan menerapkan prinsip hubungan manusia ke dalam masalah yang timbul pada berbagai pengalaman. Dikenal juga dengan istilah Peplau's Nursing Model : The Interpersonal Process (Aligood, 2010).

Pelaksanaan terapi suportif dan token ekonomi berdasarkan teori peplau terdiri dari 3 Phase yaitu: 1) fase orientasi dimana peneliti pada fase ini klien dan perawat dapat bersama-sama sebagai orang asing, pertemuan dimulai dengan klien yang mengemukakan keluhannya, bekerja sama untuk saling mengenal, memahami dan mendefinisikan hubungan yang dibentuk untuk dapat memenuhi kebutuhan. (catatan : data selalu dikumpulkan) klien menjelaskan keluhannya., 2) fase identifikasi. Penelitian yang telah dilakukan menentukan tujuan interdependen. klien merasakan keluhannya dan memberikan tanggapan secara selektif yang dapat memenuhi kebutuhannya., 3) fase Eksploitasi. pada penelitian ini peneliti dan klien secara aktif mencari bantuan dan memperoleh pengetahuan dari tenaga profesional., 4) fase Resolusi. Pada fase ini peneliti melakukan terminasi dengan mengakhiri hubungan profesional klien dan perawat. Pelaksanaan fase interpersonal Peplau ada kesamaan dengan proses keperawatan. Fase Peplau fokus pada interaksi terapeutik. Keduanya bila menemui "stress" harus menggunakan teknik problem solving secara kolaboratif, dengan tujuan akhir adalah menemukan kebutuhan klien. Menggunakan observasi, komunikasi, sebagai alat dasar untuk praktek perawat.

Asumsi peneliti ada perubahan perawatan diri sebelum dan sesudah dilakukan terapi sesuai dengan fase dari teori Peplau pada fase orientasi dimana peneliti dan klien dapat bersama-sama sebagai orang asing, pertemuan dimulai dengan klien yang mengemukakan keluhannya, sesuai dengan buku kerja terapi suportif pada sesi 1 klien mengidentifikasi masalah dan sumber pendukung yang ada, pada proses kegiatan klien mampu menulis masalah yang dialaminya pada buku kerja, klien juga tekah menggunakan sumber pendukung dalam keluarga situasi di rumah sakit jadi sumber pendukung dalam keluarga klien adalah perawat, dan menggunakan sumber pendukung di luar keluarga adalah teman satu ruangan klien. dapat dilihat juga selama proses kegiatan un tuk menilai respon kognitif pada pertanyaan makan menggunakan gelas pada saat pre test klien menjawab setuju sebanyak 23 responden pada saat post test menurun menjadi 21 responden. Selanjutnya pada respon psikomotor pada pertanyaan membersihkan dan merapikan ruang tamu pada saat pre test klien menjawab setuju sebanyak 13 responden pada saat post test meningkat menjadi 18 responden. Selanjutnya pda respon afektif pada saat pretest responden menjawab setuju merasakan manfaat perawatan diri sebanyak 34 responden terjadi peningkatan pada saat post test menjadi 36 responden. Selain itu juga pemberian token kepada responden membuat responden semakin termotivasi untuk melakukan perawatan diri.

4.4 Implikasi Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa terapi suportif dan token ekonomi ada pengaruh yang baik untuk perawatan diri klien dengan defisit perawatan diri. Hendaknya pihak Rumah Sakit mengadakan pelatihan pada perawat ruangan untuk melakukan pelatihan terapi suportif dan token ekonomi, membuat kebijakan serta jadwal tambahan untuk

melakukan terapi suportif dan token ekonomi pada klien dengan defisit perawatan diri.

Dengan tujuan meningkatkan perawatan diri pada klien defisit perawatan diri yang diberikan terapi suportif dan token ekonomi mengajarkan kepada klien bagaimana cara mengenal masalah yang dihadapi, dan memecahkan masalah yang dihadapi, serta menggunakan sumber pendukung dalam dan luar keluarga yang bisa digunakan untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi, selanjutnya klien selalu memotivasi diri untuk meningkatkan perawatan diri melalui kegiatan sehari-hari.

