**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN KANKER KOLOREKTAL DALAM MENJALANI KEMOTERAPI DI RUANG ROSELA 2**

**RSUD. Dr. SOETOMO**

**SURABAYA**



**Oleh:**

**NYALITA LUFIANDINI**

**NIM.2212040**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2024**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN KANKER KOLOREKTAL DALAM MENJALANI KEMOTERAPI DI RUANG ROSELA 2**

**RSUD. Dr. SOETOMO**

**SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)**

**di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:**

**NYALITA LUFIANDINI**

**NIM.2212040**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2024**

# HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nyalita Lufiandini

Nim : 2212040

Tanggal Lahir : 28 April 1991

Program Studi : S1-Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya”. Saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

 Surabaya, 19 Februari 2024

Nyalita Lufiandini

NIM. 2212040

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Nyalita Lufiandini |
| NIM | : 2212040 |
| Program Studi | : RPL S-1 Keperawatan |
| Judul | : “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya”. |

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**SARJANA KEPERAWATAN (S. Kep)**

Pembimbing

|  |
| --- |
| **Dedi Irawandi., S.Kep., Ns., M.Kep.**  **NIP. 03050** |

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Februari 2024

# HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Nyalita Lufiandini |
| NIM | : 22122040 |
| Program Studi | : RPL S1 Keperawatan |
| Judul | :’’Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya”. |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji I** | **:** Dr. Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep.  NIP. 03008 |  |
| **Penguji II** | **:** Sumail., S.Kep., Ns., Sp. Kep.,MB.  NIP. 19680420 198903 1 010 |  |
| **Penguji III** | **:** Dedi Irawandi., S.Kep., Ns., M.Kep.  NIP. 03050 |  |
| **Mengetahui,**  **STIKES HANG TUAH SURABAYA**  **KAPRODI S-1 KEPERAWATAN** | | |
| |  | | --- | | **Dr. Puji Hastuti., S.Kep., Ns., M.Kep.**  **NIP. 03010** |   Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya | | |

Tanggal : 19 Februari 2024

# ABSTRAK

Dampak dari kemoterapi pada pasien kanker kolorektal terhadap kondisi fisiologis dan psikologis membutuhkan dukungan keluarga. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien dengan kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional.* Populasi seluruh pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya sebanyak 55 orang. Sample berjumlah 48 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi dengan teknik sampling menggunakan *Simple Random Sampling.* Variabel bebas pada penelitian ini adalah dukungan keluarga, variabel terikat adalah motivasi pasien. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner*.* Analisis data dengan uji korelasi *Spearmen Rho.*

Hasil menunjukkan bahwa dari 48 responden didapatkan 43 orang (89,6%) dengan dukungan keluarga tinggi dan didapatkan 42 orang (87,5%) dengan motivasi kuat. Analisa bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien dalam menjalani kemoterapi. Hasil analisis uji statistik *Spearman rho* diperoleh nilai *rho* = 0,902 dengan signifikasi P*value* 0,000 < 0,05, Sehingga ada hubungan yang sangat kuat antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Peran aktif seorang perawat dalam memberikan edukasi kepada keluarga maupun pasien sangat penting dalam memberikan informasi berhubungan dengan kemoterapi, penanganan efek samping kemoterapi secara mandiri. Sehingga dapat memberikan rasa aman, nyaman dan percaya kepada perawat. Sehingga pasien memiliki motivasi yang kuat, harapan hidup yang tinggidan meningkatkan semangat keluarga dalam mendampingi proses pengobatan.

**Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Motivasi, Kanker Kolorektal, Kemoterapi**

# ABSTRACT

*The impact of chemotherapy in colorectal cancer patients on physiological and psychological conditions requires family support. The aim of this study was to determine the relationship between family support and the motivation of patients with colorectal cancer in undergoing chemotherapy in Rosella Room 2 Regional Hospital. Dr. Soetomo Surabaya.*

*Analytical observational research design with a cross sectional approach. The population is all colorectal cancer patients undergoing chemotherapy in Rosella Room 2 Regional Hospital. Dr. Soetomo Surabaya as many as 55 people. The sample consisted of 48 people who met the inclusion and exclusion criteria using a sampling technique using Simple Random Sampling. The independent variable in this study is family support, the dependent variable is patient motivation. The research instrument used a questionnaire. Data analysis using the Spearmen Rho correlation test.*

*The results showed that of the 48 respondents, 43 people (89.6%) had high family support and 42 people (87.5%) had strong motivation. Bivariate analysis showed that there was a significant relationship between family support and patient motivation in undergoing chemotherapy. The results of the Spearman rho statistical test analysis obtained a value of rho = 0.902 with a significance P value of 0.000 < 0.05, so there is a very strong relationship between family support and the motivation of colorectal cancer patients in undergoing chemotherapy in Rosella Room 2 Regional Hospital. Dr. Soetomo Surabaya.*

*The active role of a nurse in providing education to families and patients is very important in providing information related to chemotherapy, handling the side effects of chemotherapy independently. So it can provide a sense of security, comfort and trust to nurses. So that patients have strong motivation, high life expectancy and increase family enthusiasm in accompanying the treatment process.*

***Keywords: Family Support, Motivation, Colorectal Cancer, Chemotherapy***

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama (Purn.) TNI AL Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti sebagai mahasiswa S-1 Keperawatan dan menyelesaikan pendidikan.
2. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program studi S-1 Keperawatan.
3. Prof. Dr. Cita Rosita Sigit Prakoeswa, dr., Sp. DVE Subsp. DAI. FINSDV, FAADV., MARS. Selaku Direktur RSUD. Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti program studi S-1 Keperawatan.
4. Dr. Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.
5. Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Penguji Ketua terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.
6. Sumail, S.Kep., Ns., Sp. Kep., MB sebagai Penguji II terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.
7. Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik, dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Nadia Okhtiary, A.Md selaku Kepala Perpustakaan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantua n serta pelayanan dalam kelancaran selama proses pembelajaran.
10. Sulistyani, A.Md.Kep selaku Kepala Ruangan Kemoterapi Rosela 2 yang penuh kesabaran dan perhatian dalam memberikan saran dan masukan dalam skripsi ini.
11. Bapak, Ibu dan Ananda Syarifah Nadya Al maira yang tercinta beserta keluarga besar yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
12. Teman – teman sealmamater, rekan - rekan di ruangan tempat bekerja dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.
13. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu per satu atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 19 Februari 2024

Penulis

Nyalita Lufiandini

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL DALAM............................................................................i**

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_Toc161205826)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc161205827)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc161205828)

[ABSTRAK v](#_Toc161205829)

[ABSTRACT vi](#_Toc161205830)

[KATA PENGANTAR vii](#_Toc161205831)

[DAFTAR GAMBAR xiv](#_Toc161205832)

[DAFTAR LAMPIRAN xv](#_Toc161205833)

[DAFTAR SINGKATAN xvi](#_Toc161205834)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc161205835)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc161205836)

[1.2 Rumusan Masalah 5](#_Toc161205837)

[1.3 Tujuan Penelitian 5](#_Toc161205838)

[1.3.1 Tujuan Umum 5](#_Toc161205839)

[1.3.2 Tujuan Khusus 5](#_Toc161205840)

[1.4 Manfaat Penelitian 6](#_Toc161205841)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 6](#_Toc161205842)

[1.4.2 Manfaat Praktis 6](#_Toc161205843)

[BAB 2 TIJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc161205844)

[2.1 Konsep Dukungan Keluarga 8](#_Toc161205845)

[2.1.1 Pengertian 8](#_Toc161205846)

[2.1.2 Dimensi dukungan keluarga 9](#_Toc161205847)

[2.1.3 Jenis - Jenis Dukungan Keluarga 10](#_Toc161205848)

[2.1.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga 11](#_Toc161205849)

[2.1.5 Instrumen Dukungan Keluarga 12](#_Toc161205850)

[2.1.6 Peran Kelurga dalam bidang kesehatan 13](#_Toc161205851)

[2.2 Konsep Motivasi 16](#_Toc161205852)

[2.2.1 Pengertian Motivasi 16](#_Toc161205853)

[2.2.2 Dasar teori motivasi 17](#_Toc161205854)

[2.2.3 Jenis Motivasi 19](#_Toc161205855)

[2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi 19](#_Toc161205856)

[2.2.5 Komponen Motivasi 21](#_Toc161205857)

[2.2.6 Klasifikasi Motivasi 22](#_Toc161205858)

[2.2.7 Pengukuran Motivasi 22](#_Toc161205859)

[2.3 Konsep Kanker Kolorektal 25](#_Toc161205860)

[2.3.1 Pengertian 25](#_Toc161205861)

[2.3.2 Etiologi 25](#_Toc161205862)

[2.3.3 Anatomi Kolon Dan Rectum 27](#_Toc161205863)

[2.3.4 Lokasi Kanker 28](#_Toc161205864)

[2.3.5 Faktor Yang mempengaruhi kanker kolorektal 29](#_Toc161205865)

[2.3.6 Manifestasi Klinis 35](#_Toc161205866)

[2.3.7 Diagnosis 35](#_Toc161205867)

[2.3.8 Stadium Klasifikasi 43](#_Toc161205868)

[2.3.9 Tata Laksana 44](#_Toc161205869)

[2.3.10 Deteksi Dini 48](#_Toc161205870)

[2.4 Konsep Kemoterapi 51](#_Toc161205871)

[2.4.1 Pengertian 51](#_Toc161205872)

[2.4.2 Klasifikasi Kemoterapi 52](#_Toc161205873)

[2.4.3 Tujuan Pemberian Kemoterapi 53](#_Toc161205874)

[2.4.4 Cara Pemberian Kemoterapi 54](#_Toc161205875)

[2.4.5 Obat kemoterapi pada kanker 54](#_Toc161205876)

[2.4.6 Efek Samping Kemoterapi 62](#_Toc161205877)

[2.5 Model Konsep Keperawatan Calista Roy 67](#_Toc161205878)

[2.5.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif 67](#_Toc161205879)

[2.5.2 Input (Stimulus) 68](#_Toc161205880)

[2.5.3 Mekanisme Koping. 69](#_Toc161205881)

[2.5.4 Subsistem Regulator dan Kognator 70](#_Toc161205882)

[2.5.5 Tingkat Adaptasi 71](#_Toc161205883)

[2.5.6 Output 72](#_Toc161205884)

[2.6 Hubungan Antar Konsep 73](#_Toc161205885)

[2.7 Literatur Riview 75](#_Toc161205886)

[BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS 83](#_Toc161205887)

[3.1 Kerangka Konseptual 83](#_Toc161205888)

[3.2 Hipotesis 83](#_Toc161205889)

[BAB 4 METODE PENELITIAN 84](#_Toc161205890)

[4.1 Desain Penelitian 84](#_Toc161205891)

[4.2 Kerangka Kerja 85](#_Toc161205892)

[4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian 86](#_Toc161205893)

[4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain 86](#_Toc161205894)

[4.4.1 Populasi Penelitian 86](#_Toc161205895)

[4.4.2 Sampel Penelitian 86](#_Toc161205896)

[4.4.3 Besar Sampel 87](#_Toc161205897)

[4.4.4 Teknik Sampling 87](#_Toc161205898)

[4.5 Identifikasi Variabel 87](#_Toc161205899)

[4.6 Definisi Operasional 88](#_Toc161205900)

[4.7 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data 90](#_Toc161205901)

[4.7.1 Pengumpulan Data 90](#_Toc161205902)

[4.7.2 Analisis Data 94](#_Toc161205903)

[BAB 5 HASIL PENELITIAN 99](#_Toc161205904)

[5.1 Hasil penelitian 99](#_Toc161205905)

[5.1.1 Gambaran Umum Tempat penelitian 99](#_Toc161205906)

[5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian 100](#_Toc161205907)

[5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian 101](#_Toc161205908)

[5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian 106](#_Toc161205909)

[5.2 Pembahasan 108](#_Toc161205910)

[5.2.1 Dukungan Keluarga Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. 108](#_Toc161205911)

[5.2.2 Motivasi Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya. 113](#_Toc161205912)

[5.2.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya. 116](#_Toc161205913)

[5.3. Keterbatasan 119](#_Toc161205914)

[BAB 6 PENUTUP 120](#_Toc161205915)

[6.1 Kesimpulan 120](#_Toc161205916)

[6.2 Saran 120](#_Toc161205917)

[DAFTAR PUSTAKA 123](#_Toc161205918)

[Lampiran 126](#_Toc161205919)

**DAFTAR TABEL**

[Tabel 2.1 Klasifikasi IMT 33](#_Toc159176829)

[Tabel 2.2 Klasifikasi TNM 43](#_Toc159176830)

[Tabel 2.3 Klasifikasi Stadium Kanker 44](#_Toc159176831)

[Tabel 2.4 Literatur Review 75](#_Toc159176831)

[Tabel 4.1 Definisi Operasional 88](#_Toc159176831)

[Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Dalam Keluarga……101](#_Toc159061862)

[Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin. 101](#_Toc159061863)

[Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia 102](#_Toc159061864)

[Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Agama. 102](#_Toc159061865)

[Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidik 103](#_Toc159061866)

[Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan 103](#_Toc159061867)

[Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Saat ini 104](#_Toc159061868)

[Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Siklus Kemoterapi 104](#_Toc159061869)

[Tabel 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Stadium Penyakit 105](#_Toc159061870)

[Tabel 5.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Keluarga Yang Merawat 105](#_Toc159061871)

[Tabel 5.11 Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga 106](#_Toc159061872)

[Tabel 5.12 Karakteristik Responden Berdasarkan Motivasi Pasien 106](#_Toc159061873)

[Tabel 5.13 Tabulasi Silang Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024. 107](#_Toc159061874)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Kerangka Teori Pengharapan 18](#_Toc159064712)

[Gambar 2.2 Anatomi Colon Dan Rectum 27](#_Toc159064713)

[Gambar 2.3 Kerangka Konsep Model Adaptasi Roy 68](#_Toc159064714)

[Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya 83](#_Toc159065015)

[Gambar 4.1 Desain Penelitian Analitik Korelasi Dengan Pendekatan Cross Section 84](#_Toc159064356)

Gambar 4.2 Kerangka Kerja Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya 85

# DAFTAR LAMPIRAN

[Lampiran 1 Curriculum Vitae](#_Toc146230296) 126

[Lampiran 2 Motto Dan Persembahan](#_Toc146230297) 127

[Lampiran 3 Lembar Perijinan Pengambilan Data 1](#_Toc146230298)28

[Lampiran 4 Lembar Inform Consent](#_Toc146230299) 133

[Lampiran 5 Lembar Kuesioner 136](#_Toc146230300)

Lampiran 6 Lebar Hasil Tabulasi 142

Lampiran 7 Lembar Hasil Frekuensi Data Umum Dan Khusus 147

Lampiran 8 Lembar Hasil Uji Spearman 162

# DAFTAR SINGKATAN

AJCC : American Joint Committee on Cancer

APC : Antigen Presenting Cell

CEA : Carcino embryonic Antigen

CRC : Colorectal Cancer

(CT) Scan : Computed Tomography

DNA : Deoxyribonucleic Acid

EPPS : Edward’s Personal Preference Schedule

ERUS : Endorectal Ultrasonography

FAP : Familial Adenomatous Polyposis

HNPC : Hereditary Nonpolyposis Colorectal

Cancer

IARC : International Agency for Research on

Cancer

IMT : Indeks Massa Tubuh

IRJ : Instalasi Rawat Jalan

KKR : Kanker Kolorektal

M : Metastasis

MRI : Magnetic Resonance Imaging

N : Nodul

OAINS : Obat Anti- Inflamasi Non-Steroid

RNA : Ribonukleat acid

ROS : Reactive Oxygen Species

T : Tumor

TAT : Thematic Apperception Test

UICC : International Union for Cancer Control

RSDS : Rsud. Dr. Soetomo

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (Kemenkes, 2018). Para ahli mengakui bahwa kemoterapi mempunyai kemampuan untuk memperpanjang hidup pasien, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan harapan untuk pengobatan jutaan orang yang terkena kanker. Kemoterapi bisa menimbulkan dampak fisiologis maupun psikologis. Dampak fisiologis yang bisa terjadi yaitu rasa lelah, lesu, kerontokan rambut, gangguan usus dan rongga mulut seperti mual muntah, mukositis rongga mulut, gangguan sumsum tulang belakang, kemandulan, gangguan menstruasi & menopause serta gangguan pada organ lain. Selain menimbulkan dampak fisiologis, kemoterapi juga bisa menimbulkan dampak negatif pada psikologis diantaranya gangguan harga diri, seksualitas, dan kesejahteraan pasien seperti kecemasan, ketidakberdayaan, rasa malu, harga diri menurun, stres, dan amarah. Akibat berbagai efek samping yang timbul karena kemoterapi, sehingga membuat sebagian dari pasien merasa takut untuk melakukan kemoterapi dan serta menghadapi efek kemoterapi itu sendiri (Muklis, 2022). Selain efek samping kemoterapi, proses kemoterapi pada pasien kanker kolorektal membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga dukungan keluarga yang positif sangat dibutuhkan oleh pasien karena dapat menumbuhkan motivasi pasien dalam menjalani kemoterapi. Akan tetapi pada kenyataan dilapangan dukungan dari keluarga masih sangat kurang.

Data WHO menunjukkan tahun 2020 lebih dari 1,9 juta kasus baru kanker kolorektal dan lebih dari 930.000 kematian akibat kanker kolorektal diperkirakan terjadi di seluruh dunia dengan variasi geografis yang besar dalam insiden dan angka kematian diamati (WHO, 2022). GLOBOCAN mengungkapkan bahwa kejadian kanker kolorektal di Indonesia tahun 2020 mencapai 34.189 kasus atau 8.6% dari keseluruhan kasus kanker dan menduduki peringkat ke-4 di Indonesia (Globocan, 2022). Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di IRJ RSUD Dr. Soetomo peneliti mendapatkan informasi bahwa kanker kolorektal termasuk ke dalam 10 besar diagnosa kanker. Pada tahun 2020 jumlah pasien dengan kanker kolorektal yang datang ke IRJ sebanyak 1.376 orang. Pada tahun 2021 jumlah pasien kanker kolorektal yang datang ke IRJ menurun menjadi 962 orang dan meningkat pada tahun 2022 jumlah pasien kanker kolorektal yang datang ke IRJ mengalami kenaikan kembali sebanyak 1.075 orang. Berdasarkan data dari buku laporan bulanan ruang rawat inap kemoterapi rosela 2 pada bulan Juni 2023 pasien kemoterapi dengan kanker kolorektal sebanyak 52 orang. Pada bulan Juli 2023 pasien kemoterapi dengan kanker kolorektal sebanyak 54 orang. Meningkat Pada bulan Agustus pasien kemoterapi dengan kanker kolorektal sebanyak 57 orang. Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh peneliti dengan wawancara beberapa pasien yang menjalani kemoterapi pada Juni 2023 pada 10 pasien yang menjalani kemoterapi diantaranya 6 pasien mengatakan menjalani kemoterapi tanpa didampingi keluarga serta keinginan sendiri untuk sembuh, 4 pasien mengatakan menjalani kemoterapi dengan didampingi keluarga sampai kemoterapi selesai dan komunikasi yang baik dari perawat. Penelitian (Marlinda et al., 2019) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi. Dukungan keluarga meningkatkan motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani selama kemoterapi untuk sembuh. Pentingnya upaya mengembangkan pelayanan kesehatan pada pasien kanker payudara dengan kemoterapi dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya pemberian dukungan untuk memotivasi pasien yang menjalani kemoterapi dengan berbagai efek samping yang dihadapi. Penelitian (Muklis, 2022) menjelaskan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik motivasi pasien kanker kolorektal menjalani kemoterapi. Adanya dukungan keluarga membantu pasien kanker untuk meningkatkan keyakinan bahwa ia diterima keluarga sehingga memberikan motivasi untuk melakukan kemoterapi secara teratur agar sembuh.

Dukungan keluarga adalah bentuk perilaku melayani yang dilakukan keluarga, baik dalam dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi (Marlinda et al., 2019). Berbagai macam efek samping yang ditimbulkan terkait dengan kemoterapi, pasien sulit menerima keadaannya, memiliki harga diri yang rendah, dan merasa tidak aman saat bertemu orang lain karena perubahan fisik yang terjadi pada tubuh pasien dapat menyebabkan pasien mengalami perasaan yang berbeda-beda, sehingga pasien menunjukkan penolakan terhadap penampilannya. bagi pasien kanker kolorektal, dukungan keluarga yang optimal sangat diperlukan karena memegang peranan penting bagi penderita kanker terutama yang sedang menjalani kemoterapi. Dukungan keluarga yang optimal dapat menumbuhkan dan meningkatkan motivasi pasien untuk semangat dalam menjalani kemoterapinya karena pasien merasa aman dan nyaman ketika menjalani kemoterapi saat didampingi keluarga, selain itu pasien juga merasa mendapatkan perhatikan, merasakan dihargai serta dicintai oleh lingkungan keluarganya.

Motivasi merupakan kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Terdapat tiga komponen utama dalam motivasi yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi apabila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang ia miliki dan apa yang ia harapkan. Sedangkan dorongan merupakan kekuatan mental untuk melakukan kegiatan dalam rangka memenuhi harapan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Tujuan merupakan hal yang ingin dicapai oleh seorang individu. Mengingat begitu banyaknya efek samping yang dapat ditimbulkan oleh kemoterapi, panjangnya proses untuk menjalani kemoterapi, apabila pasien tidak mendapatkan dukungan keluarga yang optimal dalam menjalalani kemoterapi tentunya akan menjadi stressor bagi pasien yang dapat memperburuk kondisi baik fisik maupun psikologis, pasien merasa takut untuk menjalani kemoterapi. Jika kondisi tersebut tidak segera ditangani, dalam hal ini dapat menimbulkan suatu masalah yaitu terapi kemoterapi bisa tertunda bahkan pasien tidak mau menjalani kemoterapi sehingga menghambat proses kemoterapi yang bisa mengakibatkan percepatan pertumbuhan dari sel kanker itu sendiri.

Solusi terhadap permasalahan diatas adalah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi, perawat harus mampu memberikan support serta meningkatkan pengetahuan keluarga dan pasien tentang pengetahuan seputar kanker kolorektal, kemoterapi, efek samping kemoterapi serta tips - tips untuk mengurangi efek samping kemoterapi . Sehingga keluarga memahami apa yang dihadapi pasien dan apa yang dibutuhkan pasien sehingga dapat menumbuhkan motivasi pasien itu sendiri dalam menjalani kemoterapi. Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD dr. Soetomo Surabaya”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan masalah penelitian “Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengidentifikasi motivasi pasien kanker kolorectal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorectal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam keperawatan medikal bedah terkait dukungan keluarga dan motivasi pasien yang sedang menjalani terapi kemoterapi di rumah sakit yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Hasil Penelitian ini, dapat menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit agar dapat meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia keperawatan dalam hal peningkatan kinerja para perawat yang dikaitkan dengan Pelaksanaan asuhan keperawatan pasien.

1. Untuk Perawat

Hasil dari penelitian ini dapat memberikan masukan kepada perawat, khususnya perawat ruang kemoterapi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi.

1. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memperkuat teori dan memperluas wawasan tentang dukungan keluarga dalam memotivasi pasien kanker dalam menjalani terapi kemoterapi di RSUD. Dr. Soetmo Surabaya.

1. Untuk Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan meneliti dukungan keluarga, motivasi pasien yang menjalani terapi kemoterapi terutama pada pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan kanker kolorektal.

# BAB 2 TIJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Konsep Dukungan Keluarga

### 2.1.1 Pengertian

Menurut friedman dalam (Choirunnisa, 2018) keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku kesehatan seseorang dengan perawatan kesehatan sudah diatur, dilakukan serta diamankan oleh keluarga sebagai bentuk perawatan yang secara preventif. Dukungan keluarga merupakan kegiatan mendukung yang diberikan oleh anggota keluarga, sehingga individu yang terkait merasakan bahwa dirinya diperhatikan dan dihargai oleh keluarganya karena mendapatkan bantuan dari orang-otang yang dianggapnya berarti dalam hidupnya. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup baik spiritual, material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat serta lingkungannya. keluarga merupakan sekumpulan orang yang bersama-sama bersatu dengan melakukan pendekatan emosional dan mengidentifikasi dirinya sebagian dari keluarga.

Dukungan keluarga adalah suatu proses yang terjadi sepanjang kehidupan, sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda dalam tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal mauapun dukungan sosial eksternal. Dukungan keluarga berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal (Choirunnisa, 2018).

Dukungan keluarga adalah bentuk perilaku melayani yang dilakukan keluarga, baik dalam dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi (Marlinda et al., 2019).

### 2.1.2 Dimensi dukungan keluarga

Menurut Friedman dalam (Angraini, 2020) menerangkan bahwa dimensi dukungan keluarga terdapat empat jenis dukungan, diantaranya :

1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukungn dan menghargai antar anggota keluarga

2. Dukungan Informasi

Keluarga berfungsi untuk sebuah pengumpul dan penyebar informasi. Menjelaskan tentang pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

3. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendemgarkan anggota keluarga dalam menyampaikan perasaannya. Serta dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawwatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Dukungan Penghargaan

Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatan anggota keluarganya. Melalui dukungan penghargaan ini, anggota keluarga akan mendapat pengakuan atas kemampuannya sekecil dan sesederhana apapun.

### 2.1.3 Jenis - Jenis Dukungan Keluarga

Menurut (Muhith & Siyato, 2016) menyebutkan bahwa keluarga memiliki 7 jenis dukungan yang dapat diberikan kepada individu dengan perubahan status kesehatan:

1. Dukungan keluarga melalui komunikasi
2. Dukungan emosional keluarga
3. Dukungan melalui interaksi keluarga
4. Dukungan keluarga melalui finansial
5. Dukungan keluarga dalam upaya penyediaan transportasi
6. Dukungan dalam upaya mempertahankan aktifitas fisik yang masih mampu dilakukan
7. Dukungan keluarga dalam menyiapkan makanan

### 2.1.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal menurut (Muhith & Siyato, 2016):

1. Faktor internal
   1. Tahap Perkembangan

Pada tahap perkembangan dukungan ditentukan oleh faktor usia, dalam hal ini setiap rentang usia akan memiliki pemahaman yang berbeda terkait respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

1. Pendidikan

Latar belakang pendidikan individu dan pengalaman dimasa lalu akan membentuk cara berfikir seseorang dalam menyikapi suatu masalah yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuannya untuk menjaga kesehatannya.

1. Faktor Emosi

Fakor emosional mempengaruhi keyakinan terhadap dukungan dan cara melakukannya. Seperti halnya seseorang yang memiliki respon stress terhadap penyakitnya maka cenderung memiliki rasa khawatir berlebihan bahwa penyakit dapat mengancam kehidupannya.

1. Spiritual

Aspek spiritual nilai dan keyakinan individu dalam menjalani kesehariannya, hubungan dengan keluarga atau kerabat dan mencari harapan dalam arti hidup.

1. Faktor Eksternal
2. Praktik Keluarga

Praktik dikeluarga adalah bagaimana cara keluarga memberikan dukungan yang mempengaruhi pasien dalam menjaga kesehatannya.

1. Faktor Sosio-Ekonomi

Seseorang akan mencari dukungan dari lingkungan keluarganya yang mempengaruhi keyakinan kesehatannya dan semakin tinggi tingkat ekonomi yang dimiliki seseorang maka akan lebih tanggap terhadap tanda dan gejala suatu penyakit. Sehingga individu akan segera mencari pertolongan kesehatan.

1. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi kebiasaan individu terkait cara pelaksanaan kesehatan. Perilaku kesehatan yang dilakukan individu secara tidak langsung terpengaruh oleh faktor budaya. Seperti halnya saat individu demam cukup melakukan kompres dingin pada dahi, sedangkan ilmu kesehatan menganjurkan untuk melakukan kompres hangat pada lipatan-lipatan tubuh yang memiliki pembuluh darah besar seperti ketiak.

### Instrumen Dukungan Keluarga

* + - 1. Alat ukur

Kuesioner dukungan keluarga menggunakan kuesioner baku *Questionnaire of Medical Outcomes Study: Social Support Survey* berdasarkan teori Friedman yang diadopsi dari penelitian (Giffari & Suhariadi, 2017). Kuesioner ini berjumlah 19 pertanyaan berdasarkan indikator dukungan kelurga menurut Friedman (2010) yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif.

* + - 1. Indikator Alat Ukur Dukungan Keluarga antara lain :

1. Dukungan emosional
2. Dukungan informatif
3. Dukungan instrumental
4. Dukungan penghargaan

Pada pengisian kuesioner ini, sampel diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan skala model *likert* yang terdiri dari pernyataan dengan alternatif jawaban yaitu 1= tidak pernah, 2= jarang, 3 = kadang-kadang, 4= sering , 5= selalu.

### Peran Kelurga dalam bidang kesehatan

Menurut Depkes. RI dalam (Faruca, 2014) Keluarga berperan dalam memberikan perawatan kesehatan yang terapeutik kepada anggota keluarga yang menderita suatu penyakit. Perawatan adalah suatu usaha yang berdasarkan kemanusiaan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia yang sehat seutuhnya. Hasil Penelitian dari Prasetyawan (2008) dalam (Faruca, 2014) secara umum penderita yang mendapatkan perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau keluarga biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada penderita yang kurang mendapatkan dukungan sosial (peran keluarga).

keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam pengelolaan medis pada salah satu anggota keluarga yang sakit antara lain :

1. Tujuan perwatan individu dalam konteks keluarga

a. Teratasinya masalah yang dihadapi individu yang ada kaitannya dengan latar belakang keluarganya.

b. Teratasinya masalah yang dihadapi individu dengan dukungan, bantuan atau pemeranan keluarga.

c. Terlaksananya pemberian asuhan keperawatan yang paripurna kepada sasaran individu dari keluarganya, sebagai tindak lanjut pelayanan rawat inap maupun jalan.

d. Meningkatkan kesadaran keluarga dan anggota keluarganya yang belum mencari pelayanan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar yang tersedia.

e. Meningkatkan kemampuan individu dan keluarganya dalam mengatasi masalah

kesehatannya secara mandiri.

2. Tugas keluarga di dalam menanggulangi masalah kesehatan

secara umum keluarga mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikanvkarena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berartidan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dan keluarga habis.Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahanperubahan yang dialami keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua.

b. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang memepunyai kramampuan memeutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

c. Memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit Ketika memberikan

perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

1) Keadaan penyakit

2) Sifat dan perkembangan perawat yang diperlukan untuk perawatan.

3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.

4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga.

5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan rumah yang sehat kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki.

2) Manfaat pemeliharaan lingkungan.

3) Pentingnya hiegiene sanitasi.

4) Upaya pencegahan penyakit.

5) Sikap atau pandangan keluarga.

6) Kekeompakan antra anggota keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini :

1) Keberadaan fasilitas kesehatan.