4.5 Keterbatasan Penelitian

Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan menggunakan instrumen perawatan diri terkait respon kognitif, psikomotor dan afektif dengan metode wawancara terstruktur pada responden. Setiap item pada instrumen yang digunakan untuk mengukur perawatan diri klien disertai dengan observasi langsung. Untuk itu peneliti perlu mencocokkan hasil observasi dan wawancara guna mendapatkan data yang sebenarnya. Sebelum melakukan penelitian peneliti juga mengalami kesulitan mengelompokkan responden, dimana klien yang mengalami defisit perawatana diri sebanyak 80 responden namun yang kooperatif hanya 53 responden jumlah ini tidak sesuai dengan jumlah sampel yang digunakan pada waktu proposal yaitu sebanyak 74 responden. Selain itu, peneliti mengalami kesulitan dalam mengumpulkan responden dimana responden belum boleh keluar dari ruangnya jadi untuk pelaksanaan terapi dilakukan di masing-masing ruangan. Sebelum memilih sampel, peneliti harus terlebih dahulu meminta data kepada perawat ruangan untuk mengetahui klien yang mengalami defisit perawatan diri. Kemudian, peneliti mengobservasi klien dengan defisit perawatan diri. Setelah menemukan calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi.

Keterbatasan lain yang peneliti alami adalah mengalami kesulitan dalam pelaksanaan terapi suportif dan token ekonomi di karenakan responden harus di jelaskan satu persatu dalam pelaksanaan pengisian buku kerja sehingga membutuhkan waktu yang lama.

BAB 5

PENUTUP

Terapi suportif dan token ekonomi menjadi pendekatan yang cukup menarik. Hal ini disebabkan karena terapi suportif dan token ekonomi ada pengaruh yang baik untuk perawatan diri klien dengan defisit perawatan diri. Terapi ini dapat meningkatkan perawatan diri pada klien defisit perawatan diri, mengajarkan kepada klien bagaimana cara mengenal masalah yang dihadapi, dan memecahkan masalah yang dihadapi, serta menggunakan sumber pendukung dalam dan luar keluarga yang bisa digunakan untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi. Hendaknya pihak Rumah Sakit mengadakan pelatihan pada perawat ruangan untuk melakukan pelatihan terapi suportif dan token ekonomi, membuat kebijakan serta jadwal tambahan untuk melakukan terapi suportif dan token ekonomi pada klien dengan defisit perawatan diri.

DAFTAR PUSTAKA

- Aljuhaish, S. F. (2015). The Effectiveness Of Behaviourist's token Economy System on Teaching English as a Second Language at Saudi Schools in Kuala Lumpur. *International Journal Od Novel Research in Education and Learning*, 2(3), 43–49. <https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/228>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory & their work* (8th ed). The CV Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri: Mosby Elsevier. Inc.
- Andayani, S. (2012). *Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia Dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoekei Mahdi Bogor*. Universitas Indonesia, Depok.
- Bedi, N & Vassiliadis. (2010). *Supervised case experience in supportive psychotherapy suggestions for trainers*. *Advances in psychiatric*.
- Bedrman, A., Snyder, S. & Fradsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (10th ed). USA; Pearson Education.
- Budiono. (2015). *Basic Concepts of Nursing*. Jakarta: Bumi Medika.
- Buckley, L. A., Maayan, N., Weiser, K. S., Adams, C. E. (2015). *Supportive therapy for schizophrenia*.
- Bulechek, d. G. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier Singapore Pte. Ltdp.
- Chotim, Muh. Dkk. (2013). Penerapan teknik token economy untuk meningkatkan kemandirian anak TK kartika IV madiun. *Jurnal Prodi BK* 2013, vol. 03, no. 2. [online] diakses pada: <http://ejournal.ikipgrimadiun.ac.id/id/node/776>
- Dahlan, S. M.(2011). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Aplikasi SDKI, SIKI, SLKI*.
- Dewi El. (2011). *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Beban Dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita Luar Biasa (SLB) Kaupaten Banyumas*. Universitas Indonesia. Depok.

- Emilyani.D. (2015). *The Effect of Supportive Group Therapy on Independence Schizophrenic Patients Experiencing Self-Care Deficits at Provincial Mental Hospital West Nusa Tenggara*. Bioscience Medical Analyst Journal, Volume:2 No:2
- Hanifah. (2014). *Proceedings of the National Seminar on Basic Education Dissecting the Anatomy of the 2013 Curriculum to Build a Better Education Period*. West Java:: UPT Sumedang
- Herdman, T., H (ed.) (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*: Oxford: Wiley-Blackwell
- John C. Markowitz, M.D. (2014). What is Supportive Psychotherapy?. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. Vol. XII, No. 3. Hal. 285-289.
- IPKJI. (2014). *Mental Health Nursing Workshop*.
- Keliat BA, Hamid AYS, Daulima NHC, Wardani IC, dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Penerbit: EGC
- Keliat BA, H. A. (n.d.). (2019). *Mental Nursing Care*. Publisher: EGC
- Keliat BA, Pawirowiyono A. (2016). *Keperawatan Jiwa. Terapi Aktivitas Kelompok*. Penerbit EGC. Jakarta
- Keliat, B. A. (2014). *Mental Professional Nursing Practice Model*. Jakarta: EGC.
- Khamida. (2013). *Assertive Support Group Therapy Decreases Assertive Support Lowers Values Violent Behavior Schizophrenic Patients Based on the King. Interaction Nursing Model*. 1-10
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional* . Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). *Experience stigma and self stigma in Chinese patients with Schizophrenia*. *General Hospital Psychiatry*, 35 (1), 83–88. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007.
- Manurung I, Amatiria G. (2012). *Pengaruh terapi token ekonomi pada kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa di RS. Jiwa Provinsi Lampung*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*. Vol. 8, No. 1.
- Martini M & Watiningsih AP. (2019). *Pengaruh pemberian terapi token ekonomi terhadap peningkatan personal hygiene pada pasien dengan defisit*

- perawatan diri di rumah sakit jiwa provinsi bali. Jurnal kesehatan midwinerslion. Vol. 4, No. 1.*
- Masithoh, Rosiana A, keliat, BA, , Mustikasari. (2013). EFEKTIFITAS TERAPI PERILAKU"TOKEN EKONOMI"DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RW 08 DAN RW 13 BARANANGSIANG BOGOR TIMUR.
- Mutiara (2017). *Penerapan Terapi Suportif untuk Meningkatkan Manajemen Emosi Negatif pada Individu yang Memiliki Pasangan Skizofrenia*. Vol. 1, No. 1, April 2017: hlm 105-115.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pardede S (2017). *Penerapan terapi suportif dengan teknik bimbingan untuk mengurangi dorongan bunuh diri pada pasien skizofrenia*. Volume 1 Number 1 (2017), pp. 89-96.
- Parendrawati, D., Keliat, B. A. (2008): Pengaruh Terapi Token Ekonomi pada klien defisit perawatan Diri Rs Marzoeki Mahdi Bogor. Jurnal: *Universitas Indonesia*. Available at: <http://lib.ui.ac.id/opac/ui/detail.jsp>
- Ricky, D.P., Keliat, B.A., & Gayatru, D. (2014). *Pengaruh Terapi Kelompok terapeutik dan Token ekonomi terhadap pencapaian tugas perkembangan usia pra sekolah pada anak usia pra sekolah dikelurahan campaka Bandung*.
- Rochmawati, D. H. (2013). *Mental Specialist Case Management of Self-Care Deficits in Mental Disorder Clients in RW 02 and RW 12, BaranangSiang Village, East Bogor District*. Journal of Mental Nursing. , Volume 1, No. 2, November 2013; 107-120
- Rosiana AM, Keliat BA, dan Mustikasari. (2012). *Efektifitas Terapi Perilaku"Token Ekonomi"Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri Di Rw 08 Dan Rw 13 Baranangsiang Bogor Timur*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan. Vol. 3, No. 1.
- Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. (2019). *Data Rekam Medik RSJD Provinsi Jambi*.
- Schramm E, Hautzinger M, Zobel I, Kriston L, Berger M, Härter M: Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus supportive psychotherapy for early onset chronic depression:

- design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11:134.
- Stuart, G.W., (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th Ed). Elsevier.
- Syahdiba. (2021). *Application Of Economy Token To Self-Care Of Mental Illness*. Indonesian Journal of Global Health Research, 333-340, Vol. 3, No. 3.
- Tandilolo J., Gandari NKM dan Dewi DPR. (2020). *Pengaruh Pemberian Token Ekonomi Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Skizofrenia Di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali*. *Jurnal Keperawatan Terapan (e-Journal)*, Vol. 06, No. 01, 2020: 2442-6873.
- Trigoboff. (2013). *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*. Third Edition. Pearson.
- Townsend, Mary C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing : concepts of care in evidence-based practice*. - 6th ed. Davis Company. Philadelphia.
- Videbeck, Sheila (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Renata Komalasari, penerjemah)*. Jakarta: EGC.
- Widiastuti, S. H. (2010). *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Melatih "Self Care" Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala Jakarta 2010*. Tesis tidak dipublikasikan. Depok: Universitas Indonesia
- WHO. (2016). *Mental Health Problem*.
- www.americanpsychiatryassociation.com. (2016). Diperoleh tanggal 10 Maret 2020.
- Workshop Keperawatan jiwa FIK UI. ke-IX. (2014). *Modul Terapi Spesialis Program Spesialis Jiwa*. Tidak dipublikasikan.ds1d
- Yunita R. (2018). *Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kecemasan dan Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anak Retardasi Mental Ringan Di SLB Dharma Asih Kraksaan Probolinggo*. *Journal of Borneo Holistic Health*, 1(02), 190–204.
- Yusuf, Fitriyani R, dan Nihayati AE (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Penerbit Salemba Medika.
- Zainuddin, S. K. (2011). *Psikoterapi Suportif Psychotherapy Suportive*. Jakarta.