2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.

3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.

4) Pengalaman yang kuranmg baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.

5) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

## 2.2 Konsep Motivasi

### 2.2.1 Pengertian Motivasi

Motivasi merupakan kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Terdapat tiga komponen utama dalam motivasi yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi apabila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang ia miliki dan apa yang ia harapkan. Sedangkan dorongan merupakan kekuatan mental untuk melakukan kegiatan dalam rangka memenuhi harapan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Tujuan merupakan hal yang ingin dicapai oleh seorang individu (Arianti, 2019).

Motivasi yang dimiliki individu dapat menentukan kualitas perilaku yang ditampilkannya, baik dalam konteks belajar, bekerja maupun dalam kehidupan lainnya, sehingga diharapkan terbentuknya suatu tindakan atau perilaku dari seseorang. Motivasi merupakan keadaan psikologis yang dimanifestasikan melalui tingkah laku, di mana tingkah laku dipengaruhi oleh penguatan, baik positif maupun penguatan negatif (Marlinda, dkk., 2019).

Motivasi merupakan suatu tujuan atau dorongan yang bertujuan sebagai daya penggerak yang berasal dari diri sendiri maupun dari orang lain dalam upaya mencapai apa yang diinginkan baik itu secara positif maupun negatif. Motivasi bisa juga diartikan sebagai sebuah perubahan yang terjadi pada diri seseorang dengan timbulnya perasaan, emosi dan kejiwaan yang mendorong individu untuk melakukan tindakan atas dasar kebutuhan, keinginan, maupun tujuan (Putri, 2022).

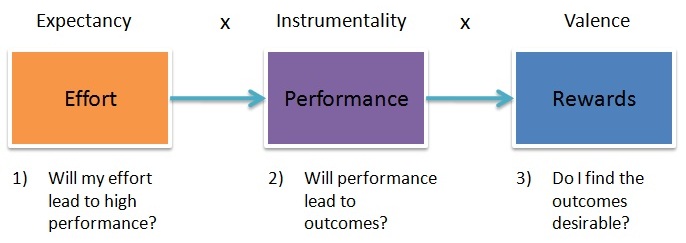
### 2.2.2 Dasar teori motivasi

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan teori pengharapan *(expectancy theory)* dikemukakan oleh Victor Vroom yang mengatakan bahwa motivasi seseorang mengarah pada suatu tindakan yang bergantung pada kekuatan pengharapan. Tindakan tersebut akan diikuti oleh hasil tertentu dan bergantung pada hasil bagi seseorang tersebut. Teori ini berpendapat bahwa seseorang akan termotivasi untuk melakukan sesuatu hal dalam mencapai tujuan apabila mereka yakin bahwa tingkah laku mereka mengarah pada pencapaian tujuan tersebut.

Menurut Victor H. Vroom, ada tiga aspek yang mempengaruhi motivasi antara lain:

1. Harapan (*Expectancy*)

Teori harapan ini menyatakan bahwa Setiap individu percaya bahwa ia berperilaku dengan cara tertentu maka akan mendapatkan memperoleh hal tertentu. Sebagai contoh kekuatan yang memotivasi seseorang untuk bekerja giat dalam mengerjkan pekerjaannya tergantung dari hubungan timbal-balik atara apa yang ia inginkan dan butuhkan dari hasil pekerjaan itu.

Berapa besar seseorang yakin perusahaan akan memberikan pemuasan bagi keinginannya sebagai imbalan atas usaha yang dilakukannya itu. Bila keyakinan yang diharapkan cukup besar untuk memperoleh kepuasannya, maka ia akan bekerja keras, begitu pun sebaliknya.

**Gambar 2.1** Kerangka Teori Pengharapan

Teori harapan bertujuan untuk menentukan tindakan yang akan menghasilkan harapan yang diinginkan oleh seorang tenaga kerja. Teori ini menyatakan bahwa individu akan menilai strategi - strategi tindakan tertentu seperti bekerja keras dan berusaha lebih sehingga akan melakukan tindakan yang diharapkan mendapatkan balasan seperti kenaikan gaji atau perhargaan yang bernilai bagi individu itu.

1. Nilai (*Valence*)

Nilai adalah akibat dari perilaku tertentu yang mempunyai nilai atau martabat tertentu (daya atau nilai motivasi) bagi setiap individu yang bersangkutan. Menurut Vroom valensi berhubungan dengan nilai positif atau negatif yang diberikan orang-orang kepada hasil - hasil. Valensi merupakan preferensi seseorang untuk memperoleh imbalan. Valensi juga merupakan ungkapan seseorang untuk mencapai tujuan. Valensi seseorang tidak sama tergantung pengalaman masing-masing.

1. Pertautan (*Instrumentality*)

Pertautan adalah persepsi dari individu bahwa hasil tingkat pertama akan dihubungkan dengan hasil tingkat kedua. Instrumental merupakan keyakinan seseorang bahwa ia akan memperoleh imbalan atas pekerjaan yang telah diselesaikannya (Handiani, 2014).

### Jenis Motivasi

Motivasi Intrinsik

Motivasi intrisik merupakan motivasi yang fungsinya sudah aktif di dalam tubuh sehingga tidak memerlukan stimulus dari luar. Motivasi dapat dikatan intrinsik bila tujuan inheren dengan situasi aktivitas dan bertemu dengan kebutuhan dan tujuan seseorang dalam menguasai segala sesuatu dalam aktivitas

Motivasi Ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik merupakan motivasi yang memerlukan simulasi dari luar tubuh orang itu sendiri dapat aktif serta dapat aktif dan berfungsi bila adanya rangsangan dari luar tubuh (Candra, 2016).

### 2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Uno (2018) dalam (Maiti & Bidinger, 2019) Ada dua faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu faktor internal dan eksternal yaitu :

Faktor Internal

Faktor internal adalah motivasi yang berasal dari dalam diri manusia, biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga menjadi puas. Faktor internal meliputi:

* 1. Faktor fisik, adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisi fisik misal status kesehatan pasien. Fisik yang kurang sehat dan cacat yang tidak dapat disembuhkan berbahaya bagi penyesuaian pribadi dan keluarga. Pasien yang mempunyai hambatan fisik karena kesehatannya buruk sebagai akibat mereka selalu frustasi terhadap kesehatannya
  2. Faktor proses mental, merupakan suatu proses yang tidak terjadi begitu saja, tapi ada kebutuhan yang mendasari munculnya motivasi tersebut. Pasien dengan fungsi mental yang normal akan menyebabkan bias yang positif terhadap diri. Seperti halnya adanya kemampuan untuk mengontrol kejadian- kejadian dalam hidup yang harus dihadapi, keadaan pemikiran dan pandangan hidup yang positif dari diri pasien dalam reaksi terhadap perawatan akan meningkatkan penerimaan diri serta keyakinan diri sehingga mampu mengatasi kecemasan dan selalu berpikir optimis untuk kesembuhannya.
  3. Faktor herediter, bahwa manusia diciptakan dengan berbagai macam tipe kepribadian yang secara herediter dibawa sejak lahir. Berbagai tipe kepribadian tertentu yang mudah termotivasi atau sebaliknya.
  4. Keinginan dalam diri sendiri, misalnya keinginan untuk lepas dari keadaan sakit yang mengganggu aktivitasnya sehari-hari, masih ingin menikmati prestasi, merasa belum sepenuhnya mengembangkan potensi- potensi yang dimiliki.
  5. Kematangan usia, kematangan usia akan mempengaruhi pada proses berfikir dan pengambilan keputusan dalam melakukan pengobatan yang menunjang kesembuhan pasien.

Faktor external

Faktor eksternal adalah faktor motivasi yang berasal dari luar diri seseorang yang merupakan pengaruh dari orang lain atau lingkungan. Faktor eksternal ini meliputi:

1. lingkungan, lingkungan adalah suatu yang berada disekitar pasien baik fisik, psikologis, maupun keluarga. Lingkungan sangat berpengaruh terhadap motivasi pasien kanker untuk melakukan pengobatan.
2. Dukungan keluarga, dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program medis.
3. Fasilitas (sarana dan prasarana), ketersediaan fasilitas yang menunjang kesembuhan pasien tersedia, mudah terjangkau menjadi motivasi pasien untuk sembuh. Termasuk dalam fasilitas adanya pembebasan biaya berobat untuk pasien kanker.
4. Media, merupakan sarana untuk menyampaikan pesan atau informasi seputar kesehatan. Dengan adanya media ini pasien kanker akan menjadi lebih tahu tentang penyakit kanker dan pada akhirnya akan menjadi motivasi untuk melakukan pengobatan.

### 2.2.5 Komponen Motivasi

Ada 3 hal komponen motivasi antara lain yaitu (Sobur, 2014):

* + - 1. Keinginan (*Valency*), *Valence* juga dapat didefinisikan setiap hasil mempunyai nilai atau daya tarik bagi orang tertentu.
      2. Keyakinan *(Outcome expectancy),* berarti setiap individu percaya bahwa individu berperilaku dengan cara tertentu dan akan memperoleh hal tertentu.
      3. Harapan *(Effort Expectancy),* berarti setiap hasil berkaitan dengan suatu persepsi mengenai seberapa sulit mencapai hasil tersebut.

### 2.2.6 Klasifikasi Motivasi

Klasifikasi motivasi seseorang dapat dikatagorikan menjadi 3 tingkatan, yaitu (Irwanto, 2014):

* + - * 1. Motivasi Kuat

Motivasi dikatakan kuat apabila dalam diri seseorang dalam kegiatan - kegiatan sehari-hari memiliki harapan yang positif, mempunyai harapan yang tinggi dan memiliki keyakinan yang tinggi bahwa dirinya akan berhasil dalam mencapai tujuan dan keinginannya.

* + - * 1. Motivasi Sedang

Motivasi dikatakan sedang apabila diri seseorang memiliki keinginan yang positif, mempunyai harapan yang tinggi namun memiliki keyakinan yang rendah untuk berhasil dalam mencapai tujuan dan keinginan.

* + - * 1. Motivasi Lemah

Motivasi dikatakan lemah apabila didalam diri seseorang memiliki harapan dan keyakinan yang positif namun memiliki keinginan dan keyakinan yang rendah untuk mencapainya.

### 2.2.7 Pengukuran Motivasi

Menurut Notoatmodjo dalam (Rohmah, 2016) pengukuran motivasi terdiri dari :

* + - 1. Tes Proyektif

Apa yang kita katakan merupakan cerminan dari apa yang ada dalam diri kita. Dengan demikian untuk memahami apa yang dipikirkan orang, maka kita beri stimulus yang harus diinterprestasikan. Salah satu teknik proyektif yang banyak dikenal adalah *Thematic Apperception Test*(TAT). Dalam test tersebut klien diberikan gambar dan klien diminta untuk membuat cerita dari gambar tersebut. Dalam teori Mc Leland dikatakan, bahwa manusia memiliki tiga kebutuhan yaitu kebutuhan untuk berprestasi (*n-ach*), kebutuhan untuk *power*(*n-power*), kebutuhan untuk berafiliasi (*n-aff*). Dari isi cerita tersebut kita dapat menelaah motivasi yang mendasari diri klien berdasarkan konsep kebutuhan diatas.

* + - 1. Kuesioner

Salah satu cara untuk mengukur motivasi melalui kuesioner adalah dengan meminta klien untuk mengisi kuesioner yang berisi pernyataan - pernyataan yang dapat memancing motivasi klien. Sebagi contoh adalah *EPPS (Edward’s Personal Preference Schedule).*

Pengukuran motivasi menggunakan kuesioner dengan skala *Likert* yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah diuji validitas dan realibilitas.

* + - 1. Pernyataan positif ( *Favorable*)
         1. Sangat setuju (SS) jika responden sangat setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 4.
         2. Setuju (S) jika responden setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 3.
         3. Tidak setuju (TS) jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 2.
         4. Sangat tidak setuju (STS) jika responden sangat tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 1.

Kemudian menurut (Suparyanto dan Rosad, 2020) Hasil akhirnya dimasukkan kedalam rumus :

**P = f/N X 100 %**

Keterangan:

P: Presentasi

f: Jumlah Skor Jawaban

N: Jumlah Skor Ideal

Motivasi dikategorikan menjadi :

1. Motivasi Kuat                  : 77 – 100%

2. Motivasi Sedang              : 51 – 76%

3. Motivasi Lemah              : 25 – 50 %.

* + - 1. Observasi Perilaku

Cara lain mengukur motivasi adalah dengan membuat situasi sehingga klien dapat memunculkan perilaku yang mencerminkan motivasinya. Misalnya, untuk mengukur keinginan untuk berprestasi, klien diminta untuk memproduksi origami dengan batas waktu tertentu. Perilaku yang diobservasi adalah, apakah klien menggunakan umpan balik yang diberikan, mengambil keputusan yang berisiko dan mementingkan kualitas dari pada kuantitas kerja.

## 2.3 Konsep Kanker Kolorektal

### 2.3.1 Pengertian

Menurut WHO, kanker merupakan penyakit yang ditandai oleh adanya pertumbuhan sel yang abnormal di luar batas biasanya dan bisa menyerang bagian tubuh yang berdekatan atau menyebar ke organ lain (WHO, 2018). Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (Kemenkes, 2018) . Kanker kolorektal merupakan kanker yang terjadi pada caecum, kolon ascenden, transversum, descenden, sigmoid dan rektum. Kanker pada kolorektal sebagian besar adalah adenokarsinoma (95%), sedangkan sisanya (5%) dapat berupa tumor *karsinoid*, *gastrointestinal stromal tumor* (GIST), *limfoma dan sarcoma*. Kanker pada *colon* lebih sering didapatkan(72%) dibandingkan kanker *rectum* (28%) (Sampetoding, 2020).

### 2.3.2 Etiologi

Etiologi kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk kanker kolorektal. Mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli (APC)* adalah penyebab *Familial Adenomatous polyposis (FAP*), yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun. Banyak faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker kolorektal, diantaranya adalah :

Diet tinggi lemak, rendah serat.

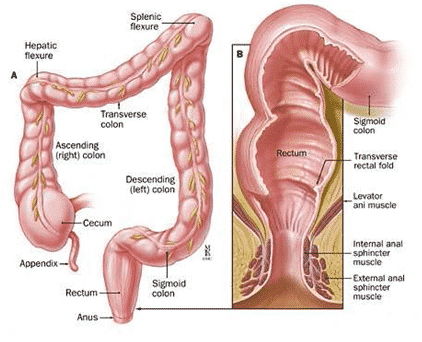
Salah satu faktor risiko meningkatnya angka kejadian karsinoma kolorektal adalah perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan risiko karsinoma kolorektal. Sejumlah penelitian epidemiologi menunjukkan diet tinggi serat berkolerasi negatif dengan risiko kanker kolorektal. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma kolorektal dibandingkan dengan tinggi serat. Sedangkan asupan serat harian rata-rata orang Indonesia masih rendah sebesar 10,5 g/hari. Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan *feses,* sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen. Efek protektif juga diperoleh dari antioksidan pada sayur dan buah. Selain itu, asam lemak rantai pendek hasil fermentasi serat meningkatkan diferensiasi sel atau menginduksi apoptosis.

Usia lebih dari 50 tahun.

Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan riwayat kanker kolorektal mempunyai resiko lebih besar 3 kali lipat.

* + - 1. *Familial polyposis coli, Gardner syndrome, dan Turcot syndrome*. Pada semua pasien ini tanpa dilakukan kolektomi dapat berkembang menjadi kanker rektum.
      2. Resiko sedikit meningkat pada pasien *Juvenile polyposis syndrome, Peutz-Jeghers syndrome dan Muir syndrome.*
      3. Terjadi pada 50 % pasien kanker kolorektal *herediter nonpolyposis*.
      4. *Inflammatory bowel disease*.
      5. *Kolitis Ulseratif* (resiko 30 % setelah berumur 25 tahun).
      6. *Crohn disease*, berisiko 4 sampai 10 kali lipat (Sayuti & Nouva, 2019).

### 2.3.3 Anatomi Kolon Dan Rectum



**Gambar 2.2** Anatomi Colon Dan Rectum

*colon dan rektum* merupakan salah satu bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga bagian terakhir dari *gastrointestinal*. Usus besar terdiri dari *sekum, colon, dan rektum*. Usus besar berfungsi membantu tubuh menyerap nutrisi dan cairan dari makanan yang kita makan dan minum. Bagian pertama dari usus besar adalah *colon*, sebuah tabung muskular yang memiliki panjang sekitar 1,5 m dan berdiameter 5 cm. *colon* memiliki 4 bagian yaitu *colon asendens, colon tranversum, colon desendens, dan colon sigmoid*. *Colon* berada di bagian *proksimal* usus besar sedangkan *rektum* memiliki panjang sekitar 15 cm dan berada sekitar 2-3 cm di atas tulang ekor. Air dan nutrisi diserap dari bahan makanan yang menuju ke *colon.* Zat-zat sisa yang tidak berguna dari proses sebelumnya dari *colon sigmoid* akan menuju ke *rektum*, kemudian dikeluarkan melalui *anus* dalam bentuk tinja (Oliver, 2021).

### 2.3.4 Lokasi Kanker

*Embriologi* usus besar berasal dari usus tengah dan usus belakang. Bagian *traktus digestivus* yang berasal dari usus tengah dimulai dari *duodenum* tepat di sebelah *distal muara duktus biliaris* dan berlanjut ke tautan dua pertiga *proksimal colon* *trasnversum* dengan sepertiga *distal*nya. Bagian *traktus digestivus* yang *embriologinya* berasal dari usus tengah mendapatkan perdarahan yang berasal dari *arteri mesenterika superior*. Sepertiga *distal colon transversum, colon descenden, colon sigmoid, rektum* dan bagian atas *kanalis analis* berasal dari usus belakang dan mendapatkan perdarahan dari *arteri mesenterika inferior.* Berdasarkan *embriologi* inilah *colon* dapat dibagi menjadi 2, yaitu *colon* kanan yang terdiri dari *caecum, colon ascenden, fleksura hepatika proksimal colon transversum* serta *colon* kiri yang terdiri dari sepertiga *distal colon transversum, fleksura lienalis, colon descenden, colon sigmoid dan rectum.* Menurut lokasi, kanker kolorektal dapat diklasifikasikan menjadi kanker *Colon* kanan, kanker *Colon* kiri, dan kanker rektum. Lokasi tumor pada kanker kolorektal mempengaruhi gejala klinis pada pasien.

Lokasi dan konfigurasi tumor berdampak pada prognosis kanker kolorektal. Tumor yang berada di bawah *peritoneal reflection* (kanker colon kiri) memiliki *5-year survival rate* lebih buruk daripada yang berada disebelah *proksimalnya* (kanker *colon* kanan) karena pada *colon* kiri dan *rektum* lebih sering terjadi obstruksi daripada *colon* kanan. Prognosis lebih buruk berhubungan dengan v*askularisasi* dan *aliran limpatik* serta *diferensiasi* dari tumor (Wicaksana & Rachman, 2018).

### Faktor Yang mempengaruhi kanker kolorektal

Menurut (Khosama, 2015) terdapat beberapa faktor pemicu KKR secara garis besar dapat dibagi dua, yakni faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi.

1. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi

* + - * 1. Usia

Diagnosis KKR meningkat progresif sejak usia 40 tahun, meningkat tajam setelah usia 50 tahun. lebih dari 90% kasus KKR terjadi di atas usia 50 tahun. Angka kejadian pada usia 60-79 tahun 50 kali lebih tinggi dibandingkan pada usia kurang dari 40 tahun. Kanker kolorektal identik dengan orang lanjut usia. Namun dalam 10 tahun belakangan ini terdapat peningkatan setiap tahunnya pada penderita KKR untuk kelompok usia kurang dari 50 tahun. Sebaliknya, jumlah penderita KKR pada usia 50 tahun ke atas cenderung menurun. Namun meskipun demikian, jumlah penderita KKR lansia masih lebih banyak dibandingkan dengan penderita KKR usia muda. Hal ini diperkirakan karena adanya perubahan gaya hidup.

* + - * 1. Faktor Herediter

Riwayat berkontribusi pada sekitar 20% kasus KKR. Kondisi yang paling sering diwariskan adalah *familial adenomatous polyposis* (FAP) dan *hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC),* dikenal sebagai sindrom *Lynch.* Gen-gen yang berperan dalam pewarisan KKR ini telah diidentifikasi. HNPCC berhubungan dengan mutasi gen - gen yang terlibat dalam jalur perbaikan *DNA*, disebut gen MLH1 dan MLH2. FAP disebabkan mutasi tumor supresor gen APC *(Antigen Presenting Cell).*

HNPCC terjadi pada 2-6% KKR. risiko KKR seumur hidup pada orang dengan mutasi HNPCC berkisar 70-80%14,15 dan rerata umur saat didiagnosis adalah pada pertengahan usia 40 tahun. mutasi MLH1 dan MLH2 juga berhubungan dengan peningkatan risiko relatif kanker lain, termasuk beberapa keganasan *ekstra colon* seperti kanker *uterus, gaster*, usus halus, *pankreas,* ginjal, dan *ureter*. FAP ditemukan pada<1% kasus KKR. tidak seperti individu dengan HNPCC yang mengalami beberapa *adenoma*, individu dengan FAP mengalami pertumbuhan ratusan polip biasanya diawal usia 20 tahun. Pada usia 40 tahun hampir semua orang dengan kelainan ini didiagnosis kanker bila *colon* tidak diangkat. APC yang berhubungan dengan kondisi *poliposis* diwariskan dengan pola autosom dominan. Sekitar 75-80% individu dengan APC yang berhubungan dengan *poliposis* memiliki orang tua dengan kondisi sama. Uji *prenatal* dan diagnosis genetik *preimplantasi* dimungkinkan bila suatu penyakit yang menyebabkan mutasi teridentifikasi pada anggota keluarga.

* + - * 1. Faktor Lingkungan

KKR dipertimbangkan sebagai suatu penyakit yang dipengaruhi lingkungan. faktor pola hidup, sosial, dan kultural ikut berperan. KKR adalah suatu kanker dengan penyebab yang dapat dimodifikasi, dan sebagian besar kasusnya secara teori dapat dicegah. bukti risiko lingkungan diperoleh melalui studi para migran dan keturunannya. diantara individu yang bermigrasi dari daerah risiko rendah ke risiko tinggi, angka insidens KKR cenderung meningkat menyerupai populasi di area tersebut. Sebagai contoh, di antara keturunan migran Eropa Selatan yang berpindah ke Australia dan migran Jepang yang berpindah ke Hawai, risiko KKR meningkat dibandingkan populasi di negara asalnya. Insidens KKR pada keturunan migran Jepang di Amerika Serikat melebihi insidens pada populasi kulit putih di tempat tersebut, dan lebih tinggi 3-4 kali dibandingkan populasi orang Jepang di negaranya. Selain faktor migrasi, terdapat beberapa faktor geografi yang mempengaruhi perbedaan insidens KKR salah satunya adalah insidens KKR konsisten lebih tinggi pada penduduk perkotaan. Orang yang tinggal di area perkotaan memiliki prediktor risiko yang lebih kuat dibandingkan orang yang lahir di area perkotaan.

* + - 1. Faktor Risiko Yang Dapat Dimodifikasi

a. Pola Diet dan Nutrisi

Diet berpengaruh kuat terhadap risiko KKR, dan perubahan pola makan dapat mengurangi risiko kanker ini hingga 70%. insidens KKR meningkat pada orang yang mengonsumsi daging merah atau daging yang telah diproses. konsumsi daging merah dilaporkan memiliki hubungan lebih erat dengan insidens kanker rektum, sedangkan konsumsi daging yang diproses dalam jumlah besar berhubungan dengan kanker *colon* bagian *distal*. Implikasi lemak dihubungkan dengan konsep tipikal diet Barat, terjadi perkembangan flora bakterial yang mendegradasi garam empedu menjadi komponen *N-nitroso* yang berpotensi karsinogenik. Mekanisme potensial asosiasi positif antara konsumsi daging merah dengan kanker kolorektal termasuk adanya zat besi pada daging merah. Beberapa jenis daging yang dimasak ada temperatur tinggi memicu produksi amino heterosiklik dan hidrokarbon aromatik polisiklik, keduanya dipercaya merupakan bahan karsinogenik. Larson, dkk. melalui studi prospektif menyarankan pembatasan konsumsi daging merah dan daging yang diproses untuk mencegah KKR. Penelitian juga membuktikan bahwa individu yang mengonsumsi buah, sayuran, dan sereal memiliki risiko KKR lebih kecil. perbedaan asupan diet berserat serta perbedaan geografik berperan pada insidens KKR, diet berserat diperhitungkan sebagai faktor pembeda insidens KKR di Afrika dan negara-negara dengan gaya hidup Barat, peningkatan asupan diet serat mendilusi kandungan lemak, meningkatkan massa feses, dan mereduksi waktu transit.

* 1. Aktivitas Fisik dan Obesitas

Dua faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan saling berhubungan. aktivitas fisikdan kelebihan berat badan dilaporkan berpengaruh pada sepertiga kasus KKR. Aktivitas tinggi berhubungan dengan rendahnya insidens KKR. Aktivitas fisik reguler dan diet sehat membantu menurunkan risiko KKR. Mekanisme biologi yang berperan dalam hubungan antara menurunnya aktivitas fisik dan KKR mulai dipahami. Aktivitas fisik meningkatkan angka metabolik dan meningkatkan ambilan oksigen maksimal. Dalam jangka panjang, aktivitas reguler serupa meningkatkan efisiensi dan kapasitas metabolik tubuh,juga menurunkan tekanan darah dan resistensi insulin. Selain itu, aktivitas fisik meningkatkan motilitas usus. Kurangnya aktivitas fisik harian juga meningkatkan insidens obesitas, faktor lain yang berhubungan dengan KKR. Kelebihan berat badan dan obesitas meningkatkan sirkulasi estrogen dan menurunkan sensitivitas insulin juga dipercaya mempengaruhi risiko kanker dan berhubungan dengan penimbunan adipositas abdomen. Namun peningkatan risiko yang berhubungan dengan kelebihan berat badan dan obesitas tampaknya tidak hanya berhubungan dengan peningkatan asupan energi. hal ini juga dapat mencerminkan perbedaan efisiensi metabolisme. Studi menunjukkan bahwa individu yang menggunakan energi lebih efsien memiliki risiko KKR lebih rendah. Skala Indeks Massa Tubuh (IMT) memberikan pengukuran kelebihan berat badan yang lebih akurat dibandingkan berat badan saja. 28,29 IMT dihitung dengan membagi berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter). Panduan IMT Asia Pasifik berbeda dengan klasifikasi IMT oleh *National Institutes of Health* (NIH) karena kandungan lemak tambahan dan perbedaan distribusi lemak pada orang Asia.

**Tabel 2.1** Klasifikasi IMT

Label 2 1. Tabel Klasifikasi IMT

Tabel 2 1.Tabel Klasifikasi IMT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klasifikasi** | **Patokan Asia Pasifik** | **Patokan Dunia** |
| Berat Badan Kurang | <18,50 | <18,50 |
| Normal | 18,50 - 23 | 18,50 - 24,99 |
| Berat Badan Lebih | 23,1 - 25 | 25 - 29,99 |
| Obesitas | >28 | >30 |

Orang Asia menunjukkan peningkatan akumulasi lemak walaupun IMT-nya rendah. Obesitas menyebabkan penimbunan hormon, peningkatan kadar *insulin* dan *insulin-like growth factor-1* (IGF-1), pemicuan regulator pertumbuhan tumor, gangguan respons imun dan stres oksidatif, sehingga memicu terjadinya karsinoma kolorektal.

* 1. Merokok

Sebesar 12% kematian KKR berhubungan dengan kebiasaan merokok. Karsinogen rokok meningkatkan pertumbuhan KKR, dan meningkatkan risiko terdiagnosis kanker. Merokok menyebabkan pembentukan dan pertumbuhan polip adenomatosa, lesi prekursor KKR. Terdapat hubungan statistik signifi kan berdasarkan dosis merokok per tahun setelah merokok lebih dari 30 tahun. Individu dengan riwayat merokok lama dan kemudian berhenti merokok tetap memiliki risiko KKR. Polip berukuran besar di kolon dan rektum dihubungkan dengan kebiasaan merokok jangka panjang. Onset KKR penderita pria dan wanita perokok lebih muda.

* 1. Alkohol

Konsumsi alkohol reguler berhubungan dengan perkembangan KKR. Konsumsi alkohol merupakan faktor risiko KKR pada usia muda juga meningkatnya insidens kanker kolon distal. Metabolit reaktif pada alkohol seperti *asetaldehid* bersifat *karsinogenic.* Terdapat korelasi antara alkohol dan merokok, rokok menginduksi mutasi spesifik *DNA* yang perbaikannya tidak efektif karena adanya alkohol. Alkohol berperan sebagai solven, meningkatkan penetrasi molekul karsinogen lain ke sel mukosa. Efek alkohol dimediasi melalui produksi *prostaglandin, peroksidase lipid,* dan generasiROS *(Reactive Oxygen Species)* bebas. Konsumsi tinggi alkohol biasanya berhubungan dengan nutrisi rendah, sehingga jaringan rentan terhadap karsinogenesis. Konsumsi alkohol 2-4 porsi per hari meningkatkan risiko hingga 23% dibandingkan individu yang mengonsumsi kurang dari 1 porsi per hari. Porsi yang dimaksud adalah satuan jumlah minuman yang dikeluarkan *oleh National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism,* 1 porsi mengandung sekitar 14 gram alkohol murni, volumenya berbeda-beda untuk minuman beralkohol yang beredar di masyarakat 1 porsi sama dengan 355 ml bir (kadar alkohol 5%), 148 ml wine (kadar alkohol 7%), 29,5 ml brandy atau minuman keras lainnya (kadar alkohol 40%). Riwayat mengonsumsi alkohol juga memiliki risiko tinggi.

* 1. Lain-lain.

Peranan suplementasi kalsium dan vitamin D untuk mencegah kanker kolorektal masih perlu diteliti lebih lanjut. Studi meta-analisis menunjukkan kalsium 1200 mg menurunkan risiko adenoma secara bermakna sedangkan hubungan antara vitamin D dan kanker belum diketahui pasti. Perhimpunan Dokter Spesialis Bedah Digestif Indonesia memberikan rekomendasi tingkat B untuk aspirin dan OAINS *(Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid)* dalam menurunkan risiko KKR namun penggunaannya tidak dianjurkan karena efek samping obat. Penggunaan terapi sulih hormon *pasca-menopause* secara teratur dan jangka panjang juga menurunkan risiko KKR namun meningkatkan risiko kanker payudara dan penyakit kardiovaskuler.