GLOSARIUM

A

Afektif: Mencakup watak perilaku seperti perasaan, minat, sikap, emosi, dan nilai

Anova: Merupakan singkatan dari Analysis of variance. Merupakan prosedur uji statistik yang mirip dengan t test

Ansietas: Merupakan respon terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, dan samar-samar

Apatis: Sikap tak acuh terhadap segala sesuatu yang terjadi di sekitar

B

Biologis: Ilmu tentang keadaan dan sifat makhluk hidup

C

Chi square: Salah satu jenis uji komparatif non parametris yang dilakukan pada dua variabel, di mana skala data kedua variabel adalah nominal

D

Data interval: Tipe data yang diukur sepanjang skala, di mana setiap titik ditempatkan pada jarak yang sama satu sama lain

Data ordinal: Data yang penomoran obyek atau kategorinya disusun menurut besarnya yaitu dari tingkat terendah ke tertinggi

Data nominal: Data yang diberikan pada obyek atau kategori yang tidak menggambarkan kedudukan obyek tersebut

Diagnosis keperawatan: suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan

Disorganisasi: Proses memudarnya atau menurunnya nilai-nilai dan norma-norma dalam tatanan struktur masyarakat karena adanya perubahan di dalam kehidupan

E

Efek datar: Suatu hendaya afektif berat lebih parah dari afek menumpul. Pada keadaan ini dapat dikatakan individu kehilangan kemampuan ekspresi emosi

Evidence Based Practice Nursing: Satu cara terbaik dalam penggunaan bukti terbaru dalam memandu pembuatan keputusan perawatan kesehatan dan nilai nilai klien

F

Faktor prediposisi: Faktor yang mempermudah atau memprediposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi.

Faktor presipitasi: Stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural

Fungsi kognitif: Fungsi kompleks pada otak manusia yang melibatkan aspek memori, baik jangka pendek atau jangka panjang, perhatian, perencanaan, dan nalar serta strategi dalam berfikir dari seseorang.

Feedback: Aktivitas yang kita lakukan di keseharian. *Feedback* atau umpan balik merupakan respon yang disampaikan komunikasi

G

Genetik: Cabang biologi yang bersangkutan-paut dengan pewarisan sifat (hereditas) dan variasi

H

I

Informed Consent: Persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap klien.

Interpersonal: Kemampuan yang dimiliki seseorang dalam melakukan komunikasi maupun interaksi dengan orang lain

Interaksi: saling mempengaruhi, saling menarik, saling meminta, dan memberi.

J

K

Kimiawi: mempelajari umur benda berdasarkan unsure-unsur kimia Yang terkandung di Dalam benda Yang ditemukan

Kriteria inklusi: Subjek penelitian yang dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel

L

Literatur review: Sebuah metode yang sistematis, eksplisit dan reproduibel untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan sintesis terhadap karya-karya hasil penelitian dan hasil pemikiran yang sudah dihasilkan oleh para peneliti dan praktisi

Low intent: Niat rendah

M

Medium Intent: Niat Sedang

Modelling: hal menjadi (gadis, pria) model

N

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association-1

O

Observasi: Proses pemerolehan data informasi dari tangan pertama, dengan cara melakukan pengamatan.

P

Peplau's Nursing Model : The Interpersonal Process: Model Keperawatan Peplau : Proses Interpersonal:

Psikoedukasi: bentuk pendidikan ataupun pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikiatri yang bertujuan untuk proses treatment dan rehabilitasi

Psycodynamic nursing: kemampuan untuk memahami perilaku seseorang untuk membantu mengidentifikasi kesulitan-kesulitan yang dirasakan dan untuk mengaplikasikan prinsip-prinsip kemanusiaan yang berhubungan dengan masalah-masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang telah dialami

Pre test: tes yang dilakukan untuk mengukur kemampuan awal responden sebelum mengikuti kegiatan penelitian

Post-test: tes yang dilakukan untuk mengukur kemampuan akhir responden setelah mengikuti kegiatan penelitian

Populasi: jumlah penghuni, baik manusia maupun makhluk hidup lainnya di suatu satuan tempat atau lingkungan tertentu

Prevalensi: proporsi dari populasi yang memiliki karakteristik tertentu dalam jangka waktu tertentu

Purposive sampling: metodologi pengambilan sampel secara acak dimana kelompok sampel ditargetkan memiliki atribut-atribut tertentu

Psikologis: disiplin ilmu yang mempelajari lebih dalam mengenai mental, pikiran, dan perilaku manusia

psikomotor: Ranah yang sangat berkaitan dengan keterampilan (skill) setelah seseorang menerima pengalaman belajar tertentu.

Psikiatri: Cabang ilmu kedokteran yang fokus pada pencegahan, diagnosis, dan pengobatan gangguan mental, perilaku dan emosional

Q

R

Reinforcement positif: Salah satu teknik dalam pembentukan tingkah laku individu dari teori konseling behavioral

Retardasi Mental: Gangguan intelektual yang umumnya ditandai dengan kemampuan mental atau inteligensi yang berada di bawah rata-rata

Role play: Bermain peran merupakan suatu model pembelajaran yang meminta siswa untuk melaksanakan suatu peran

S

Subyektif: pandangan atau prasangka sendiri, tidak langsung mengenai pokok atau halnya

Sampel: bagian dari populasi yang memiliki karakteristik mirip dengan populasi itu sendiri

Self care: Melakukan perawatan untuk diri kita dengan cara melakukan hal-hal yang bermanfaat untuk diri kita sendiri

SDKI: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SD: Sekolah Dasar

SMA: Sekolah Menengah Atas

Sosial: hal-hal yang berkenaan dengan masyarakat atau sifat-sifat kemasyarakatan yang memperhatikan kepentingan umum

Simultan: terjadi atau berlaku pada waktu yang bersamaan; serentak

Simtom: Pengindikasian keberadaan sesuatu penyakit atau gangguan kesehatan yang tidak diinginkan, berbentuk tanda-tanda atau ciri-ciri penyakit dan dapat dirasakan, seperti misalnya perasaan mual atau pusing

Suicide Intent Scale: kecenderungan berpikir untuk merusak atau mematkan diri sendiri yang dilakukan secara sengaja

Swab Antigen: Dikenal dengan rapid antigen bekerja dengan cara mendeteksi protein tertentu dari virus yang memunculkan respons kekebalan tubuh

T

TAK: Terapi Aktivitas Kelompok

Tehnik sampling: Cara untuk menentukan jumlah sampel yang akan dijadikan sumber data, dengan memperhatikan karakteristik dan penyebaran populasi agar bisa benar-benar mewakili

Terapi generalis: Salah satu jenis intervensi dalam terapi modalitas dalam bentuk standar asuhan keperawatan dengan menggunakan strategi komunikasi

Terapi spesialis: Bentuk terapi modifikasi dari terapi generalis. Contoh dari terapi spesialis yaitu terapi kognitif (cognitive therapy), terapi kepribadian (behavioural therapy), Social Skills Training (SST), Cognitive Behavioural-Social Skills Training (CB-SST), dan lain-lain

Toileting: Usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol keinginan untuk buang air kecil dan buang air besar dengan benar

Transfer training: Penerapan keterampilan dan pembelajaran berkelanjutan yang diperoleh selama pelatihan ke lingkungan kerja

Tunanetra ganda: salah satu bentuk dari kombinasi tunanetra dengan gangguan lainnya seperti kecacatan fisik, kesulitan bicara, gangguan tingkah laku dan kesulitan belajar.

U

Uji reliabilitas: sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama

Uji statistik: perhitungan untuk menentukan apakah ada cukup bukti menolak atau menerima hipotesis

Uji *Independent Test*: uji komparatif atau uji beda untuk mengetahui adakah perbedaan mean atau rerata yang bermakna antara 2 kelompok bebas yang berskala data interval/rasio

Uji validitas: uji yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana alat ukur yang digunakan dalam suatu mengukur apa yang diukur

V

W

WHO: *World Health Organization*

X

Y

INDEK

Defisit perawatan diri
Evidence Based Practice Nursing
Mean
Pre test
Post test
Responden
Self care
Skizofrenia
Terapi Suportif
Token ekonomi

PROFIL PENULIS



Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penulis lahir di Gresik tanggal 18 November 1990. Telah menyelesaikan studi S1 Ilmu Keperawatan tahun 2012 dan Program Profesi Ners tahun 2013 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dan di terima menjadi Asisten Dosen tahun 2014 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Pada tahun 2016 melanjutkan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Airlangga lulus tahun 2018.