### 2.3.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari kanker kolorektal sangat bervariasi dan tidak spesifik. Itu tergantung dari lokasi tumor di usus dan apakah sudah bermetastasis ke tempat lain atau belum. Biasanya memiliki tanda antara lain konstipasi, darah dalam *feses*, berat badan menurun, mual dan muntah. KKR dengan tumor dibagian *colon asenden* dapat tumbuh besar sebelum terdiagnosa karena fitur anatomisnya. Manifestasi klinis yang dapat timbul antara lain penderita sering kali merasa lemah karena anemia, darah *makroskopis* pada *feses* terlihat samar, merasa tidak nyaman pada abdomen kanan yang persisten dan teraba massa abdominal. Manifestasi klinis pada *colon* kiri antara lain terjadi gangguan pola buang air besar, darah tercampur dengan *feses* atau *mukus*, dan sering ada pendarahan dari *anus* namun jarang yang masif. Sedangkan manifestasi klinis untuk kanker pada rektum yaitu perdarahan per *rektal*, terdapat gangguan pola buang air, dan darah juga bisa tercampur dengan *feses* atau *mucus* (Pratiwi, 2022).

### 2.3.7 Diagnosis

Menurut Kementerian Kesehatan RI, diagnosis dari kanker kolorektal dapat dilakukan melalui (Kemenkes, 2018) :

1. Anatomi

*Colon* adalah usus besar *proksimal* dari *rektum*. Pada orang dewasa, yang dimaksud dengan *rektum* intra-operasi adalah batas *fusi* dua *taenia mesenterik* dengan area *amorfus rektum* (true rektum), sedangkan pada pemeriksaan *sigmoidoskop* kaku, *rektum* disepakati berjarak 15 cm dari *anal verge* (UKCCR) atau 12 cm dari *anal verge* (USA). Pilihan penanganan kanker rektum memerlukan ketepatan lokalisasi tumor, karena itu untuk tujuan terapi rektum dibagi dalam 3 bagian, yaitu 1/3 atas, 1/3 tengah, dan 1/3 bawah. Bagian 1/3 atas dibungkus oleh *peritoneum* pada bagian *anterior dan lateral*, bagian 1/3 tengah dibungkus *peritoneum* hanya di bagian *anterior* saja, dan bagian 1/3 bawah tidak dibungkus *peritoneum*. *transversal rektum* bagian tengah terletak kurang lebih 11cm dari garis *anokutan* dan merupakan tanda patokan adanya *peritoneum*. Bagian rektum dibawah katub media disebut *ampula rekti*, dimana bila bagian ampula ini direseksi maka frekuensi defekasi secara tajam akan meningkat. Hal ini merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam memilih tindakan pembedahan. Bagian *pascaerior rektum* tidak ditutup *peritoneum* tetapi dibungkus oleh lapisan tipis *fasia pelvis* yang disebut *fasia propria*. Pada setiap sisi *rektum* di bawah *peritoneum* terdapat pengumpulan *fasia* yang dikenal sebagai *ligamen lateral*, yang menghubungkan rektum dengan *fasia pelvis parietal*. Letak ujung bawah tumor pada kanker *rekti* biasanya dihitung dari berapa cm jarak tumor tersebut dari garis anokutan. Pada hasil-hasil yang dilaporkan harus disebutkan apakah pembagian tersebut dibuat dengan endoskopi yang kaku atau fleksibel dan apakah patokannya dari garis *anokutan, linea dentata,* atau cincin *anorektal.*

Bagian utama saluran *limfatik rektum* melewati sepanjang *trunkus a. hemoroidalis superior* menuju *a. mesenterika inferior*. Hanya beberapa saluran *limfe* yang melewati sepanjang *v. mesenterika inferior*. Kelenjar getah bening *pararektal* di atas pertengahan katup *rektum* mengalir sepanjang cincin *limfatik hemoroidalis superior*. Di bawahnya (yaitu 7-8 cm diatas garis *anokutan*), beberapa saluran *limfe* menuju ke *lateral*. Saluran-saluran *limfe* ini berhubungan dengan kelenjar getah bening sepanjang *a.hemoroidalis media, fossa obturator, dan a.hipogastrika, serta a. iliaka komunis*. Perjalanan saluran *limfatik* utama pada kanker *rekti* adalah mengikuti pembuluh darah *rektum* bagian atas menuju kelenjar getah bening *mesenterika inferior*. Aliran *limfatik rektum* bagian tengah dan bawah juga mengikuti pembuluh darah rektum bagian tengah dan berakhir di kelenjar getah bening *iliaka interna*. Kanker *rekti* bagian bawah yang menjalar ke anus kadang-kadang dapat *bermetastase* ke kelenjar *inguinal superfisial* karena adanya hubungan dengan saluran *limfatik eferen* yang menuju ke *anus* bagian bawah.

1. Nilai Prediksi Tinggi KKR

Berikut ini adalah gejala dan tanda yang menunjukkan nilai prediksi tinggi akan adanya KKR:

Keluhan utama dan pemeriksaan klinis, yaitu perdarahan *per-anal* disertai peningkatan frekuensi defekasi dan atau diare selama minimal 6 minggu (semua umur), perdarahan *per-anal* tanpa gejala anal (di atas 60 tahun), peningkatan frekuensi defekasi atau diare selama minimal 6 minggu (di atas 60 minggu), massa teraba pada *fossa iliaka dekstra* (semua umur), massa *intra-luminal* di dalam *rektum*, tanda-tanda obstruksi mekanik usus, dan setiap pasien dengan anemia defisiensi Fe (Hb <11g% untuk laki-laki atau <10g% untuk perempuan *pasca menopause*).

* + - * 1. Pemeriksaan colok dubur dilakukan pada setiap pasien dengan gejala *ano-rektal.* Pemeriksaan ini bertujuan untuk menetapkan keutuhan *sfingter ani* dan menetapkan ukuran dan derajat fiksasi tumor pada *rektum* 1/3 tengah dan *distal*. Ada 2 gambaran khas pemeriksaan colok dubur, yaitu indurasi dan penonjolan tepi, yang dapat berupa suatu pertumbuhan awal yang teraba sebagai indurasi seperti cakram, yaitu suatu plateau kecil dengan permukaan yang licin dan berbatas tegas, suatu pertumbuhan tonjolan yang rapuh, biasanya lebih lunak, tetapi umumnya mempunyai beberapa daerah indurasi, suatu bentuk khas dari ulkus maligna dengan tepi noduler yang menonjol dengan suatu kubah yang dalam (bentuk ini paling sering) dan suatu bentuk kanker anular yang teraba sebagai pertumbuhan bentuk cincin. Pada pemeriksaan colok dubur ini yang harus dinilai adalah:

1). Keadaan tumor ekstensi lesi pada dinding rektum serta letak bagian terendah terhadap cincin anorektal, serviks uteri, bagian atas kelenjar prostat, atau ujung *os coccygeus*. Pada pasien perempuan sebaiknya juga dilakukan palpasi melalui vagina untuk mengetahui apakah mukosa vagina di atas tumor tersebut licin dan dapat digerakkan atau apakah ada perlekatan dan ulserasi, juga untuk menilai batas atas dari lesi anular. Penilaian batas atas ini tidak dapat dilakukan dengan pemeriksaan colok dubur.

2). Mobilitas tumor hal ini sangat penting untuk mengetahui prospek terapi

pembedahan. Lesi yang sangat dini biasanya masih dapat digerakkan pada lapisan otot dinding rektum. Pada lesi yang sudah lebih lanjut umumnya terfiksir karena penetrasi atau perlekatan ke struktur ekstrarektal seperti kelenjar prostat, buli-buli, dinding pasca aerior vagina atau anterior uterus.

3). Ekstensi dan ukuran tumor dengan menilai batas atas, bawah, dan sirkuler.

1. Pemeriksaan Penunjang
   1. Endoskopi

Endoskopi merupakan prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan *sigmoidoskopi* (>35% tumor terletak di *rektosigmoid*) atau dengan kolonoskopi total. Kolonoskopi memberikan keuntungan sebagai berikut, yaitu tingkat sensitivitas di dalam mendiagnosis *adenokarsinoma* atau polip kolorektal adalah 95%, kolonoskopi berfungsi sebagai alat diagnostik (biopsi) dan terapi *(polipektomi),* kolonoskopi dapat mengidentifikasi dan melakukan *reseksi synchronous polyp* dan tidak ada paparan radiasi. Sedangkan kelemahan kolonoskopi adalah pada 5-30% pemeriksaan tidak dapat mencapai *sekum, sedasi intravena* selalu diperlukan, lokalisasi tumor dapat tidak akurat dan tingkat mortalitasnya adalah 1 : 5.000 kolonoskopi.

* 1. *Barium Enema* dengan Kontras Ganda

Pemeriksaan *enema* barium yang dipilih adalah dengan kontras ganda karena memberikan keuntungan sebagai berikut, sensitivitasnya untuk mendiagnosis KKR 65-95% aman, tingkat keberhasilan prosedur sangat tinggi, tidak memerlukan sedasi dan telah tersedia dihampir seluruh rumah sakit. Sedangkan kelemahan pemeriksaan barium enema, yaitu lesi T1 sering tak terdeteksi, rendahnya akurasi untuk mendiagnosis lesi di *rekto-sigmoid* dengan *divertikulosis* dan di *sekum,* rendahnya akurasi untuk mendiagnosis lesi tipe datar, rendahnya sensitivitas (70-95%) untuk mendiagnosis polip <1 cm dan ada paparan radiasi.

* 1. CT *Colonography* (*Pneumocolon CT)*

Pemeriksaan CT *colonography* dipengaruhi oleh spesifikasi alat CT *scan* dan software yang tersedia serta memerlukan protocol pemeriksaan khusus. Modalitas CT yang dapat melakukan CT *colonography* dengan baik adalah modalitas CT scan yang memiliki kemampuan rekonstruksi multiplanar dan *3D volume rendering*. Kolonoskopi virtual juga memerlukan *software* khusus. Keunggulan CT *colonography* adalah dapat digunakan sebagai skrining setiap 5 tahun sekali *(level of evidence* 1C, sesitivitas tinggi di dalam mendiagnosis KKR), toleransi pasien baik, dapat memberikan informasi keadaan di luar *colon*, dan termasuk untuk menentukan stadium melalui penilaian invasi lokal, metastasis hepar, dan kelenjar getah bening. Sedangkan kelemahannya adalah tidak dapat Sedangkan kelemahannya adalah tidak dapat mendiagnosis polip <10 mm, memerlukan radiasi yang lebih tinggi, tidak dapat menetapkan adanya metastasis pada kelenjar getah bening apabila kelenjar getah bening tidak mengalami pembesaran, jumlah spesialis radiologi yang berkompeten masih terbatas, modalitas CT *scan* dengan *software* yang mumpuni masih terbatas, jika persiapan pasien kurang baik, maka hasilnya sulit diinterpretasi, permintaan CT *scan abdomen* dengan diagnosis klinis yang belum terarah ke keganasan kolorektal akan membuat protocol CT scan abdomen tidak dikhususkan pada CT *colonography,* dan tidak dapat dilakukan biopsi atau *polipektomi.*

1. Penetapan Stadium Pra-operasi

Penetapan stadium pra-operasi harus dilakukan, karena strategi terapi untuk setiap stadium berbeda. Prosedur yang dilakukan untuk penetapan stadium pra-operasi adalah deteksi perluasan tumor primer dan infiltrasinya, deteksi kelenjar getah bening regional dan para-aorta, deteksi metastasis ke hepar dan paru-paru, dan deteksi metastasis ke cairan *intraperitoneal.* Penetapan Stadium pra-operasi pada kanker *colon* deteksi perluasan tumor primer dan infiltrasinya pada kanker kolon secara *ultrasonografik* endoskopi belum berkembang. Untuk menetapkan stadium tumor primer (T), adanya metastasis ke kelenjar getah bening (N), dan adanya metastasis ke dalam hepar dan paru-paru (M), diperlukan pemeriksaan *Abdomino-pelvic* CT *scanning,* MRI, *ultrasonografi transabdominal* dan foto thoraks. Untuk pemeriksaan *metastasis hepar*, pemeriksaan pra-operasi CT scan atau MRI lebih sensitif dari pada *ultrasonografi trans-abdominal*. Metode yang paling sensitif untuk mendiagnosis adanya *metastasis hepar* adalah kombinasi *ultrasonografi* intra-operasi dan palpasi pada saat pembedahan.

* 1. Penetapan Stadium Pra-operasi pada Kanker Rektum

1). Pemeriksaan Colok Dubur

Pemeriksaan bermanfaat terutama pada tumor *rektum distal*. Akurasi stadium yang ditentukan oleh pemeriksaan colok dubur sangat tergantung kepada pengalaman dokter pemeriksa dan pemeriksaan colok dubur lebih akurat dalam penetapan stadium lokal lanjut daripada stadium tumor dini, sehingga nilainya untuk kriteria pemilihan pasien yang akan mendapat terapi lokal adalah terbatas.

2). *Endorectal Ultrasonography* (ERUS)

Pemeriksaan ini dilakukan oleh spesialis bedah kolorektal (*operator dependent*) atau spesialis radiologi. ERUS digunakan terutama pada T1 yang akan dilakukan *eksisi trans-anal* pada T3-4 yang dipertimbangkan untuk terapi *neoadjuvan* dan digunakan apabila direncanakan *reseksi trans-anal* atau kemoradiasi

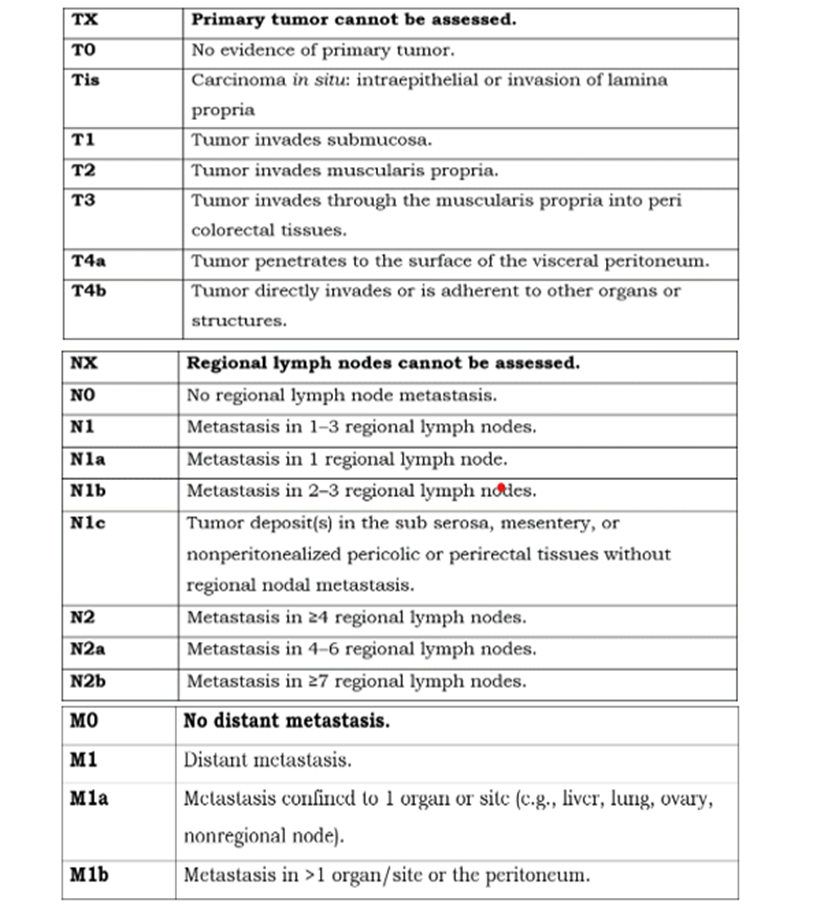
*3). Computed Tomography* (CT) *Scan*

CT *Scan* mempunyai karakteristik yaitu dapat memperlihatkan *invasi ekstra-rektal* dan *invasi* organ sekitar *rektum*, tetapi tidak dapat membedakan lapisan-lapisan dinding usus, akurasi tidak setinggi *ultrasonografi endoluminal* untuk mendiagnosis metastasis ke kelenjar getah bening berguna untuk mendeteksi metastasis ke kelenjar getah bening *etroperitoneal* dan metastasis ke hepar berguna untuk menentukan suatu tumor stadium lanjut apakah akan menjalani terapi *adjuvant pra-operasi* dan untuk mengevaluasi keadaan ureter dan buli-buli.

*4). Magnetic Resonance Imaging* (MRI) Rektum

MRI mempunyai karakteristik sebagai berikut antara lain dapat mendeteksi lesi kanker dini (cT1-T2), lebih akurat dalam menentukan *staging* lokal T dan N (*margin sirkumferensial* dan keterlibatan sakral pada kasus r*ekuren*). Jarak terdekat antara tumor dengan *fascia mesorektal* dapat memprediksi keterlibatan *fascia mesorektal* (jika jarak tumor dengan *fascia mesorektal* ≤1 mm terdapat keterlibatan *fascia mesorektal*, jika jarak tumor dengan *fascia mesorektal* 1–2 mm ancaman keterlibatan *fascia mesorektal* dan jika jarak tumor *dengan fascia mesorektal* >2 mm tidak terdapat keterlibaatan *fascia mesorektal* dan lebih sensitif dibandingkan CT untuk mendeteksi metassis hati pada pasien dengan *steatosis* *(fatty liver ).*

### 2.3.8 Stadium Klasifikasi

Klasifikasi pentahapan kanker digunakan untuk menentukan luas atau ekstensi kanker dan nilai prognostik pasien. Sistem yang paling banyak digunakan adalah sistem TNM. Sistem ini dibuat oleh *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) dan *International Union for Cancer Control* (UICC). TNM mengklasifikasi ekstensi tumor primer (T), kelenjar getah bening regional (N) dan metastasis jauh (M), sehingga *staging* akan dinilai berdasarkan T, N dan M. Klasifikasi TNM yang terbaru adalah TNM edisi ke 7 dan mulai digunakan pada 1 Januari 2010.

**Tabel 2.2** Stadium Klasifikasi

Berdasarkan pembagian stadium tersebut dapat diartikan sebagai berikut :

Stadium 0 : *Karsinoma in situ* & tidak *invasive*. kanker belum melewati lapisan

pertama dinding *colon.*

Stadium 1 : Kanker sudah bertumbuh hingga lapisan kedua atau ketiga dari dinding *colon*. tidak ada metastasis pada KGB atau organ jauh

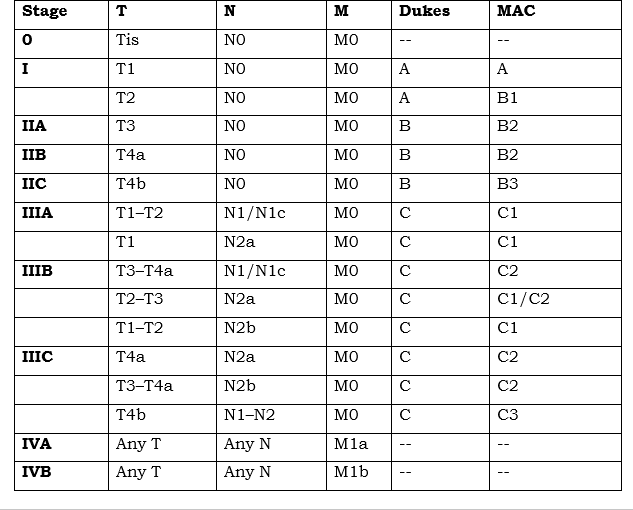
Stadium 2 : Kanker mencapai atau melewat lapisan ke empat dari dinding *colon*. tidak ada metastasis dekat KGB atau organ jauh

Stadium 3 : Kanker telah bermetastasis dari *colon* hingga sekitar KGB

Stadium 4 : Kanker telah bermetastasis hingga ke organ yang jauh dari *colon.*

biasanya paru dan hepar yang pertama terkena (Kemenkes, 2018).

**Tabel 2.3** Klasifikasi Stadium Kanker Kolorektal.



### 2.3.9 Tata Laksana

**2.3.9 Tata Laksana**

Penatalaksanaan kanker kolorektal bersifat multidisiplin yang melibatkan beberapa spesialisasi atau *subspesialisasi* antara lain g*astroenterologi*, bedah digestif, onkologi medik, dan radioterapi. Pilihan dan rekomendasi terapi tergantung pada beberapa faktor, seperti stadium kanker, histopatologi, kemungkinan efek samping, kondisi pasien dan preferensi pasien. Terapi bedah merupakan modalitas utama untuk kanker stadium dini dengan tujuan kuratif. Kemoterapi adalah pilihan pertama pada kanker stadium lanjut dengan tujuan paliatif. Radioterapi merupakan salah satu modalitas utama terapi kanker rektum. Saat ini, terapi biologis *(targeted therapy)* dengan antibodi *monoklonal* telah berkembang pesat dan dapat diberikan dalam berbagai situasi klinis, baik sebagai obat tunggal maupun kombinasi dengan modalitas terapi lainnya. Penatalaksanaan kanker kolorektal dibedakan menjadi penatalaksanaan kanker *colon* dan kanker *rectum* (Kemenkes, 2018).

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019) Penatalaksanaan karsinoma kolorektal adalah sebagai berikut:

1. Bedah

Pembedahan adalah satu satunya cara yang telah secara luas diterima sebagai penanganan kuratif untuk kanker kolorektal. Pembedahan kuratif harus mengeksisi dengan batas yang luas dan maksimal tetapi juga harus tetap mempertahankan fungsi dari *colon* sebisanya. Pada tumor yang bisa dioperasi tindakan bedah merupakan satu-satunya pengobatan kuratif karena a*denokarsinoma* kurang sensitif terhadap radiasi ataupun sitostatika. Namun pada tumor yang tidak dapat dioperasi lagi tindakan bedah bersifat paliatif. pilihan penanganan kanker rektum memerlukan ketepatan lokalisasi tumor karena itu untuk tujuan terapi rektum dibagi dalam 3 bagian, yaitu 1/3 atas, 1/3 tengah, dan 1/3 bawah. Bagian 1/3 atas dibungkus oleh *peritoneum* pada bagian *anterior* dan *lateral*, bagian 1/3 tengah dibungkus *peritoneum* hanya dibagian *anterior* saja dan bagian 1/3 bawah tidak dibungkus *peritoneum*. Lipatan *transversal rektum* bagian tengah terletak +11cm dari garis *anokutan* dan merupakan tanda patokan adanya *peritoneum*. Bagian *rektum* dibawah katub media disebut *ampula rekti* dimana bila bagian ampula ini *direseksi* maka frekuensi defekasi secara tajam akan meningkat. Hal ini merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam memilih tindakan pembedahan. Bagian *pascaerior rektum* tidak ditutup *peritoneum* tetapi dibungkus oleh lapisan tipis *fasia pelvis* yang disebut *fasia propria*. Pada setiap sisi *rektum* di bawah *peritoneum* terdapat pengumpulan *fasia* yang dikenal sebagai *ligamen lateral,* yang menghubungkan *rektum* dengan *fasia pelvis parietal.* Letak ujung bawah tumor pada kanker *rekti* biasanya dihitung dari berapa centi meter jarak tumor tersebut dari garis *anokutan.* Pada hasil - hasil yang dilaporkan harus disebutkan apakah pembagian tersebut dibuat dengan endoskopi yang kaku atau fleksibel dan apakah patokannya dari *garis anokutan, linea dentata,* atau cincin *anorektal*. Bagian utama saluran *limfatik rektum* melewati sepanjang *trunkus a. hemoroidalis superior menuju a. mesenterika inferior*. Hanya beberapa saluran *limfe* yang melewati sepanjang *v. mesenterika inferior*. Kelenjar getah bening *pararektal* di atas pertengahan katup *rektum* mengalir sepanjang cincin *limfatik hemoroidalis superior*. Di bawahnya (yaitu 7-8 cm diatas garis anokutan), beberapa saluran *limfe menuju ke lateral*. Saluran-saluran limfe ini berhubungan dengan kelenjar getah bening sepanjang *a.hemoroidalis media, fossa obturator, dan a.hipogastrika, serta a. iliaka komunis.* Perjalanan saluran limfatik utama pada kanker rektum adalah mengikuti pembuluh darah rektum bagian atas menuju kelenjar getah bening *mesenterika inferior.* Aliran *limfatik rektum* bagian tengah dan bawah juga mengikuti pembuluh darah rektum bagian tengah dan berakhir di kelenjar getah bening *iliaka interna*. Kanker rektum bagian bawah yang menjalar ke anus kadang-kadang dapat bermetastase ke kelenjar *inguinal superfisial* karena adanya hubungan dengan saluran *limfatik eferen* yang menuju ke anus bagian bawah. *Kolektomi laparasokopik* merupakan pilihan penatalaksanaan bedah untuk kanker kolorektal. Bukti - bukti yang diperoleh dari beberapa uji acak terkontrol dan penelitian kohort memperlihatkan bahwa bedah laparoskopik untuk kanker kolorektal dapat dilakukan secara onkologis dan memiliki kelebihan dibandingkan dengan bedah konvensional seperti berkurangnya nyeri pascaoperasi, penggunaan analgetika, lama rawat di rumah sakit, dan perdarahan.

1. Radioterapi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan *x-ray* berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat dua cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Pemilihan cara radiasi diberikan tergantung pada tipe dan stadium dari kanker. Radiasi eksternal *(external beam therapy*) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel kanker. Sejak radiasi digunakan untuk membunuh sel kanker, maka dibutuhkan pelindung khusus untuk melindungi jaringan yang sehat disekitarnya. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung beberapa menit. Radiasi *internal (brachytherapy, implant radiation)* menggunakan radiasi yang diberikan ke dalam tubuh sedekat mungkin pada sel kanker. Substansi yang menghasilkan radiasi disebut *radioisotop*, bisa dimasukkan dengan cara oral, *parenteral* atau *implant* langsung pada tumor. Radiasi internal memberikan tingkat radiasi yang lebih tinggi dengan waktu yang relatif singkat bila dibandingkan dengan eksternal radiasi, dan beberapa penanganan internal radiasi secara sementara menetap didalam tubuh*.* Resesksi tumor secara paliatif dilakukan dengan tujuan mencegah dan mengatasi obstruksi serta menghentikan perdarahan agar kualitas hidup penderita lebih baik.

1. Kemoterapi *Adjuvant*

Kemoterapi Kanker kolorektal telah banyak resisten pada hampir sebagian kemoterapi. Bagaimanapun juga kemoterapi yang diikuti dengan *ekstirpasi* dari tumor secara teoritis seharusnya dapat menambah efektifitas kemoterapi. Kemoterapi sangat efektif digunakan bila tumor sangat sedikit dan berada pada fase proliferasi.

### 2.3.10 Deteksi Dini

Deteksi dini dan diagnosis pada penatalaksanaan kanker kolorektal memiliki peranan penting dalam memperoleh hasil yang optimal yakni meningkatnya *survial* dan menurunnya tingkat morbiditas dan mortalitas para penderita kanker kolorektal. Apabila penyakit kanker diketahui pada stadium awal, maka peluang untuk sembuh dari penyakit semakin besar. Terdapat berbagai macam cara untuk mendeteksi adanya kanker kolorektal pada pasien, diantaranya (Oliver, 2021) :

1. Pemeriksaan Colok Dubur

Pemeriksaan colok dubur dilakukan pada setiap pasien dengan jegala *anorektal.* Pemeriksaan ini bertujuan untuk menetapkan keutuhan sfingter ani dan menetapkan ukuran dan derajat fiksasi tumor pada *rektum 1/3* tengah dan *distal*. Terdapat 2 gambaran khas pemeriksaan colok dubur, yaitu indurasi dan penonjolan tepi, yang dapat berupa:

1. Suatu pertumbuhan awal yang teraba sebagai indurasi seperti cakram yaitu suatu plateau kecil dengan permukaan yang licin dan berbatas tegas.
2. Suatu pertumbuhan tonjolan yang rapuh, biasanya lebih lunak, tetapi umumnya mempunyai beberapa daerah indurasi.
3. Suatu bentuk khas dari *ulkus malina* dengan tepi *noduler* yang menonjol dengan suatu kubah yang dalam.
4. Suatu bentuk *karsinoma anular* yang teraba sebagai pertumbuhan bentuk cincin

2*. Screening*

Screening kanker kolorektal adalah proses mencari sel kanker atau pra kanker pada orang yang tidak memilki gejala penyakit. Dari waktu sel-sel abnormal pertama mulai tumbuh menjadi polip, biasanya membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 15 tahun polip tersebut berkembang menjadi kanker kolorektal. *Screening* yang dilakukan secara rutin dapat mencegah kanker kolorektal. Hal ini dikarenakan polip yang ditemukan dapat disembuhkan dan dihilangkan sebelum berubah menjadi sel kanker. Proses *screening* juga dapat digunakan untuk menemukan sel kanker sedini mungkin, sehingga kanker berpeluang besar untuk sembuh*. Screening* dapat dilakukan secara rutin pada usia 50 tahun, pada orang yang memiliki riwayat keluarga terkena kanker, dan orang yang memilki faktor resiko kanker.

3. *Flexible Sigmoidoscopy*

Proses ini dilakukan dengan melihat salah satu bagian dari usus besar dan rektum dengan *sigmoidoscopy fleksibel* alat ini memiliki lampu pada tabung yang berukuran setebal jari dengan kamera kecil pada ujung alat. Alat ini dimasukkan melalui rektum dan bagian bawah usus besar. Gambar itu akan terlihat pada layar monitor. Dengan menggunakan sigmoidoscopy maka dokter dapat melihat bagian dalam rektum dan usus besar untuk mendeteksi kelainan apapun. Karena *sigmoidoscopy* berukuran 60 cm maka dokter dapat melihat seluruh rektum tetapi hanya dapat melihat setengah bagian dari usus besar.

4. *Double Contrast Barium Enema (DCBE)*

Kanker menggunakan DCBE ini menggunakan barium dengan kontras udara. *Barium sulfat* merupakan cairan berkapur dan udara digunakan untuk menguraikan bagian dalam usus besar dan rektum untuk mencari daerah yang mengandung sel abnormal. Jika terdapat daerah yang mencurigakan pada tes ini yang dilihat menggunakan sinar X maka dilakukan tes *Colonoscopy* untuk mengetahui penyakit lebih lanjut. Dengan kata lain tes ini hanya dapat membantu dokter untuk mengetahui posisi sel abnormal.

5. *CT-Scan*

*CT-Scan* adalah sinar X yang menghasilkan gambar penampang rinci tubuh. pada tes sinar X gambar yang diambil hanya dari satu arah. Pada *CT scan,* terdapat banyak gambar yang dapat diambil dari berbagai arah. Lalu gambar gambar irisan bagian tubuh ini akan digabungkan untuk dipelajari kembali oleh dokter. Terdapat dua jenis *CT colonography,* yaitu dengan dua dimensi dan tiga dimensi. Tes ini memungkinkan dokter mencari polip atau kanker.