Tahun 2019 telah menjadi dosen tetap dan aktif mengajar di program studi S1 Ilmu Keperawatan Bidang Ilmu Dasar, Jiwa, Komunitas, Keluarga dan Gerontik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang tahun 2022 sudah menjadi Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis menjadi anggota Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPPKI) di Provinsi Jawa Timur. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta mengikuti seminar dan pelatihan-pelatihan yang dapat menunjang Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis juga bergabung menjadi dosen perawat Optimal/ Nuansa Fajar Cemerlang (NFC) tahun 2022.

Contact Penulis

Email Utama : ifanofalia@gmail.com

Email di Kampus : ifanofalia@itskesicme.ac.id

PROFIL PENULIS



Nofrida Saswati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap keperawatan dimulai pada tahun 2001. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan Kuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi memilih jurusan Program Studi Ilmu keperawatan pada tahun 2002-2008, selanjutnya pada tahun 2013-2016 melanjutkan studi pasca sarjana di Universitas Andalas mengambil peminatan Keperawatan Jiwa.

Pada tahun 2016 Penulis telah menjadi dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi dengan peminatan dibidang Keperawatan Jiwa. Upaya mewujudkan tridharma perguruan tinggi sebagai dosen profesional, penulis aktif didalam anggota IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia) di Provinsi Jambi, dan sebagai peneliti dibidang Keperawatan Jiwa. Penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, Kemenristek DIKTI pada tahun 2020 dan Asosiasi Institut Perawat Nasional Indonesia pada tahun 2016 dan tahun 2021. Selain peneliti, penulis juga aktif dalam melakukan pengabdian masyarakat dan menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia. Selanjutnya pada tahun 2021 Penulis menjadi Dosen Pembimbing Lapangan Angkatan I Program MBKM, dan menjadi peserta Magang Dosen Industri. Pada kesempatan yang berbahagia ini penulis juga telah diberikan kesempatan bergabung menjadi Dosen NFC sejak tahun 2022.

Email Penulis: nofridasaswati@gmail.com

PROFIL PENULIS



Suhendra Agung Wibowo, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penulis lahir di Bojonegoro tanggal 26 November 1990. Studi S1 Ilmu Keperawatan telah diselesaikan tahun 2012 dan Program Profesi Ners tahun 2013 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Pengalaman bekerja dimulai sebagai Asisten Dosen pada tahun 2014 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis melanjutkan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Airlangga pada tahun 2019 dan lulus tahun 2021.

Status dosen tetap didapatkan pada tahun 2021 dan mulai aktif mengajar di program studi S1 Ilmu Keperawatan Bidang Ilmu Keperawatan Medikal Bedah, Kritis dan Gawat Darurat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang tahun 2022 sudah menjadi Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta mengikuti seminar dan pelatihan-pelatihan yang dapat menunjang Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis juga bergabung menjadi dosen perawat Optimal/ Nuansa Fajar Cemerlang (NFC) tahun 2022.

Contact Penulis

Email Utama : suhendra686@gmail.com

Email di Kampus : s.agung.w@itskesicme.ac.id

SINOPSIS BUKU

Buku tentang Terapi Keperawatan Paliatif Supportif berisikan tentang manajemen perawatan kanker di komunitas, terapi paliatif supportif kanker. Menitikberatkan pada proses pelibatan beberapa pihak di lingkup komunitas dalam menyelesaikan suatu hal. Keterlibatan dari institusi pemerintahan diharapkan dapat mempermudah proses asuhan keperawatan yang diberikan.

Terapi suportif dan token ekonomi menjadi pendekatan yang cukup menarik. Hal ini disebabkan karena upaya-upaya ini dapat meningkatkan kemandirian dan optimalisasi proses kehidupan pasien end of life. Terapi ini dikaitkan dengan kemandirian pasien dalam menjalani kehidupan, bukan untuk mempermudah kesembuhan.

Semoga buku ini dapat bagi semua tatanan terutama pada proses asuhan keperawatan paliatif sehingga dapat meningkatkan derajat hidup orang banyak.