6. *Colonoscopy*

Pada tes ini, dokter melihat seluruh panjang usus besar dan *rektum* dengan colonoscope. Colonoscope adalah versi lama dari *sigmoidoscopy.* Alat ini dimasukkan melalui *rektum* ke dalam usus besar. *Colonoscope* memiliki kamera video di ujung yang terhubung ke display sehingga dokter dapat melihat dan meneliti bagian dalam usus besar. Dengan alat *colonoscopy* dapat dilakukan deteksi dan pembuangan polip serta biopsi kanker selama pemeriksaan.

7. Tes Darah Tinja

Tes ini untuk mencari darah samar (darah yang tidak dapat dilihat dengan mata telanjang) dalam tinja. Tes ini dilakukan karena jika seseorang terkena polip atau kanker kolorektal maka pembuluh darah di permukaan sering rapuh dan mudah rusak oleh berlalunya feses.

1. *Carcinoembryonic Antigen (CEA)*

*CEA* adalah zat yang ditemukan dalam darah beberapa orang yang sudah terkena kanker kolorektal. Dokter menggunakan tes ini untuk mengetahui perkembangan penyakit sebelum pengobatan dimulai. Tes ini memudahkan dokter untuk mengambil tindakan lanjut dari pengobatan. Sitostatika berupa kombinasi FAM *(5-fluorasil, adriamycin, dan mitomycin c)* banyak dipergunakan sebagai terapi adjuvant.

## 2.4 Konsep Kemoterapi

### 2.4.1 Pengertian

Kemoterapi adalah proses pengobatan dengan mengunakan obat-obatan yang bertujuan untuk membunuh atau memperlambat pertumbuhan sel-sel kanker. Kemoterapi merupakan bentuk pengobatan kanker dengan mengunakan obat sitostatika yaitu suatu zat yang dapat menghambat proliferasi sel-sel kanker (Syukuriyah, 2020). Kemoterapi dapat diberikan sebagai obat tunggal maupun kombinasi beberap obat, baik secara intravena ataupun peroral (Harefa, 2019).

Kemoterapi untuk kanker kolorektal dilakukan dengan berbagai pertimbangan, antara lain adalah stadium penyakit, risiko kekambuhan dan performace status. Berdasarkan pertimbangan tersebut kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi *adjuvan, neoadjuvan* atau paliatif. untuk memantau efek samping, sebelum terapi perlu dilakukan pemeriksaan darah tepi lengkap uji fungsi hati, uji fungsi ginjal *(ureum dan kreatinin),* serta elektrolit darah (Kemenkes, 2018).

### 2.4.2 Klasifikasi Kemoterapi

Klasifikasi Penggunaan Kemoterapi Ada 5 cara penggunaan pengobatan kemoterapi antara lain :

* + - 1. Kemoterapi *adjuvant*

Kemoterapi yang bertujuan untuk mengatasi kemungkinan metastasis jauh dan meningkatkan kontrol lokal. Pemberian kemoterapi yang diberikan setelah pasien dilakukan terapi definitif berupa radioterapi atau operatif.

* + - 1. Terapi *Neo-adjuvant*

Kemoterapi ini dilakukan saat sebelum operasi dimana tujuannya adalah untuk mengecilkan massa kanker/tumor, dan biasanya dikombinasikan dengan radioterapi.

* + - 1. Kemoterapi Induksi

Terapi ini digunakan untuk terapi pertama kali dari beberapa kemoterapi yang akan dilakukan berikutnya. Kemoterapi primer Kemoterapi ini digunakan untuk mengontrol gejalanya saja. Kemoterapi ini ditujukan pada sel kanker yang sudah kemungkinan kecil untuk diobati.

* + - 1. Kemoterapi kombinasi

Kemoterapi yang menggunakan dua atau lebih dari obat-obatan kemoterapi (Kemenkes, 2018).

### 2.4.3 Tujuan Pemberian Kemoterapi

Tujuan kemoterapi juga bergantung pada kondisi atau stadium kanker menurut Rasjidi (2007) dalam (Fabiana Meijon Fadul, 2019) yaitu :

*Cure Cancer*

Kemoterapi diberikan untuk menyembuhkan penyakit kanker (kuratif), artinya tumor bisa hilang dan tidak tumbuh lagi. Namun kesembuhan dari penyakit kanker ini diperlukan waktu bertahun-tahun untuk bisa menyatakan pasien telah benar - benar sembuh dari kanker.

* + - 1. *Control Cancer*

Apabila penyakit kanker sudah tidak dapat disembuhkan lagi maka tujuan pemberian kemoterapi adalah untuk mengontrol pertumbuhan kanker, mencegah penyebaran dan mengecilkan ukurannya. Hal ini dapat menolong pasien dengan mengurangi keluhannya, memberi rasa nyaman dan memperpanjang usianya. Sehingga pengobatan kanker dalam hal ini seperti pada penyakit kronis.

* + - 1. *Palliative Care*

Pada penderita kanker yang berada sudah dalam stadium lanjut dan sudah tidak dapat disebuhkan lagi maka kemoterapi dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi penderitaan yang dialami pasien tersebut serta untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. sehingga pada saatnya pasien dapat meninggal dengan tenang dan bermartabat.

### Cara Pemberian Kemoterapi

Menurut Rasjidi (2007) dalam (Fabiana Meijon Fadul, 2019) menyebutkan cara pemberian kemoterapi yaitu :

Pemberian Per Oral

Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral diantaranya adalah *chlorambucil* dan *etoposide* (vp-16).

Pemberian Secara *Intravena* Pemberian secara *intravena* dapat dengan bolus atau diberikan secara infus (*drip*). Pemberian secara intravena ini banyak diberikan pada pasien kemoterapi. Karena dianggap cara pemberian ini yang paling efektif.

Pemberian Secara *Intra-arteri*

Pemberian *intra-arteri* jarang dilakukan karena membutuhkan sarana yang cukup banyak antara lain alat radiologi diagnostic, mesin, alat filter, serta memerlukan keterampilan mandiri.

* + - 1. Pemberian Secara *Intra-Muskulus*

Pemberian dengan cara suntikan tidak diberikan pada lokasi yang sama dengan pemberian dua-tiga kali berturut-turut. Obat yang dapat diberikan secara intra-muskulus antara lain *bleomicin* dan *methotrexate.*

* + - 1. Pemberian secara *intraperitoneal*

Cara ini juga jarang dilakukan karena memerlukan alat khusus yaitu kateter intraperitoneal serta kelengkapan kamar operasi.

### 2.4.5 Obat kemoterapi pada kanker

Menurut (Kemenkes, 2018) Obat – obat kemoterapi yang digunakan untuk pasien kanker kolorectal antara lain :

1. *5-Flourourasil (5-FU)*

Secara kimia, *fluorourasil* suatu *fluorinated pyrimidine*, adalah *5-fluoro-2,4 (1H, 3H)- pyrimidinedione. 5-Flourourasil (5-FU)* merupakan obat kemoterapi golongan antimetabolit pirimidin dengan mekanisme kerja menghambat metilasi *asam deoksiribonukleat (DNA),* dan dalam tingkat yang lebih kecil dapat menghambat pembentukan *asam ribonukleat (RNA). DNA dan RNA* ini penting dalam pembelahan dan pertumbuhan sel, dan efek dari *5-FU* dapat membuat defisiensi timin yang menimbulkan ketidakseimbangan pertumbuhan dan menyebabkan kematian sel. Untuk terjadinya mekanisme penghambatan *timidilat sintase* tersebut, dibutuhkan *kofaktor folat* tereduksi agar terjadi ikatan yang kuat antara *5-FdUMP* dan *timidilat sintase.* *Kofaktor folat* tereduksi didapatkan dari *leucovorin.*

*5-FU* efektif untuk terapi kanker *colon, rektum*, *mamae*, *gaster, dan pankreas*. Kontraindikasi pada pasien dengan status nutrisi buruk, deprasi sumsum tulang, infeksi berat dan hipersensitif terhadap *fluorourasil*. Efek samping dapat terjadi pada penggunaan *5-FU* adalah *stomatitis* dan *esofagofaringitis*, tampak lebih awal, diare, *anoreksia*, mual dan muntah, tukak dan perdarahan *gastrointestinal, leukopenia* (leukosit <3500/µL), atau penurunan *leukosit* secara cepat, *trombositopenia* (trombosit <100.000/µL), dan efek yang jarang terjadi dapat berupa sindrom palmar-plantar *erythrodysesthesia atau hand-foot syndrome, dan alopesia.*

1. *Leucovorin* atau *Ca-folinat*

*Leucovorin* secara kimia merupakan turunan asam folat, yang juga dapat digunakan sebagai antidotum obat yang bekerja sebagai antagonis asam folat. *Leucovorin* disebut juga *asam folinat, citrovorum factor*, atau *asam 5-formil-5,6,7,8-asam tetrahidrofolat*. Secara biologi, merupakan bahan aktif dari campuran antara *(-)-I-isomer* yang dikenal sebagai citrovorum factor atau *(-)- asam folinat. Leucovorin* bukan merupakan obat *antineoplastik*, penggunaan Bersama *5-FU* tidak menimbulkan perubahan farmakokinetik plasma. *Leucovorin* dapat menambah efek terapi dan efek samping penggunaan *fluoropirimidin* termasuk pada pengobatan kanker. *5-FU* dimetabolisme menjadi *asam fluorodeoksiuridilat,* yang mengikat dan menghambat *enzim timidilate sintase* (enzim yang penting dalam memperbaiki dan mereplikasi DNA). *Leucovorin* dengan mudah diubah menjadi turunan *folat* yang ain, yaitu *5,10-metilin tetrahidrofolat*, yang mampu menstabilkan ikatan asam *fluorodeosiuridilat* terhadap *timidilat sintase* dan dengan demikian meningkatkan penghambatan enzim tersebut. *Leucovorin* tidak boleh digunakan pada *anemia pernisiosa* dan anemia *megaloblastik* yang lain, sekunder akibat kekurangan vitamin B12.

1. *Capecitabine*

*Capecitabine* adalah sebuah *fluoropirimidin karbamat*, yang dirancang sebagai obat kemoterapi oral, merupakan *prodrug fluorourasil* yang mengalami hidrolisis di hati dan jaringan tumor untuk membentuk *fluorourasil* yang aktif sebagai *antineoplastik*. Mekanisme kerjanya sama seperti *fluorourasil*. *Capecitabine* diabsorbsi cepat dan luas dalam saluran *gastrointestinal* yang kem udian dimetabolisme menjadi *5’-deoksi-5-fluorocitidin (5’- DFCR), 5’-deoksi-5-fluorouridin (5’-DFUR)* dan fluorourasil, selanjutnya *fluorourasil* dikatabolisme di hati menjadi *dihidro-fluorourasil (FUH2), asam 5- fluoro-ureido-propionat (FUPA) dan α-fluoro-β-alanin (FBAL*). *Capecitabine* dimetabolisme menjadi *fluorourasil* dalam 3 langkah Pertama kali, capecitabine dimetabolisme di hati oleh *carboxylesterase menjadi 5’-DFCR dan dikonversi menjadi 5’-DFUR* oleh *sitidin deaminase* yang pada prinsipnya terdapat pada hati dan jaringan tumor. Langkah ketiga yakni metabolisme *5’-DFUR* menjadi *fluorourasi*l yang secara farmakologi merupakan obat kemoterapi aktif, terjadi secara istimewa di sel tumor oleh adanya *timidin fosforilase (dThdPase*). Konsentrasi *dThdPase* lebih tinggi pada sel-sel tumor (termasuk tumor payudara dan kolorektal) dibandingkan sel normal. Langkah kedua, fluorourasil dikatabolisme di hati menjadi *FUH2 oleh enzim dihidropirimidin* *dehydrogenase (DPD),* selanjutnya menjadi *FUPA oleh enzim DHP* dan menjadi  *FBAL oleh BUP,* yang semuanya tidak memiliki aktivitas antiproliferative. Ketiga langkah proses katabolisme ini dapat diidentifikasi saat *fluorourasil* diberikan secara intravena.

*Capecitabine* mempunyai efek pada nilai laboratorium, paling sering terjadi adalah peningkatan total bilirubin. *Capecitabine* tidak memiliki efek dengan pemberian bersama *leucovorin*. Pasien yang menggunakan *antikoagulasi derivate koumarin* dan penggunaan *capecitabine* secara bersamaan perlu pemantauan ketat dengan menilai perubahan parameter koagulasi (waktu protrombin).

Efek samping yang lebih sering timbul adalah *sindrom palmar-plantar erythrodysesthesia atau hand- foot syndrome.* Manifestasi sindrom ini adalah sensasi baal pada tangan dan kaki, *hiperpigmentasi,* yang berkembang menjadi nyeri saat memegang benda atau berjalan. Telapak tangan dan kaki menjadi bengkak dan kemerahan, dan mungkin disertai dengan deskuamasi.

1. *Oxaliplatin*

*Oxaliplatin* merupakan derivat generasi ketiga senyawa platinum dan termasuk dalam golongan obat pengalkilasi *(alkylating agent*). *Oxaliplatin* berbeda dari *cisplatin* dalam hal gugus amin yang digantikan oleh *diaminocyclohexane (DACH*). *Oxaliplatin* sedikit larut dalam air, lebih sedikit dalam metanol, dan hampir tidak larut dalam etanol dan aseton. Secara kimia nama lengkapnya adalah *oxalato* *(trans-L-1,2-diamino- cyclohexane) platinum.*

Mekanisme kerja *oxaliplatin* sama seperti senyawa dasar platinum lainnya. Setelah mengalami *hidrolisis intraselular, platinum* berikatan dengan *DNA* membentuk ikatan silang yang menghambat replikasi *DNA* dan transkripsinya sehingga menyebabkan kematian sel. Apoptosis sel-sel kanker terjadi karena terbentuk lesi *DNA*, menghentikan sintesis *DNA*, menghambat sintesis *RNA*, dan merangsang reaksi immunologis. *Oxaliplatin* juga menunjukkan efek sinergik dengan obat-obat sitotoksik lainnya. Sitotoksitasnya bersifat non spesifik siklus sel.

Pemberian *oxaliplatin* saja menghasilkan aktivitas yang rendah terhadap tumor, sehingga sering diberikan berkombinasi dengan obat kemoterapi lain, yaitu *5-FU.* Mekanisme sinergis secara tepat di antara *5-FU* dan *oxaliplatin* adalah sederhana, berdasarkan pengamatan *oxaliplatin* menurunkan atau menghambat *dihidropirimidine dehidrogenase* dan memperlambat *katabolisme dari 5-FU.*

Penambahan *oxaliplatin* pada regimen kemoterapi pasien kanker kolorektal stadium II berusia 70 tahun atau lebih terbukti tidak memberikan penambahan manfaat dalam pencapaian *overall survival*, tetapi masih memberikan manfaat *DFS*. Penambahan *oxaliplatin* pada pasien metastasis kanker kolorektal pada usia 75 tahun atau lebbih yang sudah terseleksi tampaknya sama dengan pasien usia yang lebih muda.

Efek samping *oxaliplatin* dapat terjadi pada sistem *hematopoetik*, sistem saraf, sistem gastrointestinal. Sistem-sistem *hematopoetik* menyebabkan *mielotoksisitas* derajat sedang, anemia, dan *trombositopenia* yang tidak berat. Pada sistem saraf tepi sering terjadi neuropati perifer. *Neuropati* *perifer* akut dapat terjadi sekitar 85%-95% pasien yang mendapat *oxaliplatin. Neuropati perifer* dikarakteristikkan dengan *parestesia, dysetesia atau allodyniapada ekstremitas, bibir, dan orofaringolaringeal* yang terjadi selama dan sesaat setelah *oxaliplatin* diberikan, hal ini akan mereda dalam beberapa jam hingga beberapa hari. Efek samping pada sistem gastrointestinal dapat berupa mual, muntah, dan diare.

1. *Irinotecan*

*Irinotecan* adalah bahan semisintetik yang mudah larut dalam air dan merupakan derivat alkaloid sitotoksik yang diekstraksikan dari tumbuhan seperti *Camptotheca acuminata*. Irinotecan dan metabolit aktifnya yakni SN-38 menghambat aksi enzim *Topoisomerase I,* yakni suatu enzim yang menghasilkan pemecahan *DNA* selama proses replikasi *DNA*. *Irinotecan* dan SN-38 mengikat *DNA Topoisomerasi* I sehingga mencegah pemecahan *DNA* yang menghasilkan dua *DNA* baru serta kematian sel. *Irinotecan* bekerja pada fase spesifik siklus sel *(S- phase)*. Irinotecan digunakan dalam beberapa terapi kanker seperti kanker kolorektal, serviks uteri, lambung, *glioma*, paru, *mesothelioma,* dan kanker *pankreas.* Efek samping yang dapat timbul pada pemberian *Irinotecan* yakni diare, gangguan *enzim hepar, insomnia, alergi, anemia, leukopenia, neutropenia, trombositopenia, bradikarida, oedema, hipotensi, demam, dan fatigue.*

1. *Bevacizumab*

*Bevacizumab* merupakan *rekombinan monoclonal* antibodi manusia yang berikatan dengan semua *isotipe* *Vascular Endothelial Growth Factor A (VEGF- A/VEGF),* yang merupakan mediator utama terjadinya *vaskulogenesis* dan *angiogenesis* tumor, sehingga menghambat pengikatan *VEGF ke reseptornya, Flt-1 (VEGFR-1)* dan *KDR (VEGFR-2),* pada permukaan sel *endotelium.* Netralisasi aktivitas *biologis VEGF* dapat mengurangi vaskularisasi tumor, menormalkan pembuluh darah tumor yang tersisa, dan menghambat pembentukan pembuluh darah tumor baru sehingga menghambat pertumbuhan tumor, baik tumor primer maupun tumor metastasis. Inhibisi pertumbuhan mikrovaskular dipercaya dapat memperlambat pertumbuhan tumor.

*Bevacizumab* diberikan secara infus intravena dalam waktu 30-90 menit dengan dosis 5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 2 mingguan (*FOLFOX atau FOLFIRI*) dan dosis 7,5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 3 mingguan *(CapeOx*). *Bevacizumab* diberikan sebelum *oxaliplatin*. Angka kejadian efek samping pada penggunaan *bevacizumab* secara umum dilaporkan lebih dari 10% yang terdiri dari *perforasi gastrointestinal* (0,3-2,4%), komplikasi pembedahan dan penyembuhan luka (sekitar 15%), perdarahan (1,2-4,6%), *tromboemboli* (sekitar 2,4%), hipertensi derajat 3-4 (5-18%), *proteinuria* derajat 3-4 (0,7-7,4%), *neutropenia*, dan gagal jantung *kongestif* derajat 3-4 (1,0%).

1. *Cetuximab*

*Cetuximab* merupakan antibodi *monoklonal chimeric* mouse atau rekombinan manusia yang mengikat secara spesifik reseptor faktor pertumbuhan *epidermal (EGFR, HER1, c-ErB-1)* dan secara kompetitif menghambat ikatan *EGF* dan ligan lain. Ikatan dengan *EGFR* akan menghambat *fosforilasi* dan *aktivasi reseptor kinase* terkait, menghasilkan hambatan pertumbuhan sel, induksi *apoptosis*, dan penurunan *matrix metalloproteinase* serta produksi VEGF. Pemberian *cetuximab* diindikasi pada pasien metastasis kanker kolorektal dengan *KRAS dan NRAS wild type*. Bila kedua hasil *RAS* tersebut hasilnya wild type, perlu dipertimbangkan pemeriksaan *BRAF*, dan pemberian cetuximab efektif bila didapatkan *BRAF wild type.* Pasien dengan *KRAS/NRAS, BRAF* dan *TP53 wild type* akan memberikan hasil yang maksimal pada pemberian terapi dengan *cetuximab, oxaliplatin,* dan *fluorourasil oral. Kombinasi cetuximab* dengan *oxaliplatin* pada *regimen FOLFOX atau CapeOx tidak* mempunyai keuntungan dan harus dihindari. Oleh karena itu, pemberian *cetuximab* sebaiknya dikombinasi dengan *irinotecan (FOLFIRI).*

1. *Ziv-Aflibercept*

*Aflibercept* merupakan protein rekombinan yang memiliki bagian *reseptor 1 dan 2 VEGF* manusia yang berfusi pada porsi *Fc dari IgG1* manusia. Didesain sebagai perangkakp VEGF untuk mencegah aktivasi reseptor *VEGF* dan selanjutnya menghambat angiogenesis. Obat ini secara signifikan menunjukkan peningkatan *respons rates, PFS, dan OS bila dikombinasi dengan FOLFIRI* pada lini kedua.

1. *Panitumumab, regorafenib, BIBF 1120*, dan *cediranib Panitumumab, regorafenib, BIBF 1120, dan cediranib.*

Merupakan *targeted therapy* yang belum tersedia di Indonesia*. Panitumumab* merupakan antibodi *monoklonal* murni dari manusia. Mekanisme kerjanya sama dengan *cetuximab.* Kedua antibodi *monoklonal* ini diindikasi pada pasien metastasis kanker kolorektal dengan *KRAS* dan *NRAS wild type*. Bila kedua *RAS* tersebut jenisnya *wild type,* perlu dipertimbangkan pemeriksaan BRAF. Regorafenib adalah target multipel VEGFR2-TIE2 tyrosine kinase inhibitor, yang meliputi *reseptor VEGF, reseptor Fibroblast Growth Factor (FGF), reseptor Platelet Derived Growth Factor (PDGF), BRAF, KIT, dan RET* yang melibatkan berbagai proses termasuk pertumbuhan tumor dan angiogenesis. Uji klinik *regorafenib* menunjukkan perbaikan ketahanan hidup bebas perburukan dan keseluruhan sebagai terapi lini ketiga atau terakhir untuk pasien yang mengalami perburukan dengan terapi standar. *BIBF 1120* adalah suatu *tyrosine kinase inhibitor* pada *VEGFR, PDGF, dan FGF* yang menunjukkan komperatif antara keberhasilan dan toksisitas dalam kombinasi dengan *Folfox* dibandingkan *Folfox +bevacizumab* pada lini pertama. Cediranib adalah *tyrosine kinase inhibitor VEGFR*, yang terbukti dalam percobaan fase ketiga dengan *folfox* di lini pertama dibandingkan hasilnya dengan *Folfox atau becacizumab*, kualitas hidup lebih baik dengan *bevacizumab.*

### 2.4.6 Efek Samping Kemoterapi

Menurut (Surgery et al., 2020) Obat kemoterapi menyerang sel yang membelah dengan cepat, itulah sebabnya obat ini bekerja melawan sel kanker. Namun sel-sel lain di tubuh, seperti folikel rambut, lapisan mulut dan usus, juga membelah dengan cepat. Sel-sel ini juga dapat terpengaruh oleh kemoterapi, yang dapat menimbulkan efek samping.

Efek samping kemoterapi bergantung pada jenis dan dosis obat yang diberikan serta berapa lama Anda meminumnya. Efek samping yang umum dari kemoterapi dapat mencakup:

1. Rambut rontok
2. Luka di mulut
3. Kehilangan nafsu makan atau penurunan berat badan
4. Mual dan muntah
5. Diare
6. Perubahan kuku
7. Perubahan kulit

Obat Kemoterapi juga dapat mempengaruhi sel-sel pembentuk darah di sumsum tulang yang dapat menyebabkan:

1. Peningkatan kemungkinan infeksi (dari rendahnya jumlah sel darah putih)
2. Mudah memar atau berdarah (akibat jumlah trombosit darah rendah)
3. Kelelahan (karena jumlah sel darah merah yang rendah dan alasan lainnya)

Efek samping kemoterapi lainnya yag kemungkinan muncul pada penggunaan obat keoterapi tertentu Misalnya:

* + - 1. *Hand – foot syndrom*

Sindrom tangan-kaki dapat berkembang selama pengobatan dengan *capecitabine* atau *5-FU* (bila diberikan sebagai infus). Ini bisa dimulai dengan kemerahan di tangan dan kaki, dan kemudian berkembang menjadi nyeri dan sensitivitas di telapak tangan dan telapak kaki. Jika memburuk, kulit bisa melepuh atau mengelupas, terkadang menimbulkan luka yang menyakitkan. Penting untuk segera memberi tahu dokter Anda tentang gejala awal apa pun, seperti kemerahan atau sensitivitas, sehingga dapat diambil tindakan untuk mencegah keadaan menjadi lebih buruk.

* + - 1. Neuropati

kerusakan saraf adalah efek samping umum dari *oxaliplatin*. Gejalanya berupa mati rasa, kesemutan, bahkan nyeri pada tangan dan kaki. Hal ini juga dapat menyebabkan kepekaan yang intens terhadap dingin di tenggorokan, kerongkongan (saluran yang menghubungkan tenggorokan ke perut), dan telapak tangan Anda. Hal ini dapat menyebabkan rasa sakit saat menelan cairan dingin atau memegang gelas dingin.

* + - 1. Reaksi alergi atau sensitivitas

Dapat terjadi pada beberapa orang saat mengonsumsi obat *oxaliplatin.* Gejalanya bisa berupa ruam kulit, sesak dada dan kesulitan bernapas, sakit punggung, atau merasa pusing, lemah.

1. Diare

Diare adalah efek samping yang umum terjadi pada banyak obat kemoterapi, tetapi bisa menjadi sangat buruk jika diberikan irinotecan. Penyakit ini perlu segera diobati - saat pertama kali buang air besar - untuk mencegah dehidrasi parah. Ini sering kali berarti mengonsumsi obat seperti *loperamide (Imodium*).

Sebagian besar efek samping ini cenderung hilang seiring waktu setelah pengobatan berakhir. Beberapa, seperti mati rasa pada tangan dan kaki akibat *oxaliplatin*, dapat berlangsung lama. Seringkali ada cara untuk mengurangi efek samping ini. Misalnya, mungkin diberikan obat untuk membantu mencegah atau mengurangi mual dan muntah.

Menurut Wijaya dalam (Syahidah, 2018), menyebutkan beberapa dampak psikologis pasien kanker yang menjalani kemoterapi diantaranya sebagai berikut:

* + - 1. Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah kondisi psikologis yang disebabkan oleh gangguan motivasi, proses kognisi dan emosi sebagai hasil pengalaman di luar kontrol organisme. Ketidakberdayaan pada penderita kanker bisa terjadi karena proses kognitif pada penderita yang berupa pikiran bahwa usahanya selama ini untuk memperpanjang hidupnya atau mendapatkan kesembuhan, ternyata menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan. Proses kognisi dan emosi inilah seorang penderita melakukan suatu reaksi penolakan sebagai gangguan dalam hal motivasi. Ketidakberdayaan dapat menyebabkan penderita kanker mengalami dampak psikologis lain yaitu depresi dan menganggu kualitas hidupnya.

* + - 1. Kecemasan

Kecemasan adalah keadaan psikologis yang disebabkan oleh adanya rasa khawatir yang terus menerus ditimbulkan oleh adanya *inner conflict*. Dampak kecemasan yang muncul pada penderita kanker adalah berupa rasa takut bahwa usianya akan singkat. *Inner Conflit* adalah suatu usaha menjalani pengobatan agar bisa sembuh tetapi tidak mau menerima segala resiko bagi penampilannya. Resiko ini dapat berupa rambut rontok, dan kulit menghitam akibat kemoterapi, atau hilangnya payudara akibat operasi. Penolakan yang penuh kecemasan ini terjadi karena mungkin ia memiliki banyak rencana akan masa depan, ada harapan pada kemajuan kesehatannya, dan itu seolah terhempas

* + - 1. Kualitas Hidup

Kualitas hidup bagi penderita kanker sangat berpengaruh karena merupakan ukuran konseptual atau oprasional sebagai dampak dari terapi yang dilakukan oleh pasien tersebut. Maka dari itu kualitas hidup juga sangat berpengaruh bagi kondisi psikologis pasien tersebut.

* + - 1. Harga Diri

Sebagai penderita kanker, disebutkan bahwa pada diri penderita mengalami perubahan dalam konsep diri. Harga diri merupakan bagian dari konsep diri, maka bila konsep diri menurun diartikan bahwa harga dirinya juga menurun. Terjadinya penurunan harga diri sejalan dengan memburuknya kondisi fisik yaitu pasien tidak dapat merawat diri sendiri dan sulit menampilkan diri secara efektif. Ancaman paling berat pada psikologisnya adalah kehilangan harga diri.

* + - 1. Stress

Stress yang muncul sebagai dampak pada penderita kanker memfokuskan pada reaksi seseorang terhadap stressor. Stersor dalam hal ini adalah penyakit kanker. Stress yang muncul ini merupakan bentuk manifestasi perilaku yang tidak muncul dalam perilaku yang nampak. Stress ini dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya adalah dukungan social. Dukungan social sangat berguna untuk menjaga kesehatan seseorang dalam keadaan stress.

* + - 1. Depresi

Depresi adalah satu massa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa, dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Salah satu akibat dari kecemasan yang berupa usianya akan singkat, menjadikan perasaan putus asa dalam diri penderita kanker.

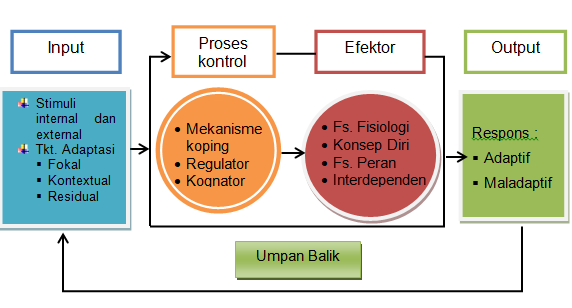
* + - 1. Amarah

Reaksi amarah yang muncul tentu saja dapat terjadi pada penderita kanker, karena suatu penyakit merupakan suatu hal yang tidak menyenangkan. Munculnya reaksi marah pada penderita kanker dapat muncul karena perasaan bahwa banyak kegiatan hariannya yang diinterupsi oleh penyakit yang membuatnya merasa tak berdaya.

## 2.5 Model Konsep Keperawatan Calista Roy

### 2.5.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif

Sistem adalah suatu set dari beberapa bagian yang berhubungan dengan keseluruhan fungsi untuk beberapa tujuan dan demikian juga keterkaitan dari beberapa bagiannya. Dengan kata lain bahwa untuk memeliki keseluruhan bagian-bagian yang saling berhubungan, sistem juga memiliki input, out put, dan control, serta proses *feedback.* Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri *(adaptive system ).* Sebagai sistim yang dapat menyesuaikan diri manusia dapat digambarkan secara holistik *(bio, psicho, Sosial)* sebagai satu kesatuan yang mempunyai Inputs (masukan), *Control* dan *Feedback Processes* dan *Output* (keluaran atau hasil). Proses kontrol adalah Mekanisme Koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara penyesuaian diri. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri dengan aktivifitas kognator dan egulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara penyesuaian yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.Dalam model adaptasi keperawatan menurut Roy manusia dijelaskan sebagai suatu sistim yang hidup, terbuka dapat menyesuaikan diri dari perubahan suatu unsur, zat, materi yang ada dilingkungan. Sebagai sistim yang dapat menyesuikan diri manusia dapat digambarkan dalam karakteristik sistem, manusia dilihat sebagai suatu kesatuan yang saling berhubungan antara unit-unit fungsionil atau beberapa unit fungsionil yang mempunyai tujuan yang sama. Sebagai suatu sistim manusia dapat juga dijelaskan dalam istilah *Input, Control, Proses Feedback, dan Output*.



**Gambar 2.3** Kerangka Konsep Model Adaptasi Roy

### 2.5.2 Input (Stimulus)

Pada manusia sebagai suatu sistim yang dapat menyesuaikan diri yaitu dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri (Alligood, 2015). Input atau stimulus yang masuk, dimana feedbacknya dapat berlawanan atau responnya yang berubah ubah dari suatu stimulus. Hal ini menunjukkan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda dan sesuai dari besarnya stimulus yang dapat ditoleransi oleh manusia. Roy menjelaskan bahwa Lingkungan digambarkan sebagai stimulus (stressor) lingkungan sebagai stimulus terdiri dari dunia dalam (internal) dan diluar (external) manusia (Alligood, 2015). Stimulus Internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh manusia berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian dan Proses stressor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu. Stimulus External dapat berupa fisik, kimiawi, maupun psikologis yang diterima individu sebagai ancaman.

### 2.5.3 Mekanisme Koping.

Mekanisme koping adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Purves et al., 2016). Manusia sebagai suatu sistim yang dapat menyesuaikan diri disebut mekanisme koping yang dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu mekanisme koping bawaan dan dipelajari. Mekanisme koping bawaan, ditentukan oleh sifat genetic yang dimiliki, umumnya dipandang sebagai proses yang terjadi secara otomatis tanpa dipikirkan sebelumnya oleh manusia. Sedangkan mekanisme koping yang dipelajari, dikembangkan melalui strategi seperti melalui pembelajaran atau pengalaman - pengalaman yang ditemui selama menjalani kehidupan berkontribusi terhadap respon yang biasanya dipergunakan terhadap stimulus yang dihadapi (Alligood, 2015).

Respon adaptif adalah keseluruhan yang meningkatkan itegritas dalam batasan yang sesuai dengan tujuan “human system”. Respon *maladaptif* yaitu segala sesuatu yang tidak memberikan kontribusi yang sesuai dengan tujuan *human system*. Dua mekanisme coping yang telah diidentifikasikan yaitu susbsistim regulator dan Susbsistim sognator. Regulator dan kognator adalah digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara penyesuaian diri yaitu fungsi *phisiologis*, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

### 2.5.4 Subsistem Regulator Dan Kognator

Menurut kozier (2010) dalam (Nurjannah, 2017) mekanisme penyesuaian atau koping yang berhubungan dengan perubahan lingkungan diperlihatkan melalui perubahan biologis, psikologis dan sosial. Subsistim regulator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan pada sistim saraf, kimia tubuh, dan organ endokrin. Subsistim regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan. Subsistim kognator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnnya persepsi, proses informasi, pembelajaran, membuat alasan dan emosional. Dapat dijelaskan bahwa Semua input stimulus yang masuk diproses oleh subsistim regulator dan cognator. Respon-respon susbsistem tersebut semua diperlihatkan pada empat perubahan yang ada pada manusia sebagai sistim adaptive yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan Interdependensi.

Berikut ini pengertian empat perubahan dan contohnya

1. Perubahan Fungsi Fisiologis

Adanya perubahan fisik akan menimbulkan adaptasi fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan.Contohnya keseimbangan cairan dan elektrolit, fungsi endokrin (kelenjar adrenal bagian korteks mensekresikan kortisol atau glukokortikoid, bagian medulla mengeluarkan epenefrin dan non epinefrin), sirkulasi dan oksigen.

1. Perubahan konsep diri

Keyakinan perasaan akan diri sendiri yang mencakup persepsi, perilaku dan respon. Adanya perubahan fisik akan mempengaruhi pandangan dan persepsi terhadap dirinya. Contohnya Gangguan Citra diri, harga diri rendah, ketakutan dan kecemasan.

1. Perubahan fungsi peran

Ketidakseimbangan akan mempengaruhi fungsi dan peran seseorang. Contohnya peran yang berbeda, konflik peran, kegagalan peran.

1. Perubahan Interdependensi

Ketidakmampuan seseorang untuk mengintergrasikan masing-masing komponen menjadi satu kesatuan yang utuh. Contohnya kecemasan berpisah.

Cara penyesuaian diri diatas ditentukan dengan menganalisa dan mengkatagorikan perilaku manusia, dimana perilaku tersebut merupakan hasil dari aktivitas *Kognator* dan *Regulator* yang diobservasi. Kebutuhan dasar untuk intergritas yang mencakup intergritas fisik, psikologis dan sosial. Proses persepsi ditemukan baik dalam subsistim regulator maupun dalam subsistem kognator dan digambarkan sebagai proses yang menghubungkan dua subsistem tersebut. Input-input untuk regulator diubah menjadi persepsi. Persepsi adalah proses dari kognator dan respon-respon yang mengikuti sebuah persepsi adalah *Feedback* baik untuk *kognato*r maupun *Regulator.*

**2.5.5 Tingkat Adaptasi**

Tingkat adaptasi merupakan kondisi dari proses hidup yang tergambar dalam 3 (tiga kategori), yaitu 1) integrasi, 2) kompensasi, dan 3) kompromi. Tingkat adaptasi seseorang adalah perubahan yang konstan yang terbentuk dari stimulus. Stimulus merupakan masukan *(Input)* bagi manusia sebagai sistem yang adaptif. Lebih lanjut stimulus itu dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis stimulus, antara lain:

1. Stimulus Fokal

Yaitu stimulus yang secara langsung dapat menyebabkan keadaan sakit dan ketidakseimbangan yang dialami saat ini. Contoh kuman penyebab terjadinya infeksi.

1. Stimulus Kontektual.

Yaitu stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor presipitasi) seperti keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini, misalnya penurunan daya tahan tubuh, lingkungan yang tidak sehat.

1. Stimulus Residual

Yaitu sikap, keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat, atau disebut dengan faktor predisposisi, sehingga terjadi kondisi Fokal, misalnya persepsi pasien tentang penyakit, gaya hidup, dan fungsi peran.

### 2.5.6 Output

Alligood, (2015) manusia sebagai suatu sistim *adaptive* adalah respon adaptive (dapat menyesuaikan diri) dan respon *maldaptiv*e (tidak dapat menyesuaikan diri). Respon-respon yang adaptive itu mempertahankan atau meningkatkan intergritas, sedangkan respon maladaptive dapat mengganggu integritas. Melalui proses *feedback*, respon-respon itu selanjutnya akan menjadi Input (masukan) kembali pada manusia sebagai suatu sistim. Perilaku adaptasi yang muncul bervariasi, perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak konstruktif atau tidak efektif berdampak terhadap respon sakit (maladaptife). Jika pasien masuk pada zona maladaptive maka pasien mempunyai masalah keperawatan adaptasi.

## 2.6 Hubungan Antar Konsep

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri *(adaptive system ).* Sebagai sistim yang dapat menyesuaikan diri, manusia dapat digambarkan secara holistik *(bio, psicho, Sosial)* sebagai satu kesatuan yang mempunyai Inputs (masukan), Control dan Feedback Processes dan Output (keluaran atau hasil). Pada penelitian ini yang termasuk dalam input adalah pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi dipengaruhi beberapa faktor yaitu faktor internal di antaranya kondisi fisik yang lemah lemah, keletihan, efek samping kemoterapi *(anemia, leucopenia, thrombhositopenia, nausea, vomiting, dll).* Serta faktor eksternal di antaranya adalah prosedur kemoterapi yang membutuhkan waktu lama (menunggu antrian untuk mendapat surat pengantar untuk rawat inap kemoterapi dari poli), pemeriksaan penunjang untuk kemoterapi ,serta kondisi sarana dan prasana. Dalam hal ini dukungan keluarga sangat diperlukan oleh pasien kanker korektal dalam menjalani kemoterapi. Dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi faktor internal yang tediri dari tahap perkembangan, Pendidikan serta faktor emosi. Sedangkan faktor eksteral terdiri dari spiritual, praktik keluarga, sosial dan ekonominya. Komponen dukungan keluarga sendiri terdiri dari dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan informasional. Kemudian proses kontrol merupakan mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara penyesuaian diri. Mekanisme koping sendiri terdapat 2 macam yaitu bawaan ditentukan oleh sifat genetik yang dimiliki, umumnya dipandang sebagai proses yang terjadi secara otomatis tanpa dipikirkan sebelumnya oleh manusia. Mekanisme koping yang dipelajari, dikembangkan melalui strategi seperti melalui pembelajaran atau pengalaman-pengalaman yang ditemui selama menjalani kehidupan berkontribusi terhadap respon yang biasanya dipergunakan terhadap stimulus yang dihadapi. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri dengan aktivitas regulator dan kognator. Subsistim regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan. Pada penelitian ini adalah gambaran respon yang kaitannya dengan Perubahan kondisi tubuh saat terjadi efek samping samping kemoterapi. Sedangkan sub kognator merupakan gambaran atau respon yang kaitannya dengan perubahan kognitif dan emosi termasuk didalamnya persepsi, proses [informasi](https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-informasi-atau-information/13090), [pembelajaran](https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-pembelajaran/120108), membuat alasan dan emosional. Sehingga dalam penelitian ini subsistem kognator adalah pengolahan infromasi yang adekuat, proses pembelajaran dalam mengatasi efek samping kemoterapi, emosional yang stabil.

Pada konsep teori keperawatan Calista roy, manusia dijelaskan sebagai suatu sistem yang hidup, terbuka dapat menyesuaikan diri dari perubahan suatu unsur, zat, materi, yang ada dilingkungan sebagai sistem yang dapat digambarkan dalam karakteristik sistem, manusia dilihat sebagai suatu kesatuan yang saling berhubungan antara unit - unit fungsionil atau bebeapa unit fungsionil yang mempunyai tujuan yang sama. Sehingga dari proses koping mekanisme serta subsistem respon diatas akan muncul efektor yaitu suatu perubahan yang ada pada manusia sebagai sistem adaptive meliputi fungsi fisiologis yang meningkat , konsep diri yang meningkat , fungsi peran yang meningkat dan interdependensi meningkat. kemudian akan muncul sebuah output yang disebut dengan suatu respon. Dalam penelitian ini yang merupakan output adalah motivasi pasien dalam menjalani kemoterapi. komponen motivasi terdiri dari motivasi instrinsik yang meliputi fisik, kematangan usia, keinginan dalam diri sendiri, pengelolaan diri, tingkat pengetahuan. Motivasi ekstinsik yang meliputi lingkungan agama atau kepercayaan, penguat atau kekuatan.

## 2.7 Literatur Riview

**Tabel 2.4** Literatur Review

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Sumber | Objektiv | Model Penelitian | Responden | Metode Penelitian | Hasil Penelitian |
| 1 | Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Untuk Sembuh Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di RSU. Imelda Pekerja Indonesia.  Nataria Yanti Silaban, Edisyah Putra Ritonga.  Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda Vol. 7, No. 2, September 2021 | bertujuan untuk melihat dan mengetahui adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi untuk sembuh pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2021. | Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kolerasi dengan pendekatan cross sectional. | populasi berjumlah 30 orang dan pengambilan sampel dengan metode non probability sampling menggunakan purposive sampling. | Teknik analisa data dengan menggunakan analisa data univariate dan bivariate dengan taraf signifikan 95% (≤0,05). | Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi untuk sembuh pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi dengan nilai P = 0,000 ± ≤ 0,05 di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2021.(Yanti Silaban & Edisyah Putra Ritonga, 2021). |
| 2 | Hubungan dukungan social dengan kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi oral di poli onklologi RSUD. Arifin Achmad provinsi riau.  Dwi Mitra Sari, Nurul Huda , Wasisto Utomo.  Jurnal Online Mahasiswa, 2018, 5: 342-351. | Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi oral | Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dan pendekatan cross sectional. | Pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling dengan jumlah sampel 43 responden. | Analisis univariat dalam penelitian ini akan menampilkan distribusi frekuensi umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, siklus, stadium, dukungan sosial dan kualitas hidup masyarakat. Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan dua variabel yaitu dukungan sosial terhadap kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menajlani kemoterapi oral dengan menggunakan uji Chi-square. | Hasil penelitian menunjukkan bahwa 16 responden (69,6%) yang memiliki dukungan sosial negatif adalah dalam kualitas hidup buruk, dan 7 orang (30,4%) yang mempunyai dukungan sosial negatif, berada dalam kualitas hidup baik. Diantara Responden yang mendapat dukungan sosial positif sebanyak 43 orang, kualitas hidup buruk sebanyak 6 orang (30,0%) dan kualitas hidup buruk sebanyak 14 orang (70,0%).yang mempunyai dukungan sosial positif mempunyai kualitas hidup yang baik. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan chi-square uji yang menghasilkan nilai ρ = ​​0,022 < α (0,05), maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi oral. Dukungan sosial yang diterima oleh individ tidak memperpanjang umur penderita penyakit serius, namun dapat mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup penderita.(Sari et al., 2018) |
| 3 | Dukungan Keluarga Untuk Meningkatkan Motivasi Pasien Kanker Payudara Menjalani Kemoterapi  Marlinda, Nur Fadhilah, Novilia  Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu  Jurnal KesehatanMetroSaiWawai Volume 12 No. 2, Desember 2019, 1-8 E-ISSN2657-1390. | Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi. | Desain penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain study cross sectional. | Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 68 responden dengan teknik accidental sampling. | Analisis data bivariat menggunakan uji chi-square. | Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi (p value = 0,000; OR=8,758).(Marlinda et al., 2019) |
| 4 | Hubungan Dukungna Keluarga dan perawat Dengan Motivasi Pasien Kanker kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi  Akhmad Muklis, Feriana Ira Handian, Risna Yekti.    Husada Journal of Nursing Science, Volume 3, Nomor 3, November 2022 | Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan perawat terhadap motivasi pasien untuk menjalani kemoterapi pada pasien kanker kolerektal. | Desain studi peneletian ini berupa studi korelasi untuk mempelajari hubungan antara dukungan keluarga dan dukungan perawat, dengan motivasi pasien menjalani kemoterapi. Pengambilan data bersifat studi cross sectional | Sampel sebanyak 40 orang dengan menggunakan Purposive Sampling. | Analisis data bivariat menggunakan uji Rank Spearman. | Hasil uji korelasi Rank Spearman menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pada pasien kanker kolorektal (r=0.347; p=0.028). Ini berarti semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik motivasi pasien kanker kolorektal menjalani kemoterapi. Adanya dukungan keluarga membantu pasien kanker untuk meningkatkan keyakinan bahwa ia diterima keluarga sehingga memberikan motivasi untuk melakukan kemoterapi secara teratur agar sembuh(Muklis, 2022). |
| 5 | Faktor- faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan dalam menjalani kemoterapi pada pasien kanker kolorektal di klinik bedah RSUD.Dr.Saiful anwar malang.  Nur arie prastiwi, Ferian ira, Lilla maria.  Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing), Vol 8, No  2,Tahun  2022. | Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor-  Faktor yang berhubungan dengan tingkat  kepatuhan dalam menjalankan kemoterapi | Penelitian ini menggu  nakan  teknik  Retrospektif  yaitu menggunakan pasien kanker kolorektal  yang telah selesai menjalani  program kemoterapi di Klinik Bedah RSUD. Dr.Saiful Anwar Malang. | Tehnik  sampling menggunakan metode  total sampling  responden sebanyak 41  responden  . | Teknik analisis data dengan menggunakan analisis korelasi  dengan  metode  Retrospektif.  Hasil  kuesioner  dilakuk  an uji  analisis. Peneliti menggunakan Uji  Spearman Rank  untuk menguji  hubungan  variabel  SPSS 23 for windows.  Kemudian  dilakukan uji  korelasi  menggunakan  Spearman Rank  ditemukan hasil  dari ketiga  variabel. | Berdasarkan  uji statistik Spearman Rank menunjukan nilai korelasi  efek samping (0,695), komunikasi (0,678), dukungan keluarga (0,684) dan nilai Sig  pada ketiga variabel yaitu 0,000 dengan p value < 0,05 sehingga terdapat h  ubungan  korela  si yang ku  at dan signifikan antara variabel efek samping, komunikasi, dan  dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan(Prastiwi et al., 2022) |
| 6 | Karakteristik Pasien Kanker Kolorektal Di RSUP. Sanglah Berdasarkan Data Demografi, Temuan Klinis Dan Gaya Hidup.  Ariesta, Dwijayanthi, Ni Nyoman Ayu Dewi , I Made Mahayasa , I Wayan Surudarma.  Jurnal Medika Udayana,VOL.9NO.6,JUNI, 2020.ISSN:2597-8012 | penelitian ini dilakukan untuk mengetahui karakteristik pasien kanker kolorektal di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah berdasarkan data demografi, temuan klinis, serta gaya hidup. | Desain Penelitian ini adalah studi deskriptif cross-sectional. | Sample dalam penelitian ini 13 orang pasien kanker kolorektal yang memenuhi kriteria sampel. | Analisis data secara deskriptif. Prosedur penelitian berupa pengumpulan data karakteristik dari data rekam medis pasien kanker kolorektal (total sampling dari bulan September-Desember 2016) menggunakan lembar ekstraksi data. | Hasil penelitian Secara demografi, pasien berjenis kelamin perempuan (92,3%) dan usia lebih atau sama dengan 50 tahun (92,3%) memiliki frekuensi yang paling banyak. Gejala klinis bervariasi dengan nyeri perut bawah (84,6%), tinja bercampur darah (69,2%), gejala anemia (69,2%) dan penurunan nafsu makan (69,2%) yang paling sering dikeluhkan. Sebagian besar pasien memiliki komorbid (76,9%), stadium kanker akhir (46,2%), dan hasil laboratorium abnormal (92,3%) untuk temuan klinis. Gaya hidup berupa riwayat rutin olahraga, merokok dan konsumsi minuman beralkohol tidak ditemukan. Sebagai.  kesimpulan,jenis kelamin wanita dengan usia tua, dengan gejala nyeri perut bawah dan hasil laboratorium abnormal merupakan karakteristik paling umum yang ditemukan pada pasien kanker kolorektal di RSUP Sanglah.(Dwijayanthi et al., 2020) |

# BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

## 3.1 Kerangka Konseptual

**Keterangan :**

diteliti : berhubungan

tidak diteliti : berpengaruh

**Gambar 3.1** Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Knker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

## 3.2 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang kemoterapi Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya

# BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian serta sebagai alat untuk mengontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2020). Desain penelitian untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Kemoterapi Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Dalam penelitian ini menggunakan Desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari korelasi antara faktor - faktor resiko dengan cara pendekatan dan pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen yang dinilai secara simultan pada suatu saat sehingga tidak ada tindak lanjut.

Variabel 1

Dukungan keluarga

Deskripsi Variabel :

Dukungan keluarga pada pasien

Implementasi makna/arti

Uji Hubungan

Variabel 2

Motivasi

Deskripsi Variabel:

Motivasi pasien dalam menjalani kemoterapi

**Gambar 4.1** Desain Penelitian Analitik Korelasi Dengan Pendekatan Cross Sectional

## 4.2 Kerangka Kerja

Langkah kerja dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut :

Populasi

Seluruh pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya yang berjumlah rata – rata perbulan 55 orang dalam rentang bulan Oktober sampai Desember 2023.

Teknik sampling menggunakan *Simple Random Sampling*

tot

Sampel

Sebagian pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi yang berjumlah 48 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi

Pengumpulan data dengan

Kuesioner

Dukungan keluarga

Kuesioner

Motivasi pasien

Pengumpulan data

Pengelolaan data :

Editing, coding, clearing

Analisa data dengan menggunakan rumus

*Spearmen Rho*

Hasil dan pembahasan

Kesimpulan dan saran

**Gambar 4.2** Kerangka Kerja Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker

Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo

Surbaya.

## 4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15 Januari sampai 9 Februari 2024 di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya

## 4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

### 4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2018). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada periode bulan desember sebanyak 55 pasien.

### 4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2018). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Pasien dalam kondisi compos mentis
2. Pasien yang bersedia menjadi responden
3. Pasien yang dapat membaca dan menulis
4. Pasien yang tinggal bersama keluarga
5. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pada saat pengumpulan data kondisi pasien menurun.

### 4.4.3 Besar Sampel

Berdasarkan penghitungan besar sampel digunakan rumus Slovin:

Keterangan:

n = besarnya sampel

N = besarnya populasi yang terjangkau

d = tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

Jadi besar sampel pada penelitian ini adalah:

n = 48 sampel

### 4.4.4 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *Probability Sampling* menggunakan pendekatan *Simple Random Sampling* karena pengambilan sampel dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada pada populasi dengan cara menuliskan nama pada kertas dan dilakukan pengambilan secara acak.

## 4.5 Identifikasi Variabel

Variabel merupakan karakteristik yang dimiliki oleh subyek yang berbeda dengan kelompok yang lain. Pada penelitian ini terdapat dua variabel yaitu dua variabel bebas (*independent)* dan satu variabel terikat (*dependent*).

1. Variabel Bebas *(Independent)*

Variabel bebas *(Independen)* adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen. Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga terhadap pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang kemoterapi rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Dukungan keluarga dalam penelitian ini sesuai dengan persepsi dari pasien.

1. Variabel Terikat *(dependent)*

Variabel terikat (*dependen*) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

## 4.6 Definisi Operasional

**Tabel 4.1** Definisi Operasional Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker KolorektalDalam Menjalani Kemoterapi Di RSUD.Dr.Soetomo Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Definisi operasional** | **Indikator** | **Alat ukur** | **Skala** | **Skor** |
| Variabel *Independen* (dukungan keluarga) | Dukungan yang diberikan keluarga terhadap pasien dalam menjalani tindakan kemoterapi berupa dukungan emosional, instrumental, informasi atau pen getahuan, dan penghargaanatau penilaian | dukungan keluarga Friedman (1998):  Dukungan emosional (cinta, empati, peduli)  Dukungan instrumental (membantu biaya berobat, tugas rumah, mengambilkan resep obat)  Dukungan informasi (nasihat terkait pengobatan)  Dukungan penghargaan (memberikan penghargaan positif) | Kuesioner  *Questionnaire of Medical Outcomes Study: Social Support Survey*(Giffari & Suhariadi, 2017) | Ordinal | 1.Dukungan Keluarga Tinggi = 71-95  2.Dukungan Keluarga Sedang = 45-70  3.Dukungan Keluarga Rendah = 19-44 |
| Variabel *Independent*  (Motivasi pasien) | Niat diri seseorang untuk melakukan  sesuatu hal dalam hal ini niat untuk menjalani terapi kemoterapi | Faktor yang mempengaruhi motivasi:  1.intrinsik yaitu : Fisik, kematangan usia, keinginan dalam diri sendiri, pengelolaan diri, tingkat pengetahuan.  2. Ekstrinsik yaitu: lingkungan agama /kepercayaan, penguat /kekuatan | Kuesioner  *EPPS (Edward’s Personal Preference Schedule).* (Rinawati, 2021) | Ordinal | 1. Motivasi Kuat : 77 -100%  2. Motivasi Sedang : 51-76%  3. Motivasi Lemah : 25-50% |

## Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data

### Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data. Instrumen penelitian dapat berupa kuesioner, formulir observasi yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan ada 3 kuesioner instrumen sebagai pedoman dalam mengumpulkan data yaitu kuesioner data demografi, Kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner motivasi masing - masing dari kuesioner tersebut diisi oleh responden.

a. Data Demografi

Kuesioner demografi berisikan data demografi responden meliputi: Inisial nama, jenis kelamin, usia, Agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, siklus kemoterapi, stadium penyakit, keluarga yang selama ini merawat.

* 1. Instrumen Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga berisikan pertanyaan terkait empat jenis dukungan keluarga antara lain :

1). Dukungan informasi terkait hal-hal yang disampaikan keluarga berupa nasihat, saran dan diskusi dalam menangani masalah (pertanyaan kuesioner nomor 1,2,3,4,5,6,7,8).

2). Dukungan instrumental yang diberikan adalah keluarga berperan sebagai sumber pertolongan yang konkrit artinya keluarga memberikan dukungan secara langsung meliputi bantuan material seperti tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uag untuk berobat, dan bantuan dalam mengerjakan tugas sehar-hari (pertanyaan nomor 9,10,11,12).

3). Dukungan emosional berfungsi sebagai tempat pemulihan emosional dan meningkatkan moral keluarga berupa ekspresi empati, simpati, perhatian dan semangat (pertanyaan nomor 13,14,15)

4). Dukungan penghargaan (memberikan penghargaan positif) berperan sebagai pembimbing dan membantu individu dalam merantai pemecahan masalah dalam bentuk ekspresi penghargaan yang positif seperti pernyataan setuju terhadap ide - ide yang diutarakan dan penghargaan atas keberhasilan dalam menjalani proses pengobatan (pertanyaan nomor 16,17,18,19).

Kuesioner dukungan keluarga menggunakan kuesioner baku *Questionnaire of Medical Outcomes Study: Social Support Survey* berdasarkan teori Friedman. Kuesioner ini berjumlah 19 pertanyaan dengan menggunakan 5 pilihan jawaban skala likert yaitu selalu (5), sering (4), kadang-kadang (3), jarang (2), dan tidak pernah (1).

Pendapat ini dinyatakan dalam tingkat persetujuan (1-5) pernyataan yang disusun peneliti, berdasarkan (Tarigan, 2014).

Selalu : (5-6 kali/minggu)

Sering : (3-4 kali/minggu)

Kadang-kadang : (2-3 kali/minggu)

Jarang : (1-2 kali/minggu)

Untuk mengetahui rentang skala peneliti melakukan perhitungan rentang skor. Perhitungan rentang skor didapatkan melalui perhitungan rumus :

i =

i =

i =

i = 25

keterangan:

Skor tertinggi: banyaknya soal x skor kategori tertinggi

Skor terendah: banyaknya soal x skor kategori terendah

Banyaknya kategori: jumlah kategori

I: rentang skala setiap kategori

Jadi rentang skala untuk setiap kategori jawaban adalah 25. Setelah kuesioner terkumpul dan diolah maka dukungan keluarga dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu dukungan keluarga tinggi (71-95) dukungan keluarga sedang (45-70) dan dukungan keluarga rendah (19-44).

c. Instrumen Motivasi pasien

Instrumen pengukuran motivasi pasien menggunakan kuesioner *EPPS (Edward’s Personal Preference Schedule)* yang telah digunakan oleh peneliti (Rinawati, 2021) dan sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas dengan menggunakan 25 pertanyaan favorable terdiri dari motivasi instrinsik 13 soal dan motivasi ekstrinsik 12 soal yang telah dimodifikasi oleh peneliti setelah itu diajukan dengan pilihan jawaban 1 Sangat Tidak Setuju (STS), 2 Tidak Setuju (TS), 3 Setuju (S), 4 Sangat Setuju (SS).

Untuk mengetahui rentang skala peneliti melakukan perhitungan rentang skor. Perhitungan rentang skor didapatkan melalui perhitungan rumus :

i =

i =

i =

i = 25

keterangan:

Skor tertinggi: banyaknya soal x skor kategori tertinggi

Skor terendah: banyaknya soal x skor kategori terendah

Banyaknya kategori: jumlah kategori

I: rentang skala setiap kategori

Jadi rentang skala untuk setiap kategori jawaban adalah 25. Setelah kuesioner terkumpul dan diolah mmaka motivasi dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu :

1. Motivasi Kuat = 77 - 100%

2. Motivasi Sedang = 51 - 76 %

3. Motivasi Lemah = 25 - 50 %

1. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti melalui proses yang berkelanjutan dengan melibatkan beberapa pihak terkait dan cara yang telah ditetapkan sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada bagian akademik program studi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Peneliti melakukan uji etik penelitian di Litbang RSUD.Dr. Soetomo Surabaya dan mendapatkan persetujuan etik dengan nomor surat pernyataan laik etik penelitian Kesehatan.
3. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada kepala instalasi rawat inap bedah RSUD.Dr.Soetomo.
4. Peneliti mengajukan surat rekomendasi penelitian dari ketua Stikes Hang Tuah Surabaya
5. Peneliti melakukan pendekatan pada calon responden.
6. Peneliti menyebar kuisioner penelitian dalam bentuk kuesioner yang di dalamnya telah berisi informed concent dan kuesioner sesuai topik penelitian.
7. Peneliti menerima tanggapan kuesioner yang telah diisi lengkap oleh responden untuk kemudian dilakukan Tindakan lebih lanjut.

### Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berisi dukungan keluarga dan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi. Variabel data yang sudah terkumpul dengan metode pengumpulan data melalui kuesioner yang telah diisi oleh responden kemudian akan diolah dengan tahap sebagai berikut :

* + - * 1. Memeriksa data (*editing*)

Memeriksa kelengkapan, kejelasan makna jawaban kuesioner maupun kesalahan antara jawaban. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memeriksa data hasil kuesioner yang telah diberikan dan kemudian dilakukan koreksi apakah telah dijawab dengan lengkap. Peneliti menulis hasil jawaban kuesioner dari paper dalam bentuk Microsoft Excel.

* + - * 1. Memberi tanda kode (*coding*)

Memberikan tanda kode pada masing - masing variabel yang digunakan peneliti untuk mempermudah proses pengolahan data. Pemberian kode pada data dilakukan pada saat memasukkan data untuk diolah menggunakan SPSS. Peneliti membuat kode kategori dukungan keluarga dan motivasi pasien sebagai berikut :

1). Dukungan Keluarga

1.Dukungan Keluarga Tinggi = (71-95)

2.Dukungan Keluarga Sedang = (45-70)

3.Dukungan Keluarga Rendah = (19-44)

2). Motivasi Pasien

1. Motivasi Kuat = 77 - 100%

2. Motivasi Sedang = 51 - 76 %

3. Motivasi Lemah = 25 - 50 %

* + - * 1. Pengolahan data (*Processing*)

Data yang sudah ada dimasukkan ke aplikas SPSS (*Statistical Product for Social Science*) untuk diolah datanya menggunakkan uji korelasi *spearman rho* dan juga mengolah data crorrtab antara variable. sehingga menghasilkan infromasi yang diperlukan.

* + - * 1. Memeriksa kembali (*cleaning*)

Hasil dari pengolahan data kemudian dikoreksi Kembali dan dimasukkan pada program aplikasi SPSS yang bertujuan untuk menghindari terjadinya suatu kesalahan , missing data , variasi data dan konsistensi data.

2. Analisis Statistik

Teknik analisa statistik data dilakukan dengan uji statistik dengan analisa univariate dan analisa *bivariate*. Analisa *univariate* dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, sedangkan analisa *bivariate* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga saling berhubungan atau berkolerasi

Analisa *univariate*

Peneliti melakukan analisa *univariate* dengan analisa deskriptif yang dilakukan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing variabel. Analisa univariat dalam penlitian ini adalah data demografi.

* 1. Analisa *bivariate*

Analisa *bivariat* dilakukan untuk menganalisa dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang dapat dilakukan dengan pengujian statistik. Pada penelitian ini menggunakan Uji *spearman Rho* dengan menggunakan SPSS. Data lembar kuisioner yang telah terkumpul menggunakan hard copy, kemudian di kumpulkan dan dikelompokkan lalu di tabulasi dan dianalisa dengan menggunakan uji *spearman*. Hasil uji tes ini adalah jika p < 0,05 maka H1 diterima yang artinya terdapat hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi dan jika p > 0,05 maka H0 ditolak yang artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi.

* 1. **Etika Penelitian**

Etika penelitian diawali dengan melakukan beberapa prosedur yang berkaitan dengan etika penelitian dan etika penelitian merupakan bagian penting dari penelitian. Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dan izin dari Badan Litbang RSUD. Dr. Soetomo Surabaya dengan nomer: 008/KEKP/I/2024. Berikut adalah beberapa etika penelitian yang diterapkan oleh peneliti :

* + - 1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Formulir persetujuan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian ini, yang dibagikan sebelum responden mengisi kuesioner. Apabila responden bersedia dan menyetujui menjadi responden pada penelitian maka akan diminta untuk menandatangani surat persetujuan selanjutnya akan mengisi kuisioner penelitian, dan apabila responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak pasien. Subyek yang memenuhi kriteria keikutsertaan diberikan formulir persetujuan yang juga mencantumkan nama, maksud, dan manfaat penelitian agar responden memahami maksud dan tujuan peneliti.

1. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti tidak boleh mencantumkan nama responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti tidak menuliskan nama responden pada kuesioner yang diisi peneliti, namun hanya diberikan kode tertentu pada formulir tersebut.

1. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden, dijamin kerahasiaannya. Dalam kelompok data tersebut hanya akan ditampilkan dalam hasil penelitian.

1. Keadilan (*justice*)

Prinsip etika penelitian adalah peneliti harus memperlakukan semua responden secara setara, tanpa memandang jenis kelamin, ras, asal suku dan agama, populasi mempunyai kesempatan yang sama dalam melakukan penelitian.

1. Kemanfaatan *(Beneficience)*

Peneliti menekankan bahwa hasil penelitian harus bermanfaat bagi responden dan meminimalkan efek negatif bagi responden. Peneliti memberikan informasi bahwa responden tidak akan mendapatkan manfaat langsung dari penelitian ini, tetapi akan mendapat manfaat dari informasi yang diperoleh dalam upaya mengolah dan mengelola hasil dengan cara yang bermanfaat secara ilmiah.

# BAB 5 HASIL PENELITIAN

## 5.1 Hasil penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 15 Januari 2024 - 9 Februari 2024 dan didapatkan 48 responden. hasil dari penelitian akan diuraikan data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Data umum berisi tentang data demografi meliputi status dalam keluarga, jenis kelamin, usia, agama, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, siklus kemoterapi, stadium penyakit, keluarga yang merawat. Sedangkan data khusus yaitu tentang dukungan keluarga dan motivasi pasien.

### 5.1.**1 Gambaran Umum Tempat penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD. Dr. soetomo surabaya, yaitu rumah sakit milik pemerintah daerah provinsi jawa timur yang merupakan rumah sakit tipe A yang terletak di wilayah kota Surabaya, tepatnya di Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya. RSUD. Dr. Soetomo tidak hanya melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk di Jawa Timur dan wilayah Indonesia bagian Timur.

Visi RSUD Dr. Soetomo

Menjadi rumah sakit tersier yang terpercaya, aman, bermutu tinggi, dan mandiri.

Misi RSUD Dr. Soetomo

1. Menyelenggarakan pelayanan dan jenjang pelyananan sebagai rumah sakit rujukan tersier yang aman, bermutu tinggi dan terjangkau.
2. Menyelenggarakan pendidikan - penelitian tenaga kesehatan yang terintegrasi tinggi, professional, inovatif dan melakukan jejaring pendidikan penelitian yang teritegrasi (*Academic Health Centre*), pusat pengembangan bidang kesehatan yang bermutu tinggi serta mewujudkan sumber daya manusia yang handal.
3. Mewujudkan kehandalan sarana dan prasarana penunjang pelayanan yang terstandar serta lingkungan kerja yang aman dan nyaman.
4. Menyelenggarakan tata kelola organisasi yang terintegrasi, efektif, efisien, dan akuntabel.

Tempat pengambilan data penelitian ini adalah instalasi rawat inap bedah ruang rosela 2 yang merupakan ruang rawat inap khusus untuk pasien yang sedang menjalani kemoterapi dengan kapasitas 15 tempat tidur. Memiliki 16 sumber daya manusia yang terdiri tenaga perawat sebanyak 10 orang, 2 orang farmasi dan asistennya, 1 orang ahli gizi, dan 3 orang pekarya. Pada keluarga dan pasien yang baru datang untuk menjalalani kemoterapi akan diberikan edukasi tentang cuci tangan, risiko jatuh, pemilahan sampah medis dan non medis, edukasi sesuai tindakan yang akan dijalani oleh pasien dan edukasi discharge planning akan diberikan ketika pasien selesai kemoterapi dan akan keluar dari rumah sakit. Kemoterapi pada pasien baru akan di mulai pada pukul 15.00 pada setiap harinya yang akan diawali dengan doa bersama dahulu oleh perawat ruangan.

### 5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah pasien yang berada di ruang rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. jumlah keseluruhan subyek penelitian sebanyak 48 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data demografi responden didapatkan melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu pasien kanker kolorektal yang sedang menjalani kemoterapi.

### 5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi status dalam keluarga, jenis kelamin, usia, agama, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, siklus kemoterapi, stadium penyakit, keluarga yang merawat.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan status dalam keluaraga.

**Tabel 5.1** Karakteristik Responden Berdasarkan Status Dalam Keluarga Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Status keluarga | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1 | Kepala Keluarga | 26 | 54,2 |
| 2 | Istri | 15 | 31,3 |
| 3 | Anak | 1 | 2,1 |
| 4 | Orang tua | 6 | 12,5 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasar tabel 5.1 menjelaskan distribusi status keluarga pasien kanker kanker kolorektal diatas didapatkan paling banyak status pasien sebagai kepala keluarga adalah 26 orang (54,2%), status sebagai istri atau ibu rumah tangga sebanyak 15 orang (31,3%), status sebagai orang tua 6 orang (12.5%), status sebagai anak 1 orang (2.1%),

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

**Tabel 5.2** Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis kelamin | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 3 | Laki-laki | 24 | 50,0 |
| 4 | Perempuan | 24 | 50,0 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pasien kanker kolorektal berjenis kelamin laki - laki sebanyak 24 orang (50.0%) dan perempuan sebanyak 24 orang (50,0%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

**Tabel 5.3** Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Usia | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | 17-25 Tahun | 0 | 0 |
| 2. | 26-35 Tahun | 3 | 6,3 |
| 3. | 36-45 Tahun | 5 | 10,4 |
| 4. | 46-55 Tahun | 15 | 31,3 |
| 5. | 56-65 Tahun | 14 | 29,9 |
| 6. | ≥6 Tahun |  | 22,9 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.3 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapatkan pada usia 46-55 Tahun sebanyak 15 orang (31,1%), usia 56-65 Tahun sebanyal 14 orang (29,9%), usia ≥6 Tahun sebanyak 11 orang (22,9%), usia 36-45 Tahun sebanyak (10,4%), dan pada usia 26-35 Tahun sebanyak 3 orang (6,3%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Agama

**Tabel 5.4** Karakteristik Responden Berdasarkan Agama Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Agama | F | % |
| 1 | Islam | 46 | 95,8 |
| 2 | Kristen | 2 | 4,2 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat dilihat bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagian besar pasien kanker kolorektal agama Islam yaitu sebanyak 46 orang (95,8%). Kemudian untuk agama sebanyak 2 orang (4,2%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

**Tabel 5.5** Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pendidikan | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | SD | 20 | 41,7 |
| 2. | SMP | 9 | 18,8 |
| 3. | SMA/SMK | 16 | 33,3 |
| 4. | Sarjana | 3 | 6,3 |
| 5. | Tidak Bersekolah | 0 | 0 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.5 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Didapatkan pasien kanker kolorektal dengan Tingkat pendidikan SD sebanyak 20 orang (41,7%). Tingkat Pendidikan SMA sebanyak 16 orang (33,3%) dan Tingkat pendidikan SMP sebanyak 9 orang (18,8%). Tingkat Pendidikan sarjana sebanyak 3 orang (6,3%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

**Tabel 5.6** Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Status perkawinan | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1 | Menikah | 37 | 77,1 |
| 2 | Janda/Duda | 10 | 20,8 |
| 3 | Belum Menikah | 1 | 2,1 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.6 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya responden dengan status perkawinan menikah sebanyak 37 orang (77,1%), status perkawinan Janda atau duda sebanyak 10 orang (20,8%), status perkawinan belum menikah hanya 1 orang (2,1%).

1. Karakteristik Responden berdasarkan pekerjaan

**Tabel 5.7** Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Saat ini Di Ruang Rosela 2 Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pekerjaan saat ini | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | PNS | 1 | 2,1 |
| 2. | Wiraswasta | 24 | 50,0 |
| 3. | Swasta | 7 | 14,6 |
| 4. | Tidak bekerja/Pensiunan | 16 | 33,3 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.7 menjelaskan dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagian besar pekerjaan pasien kanker kolorektal adalah wiraswasta yaitu sebanyak 24 orang (50,0%). Tidak bekerja atau pensiunan sebanyak 16 orang (33,3%). Swasta sebanyak 7 orang (14,6%) dan PNS sebanyak 1 orang (2,1%).

1. Karakteristik Responden berdasarkan siklus kemoterapi

**Tabel 5.8** Karakteristik Responden Berdasarkan Siklus Kemoterapi Di Ruang Kemoterapi RSUD.Dr. Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Siklus kemoterapi | Frekuensi | Persentase % |
| 1. | I | 13 | 27.1 |
| 2. | II | 2 | 4.2 |
| 3. | III | 8 | 16.7 |
| 4. | IV | 11 | 22.9 |
| 5. | V | 6 | 12.5 |
| 6. | VI | 1 | 2.1 |
| 7. | >VI | 7 | 14.6 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.8 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagian besar pasien kanker kolorektal menjalani kemoterapi siklus I sebanyak 13 orang (27,1%), siklus ke IV sebanyak 11 orang (22,9%), siklus III sebanyak 8 orang (16,7%), siklus ke > VI sebanyak 7 orang (14,6%), siklus V sebanyak 6 orang (12,5%), siklus ke II sebanyak 2 orang (4,2%), siklus VI sebanyak 1 orang (2,1%).

9. Karakteristik Responden Berdasarkan Stadium Penyakit

**Tabel 5.9** Karakteristik Responden Berdasarkan Stadium Penyakit Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Stadium penyakit | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | Stadium I | 0 | 0 |
| 2. | Stadium II | 0 | 0 |
| 3. | Stadium III | 3 | 6,3 |
| 4. | Stadium IV | 45 | 93,8 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.9 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya pasien kanker kolorektal dengan stadium IV sebanyak 45 orang (93,8%). Dan sebanyak 3 orang (6,3%) adalah stadium III.

10. Karakteristik Responden Berdasarkan Keluarga Yang Merawat

**Tabel 5.10** Karakteristik Responden Berdasarkan Keluarga Yang Merawat Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Keluarga yang merawat | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | Suami/Istri | 32 | 66,7 |
| 2. | Ibu/Bapak | 1 | 2,1 |
| 3. | Anak | 12 | 25,0 |
| 4. | Saudara | 3 | 6,3 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.10 menjelaskan bahwa dari 48 responden di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagian besar keluarga yag merawat pasien kanker kolorektal adalah suami atau istri yaitu sebanyak 32 orang (66,7%), Anak sebanyak 12 orang (25,0%), Saudara sebanyak 3 orang (6,3%), ibu atau bapak sebanyak 1 orang (2,1%).

### 5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

Data khusus hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi data khusus yaitu tentang dukungan keluarga, motivasi pasien kanker kolorektal. Serta hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasein kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi.

* + - 1. Karakteristik Responden berdasarkan Dukungan Keluarga

**Tabel 5.11** Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januaru - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kategori | Frekuensi | Persentasi (%) |
| 1. | Tinggi | 43 | 89,6 |
| 2. | Sedang | 5 | 10.4 |
| 3. | Rendah | 0 | 0 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.11 menjelaskan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang termasuk dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 43 orang (89,6%) sedangkan sisanya adalah respoden yang mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori sedang sebanyak 5 orang (10,4%).

* + - 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Motivasi Pasien

**Tabel 5.12** Karakteristik Responden Berdasarkan Motivasi Pasien Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Februaru -9 Februari.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kategori | Frekuensi | Persentasi(%) |
| 1. | Kuat | 42 | 87,5 |
| 2. | Sedang | 6 | 12,5 |
| 3. | Lemah | 0 | 0 |
| Total | | 48 | 100 |

Berdasarkan data tabel 5.12 menjelaskan bahwa pada tabel diatas didapatkan sebagian besar responden memiliki motivasi kemoterapi dalam kategori kuat yaitu 42 orang (87,5%), memiliki motivasi sedang yaitu 6 orang (12,5%).

* + - 1. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi.

**Tabel 5.13** Tabulasi Silang Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya Pada Tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dukungan Keluarga | Motivasi Pasien | | | | | | Total | |
| Kuat | | Sedang | | Lemah | |
| N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tinggi | 42 | 87,5 | 1 | 2,3 | 0 | 0 | 43 | 100 |
| Sedang | 0 | 0 | 5 | 10,2 | 0 | 0 | 5 | 100 |
| Rendah | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 42 | 87,5 | 6 | 12,5 | 0 | 0 | 48 | 100 |
| **Nilai Uji Statistik *Spearman rho* (ρ = 0,000) (r = 0,902)** | | | | | | | | |

Berdasarkan tabel 5.13 menunjukkan hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang kemoterapi rosela 2 Rsud.Dr.Soetomo Surabaya bahwa dari 48 responden didapatkan 42 orang (87,5%) dengan dukungan keluarga tinggi mempunyai motivasi kuat dan sebanyak 1 orang (2,3%) mendapatkan dukungan keluarga tinggi dengan motivasi sedang. sedangkan pasien dengan dukungan keluarga sedang dan mempunyai motivasi sedang juga sebanyak 5 orang (10,2%). Berdasarkan hasil uji *Spearman rho* menunjukkan nilai P*value* 0,000 < 0,05 dengan nilai *Correlation Coefficient* 0,902 yang menunjukkan kekuatan hubungan yang sangat kuat. Sehingga bila disimpulkan H0 ditolak dan Ha diterima yang berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## 5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interprestasi dan mengungkapkan hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas hal - hal sebagai berikut:

## 5.2.1 Dukungan Keluarga Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh sebagian besar pasien kanker kolorektal yang mendapatkan dukungan tinggi dari keluarga sebanyak 43 orang (89,6%). dan sebagian kecil pasien kanker kolorektal yang mendapatkan dukungan sedang yaitu 5 orang (10,4%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Muklis, 2022) menunjukkan bahwa responden mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi sebanyak 34 orang (85,00%). Adanya dukungan keluarga membantu pasien kanker untuk meningkatkan keyakinan bahwa ia diterima keluarga.

Dalam hal ini sejalan dengan teori menurut friedman dalam (Choirunnisa, 2018) keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku kesehatan seseorang dengan perawatan kesehatan sudah diatur, dilakukan serta diamankan oleh keluarga sebagai bentuk perawatan yang secara preventif. Dukungan keluarga merupakan kegiatan mendukung yang diberikan oleh anggota keluarga, sehingga individu yang terkait merasakan bahwa dirinya diperhatikan dan dihargai oleh keluarganya karena mendapatkan bantuan dari orang-orang yang dianggapnya berarti dalam hidupnya.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan status keluarga didapatkan sebagian besar pasien adalah kepala keluarga sebanyak 21 orang (80,8%) memiliki dukungan keluarga yang tinggi . menurut peneliti seorang kepala keluarga adalah seseorang yang bertanggung jawab penuh dalam kelangsungan hidup berkeluarga dalam segi pengambilan keputusan maupun kelangsungan hidup keluarga dalam hal ekonomi. Sehingga apabila kepala keluarga mengalami sakit anggota keluarga akan berusaha semaksimal mungkin agar mendapatkan kesembuhan salah satunya memberikan dukungan yang maksimal dalam proses pengobatannya.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan jenis kelamin didapatkan bahwa Sebagian besar jenis kelamin perempuan memiliki dukungan keluarga yang tinggi sebanyak 23 orang (95,8%), menurut peneliti hal ini dikarenakan beberapa keluarga pendamping beranggapan bahwa perempuan lebih dipandang lemah baik secara fisik dan psikologis, sehingga keluarga berusaha semampunya untuk mendampingi dalam proses kemoterapinya. Dalam hal ini peneliti melakukan komunikasi dengan beberapa keluarga yang mendampingi saat kemoterapi sedang berjalan dan tampak keluarga berusaha memenuhi kebutuhan yang diperlukan pasien.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan usia didapatkan pada usia 46 -55 tahun sebanyak 14 orang (93,3%) memiliki dukungan keluarga yang tinggi. Dalam hal ini sejalan dengan faktor yang tidak dapat dimodifikasi menurut (Khosama, 2015) bahwa diagnosis kanker kolorektal meningkat secara progresif sejak usia 40 - 50 tahun keatas. Angka kejadian pada usia 50 tahun keatas lebih banyak dibandingakan pada usia kurang dari 40 tahun. Sehingga kanker kolorektal identik dengan orang lanjut usia. Pada orang lanjut usia dengan penyakit kanker yang menjalani kemoterapi sangat rentan dengan keterbatasan fisik sehingga dalam memenuhi kebutuhan dasarnya pasien membutuhkan peran keluarga utuk melayani dan membantunya. Hal ini sesuai dengan hasil tabulasi pengisian kuesioner dukungan keluarga didapatkan nilai yang tinggi pada dimensi dukungan keluarga instrumental dan emosional.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan agama didapatkan bahwa sebagian besar beragama islam dengan memiliki dukungan keluarga yang tinggi sebanyak 41 orang (89,1%). Menurut peniliti responden pada penelitian mayoritas beragama islam, dukungan keluarga tinggi dikarenakan keluarga memahami ajaran agama islam bahwa ketika keluarga dihadapkan dengan ujian penyakit mereka memiliki keyakinan untuk berikhtiar atau berusaha mencari kesembuhan setelah itu berserah diri kepada Allah SWT. Melayani orang tua atau keluarga yang sakit adalah suatu bentuk pengabdian yang bernilai pahala. Hal ini pernah disampaikan keluarga pasien pada saat peneliti melakukan melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan Pendidikan didapatkan hasil bahwa sebagian besar pasien dengan tingkat pendidikan SD memiliki dukungan keluarga yang tinggi sebanyak 19 orang (95,%). Peneliti mempunyai pendapat bahwa penderita adalah tingkat pendidikannya SD yang pemahaman tentang informasi masih membutuhkan bantuan keluarga dalam memahaminya sehingga keluarga beranggapan bahwa penderita harus didampingi dalam proses pengobatannya sehingga bila ada informasi dari tenaga medis keluarga mampu menjelaskan kepada keluarga bila terdapat kesulitan dalam memahami. Hal ini di buktikan ketika peneliti memberikan penjelasan mengenai pengisian kuesioner pada beberapa pasien menanyakan kembali maksud penjelasan yang sudah disampaikan oleh peneliti.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan status perkawinan didapatkan hasil sebagian besar berstatus menikah memiliki dukungan keluarga yang tinggi sebanyak 35 orang (94,6%). Menurut peneliti hal ini dikarenakan seseorang akan memberikan dukungan yang maksimal terhadap pasangan hidupnya. Sehingga pada penelitian ini didapatkan dukungan keluarga yang tinggi dimiliki oleh pasien yang sudah menikah atau memiliki pasangan.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan pekerjaan pasien saat ini didapatkan hasil sebagian besar wiraswasta memiliki dukungan keluarga tinggi sebanyak 21 orang (87,5%). Menurut peneliti berdasarkan komunikasi dengan responden bahwa sebagian besar pasien adalah kepala keluarga yang memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan keluarga terutama kebutuhan finansial sehingga pada saat terdiagnosa kanker kolorektal pasien kebanyakan keluar dari perusahaan karena keadaan fisik yang menggunakan *colostomy bag* serta proses pengobatannya yang membutuhkan waktu lama sehingga tidak memungkinkan untuk dapat bekerja setiap hari. Berhubungan dengan keadaan tersebut pasien kebanyakan membuka usaha sendiri untuk mencukupi kebutuhan keluarganya. Sehingga keluarga merasa mempunyai kewajiban untuk memberikan dukungan keluarga yang maksimal dalam proses pengobatannya supaya pasien dapat menjalani pengobatannya dan masih tetap bisa bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

Hasil tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan siklus kemoterapi, stadium penyakit didapatkan Sebagian besar responden menjalani kemoterapi siklus I sebanyak 13 orang (100%), dan stadium IV sebanyak 40 orang (88,9%) memiliki dukungan keluarga yang tinggi. Menurut peneliti pada kemoterapi siklus pertama responden memiliki pengetahuan yang kurang terhadap kemoterapi sehingga menimbulkan rasa takut yang tinggi dan keluarga memahami kondisi pasien, selain itu keluarga memahami bahwa penyakit pasien berada pada stadium lanjut. Biasanya dokter maupun perawat akan menjelaskan kepada keluarga bahwa pada stadium lanjut tujuan terapi adalah meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi rasa nyeri pasien dan memperlambat proses penyebaran kanker pasien sehingga keluarga akan berusaha memberikan dukungan kepada pasien secara maksimal.

Berdasarkan hasil penelitian diatas menurut peneliti dukungan keluarga sangat penting dan sangat dibutuhkan oleh penderita kanker kolorektal dalam menghadapi keadaannya. Dengan keberadaan keluarga yang memberikan perhatian khusus terhadap kondisi, kebutuhan pasien serta kesabarannya dalam mendampingi setiap proses pengobatannya, pasien akan memiliki rasa dihargai, dicintai oleh keluarga sehingga dapat menimbulkan rasa ketenangan, kenyamanan dalam menjalani pengobatannya. Dengan begitu secara psikologis pasien akan merasa bertambah semangat hidupnya, keinginan pasien untuk mendapatkan kesembuhan semakin besar. yang nantinya akan berdampak pada kepatuhannya dalam menjalani kemoterapi.

## 5.2.2 Motivasi Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya.

Berdasarkan hasil analisis penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 42 (87,5%) pasien kanker memiliki motivasi kuat dalam menjalani kemoterapi. Dan sebayak 6 orang (12,5%) pasien memiliki motivasi sedang dalam menjalani kemoterapi . Hasil penelitian menunjukkan kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan (Muklis, 2022) sebagian besar responden yaitu 33 orang (82.50%) memiliki motivasi yang tinggi. Motivasi yang dimiliki individu dapat menentukan kualitas perilaku yang ditampilkannya, baik dalam konteks belajar, bekerja maupun dalam kehidupan lainnya, sehingga diharapkan terbentuknya suatu tindakan atau perilaku dari seseorang. Motivasi merupakan keadaan psikologis yang dimanifestasikan melalui tingkah laku, di mana tingkah laku dipengaruhi oleh penguatan, baik positif maupun penguatan negative (Marlinda et al., 2019).

Dalam hal ini sejalan dengan teori pengharapan *(expectancy theory)* dikemukakan oleh Victor Vroom yang mengatakan bahwa motivasi seseorang mengarah pada suatu tindakan yang bergantung pada kekuatan pengharapan. Tindakan tersebut akan diikuti oleh hasil tertentu dan bergantung pada hasil bagi seseorang tersebut. Teori ini berpendapat bahwa seseorang akan termotivasi untuk melakukan sesuatu hal dalam mencapai tujuan apabila mereka yakin bahwa tingkah laku mereka mengarah pada pencapaian tujuan tersebut.

Motivasi merupakan suatu tujuan atau dorongan yang bertujuan sebagai daya penggerak yang berasal dari diri sendiri maupun dari orang lain dalam upaya mencapai apa yang diinginkan baik itu secara positif maupun negatif. Motivasi bisa juga diartikan sebagai sebuah perubahan yang terjadi pada diri seseorang dengan timbulnya perasaan, emosi dan kejiwaan yang mendorong individu untuk melakukan tindakan atas dasar kebutuhan, keinginan, maupun tujuan (Putri, 2022).

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan status dalam keluarga didapatkan sebagian besar berstatus sebagai kepala keluarga memiliki motivasi kuat sebanyak 20 orang (76,9%). Menurut peneliti kepala keluarga adalah sesorang yang bertanggung jawab atas kelangsungan hidup suatu keluarga. Dengan tanggung jawab tersebut pasien akan memiliki motivasi yang kuat untuk kesembuhannya supaya kelangsungan hidup keluarganya tidak akan mengalami gangguan. Motivasi yang dimiliki pasien adalah motivasi instrinsik. Dalam hal ini sejalan dengan pendapat (Candra, 2016) bahwasannya motivasi instrinsik adalah motivasi yang sudah aktif di dalam tubuh atau dirinya sendiri.

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan usia didapatkan sebagian besar usia 46 - 55 tahun memiliki motivasi kuat sebanyak 13 orang (86,7%). Menurut peneliti kematangan usia akan mempengaruhi proses berfikir dan pengambilan keputusan dalam melakukan pengobatan yang menunjang kesembuhan pasien.

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan jenis kelamin didapatkan sebagian besar pasien berjenis kelamin perempuan memiliki motivasi yang kuat sebanyak 23 orang (95,8%). Menurut peneliti perempuan adalah makhluk yang peka terhadap sesuatu yang dialaminya. Ketika melihat keluarga memberikan support yang maksimal secara tidak langsung motivasi dala diri pasien akan menjadi kuat, keinginannya untuk mendapatkan kesembuhan semakin kuat. Motivasi yang dimiliki oleh pasien adalah motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang aktif bila mendapatkan stimulus dari luar tubuh orang itu sendiri(Candra, 2016).

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan agama didapatkan sebagian besar pasien mayoritas beragama islam dengan motivasi kuat sebanyak 40 orang (87,0%). Menurut peneliti pasien memahami tentang ajaran islam bahwa setiap manusia akan diberikan ujian sesuai dengan batas kemampuan manusianya sehingga wajib menjalaninya dengan usaha dan semuanya akan dinilai dengan suatu pahala. Keyakinan itulah yang dapat menguatkan motivasi pasien.

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan status perkawinan didapatkan sebagian besar pasien sudah menikah memiliki motivasi kuat sebanyak 34 orang (91,9%). Menurut peneliti pasien yang sudah menikah akan memiliki support yang kuat terutama dari pasangan maupun buah hatinya sehingga hal tersebut mampu memperkuat motivasi pasien untuk mendapatkan kesembuhan.

Hasil tabulasi silang antara motivasi dengan siklus kemoterapi, stadium penyakit didapatkan sebagian besar pasien menjalani kemoterapi siklus I memiliki motivasi kuat sebanyak 13 orang (100%). Sebagian besar pasien dengan stadium penyakit IV menjalani kemoterapi dengan motivasi kuat sebanyak 39 orang (86,7%). Menurut peneliti pada kemoterapi siklus pertama pasien akan banyak menerima informasi dari tenaga medis melalui edukasi terkait kemoterapi serta penyakitnya sehingga dapat meningkatkan pemahaman pasien sehingga dapat menumbuhkan motivasi dalam diri pasien. Dalam hal ini sejalan dengan teori yang disampaikan oleh (Uno, 2018) bahwa ada beberapa faktor eksternal yang mempengaruhi motivasi seseorang salah satunya adalah media. Media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan atau informasi seputar kesehatan dapat berupa leafleat, edukasi yang dilalukan oleh tenaga kesehata dalam menyampaikan sebuah informasi. Pengetahuan pasien kanker akan meningkat dan pada akhirnya dapat meningkatkan motivasinya dalam menjalani pengobatannya.

Berdasarkan hasil dari penelitian diatas, menurut peneliti motivasi merupakan hal yang sangat penting bagi pasien kanker kolorektal. Dengan adanya motivasi yang kuat dalam diri pasien maupun dari pihak lain akan dapat menimbulkan suatu pengharapan, keinginan yang kuat untuk sesuatu yang diharapkan. Dalam hal ini pasien memiliki harapan hidup yang tinggi sehingga pasien akan menjalani kemoterapi dengan semangat tinggi walaupun dalam prosesnya pasien akan mengalami efek samping kemoterapi namun pasien mampu mengatasinya dan tidak trauma dalam menjalaninya. Serta menjalani pengobatannya sesuai anjuran yang diberikan oleh dokter maupun tenaga kesehatan lainnya.

## 5.2.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr.Soetomo Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian dari 48 responden, terdapat responden yang memiliki dukungan tinggi dari keluarga dengan memiliki motivasi yang kuat sebanya 42 orang (89.6%). Sedangkan responden yang memiliki dukungan keluarga yang tinggi dengan memiliki motivasi sedang terdapat 1 orang (2,3%). kemudian responden yang memiliki dukungan keluarga yang sedang dengan memiliki motivasi yang sedang pula sebanyak 5 orang (10,4%). Hasil analisis data didapat *p value* 0,000 < (0,05) dengan nilai *Correlation Coefficient* 0,902 yang menunjukkan kekuatan hubungan yang sangat kuat sehingga H0 ditolak dan Ha diterima yang berarti terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi. Hasil Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Marlinda et al., 2019) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi. Dukungan keluarga meningkatkan motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani selama kemoterapi untuk sembuh. Penelitian (Muklis, 2022) menyatakan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik motivasi pasien kanker kolorektal menjalani kemoterapi.

Dukungan keluarga adalah bentuk perilaku melayani yang dilakukan keluarga, baik dalam dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi (Marlinda et al., 2019). Berbagai macam efek samping yang ditimbulkan terkait dengan kemoterapi, pasien sulit menerima keadaannya, memiliki harga diri yang rendah, dan merasa tidak aman saat bertemu orang lain karena perubahan fisik yang terjadi pada tubuh pasien dapat menyebabkan pasien mengalami perasaan yang berbeda-beda, sehingga pasien menunjukkan penolakan terhadap penampilannya. bagi pasien kanker kolorektal, dukungan keluarga yang optimal sangat diperlukan karena memegang peranan penting bagi penderita kanker terutama yang sedang menjalani kemoterapi, dukungan keluarga yang optimal dapat menumbuhkan dan meningkatkan motivasi pasien untuk semangat dalam menjalani kemoterapinya karena pasien merasa aman dan nyaman ketika menjalani kemoterapi saat didampingi keluarga, selain itu pasien juga merasa mendapatkan perhatikan, merasakan dihargai serta dicintai oleh lingkungan keluarganya.

Motivasi merupakan suatu kondisi psikologis yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Terdapat tiga komponen utama dalam motivasi yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi apabila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang ia miliki dan apa yang ia harapkan. Sedangkan dorongan merupakan kekuatan mental untuk melakukan kegiatan dalam rangka memenuhi harapan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Tujuan merupakan hal yang ingin dicapai oleh seorang individu. Mengingat begitu banyaknya efek samping yang dapat ditimbulkan oleh kemoterapi, panjangnya proses untuk menjalani kemoterapi, apabila pasien tidak mendapatkan dukungan keluarga yang optimal dalam menjalani kemoterapi tentunya akan menjadi stressor bagi pasien yang dapat memperburuk kondisi baik fisik maupun psikologis, pasien merasa takut untuk menjalani kemoterapi. Adanya dukungan keluarga membantu pasien kanker untuk meningkatkan keyakinan bahwa ia diterima keluarga sehingga memberikan motivasi untuk melakukan kemoterapi secara teratur agar sembuh (Muklis, 2022)

Berdasarkan hasil dari penelitian di atas, peneliti menyimpulkan bahwa antara dukungan keluarga yang tinggi dapat mengakibatkan tumbuhnya motivasi yang tinggi juga terhadap pasien dalam menjalani kemoterapi. Peran keluarga sangat berarti bagi pasien penderita kanker kolorektal sehingga apabila dari pihak keluarga kurang memberikan dukungan kepada pasien akan berdampak kepada motivasi pasien dalam menjalani kemoterapi maupun proses pengobatannya. Kuranganya dukungan keluarga bisa juga dikarenakan oleh pengetahuan keluarga masih rendah sehingga keluarga tidak secara optimal dalam memberikan dukungannya terhadap pasien. sehingga pentingnya upaya mengembangkan pelayanan kesehatan pada pasien kanker kolorektal dalam hal edukasi, khususnya perawat maupun tenaga kesehatan lainnya melalui pemberian edukasi khusus seputar penyakit yang diderita pasien dan kemoterapi beserta tips-tips mengatasi efek samping kemoterapi secara mandiri dapat meningkatkat pengetahuan keluarga pasien dan pasien sehingga dapat menimbulkan semangat dan motivasi yang tinggi bagi penderita kanker kolorektal.

## 5.3. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini merupakan kelemahan dan hambatan maka dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang di hadapi peneliti, yaitu :

* + - 1. Pada saat pengisian kuesioner responden mungkin tidak maksimal dalam menjawab dikarenakan pasien dalam keadaan kelelahan saat menunggu antrian masuk kamar rawat inap.
      2. Pada saat pengumpulan data dengan kuesioner yang diberikan ke pasien memungkinkan responden tidak menjawab sendiri, sehingga data yang diperoleh hasilnya mungkin kurang maksimal.

# BAB 6 PENUTUP

## 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 15 Januari - 9 Februari 2024 dapat ditarik kesimpulan, sebagai berikut:

1. Sebagian besar pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori tinggi.
2. Sebagian besar pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi memiliki motivivasi kuat.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## Saran

Bagi Pasien Dan Keluarga

Diharapkan bagi penderita kanker kolorektal tetap semangat dalam menjalani kemoterapinya untuk mendapatkan kesembuhan. Serta tetap aktif bergaul didalam kelompok, perkumpulan maupun paguyupan penderita kanker sehingga dapat bersosialisasi dengan lingkungan sekitar , dapat bertukar informasi dan pengalaman yang dapat meningkatkant motivasi dalam diri untuk tetap bersemangat dalam menjalani pengobatan.

Diharapkan bagi keluarga agar tetap tetap sabar dan semangat dalam mendampingi keluarga tercinta dalam menjalani proses kemoterapinya. Serta tidak bosan dalam belajar dan meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan yang diberikan dokter maupun perawat dalam rangka meningkatkan motivasi pasien kanker kolorektal dalam proses pengobatannya.

Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat agar dapat meningkatkan pengetahuannya serta kemampuan komunikasi efektifnya dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien penderita kanker serta tetap sabar dan semangat dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga. Sehingga keluarga mampu memahami apa yang sedang dihadapi oleh pasien dan apa yang dibutuhkan pasien dengan begitu keluarga akan mampu memberikan dukungan yang maksimal kepada pasien yang nantinya dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani proses kemoterapinya.

Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan penelitian ini menjadi sumber data dasar dan referensi yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya, khususnya mengenai dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi.

1. Bagi Rumah sakit

Diharapkan untuk dapat lebih meningkatkan kompetensi sumber daya manusianya khususnya tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien kanker yang tidak hanya berfokus kepada pemberian terapi kemoterapi namun juga harus memperhatikan sisi psikologis pasien tentang kesiapan pasien dalam menghadapi penyakitnya serta efek samping terapi yang akan dijalaninya. Dengan mengadakan pelatihan, seminar maupun workshop tentang komunikasi efektif, seputar kanker, kemoterapi, efek samping kemoterapi serta penangananya secara mandiri sehingga tenaga kesehatan khususnya perawat akan memiliki pengetahuan yang cukup serta keterampilan dalam memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien.

5. Bagi Peneliti selanjutnya.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan *evidence base* bagi penelitian berikutnya serta bahan pertimbangan bagi yang berkepentingan untuk melakukan penelitian yang sejenis. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang pengaruh motivasi pasien kanker kolorektal terhadap ketepatan waktu dalam menjalani kemoterapi.

# DAFTAR PUSTAKA

alligood. (2015). *Nursing Theory & Their Work (8 Th Ed). The Cv Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri: Mosby Elsevier Inc*.

Angraini, N. (2020). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Ibu Dalam Pemberian Asi Ekslusif Pada Bayi Usia 1-6 Bulan Di Masa Pandemi Di Kelurahan Sidotopo Wetan Surabaya*. *February*, 1–9.

Candra, I. W. (2016). *Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa*. Denpasar.

Choirunnisa, L. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Surabaya. In *Universitas Airlangga Surabaya*. Https://Repository.Unair.Ac.Id/84885/4/Full Text.Pdf

Dwijayanthi, N. K. A., Dewi, N. N. A., Mahayasa, I. M., Wayan, I., & Surudarma. (2020). 60677-205-154014-1-10-20200611. *Jurnal Medika Udayana*, *9*(6), 55–62.

Fabiana Meijon Fadul. (2019). Studi Literatur Kanker Serviks. *Suparyanto Dan Rosad (2015*, *5*(3), 248–253.

Faruca, D. K. (2014). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pasien Tb Di Pukesmas Tambakrejo Surabaya. *Karya Tulis Ilmiah*, *10*, 1–44. File:///D:/Refrensi Jurnal/Perannn.Pdf

Giffari, N., & Suhariadi, F. (2017). Pengaruh Social Support Terhadap Career Adaptability Pada Mahasiswa Tingkat Akhir Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. *Jurnal Psikologi Industri Dan Organisasi*, *6*(4), 64–77. Https://Journal.Unair.Ac.Id/Jpio@Pengaruh-Social-Support-Terhadap-Career-Adaptability-Pada-Mahasiswa-Tingkat-Akhir-Fakultas-Psikologi-Universitas-Airlangga-Article-12547-Media-50-Category-10.Html

Globocan. (2022). *Indonesian Fact Sheet Cancer*.

Handiani, S. (2014). E-Journal Graduate Unpar Part A - Economics E-Journal Graduate Unpar Part A - Economics. *E-Journal Graduate Unpar*, *1*(1), 85–93.

Harefa, S. (2019). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kemoterapi Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. *Skripsi*, 1–98.

Irwanto. (2014). *Motivasi Dan Pengukuran Perilaku*. Jakarta : Pt.Rineka Cipta.

Kemenkes, R. (2018). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/406/2018 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Kolorektal*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Khosama, Y. (2015). Faktor Risiko Kanker Kolorektal. *Cdk-234*, *42*(11), 829–832.

Maiti, & Bidinger. (2019). Buku Kanker. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Marlinda, M., Fadhilah, N., & Novilia, N. (2019). Dukungan Keluarga Untuk Meningkatkan Motivasi Pasien Kanker Payudara Menjalani Kemoterapi Family Support To Increase Motivation Of Breast Cancer Patients With Chemotherapy. *Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id*, *12*(2), 1–8. Http://Www.Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id/Index.Php/Jkm/Article/View/1973

Muhith, A., & Siyato, & S. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Andi.

Muklis, A. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Perawat Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi. *Media Husada Journal Of Nursing Science*, *3*(3), 282–293. Https://Doi.Org/10.33475/Mhjns.V3i3.112

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta.

Nurjannah, D. (2017). Penggunaan Gadget Dengan Perkembangan Interaksi Sosial Anak Usia Pra-Sekolah Berbasis Teori Adaptasi Sister Calista Roy. *Stikes Insan Cendikia Jombang*, 1–107.

Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (5th Ed.).

Oliver, R. (2021). Karsinoma Kolon. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.*, 2013–2015.

Prastiwi, N. A., Ira, F., & Maria, L. (2022). Faktor Faktor Yang Berhungan Dengan Tingkat Kepatuhan Dalam Menjalani Kemoterapi Padapasien Kanker Kolorektal. *Jurnal Ilmiah Keperawatan* , *8*(2).

Pratiwi, R. (2022). *Gambaran Prevalensi Tindakan Kolostomi Di Ruang Bedah Digestif Lontara Ii Rsup Dr.Wahidin Sudirohusodo Makasar Periode 2021* [Univ.Hasanudin]. Http://Repository.Unhas.Ac.Id:443/Id/Eprint/18579

Purves, D., Le, T. M. D., Bhushan, V. M. D., Sochat, M. M. D., Petersen, M., Micevic, G., Lauralee Sherwood, John G. Nicholls, Robert A. Martin, Paul A. Fuchs, David A. Brown, Mathew E. Diamond, D. A. W., & Fox, S. I. (2016). Human Physiology: From Cells To Systems. In *Bmj* (Vol. 66). Https://Doi.Org/10.1136/Bmj.2.6045.1202-A

Putri, S. F. (2022). Hubungan Motivasi Dan Peran Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.*, 8–30.

Rinawati, S. (2021). *Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kepatuhan Pemakaian Alat Pelindung Diri Saat Melakukan Kemoterapi Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Darmo Surabay*. *10*.

Rohmah, A. (2016). Proksi Untuk Mengukur Tingkat Kepercayaan Dan Tingkat Motivasi Dalam Knowledge Sharing Mahasiswa Di Kelas Aplikasi Informasi Akuntansi. *Jurnal Bisnis Darmajaya*, *2*(1), 14–20.

Sampetoding, C. (2020). Karakteristik Dan Status Gizi Pasien Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Januari 2018 - Desember 2019. *Digilib.Unhas.Ac.Id*, 1–37.

Sari, D. M., Huda, N., & Utomo, W. (2018). Hubungan Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi Oral Di Poli Onkologo Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jompsik*, *5*(1), 342–351. Https://Jom.Unri.Ac.Id/Index.Php/Jompsik/Article/View/19070

Sayuti, M., & Nouva, N. (2019). Kanker Kolorektal. *Averrous: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, *5*(2), 76. Https://Doi.Org/10.29103/Averrous.V5i2.2082

Sobur, A. (2014). *Psikologi Umum*. Bandung : Pustaka Setia.

Suparyanto Dan Rosad. (2020). Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Mengenai Vaksinasi Covid-19 Dengan Motivasi Ibu Untuk Melaksanakan Vaksinasi Covid-19 Di Kelurahan Kampung Baru Puskesmas Buleleng 1. *Suparyanto Dan Rosad*, *5*(3), 248–253.

Surgery, C. C., Ablation, R. C., Cancer, C., Therapy, R., Systemic, C. C., Cancer, C., Therapy, T., Immunotherapy, C. C., & Common, C. C. (2020). Treating Colorectal Cancer. *American Cancer Society*, 1–52. Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Treating/By-Stage-Colon.Html

Syahidah. (2018). Kemoterapi Dan Efek Samping Kemoterapi. *Jurnal Ners Indonesia*. Repository.Unimus.Ac.Id/876/3/Bab Ii.Pdf

Syukuriyah, E. (2020). Hubungan Antara Spiritual Coping Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Kanker Serviks Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsup Dr.Kariadi Semarang. *Http://Repository.Unimus.Ac.Id/Id/Eprint/4377*, *51*(April), 2020. Https://Repository.Unimus.Ac.Id

Tarigan, A. P. (2014). *Dukungan Keluarga Dalam Upaya Rehabilitasi Pada Pasien Stroke Di Rsup H. Adam Malik*.

Uno, H. B. (2018). *Teori Motivasi Dan Pengukuranya*. Jakarta : Pt.Bumi Aksara.

Wicaksana, A., & Rachman, T. (2018). Laporan Kti Kanker Kolorectal. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.*, *3*(1), 10–27. Https://Medium.Com/@Arifwicaksanaa/Pengertian-Use-Case-A7e576e1b6bf

World Health Organization (Who). (2022). *Colorectal Cancer*.

Yanti Silaban, N., & Edisyah Putra Ritonga. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Untuk Sembuh Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsu. Imelda Pekerja Indonesia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, *7*(2), 157–163. Https://Doi.Org/10.52943/Jikeperawatan.V7i2.615

# Lampiran 1

**CURRICULUM VITAE**

NAMA : Nyalita Lufiandini

NIM : 2212040

Program Studi : S-1 Keperawatan

Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 28 April 1991

Agama : Islam

Email : [nyalita9191@gmail.com](mailto:nyalita9191@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. SD Muhammadiyah 18 Surabaya Tahun 1997 - 2003.

2.SMP Muhammadiyah 10 Surabaya Tahun 2003 - 2006.

3. SMA Negeri 3 Surabaya Tahun 2006 - 2009.

4. POLTEKKES KEMENKES

PRODI Keperawatan Seotomo Surabaya Tahun 2009 - 2012.

# Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

*"Kehidupan adalah proses pembelajaran bukan pertandingan, nikmati setiap prosesnya dengan rasa syukur dan kerendahan hati, tetap berusaha melakukan yang terbaik hingga mendapatkan hasil yang terbaik.*

Hasil karya yang sederhana ini akan saya persembahkan kepada:

1. Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta ridho-nya sehingga saya dimampukan untuk menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu.

2. Keluarga besar, Orang tua, Dan putri saya yang selalu memberi dukungan kepada

saya baik secara materi, waktu dan doanya.

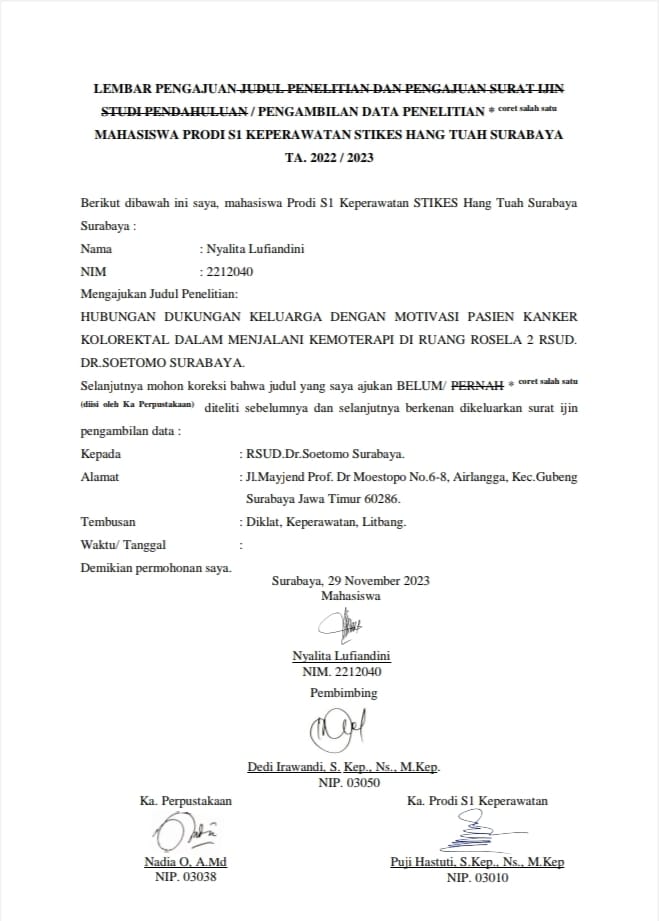
3. Pembimbing saya yang dengan sabar dan perhatian untuk memberi arahan serta memberikan motivasi untuk saya dalam penelitian dan penulisan skripsi ini.

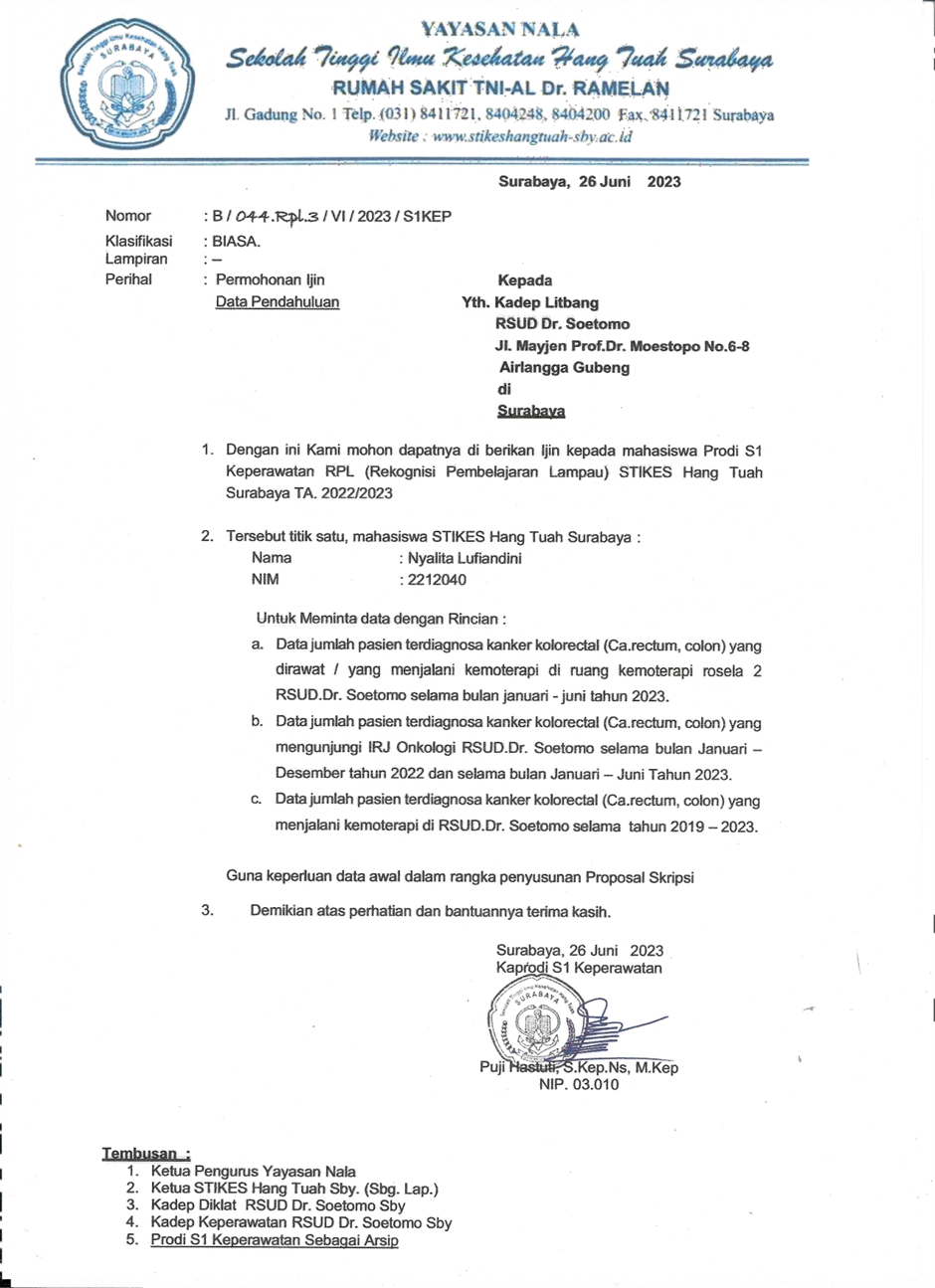
4. Kepala ruangan, beserta teman - teman yang berada di lingkungan tempat bekerja saya yang selalu memberikan dukungan, motivasi serta doa - doa terbaiknya untuk saya.

5.Teman seangkatan RPL S1 STIKES Hang Tuah Surabaya yang saling memberikan dukungan dan semangat serta semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini hingga selesai.

6. Semua responden yang telah bersedia dengan senang hati meluangkan waktunya untuk menjadi subyek dalam penelitian saya.

# Lampiran 3

**Lembar Pengajuan Surat Pengambilan Data Penelitian**

**Lembar Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian Dari Instansi**

**Surat Ijin Pengambilan Data Penelitian Dari Litbang**



**Sertifikat Laik Etik**



**Surat Persetujuan Ijin Penelitian**



# Lampiran 4

***Form Informed Consent***

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN** **(*Informed consent)***

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ……………………………………………………

Umur : ……………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………

Tlp / Email : ……………………………………………………

Sesudah mendengarkan penjelasan yang diberikan dan diberikan kesempatan untuk menanyakan yang belum dimengerti, dengan ini memberikan :

**PERSETUJUAN**

Mengikuti penelitian sebagai subyek penelitian dengan judul penelitian :

**“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya”**

Dan sewaktu-waktu saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya, ……………….. Yang Membuat Pernyataan,

(……………………………)

Saksi 1 Saksi 2

(……………………………) (………..……………………)

**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN   
*(Information For Concent)***

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Calon Responden Penelitian Di ruang rosela 2

Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi RPL S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien kanker kolorektal dalam menjalani kemoterapi di ruang Rosela 2 RSUD dr. Soetomo Surabaya?”

Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan akan menjelaskan” Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya” Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang saudara berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain.

Dalam penelitian ini partisiapsi saudara bersifat bebas, artinya saudara ikut atau tidak. Tidak ada sanksi apapun. Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan digunakan untuk kepentingan penelitian ini saja.

Sebagai bukti kesediaan saudara menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi saudara dalam mengisi kuisioner ini sangat saya hargai dan terlebih dahulu saya ucapkan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
| Yang Menjelaskan, | Yang Dijelaskan |
| Nyalita Lufiandini | Responden |

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN   
*(Inform Concent)***

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi RPL S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama :

Nama : Nyalita Lufiandini

NIM : 2212040

Yang Berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya”

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa:

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Kanker Kolorektal Dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Rosela 2 RSUD.Dr. Soetomo Surabaya”

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tanda tangan saya di bawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

|  |  |
| --- | --- |
| Tanggal |  |
| Nama Responden |  |
| Tanda Tangan |  |

# Lampiran 5

**JUDUL PENELITIAN**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI PASIEN KANKER KOLOREKTAL DALAM MENJALANI KEMOTERAPI DI RUANG ROSELA 2 RSUD.Dr. SOETOMO SURABAYA**

1. **DATA DEMOGRAFI**

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat dan teliti
2. Isi dan berikan tanda checklist (√) pada salah satu kotak yang tersedia dibawah ini sesuai dengan keadaan bapak/ibu.
3. Teliti ulang agar tidak ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.
4. No. Responden :
5. Inisial nama :
6. Status dalam keluarga :
7. Jenis kelamin

* Laki-laki
* Perempuan

1. Umur :

* 17 – 25 tahun
* 26 – 35 tahun
* 36 – 45 tahun
* 46 – 55 tahun
* 56 – 65 tahun
* ≥ 65 tahun

1. Agama :
2. Pendidikan :

* SD
* SMP
* SMA/SMK
* Sarjana
* Tidak Bersekolah

1. Status perkawinan :

* Menikah
* Janda/Duda
* Belum Menikah

1. Pekerjaan anda saat ini :

* PNS
* Wiraswasta
* Swasta
* Tidak bekerja/Pensiunan

1. Siklus kemoterapi:

* Siklus I
* Siklus II
* Siklus III
* Siklus IV
* Siklus V
* Siklus VI
* Siklus >VI

1. Stadium penyakit

* I
* II
* III
* IV

1. Keluarga yang selama ini merawat :

* Suami/istri
* Saudara
* Anak
* Ibu /Bapak

1. **Kuesioner Dukungan Keluarga**

Petunjuk pengisian

Bacalah beberapa pernyataan dibawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda *checklist* (√) pada kolom yang tersedia dengan keterangan sebagai berikut:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tidak Pernah (TP) | : bila tidak menerima dukungan dalam 1 minggu |
| 1. Jarang (J) | : bila menerima dukungan 1-2x dalam 1 minggu |
| 1. Kadang-kadang (KD) | : bila menerima dukungan 2-3x dalam 1 minggu |
| 1. Sering (SR) | : bila menerima dukungan 3-4x dalam 1 minggu |
| 1. Selalu (SL) | : bila menerima dukungan 5-6x dalam 1 minggu |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dukungan informasi** | **TP** | **J** | **KD** | **SR** | **SL** |
| 1. Keluarga selalu bersedia memberikan penjelasan kepada saya ketika saya ingin berbicara tentang penyakit saya. |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga memberi informasi untuk membantu saya memahami kondisi penyakit saya. |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga memberi saya nasihat yang bagus untuk memperbaiki kondisi kesehatan saya. |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga memberikan informasi untuk membatu saya mengatasi efek samping kemoterapi secara mandiri. |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga selalu memberikan saran yang positif kepada saya |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga menjadi tempat saya untuk menceritakan kekhawatiran |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga memberikan solusi untuk menangani masalah saya, dan saat ini adalah kemoterapi yang saya jalani |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga mengerti kondisi penyakit saya sepenuhnya |  |  |  |  |  |
| **Dukungan Instrumental** | **TP** | **J** | **KD** | **SR** | **SL** |
| 1. Keluarga membantu kegiatan saya selama terapi kemoterapi |
| 1. Keluarga menemani saya untuk menjalani teraapi kemoterapi |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga menyiapkan kebutuhan makan dan minum saya jika saya tidak dapat melakukannya sendiri |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga membantu aktivitas sehari-hari saya selama saya sakit seperti mandi, berpakaian, menyuapi makanan |  |  |  |  |  |
| **Dukungan Emosional** | **TP** | **J** | **KD** | **SR** | **SL** |
| 1. Keluarga mencintai dan menyayangi saya |
| 1. Keluarga membuat saya merasa dicintai dan tetap dihargai |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga selalu merangkul saya dalam kondisi apapun |  |  |  |  |  |
| **Dukungan Penghargaan** | **TP** | **J** | **KD** | **SR** | **SL** |
| 1. Keluarga selalu membuat suasana hati saya bahagia |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga berkumpul dengan saya untuk membuat saya rileks |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya |  |  |  |  |  |
| 1. Keluarga membiarkan saya tetap berkumpul dan bersosialisasi dengan lingkungan saya. |  |  |  |  |  |

1. **Kuesioner Motivasi**

Petunjuk pengisian

Bacalah beberapa pernyataan dibawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda *checklist* (√) pada kolom yang tersedia dengan keterangan sebagai berikut:

1. Sangat Tidak Setuju : STS

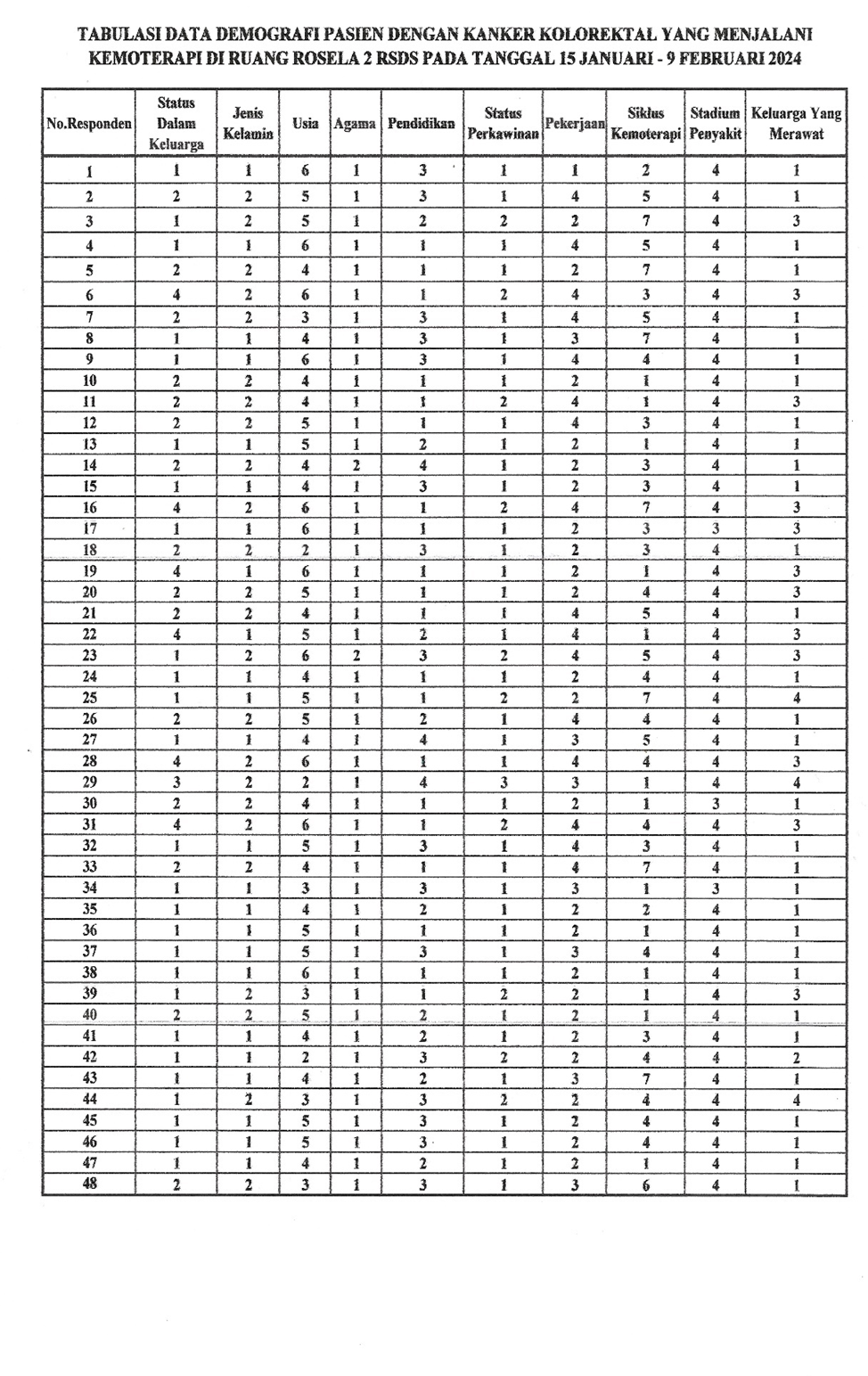
2. Tidak Setuju : TS

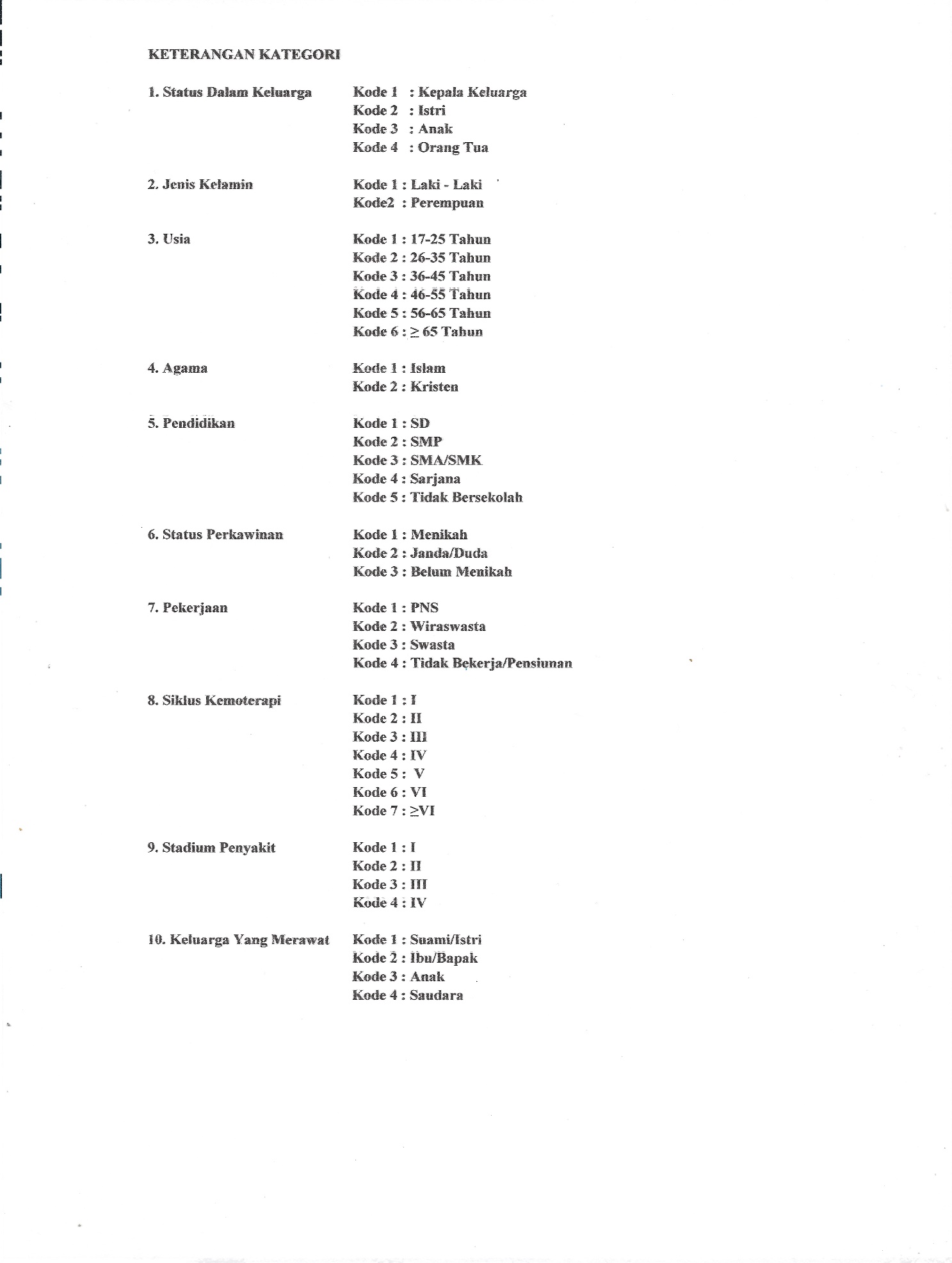
3. Setuju : S

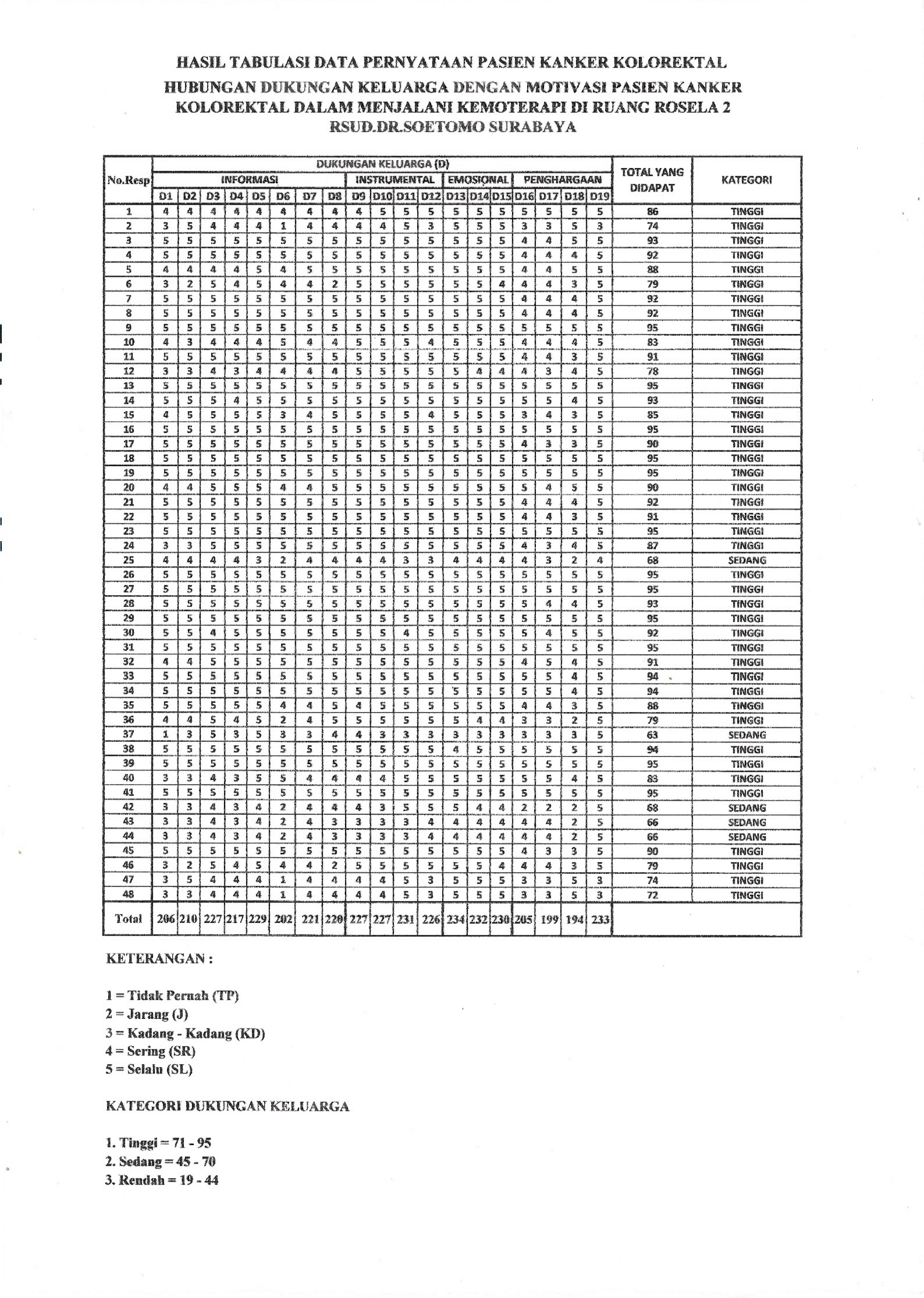
4. Sangat Setuju : SS

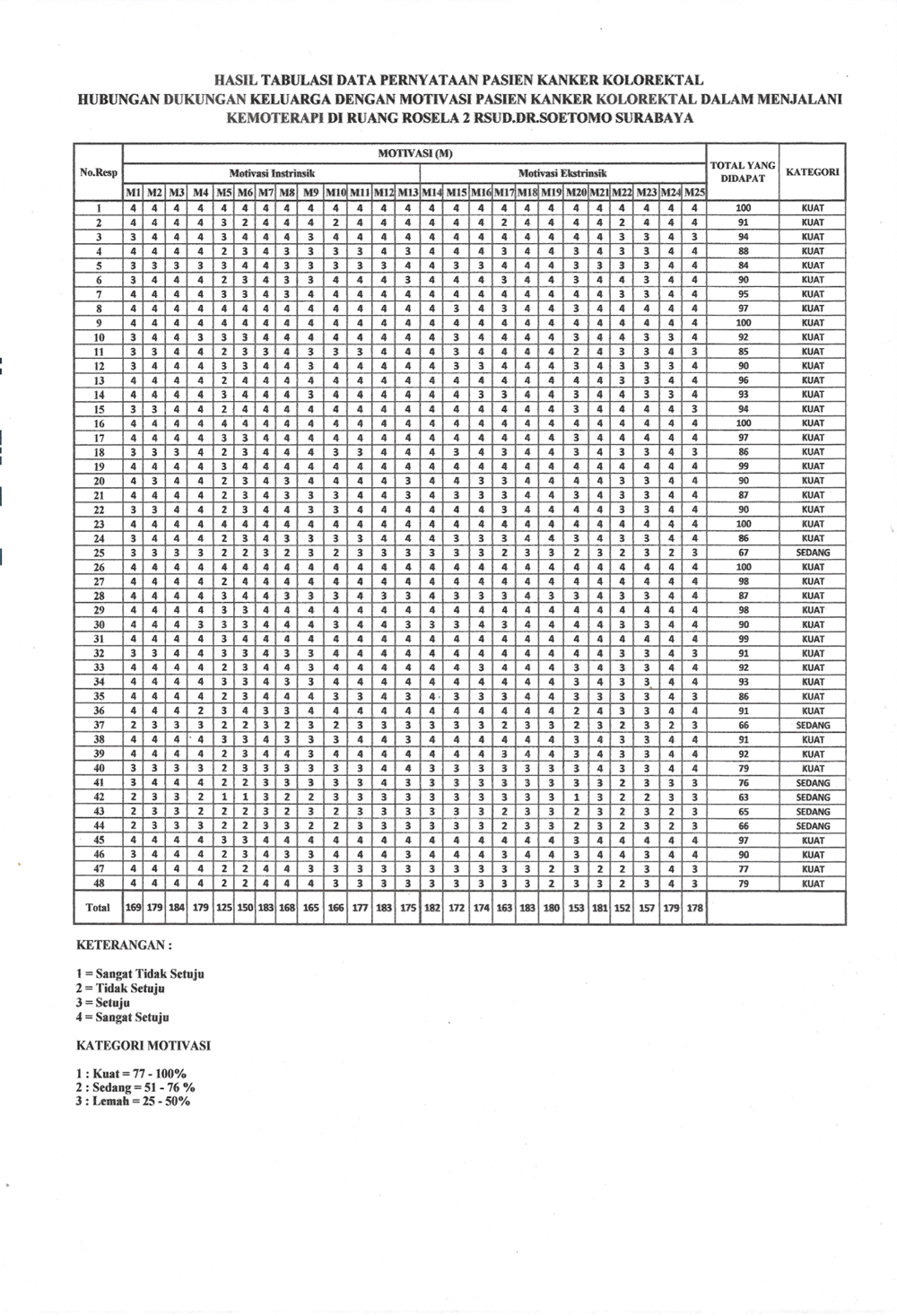
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERNYATAAN** | **STS** | **TS** | **S** | **SS** |
|  | **MOTIVASI INSTRINSIK** |  |  |  |  |
| 1. | Saya menjalani kemoterapi karena kemoterapi sangat bermanfaat sekali bagi saya. |  |  |  |  |
| 2. | Saya menjalani kemoterapi agar saya dapat sehat kembali dan saya ingin dapat bekerja seperti semula |  |  |  |  |
| 3. | Saya menjalani kemoterapi agar saya tetap bisa hidup lebih lama, bisa menjalani kehidupan bersama keluarga. |  |  |  |  |
| 4. | Saya harus mencoba semua cara agar saya sembuh, termasuk menjalani kemoterapi saat ini adalah usaha saya untuk mendapatkan kesembuhan. |  |  |  |  |
| 5. | Saya percaya bahwa pegobatan kanker yang saya derita hanya melalui pengobatan kemoterapi. |  |  |  |  |
| 6. | Saya menjalani kemoterapi karena saya membaca kisah dan mendengarkan cerita sesama penderita kanker yang sembuh setelah menjalani beberapa terapi kemoterapi. |  |  |  |  |
| 7. | Saya menjalani pengobatan kemoterapi karena saya tidak ingin menyerah pada penyakit kanker yang saya derita. |  |  |  |  |
| 8. | Saya memahami beberapa efek samping kemoterapi namun saya beranggapan bahwa semua pasti mampu saya melewatinya. |  |  |  |  |
| 9. | Saya siap menghadapi efek samping kemoterapi dan cara mengatasinya. |  |  |  |  |
| 10. | Saya berusaha selalu tepat waktu dalam menjalani kemoterapi. |  |  |  |  |
| 11. | Saya akan menjalani kemoterapi ini dengan baik karena saya ingin sembuh. |  |  |  |  |
| 12. | Saya berusahan makan dan meningkatkan asupan nutrisi saya untuk meningkatkan kesembuhan penyakit saya. |  |  |  |  |
| 13. | Saya akan mematuhi segala intruksi dokter dan perawat supaya saya cepat sembuh. |  |  |  |  |
|  | **MOTIVASI EKSTRINSIK** |  |  |  |  |
| 14. | Saya melakukan kemoterapi karena banyaknya dukungan yang diberikan oleh keluarga maupun teman-teman. |  |  |  |  |
| 15. | Dokter menyarankan saya untuk melakukan kemoterapi. |  |  |  |  |
| 16 | Saya akan mengikuti segala arahan yang diberikan oleh dokter dalam pengobatan penyakit saya. |  |  |  |  |
| 17 | Pada saat Kemoterapi dokter dan perawat selalu memperhatikan keluhan saya dan memberikan solusi terbaik. |  |  |  |  |
| 18. | Keluarga saya memberikan semangat kepada saya untuk menjalani kemoterapi. |  |  |  |  |
| 19. | Keluarga saya sangat mendukung saya untuk menjalani kemoterapi. |  |  |  |  |
| 20. | Keluarga saya menyediakan dana khusus bagi saya selama menjalani kemoterapi. |  |  |  |  |
| 21. | Agama yang saya anut mengajarkan saya untuk tidak putus asa dalam menghadapi segala ujian, termasuk penyakit yang saat ini. |  |  |  |  |
| 22. | Saya siap menerima segala resiko dalam menjalani pengobatan kemoterapi ini. |  |  |  |  |
| 23. | Saya menjalani kemoterapi karena perawat selalu mengingatkan jadwal kemoterapi. |  |  |  |  |
| 24. | Saya meyakini dengan pengobatan kemoterapi ini berarti saya sudah iktiar untuk mencari kesembuhan. |  |  |  |  |
| 25. | Saya optimis dengan pengobatan kemoterapi maka kanker yang ada dalam tubuh saya akan hilang. |  |  |  |  |

# Lampiran 6









|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **HASIL TABULASI DATA KHUSUS PASIEN KANKER KOLOREKTAL DI RUANG ROSELA 2 RSDS PADA TANGGAL 15 JANUARI - 9 FEBRUARI 2024** | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **No.Responden** | **Dukungan Keluarga** | **Motivasi** |  | **No.Responden** | **Dukungan Keluarga** | **Motivasi** |  | | |  |  | | | **1** | **1** | **1** |  | **26** | **1** | **1** |  | | | **2** | **1** | **1** |  | **27** | **1** | **1** |  | | | **3** | **1** | **1** |  | **28** | **1** | **1** |  | | | **4** | **1** | **1** |  | **29** | **1** | **1** |  | | | **5** | **1** | **1** |  | **30** | **1** | **1** |  | | | **6** | **1** | **1** |  | **31** | **1** | **1** |  | | | **7** | **1** | **1** |  | **32** | **1** | **1** |  | | | **8** | **1** | **1** |  | **33** | **1** | **1** |  | | | **9** | **1** | **1** |  | **34** | **1** | **1** |  | | | **10** | **1** | **1** |  | **35** | **1** | **1** |  | | | **11** | **1** | **1** |  | **36** | **1** | **1** |  | | | **12** | **1** | **1** |  | **37** | **2** | **2** |  | | | **13** | **1** | **1** |  | **38** | **1** | **1** |  | | | **14** | **1** | **1** |  | **39** | **1** | **1** |  | | | **15** | **1** | **1** |  | **40** | **1** | **1** |  | | | **16** | **1** | **1** |  | **41** | **1** | **2** |  | | | **17** | **1** | **1** |  | **42** | **2** | **2** |  | | | **18** | **1** | **1** |  | **43** | **2** | **2** |  | | | **19** | **1** | **1** |  | **44** | **2** | **2** |  | | | **20** | **1** | **1** |  | **45** | **1** | **1** |  | | | **21** | **1** | **1** |  | **46** | **1** | **1** |  | | | **22** | **1** | **1** |  | **47** | **1** | **1** |  | | | **23** | **1** | **1** |  | **48** | **1** | **1** |  | | | **24** | **1** | **1** |  |  |  |  |  | | | **25** | **2** | **2** |  |  |  |  |  | |   **Keterangan :**  **Dukungan Keluarga Motivasi**  1 = Tinggi 1 = Kuat  2 = Sedang 2 = Sedang  3 = Lemah 3 = Lemah Lampiran 7 **FREKUENSI DATA UMUM**  **Statistik**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | Status Dalam Keluarga | Jenis Kelamin | Usia(tahun) | Agama | Pendidikan Terakhir | Status Perkawinan | Pekerjaan Saat Ini | Siklus Kemoterapi | Stadium Penyakit | Keluarga Yang Merawat | | N | Valid | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Dalam Keluarga** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Kepala Keluarga | 26 | 54.2 | 54.2 | 54.2 |
| Istri | 15 | 31.3 | 31.3 | 85.4 |
| Anak | 1 | 2.1 | 2.1 | 87.5 |
| Orang Tua | 6 | 12.5 | 12.5 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Laki-Laki | 24 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| Perempuan | 24 | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usia** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 26-35 Tahun | 3 | 6.3 | 6.3 | 6.3 |
| 36-45 Tahun | 5 | 10.4 | 10.4 | 16.7 |
| 46-55 Tahun | 15 | 31.3 | 31.3 | 47.9 |
| 56-65 Tahun | 14 | 29.2 | 29.2 | 77.1 |
| ≥ 65 tahun | 11 | 22.9 | 22.9 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agama** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Islam | 46 | 95.8 | 95.8 | 95.8 |
| Kristen | 2 | 4.2 | 4.2 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pendidikan Terakhir** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | SD | 20 | 41.7 | 41.7 | 41.7 |
| SMP | 9 | 18.8 | 18.8 | 60.4 |
| SMA/SMK | 16 | 33.3 | 33.3 | 93.8 |
| Sarjan | 3 | 6.3 | 6.3 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Perkawinan** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Menikah | 37 | 77.1 | 77.1 | 77.1 |
| Janda/Duda | 10 | 20.8 | 20.8 | 97.9 |
| Belum Menikah | 1 | 2.1 | 2.1 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pekerjaan Saat Ini** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | PNS | 1 | 2.1 | 2.1 | 2.1 |
| Wiraswasta | 24 | 50.0 | 50.0 | 52.1 |
| Swasta | 7 | 14.6 | 14.6 | 66.7 |
| Pensiunan/Tidak Bekerja | 16 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siklus Kemoterapi** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | I | 13 | 27.1 | 27.1 | 27.1 |
| II | 2 | 4.2 | 4.2 | 31.3 |
| III | 8 | 16.7 | 16.7 | 47.9 |
| IV | 11 | 22.9 | 22.9 | 70.8 |
| V | 6 | 12.5 | 12.5 | 83.3 |
| VI | 1 | 2.1 | 2.1 | 85.4 |
| >VI | 7 | 14.6 | 14.6 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stadium Penyakit** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Stadium III | 3 | 6.3 | 6.3 | 6.3 |
| Stadium IV | 45 | 93.8 | 93.8 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Keluarga Yang Merawat** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Suami/Istri | 32 | 66.7 | 66.7 | 66.7 |
| Orang Tua | 1 | 2.1 | 2.1 | 68.8 |
| Anak | 12 | 25.0 | 25.0 | 93.8 |
| Saudara | 3 | 6.3 | 6.3 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

**FREKUENSI DATA KHUSUS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | |
|  | | Kategori Dukungan Keluarga | Kategori Motivasi Pasien |
| N | Valid | 48 | 48 |
| Missing | 0 | 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategori Dukungan Keluarga** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Tinggi | 43 | 89.6 | 89.6 | 89.6 |
| Sedang | 5 | 10.4 | 10.4 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategori Motivasi Pasien** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Kuat | 42 | 87.5 | 87.5 | 87.5 |
| Sedang | 6 | 12.5 | 12.5 | 100.0 |
| Total | 48 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstabulation Dukungan keluarga**  **Status Dalam Keluarga \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |
| Status Dalam Keluarga | Kepala Keluarga | Count | 21 | 5 | 26 |
| % within Status Dalam Keluarga | 80.8% | 19.2% | 100.0% |
| Istri | Count | 15 | 0 | 15 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Anak | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Orang Tua | Count | 6 | 0 | 6 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Status Dalam Keluarga | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |
| Jenis Kelamin | Laki-Laki | Count | 20 | 4 | 24 |
| % within Jenis Kelamin | 83.3% | 16.7% | 100.0% |
| Perempuan | Count | 23 | 1 | 24 |
| % within Jenis Kelamin | 95.8% | 4.2% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Jenis Kelamin | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agama \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |
| Agama | Islam | Count | 41 | 5 | 46 |
| % within Agama | 89.1% | 10.9% | 100.0% |
| Kristen | Count | 2 | 0 | 2 |
| % within Agama | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Agama | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usia \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |
| Usia | 26-35 Tahun | Count | 2 | 1 | 3 |
| % within Usia | 66.7% | 33.3% | 100.0% |
| 36-45 Tahun | Count | 4 | 1 | 5 |
| % within Usia | 80.0% | 20.0% | 100.0% |
| 46-55 Tahun | Count | 14 | 1 | 15 |
| % within Usia | 93.3% | 6.7% | 100.0% |
| 56-65 Tahun | Count | 12 | 2 | 14 |
| % within Usia | 85.7% | 14.3% | 100.0% |
| ≥ 65 tahun | Count | 11 | 0 | 11 |
| % within Usia | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Usia | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pendidikan Terakhir \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |  |
| Pendidikan Terakhir | SD | Count | 19 | 1 | 20 |
| % within Pendidikan Terakhir | 95.0% | 5.0% | 100.0% |
| SMP | Count | 8 | 1 | 9 |
| % within Pendidikan Terakhir | 88.9% | 11.1% | 100.0% |
| SMA/SMK | Count | 13 | 3 | 16 |
| % within Pendidikan Terakhir | 81.3% | 18.8% | 100.0% |
| Sarjan | Count | 3 | 0 | 3 |
| % within Pendidikan Terakhir | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Pendidikan Terakhir | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Perkawinan \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |  |
| Status Perkawinan | Menikah | Count | 35 | 2 | 37 |
| % within Status Perkawinan | 94.6% | 5.4% | 100.0% |
| Janda/Duda | Count | 7 | 3 | 10 |
| % within Status Perkawinan | 70.0% | 30.0% | 100.0% |
| Belum Menikah | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Status Perkawinan | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Status Perkawinan | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pekerjaan Saat Ini \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |  |
| Pekerjaan Saat Ini | PNS | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Wiraswasta | Count | 21 | 3 | 24 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| Swasta | Count | 5 | 2 | 7 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 71.4% | 28.6% | 100.0% |
| Pensiunan/Tidak Bekerja | Count | 16 | 0 | 16 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siklus Kemoterapi \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |  |
| Siklus Kemoterapi | I | Count | 13 | 0 | 13 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| II | Count | 2 | 0 | 2 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| III | Count | 8 | 0 | 8 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| IV | Count | 8 | 3 | 11 |
| % within Siklus Kemoterapi | 72.7% | 27.3% | 100.0% |
| V | Count | 6 | 0 | 6 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| VI | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| >VI | Count | 5 | 2 | 7 |
| % within Siklus Kemoterapi | 71.4% | 28.6% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Siklus Kemoterapi | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stadium Penyakit \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | | Total |
| Tinggi | Sedang |  | |
| Stadium Penyakit | Stadium III | Count | 3 | 0 | 3 | |
| % within Stadium Penyakit | 100.0% | 0.0% | 100.0% | |
| Stadium IV | Count | 40 | 5 | 45 | |
| % within Stadium Penyakit | 88.9% | 11.1% | 100.0% | |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 | |
| % within Stadium Penyakit | 89.6% | 10.4% | 100.0% | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Keluarga Yang Merawat \* Kategori Dukungan Keluarga Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Total |
| Tinggi | Sedang |
| Keluarga Yang Merawat | Suami/Istri | Count | 30 | 2 | 32 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 93.8% | 6.3% | 100.0% |
| Orang Tua | Count | 0 | 1 | 1 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Anak | Count | 12 | 0 | 12 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Saudara | Count | 1 | 2 | 3 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| Total | | Count | 43 | 5 | 48 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 89.6% | 10.4% | 100.0% |

**Crosstabulation Motivasi Pasien**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Dalam Keluarga \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Status Dalam Keluarga | Kepala Keluarga | Count | 20 | 6 | 26 |
| % within Status Dalam Keluarga | 76.9% | 23.1% | 100.0% |
| Istri | Count | 15 | 0 | 15 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Anak | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Orang Tua | Count | 6 | 0 | 6 |
| % within Status Dalam Keluarga | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Status Dalam Keluarga | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usia \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Usia | 26-35 Tahun | Count | 2 | 1 | 3 |
| % within Usia | 66.7% | 33.3% | 100.0% |
| 36-45 Tahun | Count | 4 | 1 | 5 |
| % within Usia | 80.0% | 20.0% | 100.0% |
| 46-55 Tahun | Count | 13 | 2 | 15 |
| % within Usia | 86.7% | 13.3% | 100.0% |
| 56-65 Tahun | Count | 12 | 2 | 14 |
| % within Usia | 85.7% | 14.3% | 100.0% |
| ≥ 65 tahun | Count | 11 | 0 | 11 |
| % within Usia | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Usia | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Jenis Kelamin | Laki-Laki | Count | 19 | 5 | 24 |
| % within Jenis Kelamin | 79.2% | 20.8% | 100.0% |
| Perempuan | Count | 23 | 1 | 24 |
| % within Jenis Kelamin | 95.8% | 4.2% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Jenis Kelamin | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agama \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Agama | Islam | Count | 40 | 6 | 46 |
| % within Agama | 87.0% | 13.0% | 100.0% |
| Kristen | Count | 2 | 0 | 2 |
| % within Agama | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Agama | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pendidikan Terakhir \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Pendidikan Terakhir | SD | Count | 19 | 1 | 20 |
| % within Pendidikan Terakhir | 95.0% | 5.0% | 100.0% |
| SMP | Count | 7 | 2 | 9 |
| % within Pendidikan Terakhir | 77.8% | 22.2% | 100.0% |
| SMA/SMK | Count | 13 | 3 | 16 |
| % within Pendidikan Terakhir | 81.3% | 18.8% | 100.0% |
| Sarjan | Count | 3 | 0 | 3 |
| % within Pendidikan Terakhir | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Pendidikan Terakhir | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Perkawinan \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Status Perkawinan | Menikah | Count | 34 | 3 | 37 |
| % within Status Perkawinan | 91.9% | 8.1% | 100.0% |
| Janda/Duda | Count | 7 | 3 | 10 |
| % within Status Perkawinan | 70.0% | 30.0% | 100.0% |
| Belum Menikah | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Status Perkawinan | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Status Perkawinan | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pekerjaan Saat Ini \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Pekerjaan Saat Ini | PNS | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Wiraswasta | Count | 20 | 4 | 24 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 83.3% | 16.7% | 100.0% |
| Swasta | Count | 5 | 2 | 7 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 71.4% | 28.6% | 100.0% |
| Pensiunan/Tidak Bekerja | Count | 16 | 0 | 16 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Pekerjaan Saat Ini | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siklus Kemoterapi \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Siklus Kemoterapi | I | Count | 13 | 0 | 13 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| II | Count | 2 | 0 | 2 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| III | Count | 7 | 1 | 8 |
| % within Siklus Kemoterapi | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| IV | Count | 8 | 3 | 11 |
| % within Siklus Kemoterapi | 72.7% | 27.3% | 100.0% |
| V | Count | 6 | 0 | 6 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| VI | Count | 1 | 0 | 1 |
| % within Siklus Kemoterapi | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| >VI | Count | 5 | 2 | 7 |
| % within Siklus Kemoterapi | 71.4% | 28.6% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Siklus Kemoterapi | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stadium Penyakit \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Stadium Penyakit | Stadium III | Count | 3 | 0 | 3 |
| % within Stadium Penyakit | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Stadium IV | Count | 39 | 6 | 45 |
| % within Stadium Penyakit | 86.7% | 13.3% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Stadium Penyakit | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Keluarga Yang Merawat \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Keluarga Yang Merawat | Suami/Istri | Count | 29 | 3 | 32 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 90.6% | 9.4% | 100.0% |
| Orang Tua | Count | 0 | 1 | 1 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Anak | Count | 12 | 0 | 12 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Saudara | Count | 1 | 2 | 3 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Keluarga Yang Merawat | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstabulation Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien**  **Case Processing Summary** | | | | | | |
|  | Cases | | | | | |
| Valid | | Missing | | Total | |
| N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kategori Dukungan Keluarga \* Kategori Motivasi Pasien | 48 | 100.0% | 0 | 0.0% | 48 | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategori Dukungan Keluarga \* Kategori Motivasi Pasien Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kategori Motivasi Pasien | | Total |
| Kuat | Sedang |
| Kategori Dukungan Keluarga | Tinggi | Count | 42 | 1 | 43 |
| % within Kategori Dukungan Keluarga | 97.7% | 2.3% | 100.0% |
| Sedang | Count | 0 | 5 | 5 |
| % within Kategori Dukungan Keluarga | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 42 | 6 | 48 |
| % within Kategori Dukungan Keluarga | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

# Lampiran 8

**Hasil Uji Spearman**

**Nonparametric Correlations**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Kategori Dukungan Keluarga | | Kategori Motivasi Pasien | |
| Spearman's rho | Kategori Dukungan Keluarga | Correlation Coefficient | | 1.000 | | .902\*\* | |
| Sig. (2-tailed) | | . | | .000 | |
| N | | 48 | | 48 | |
| Kategori Motivasi Pasien | Correlation Coefficient | | .902\*\* | | 1.000 | |
| Sig. (2-tailed) | | .000 | | . | |
| N | | 48 | | 48 | |
| \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | | | | |