

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Hubungan Tingkat Stress Terhadap Kuliatas Hidup Pada Pasien
Kanker Ginokologi Di RSIA Putri Surabaya**

TIM PENGUSUL

Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep (0715108601)

Siti Aisyah, S.Kep., Ns., M.Kes (0717078101)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2017/2018

LEMBAR PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Stress Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker Ginekologi Di RSIA Putri Surabaya

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 10.000.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep

b. NIDN/NIDK : 0715108601

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 081332308779

f. Alamat Email : fathiya@i2dot.net

Anggota Peneliti 1

a. Nama Lengkap : Siti Aisyah, S.Kep., Ns., M.Kes

b. NIDN : 0717078101

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2

a. Nama mahasiswa : Muhammad Zaki

b. NIM : 20141660040

Anggota Peneliti 3

a. Nama mahasiswa : Illa Mata'ul Syadah

b. NIM : 20141660042

Surabaya, 20 Juni 2018

Mengetahui,

Ketua Peneliti



Dekan/Ketua

Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011



Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0715108601



Menyetujui,
Ketua L.P/LPPM

Dr. Sujinah, M.Pd
NIK.01202196590004

DAFTAR ISI

SKRIPSI	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	i
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
BAB 2	4
TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Pengertian Kanker	4
2.1.1 Jenis- jenis kanker ginekologi.....	5
2.2 Stres	18
2.2.1 Pengertian Stres	18
2.2.2 Penyebab Stres.....	19
2.2.3 Tanda dan Gejala Stres.....	20
2.2.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi stres	21
2.2.5 Tingkat Stres.....	21
2.2.6 Pengukuran Tingkat Stres.....	22
2.3 Kualitas Hidup.....	23
2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup.....	23
2.3.2 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup.....	24
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	26
2.4 Kerangka Konseptual.....	31
2.5. Hipotesis Penelitian.	31
TUJUAN DAN MANFAAT	32
3.1 Tujuan Penelitian.....	32
3.1.1 Tujuan Umum	32
3.1.2 Tujuan Khusus.	32
3.2 Manfaat Penelitian.	32

3.2.1	Manfaat Teoritis	32
3.2.2	Manfaat Praktis	32
BAB 4	33
METODE PENELITIAN	33
4.1	Desain penelitian.	33
4.2	Kerangka Operasional.....	33
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling	35
4.3.1	Populasi	35
4.3.2	Sampel.....	35
4.3.3	Sampling.....	36
4.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.	37
4.4.1	Variabel Independen (Variabel Bebas)	37
4.4.2	Variabel Dependen (Terikat)	37
4.4.3	Definisi Operasional.....	37
4.5	Pengumpulan dan Analisis Data.....	38
4.5.1	Instrumen.	38
4.5.2	Lokasi Penelitian.....	39
4.5.3	Prosedur Pengumpulan Data	39
4.5.4	Analisis Data.....	40
4.6	Etik Penelitian	42
4.6.1	<i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan)	42
4.6.2	<i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	42
4.6.3	<i>Confidentially</i> (Kerahasiaan)	43
4.6.4	<i>Benefience dan Non Maleficence.</i> (Berbuat baik dan Tidak Merugikan)	43
4.6.5	<i>Justice</i> (Keadilan)	43
4.7	Keterbatasan.	43
BAB 5	44
HASIL DAN PEMBAHASAN	44
5.1	Hasil Penelitian.....	44
5.1.1	Data Umum.....	44
5.1.2	Data Khusus.....	47
5.2	Pembahasan.....	49
5.2.1	Tingkat Stres pada Pasien Kanker Ginekologi.	49

5.2.2 Kualitas Hidup pada pasien Kanker Ginekologi.....	51
5.2.3 Hubungan Tingkat Stres dengan Kualitas Hidup pada pasien Kanker Ginekologi di RSIA Putri.....	52
BAB 6	55
RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	55
6.1 Rencana Jangka Pendek.....	55
6.1 Rencana Jangka Panjang.....	55
BAB 7	56
SIMPULAN DAN SARAN	56
7.1 Simpulan	56
7.2 Saran.	56
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN	60
Lampiran 1 Laporan Keuangan Penelitian	60
Lampiran 2 Jadwal Pelaksanaan Penelitian	61

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT STRES DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN KANKER GINEKOLOGI DI RSIA PUTRI SURABAYA

Oleh : Neny Oktiningtiyas

Pendahuluan : Tingkat stress bisa sangat mempengaruhi kualitas hidup individu baik yang sehat maupun yang sedang sakit. Pada wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi, stres sering di temukan pada penderita yang terdiagnosa di awal penyakit dan berlanjut selama pengobatan. Dampak stres pada penderita kanker ginekologi bisa mempengaruhi fisik, psikis, sosial, dan lingkungan. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi tingkat stres dan kualitas hidup penderita kanker ginekologi, menganalisa hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya. **Metode:** analitik korelasi dengan pendekatan *Cross Sectional*. Diperoleh 50 sampel pasien kanker ginekologi pada bulan oktober –desember 2019 dengan teknik *purposive sampling*. Menggunakan instrumen penelitian kuisisioner DASS 42 dan WHOQOL-BREF. **Hasil:** Uji statistik dengan *Spearman Rho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi dengan nilai sigifikansi sebesar $0.001 < \alpha < 0,05$. **Diskusi dan kesimpulan:** hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi dengan koefisien korelasi sebesar $+0,474^{**}$ dengan arah hubungan yang positif, dimana variabel bebas naik, variabel terikat juga naik.

Kata kunci : tingkat stres, kualitas hidup, kanker ginekologi.

ABSTRACT

THE CORRELATIONS BETWEEN STRESS LEVEL AND LIFE QUALITY IN GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS IN RSIA PUTRI SURABAYA

By: Neny Oktiningtyas 20181660005

Introduction: Stress levels can greatly affect the quality of life of individuals both healthy and sick. In women diagnosed with gynecological cancer, stress is often found in patients diagnosed early in the disease and continues during treatment. The impact of stress on gynecological cancer sufferers can affect the physic, psychologic, socity, and environment. The purpose of this study was to identify stress levels and quality of life for gynecological cancer sufferers, to analyze the relationship between stress levels and quality of life in gynecological cancer patients at RSIA Putri Surabaya. Method: correlation analytic with the Cross Sectional approach. 50 samples of gynecological cancer patients were obtained in October-December 2019 with a purposive sampling technique. Using the DASS 42 and WHOQOL-BREF questionnaire research instruments. Results: Statistical tests with Spearman Rho showed that there was a correlation between stress levels and quality of life in gynecological cancer patients with a significance value of $0.001 < \alpha 0.05$. Discussion and conclusion: the results showed that the correlation between stress levels and quality of life in gynecological cancer patients with a correlation coefficient of + 0.474 ** with a positive relationship direction, where the independent variable rises, the dependent variable also rises.

Keywords: stress level, quality of life, gynecological cancer.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tingkat stress bisa sangat mempengaruhi kualitas hidup individu baik yang sehat maupun yang sedang sakit. Pada wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi, stres sering di temukan pada penderita yang terdiagnosa di awal penyakit dan berlanjut selama pengobatan. Dampak stres pada penderita kanker ginekologi bisa mempengaruhi fisik, psikis, sosial, dan lingkungan. Jika tubuh masih dapat mempertahankan keseimbangan maka kehidupan biologis akan berlanjut secara fisiologis dan sebaliknya yang terjadi adalah patologis yang membutuhkan bantuan pengobatan, baik secara farmakologis maupun non farmakologis (Purba, 2011). Stres menyebabkan supresi sistem imun, hal ini mengakibatkan resiko terserang penyakit lebih besar. Juga dapat memperbesar kemungkinan kejadian penyakit autoimunitas, hal tersebut disebabkan oleh peningkatan sekresi glucocortikoid yang mensupresi aktivitas sistem imun (Notosoedirjo, 2011).

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada tahun 2018 Angka kejadian penyakit kanker di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) berada pada urutan 8 di Asia Tenggara, sedangkan di Asia urutan ke 23. Angka kejadian kanker untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk yang diikuti kanker leher rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk. Data Riskesdas tahun 2018 prevalensi tumor/kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada .Prevalensi kanker tertinggi adalah di provinsi DI Yogyakarta 4,86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2,47 79 per 1000 penduduk dan Gorontalo 2,44 per 1000 penduduk. Data dari Riskesdas tahun 2013, Provinsi Jawa Timur menempati pravalensi kanker urutan ke 11 yaitu 1,6 per 1000 penduduk di Indonesia dan kanker serviks menempati pravalensi kanker serviks ke 15 di Indonesia yaitu 21.313 kasus. Data dari rekam medis di RSIA Putri, tercatat ada 17 pasien di bulan September yang

terdiagnosa kanker ginekologi yang menjalani kemoterapi. Dan 10 pasien terdiagnosa kanker ginekologi yang datang di RSIA Putri Surabaya untuk melakukan operasi maupun yang akan kemoterapi, dari data anamnesis mengatakan bahwa semenjak mengetahui bahwa dirinya harus diterapi karena kanker ginekologi, pasien mengaku cemas, tidak bisa tidur, tidur terbangun dan sering menangis sendiri dan 8 pasien setelah terdiagnosa kanker ginekologi dan menjalani terapi kemoterapi kualitas hidupnya menurun yang disebabkan aktifitasnya menjadi terbatas dan perubahan fisik yang merupakan efek kemoterapi membuat pasien kanker ginekologi menjadi mudah lelah, malu, dan sering membutuhkan pelayanan medis. Menurut penelitian yang dilakukan Widiyono et al. (2017) menyatakan bahwa 34,4% pasien kanker di Indonesia mengalami depresi (Tingkat Depresi pada pasien Kanker, Pilot Study 2017). Widiyono et al. (2017) mengemukakan pasien kanker 25,71% mengalami depresi ringan, 45,71% mengalami depresi sedang, dan 28,58% mengalami depresi berat. Sedangkan Stefford et al (2015) mengemukakan selama 2 tahun terdiagnosa kanker, penderita wanita yang mengalami tingkat kecemasan sebanyak 18,1% dan mengalami depresi sebanyak 33,3%. Kualitas hidup dan toksikologi terkait kemoterapi pada pasien kanker ginekologi adalah merasakan kekhawatiran utama yang diungkapkan pasien kanker ginekologi adalah kelelahan 79,8%, gejala gastro intestinal 64,6%, nyeri neuropati 54,5%, tekanan emosional 45,5% yang memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup pasien kanker ginekologi (Eran Ben-Arye et al, 2015)

Setiap individu mempunyai persepsi dan respons yang berbeda terhadap suatu rangsang atau stressor. Stressor bisa memicu seseorang untuk lebih maju, di tingkat biomolekuler stressor dapat merangsang neurogenesis. Di lain pihak stressor dapat mengakibatkan depresi atau kematian sel (Yudiarto, 2011).

Stres mempengaruhi hipotalamus yang banyak melepaskan glukokortikoid selanjutnya ditransportasi melalui pembuluh darah yang kemudian akan mempengaruhi hipofise sehingga hipofise mengekspresikan ACTH (*adrenal cortico tropic hormone*) yang akhirnya memengaruhi kelenjar adrenal, dimana kelenjar ini akan menghasilkan hormon kortisol (Nursalam, 2011). Hormon kortisol ini meningkatkan kadar gula dalam darah yang utamanya digunakan otak untuk berpikir dan mengatur, selain itu kortisol juga untuk mengatur sistem kekebalan

tubuh ,proses metabolisme, reproduksi dan pertumbuhan. Dari hasil penelitian terdahulu tentang bagaimana pengaruh stress, penulis berpendapat bahwa pengaruh stres terhadap kesehatan tubuh, akan membuat manusia sehat menjadi sakit, terlebih pada wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi. Jelas hal ini akan sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kecemasan yang dialami seorang wanita tentang gambaran dirinya, kehidupan dirinya sendiri di masa depannya dan masa depan orang-orang disekitarnya, menjadi pemicu stressor dari faktor internal. Kemudian dari faktor external adalah terapi kanker yaitu operasi, chemoterapi bahkan radioterapi akan menjadi stressor kimia yang juga akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi akan mendapatkan stressor dari internal maupun external yang akan sangat mempengaruhi kualitas hidupnya dan jelas akan mempengaruhi kesehatannya.

Pasien kanker ginekologi mengalami kesulitan yang signifikan yang akan berdampak pada kualitas hidup. Perawatan yang optimal membutuhkan pemahaman tentang kualitas hidup yang baik dan kebutuhan perawatan yang mendukung. Menghargai kualitas hidup dan kebutuhan dapat memfasilitasi pengembangan pelayanan khusus di sesuaikan dengan kebutuhan pasien kanker ginekologi (Obgyn and Reproduction week, 2019). Oleh karena itu wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi harus bisa mengontrol kualitas hidupnya. Dua cara untuk meningkatkan kualitas hidup, diindikasikan dapat berkontribusi untuk mengatasi mood negatif kualitas hidup yaitu konfrontasi dan penerimaan, mendapatkan perhatian yang cukup besar. Penerimaan dianggap sebagai strategi untuk mengatasi peristiwa negatif yang tidak berubah atau tidak terkendali (Yaping He et al, 2019).

1.2 Rumusan Masalah

Setelah melihat paparan di atas , maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah tentang hubungan tingkat stress dengan kualitas hidup pasien pada penderita kanker ginekologi dengan rumusan masalah : adakah hubungan tingkat stress terhadap kualitas hidup penderita kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Kanker

Kanker terjadi karena ada kerusakan atau informasi protoonkogen dan supresor gen sehingga terjadi perubahan dalam cetakan protein dari yang telah di programkan semula yang mengakibatkan timbulnya sel kanker (Rasjidi, 2010). Faktor resiko kanker dibagi menjadi kategori mayor dan minor . Beberapa faktor resiko telah ditemukan (Rasjidi,2010) :

1. Penggunaan tembakau.
2. Nutrisi.
3. Faktor genetik
4. Hormon
5. Infeksi.
6. Sinar radioaktif
7. Sinar ultraviolet

Faktor prognosa kanker dikelompokkan menjadi 3 grup yaitu,ada 3 faktor utama yaitu

1. Faktor prognosis yang berkaitan dengan penderita seperti umur, kelamin, suku bangsa, genetik, status umum,status penampilan, imunitas, co morbilitas, lingkungan hidup,sosial ekonomi dan gizi.
2. Faktor prognosis yang berkaitan dengan tumor seperti stadium,derajat keganasan,morfologi/patologi, topografi/jenis kanker,petanda tumor, reseptor hormon, lokasi dan luas penyebaran, luas ekstensi tumor,multisentrisitas,komplikasi kanker, dan radio/kemo sensitivitas.
3. Faktor prognosis yang berkaitan dengan terapi, seperti :
 - 1) Macam terapi yang diberikan.
 - 2) Lengkap tidaknya rencana terapi yang diberikan
 - 3) Radikalitas operasi
 - 4) Responsif terhadap terapi
 - 5) Fasilitas terapi yang ada

- 6) Keahlian dokter yang merawat
- 7) Kerjasama tim multidisipliner

2.1.1 Jenis- jenis kanker ginekologi.

Kanker ginekologi merupakan salah satu jenis kanker yang sering terjadi pada wanita setelah kanker payudara, kanker usus besar dan kanker paru.

Kanker ginekologi adalah sekelompok penyakit yang berkembang di organ reproduksi wanita, seperti vulva, vagina, leher rahim, rahim, ovarium, Kanker ginekologi dinamai setelah organ di mana sel-sel kanker itu terbentuk. Hingga kini penyebab beberapa kanker masih belum jelas. Berbagai jenis kanker memiliki kekhasan masing-masing dan di pengaruhi oleh usia, jenis kelamin, etnis, pola hidup, latar belakang genetik, dan berbagai faktor lain (Rasjidi,2011)

2.1.1.1 Kanker serviks

Karsiogenesis pada kanker serviks dimulai sejak masuknya HPV (Human Papilloma Virus) sebagai faktor inisiator terjadinya gangguan sel serviks. (Imam Rasjidi,2010). Kanker serviks disebut kanker mulut rahim atau kanker leher rahim adalah kanker terbanyak kelima pada wanita di seluruh dunia. Faktor yang berhubungan dengan kanker mulut rahim ini adalah akifitas seksual yang terlalu muda (<16tahun), jumlah pasangan seksual yang banyak (>4 orang) dan adanya riwayat pernah menderita kondiloma. Karena hubungannya yang erat dengan infeksi Human Papilloma Virus, wanita yang menderita penurunan sistem imun atau menggunakan obat untuk menekan sistem imunnya sangat beresiko untuk terjadinya kanker mulut rahim. Selain faktor itu, ada faktor lain yaitu bahan karsiogenik spesifik dari tembakau yang dijumpai dalam lendir dari mulut rahim pada wanita perokok. Bahan ini dapat merusak DNA sel epitel skuamosa dan bersama infeksi Human Papilloma Virus dapat mencetuskan transformasi keganasan.

Faktor resiko kanker serviks

1. Hubungan seksual.

Karsinoma serviks diperkirakan sebagai penyakit yang ditularkan secara seksual, dimana beberapa bukti menunjukkan adanya hubungan antara riwayat hubungan seksual dan resiko penyakit ini. Sel kolumnar serviks lebih peka terhadap metaplasia selama usia dewasa. Maka wanita yang berhubungan seksual sebelum usia 18 tahun akan beresiko terkena kanker serviks lima kali lipat.

2. Dietilstilbesterol (DES)

Hubungan anantara *clear cell adenocarcinoma* serviks dan paparan DES in utero telah dibuktikan.

3. Karakteristik patner

Sirkumsisi pernah dipertimbangkan menjadi faktor pelindung, tapi sekarang hanya dihubungkan dengan penurunan faktor resiko. Studi kasus kontrol menunjukkan bahwa pasien kanker serviks lebih sering menjalani seks aktif dengan partner yang melakukan seks berulang kali. Selain itu, partner dengan kanker penis atau partner dari pria yang istrinya meninggal karena kanker serviks juga meningkatkan resiko kanker seviks.

4. Merokok

Tembakau mengandung bahan-bahan karsinogen baik yang dihisap sebagai rokok atau sigaret yang di kunyah. Asap rokok menghasilkan *polycyclic aromatic hydrocarbons heterocyclic amine* yang sangat karsinogen dan mutagen, sedang bila di kunyah ia menghasilkan nitrosamine. Bahan yang berasal dari tembakau yang di hisap terdapat pada getah serviks wanita perokok dan dapat menjadi ko karsinogen infeksi virus.

5. Riwayat ginekologis.

Walaupun usia menarche atau menopause tidak mempengaruhi resiko kanker serviks, hamil di usia muda dan jumlah kehamilan atau manajemen persalinan yang tidak tepat dapat piula meningkatkan resiko.

6. Agen infeksius

a. Human Papilloma Virus (HPV)

Sejumlah bukti menunjukkan HPV sebagai penyebab neoplasia servikal. HPV tipe 6 dan 11 berhubungan erat dengan displasia ringan, yang sering regresi. HPV tipe 16 dan 18 di hubungkan dengan displasia berat, yang jarang regresi dan seringkali progresif menjadi karsinoma in situ.

b. Virus Herpes Simpleks (VHS)

Walaupun semua virus herpes simpleks tipe 2 (VHS-2) belum di demonstrasikan pada sel tumor, teknik hibridisasi insitu telah menunjukkan bahwa terdapat VHS RNA spesifik pada sampel jaringan wanita dengan displasia serviks. Diperkirakan 90% pasien kanker serviks invasif dan lebih dari 60% pasien neoplasia intraepitelial serviks (CIN) mempunyai antibodi terhadap virus.

c. Infeksi trikomonas, sifilis, dan gonokokus.

Infeksi trikomonas, sifilis, dan gonokokus ditemukan berhubungan dengan kanker serviks. Namun infeksi ini dipercaya muncul akibat hubungan seksual dengan multi partner dan tidak dipertimbangkan sebagai faktor resiko kanker serviks secara langsung.

Faktor resiko yang diperkirakan.

1. Kontrasepsi Oral resiko non invasif dan invasif kanker serviks telah menunjukkan hubungan kontrasepsi oral. bagaimanapun, temuan ini hasilnya tidak selalu konsisten dan tidak semua studi dapat membenarkan perkiraan resiko dengan mengontrol pengaruh seksual. Beberapa studi gagal dalam menunjukkan beberapa hubungan dari salah satu studi, bahkan melaporkan proteksi terhadap penyakit yang infasif.

2. Diet.

Banyak sayur dan buah mengandung anti oksidan dan berkhasiat mencegah kanker. Dari beberapa penelitian ternyata defisiensi asam

folat, vitamin C,E, dan beta karotin atau retinol berhubungan dengan peningkatan resiko kanker serviks.

3. Etnis dan faktor sosial.

Wanita di kelas sosioekonomi yang paling rendah memiliki faktor resiko lima kali lipat lebih besar daripada faktor resiko pada wanita di kelas yang paling tinggi. Hubungan ini mungkin di kacaukan oleh hubungan seksual dan akses pelayanan kesehatan.

4. Pekerjaan.

Di perkirakan bahwa paparan bahan tertentu dari suatu pekerjaan seperti debu, logam, bahan kimia, tar, atau oli mesin dapat menjadi faktor resiko kanker serviks.

Faktor prognosis.

1. Status Kelenjar Getah Bening (KGB)

Penderita dengan tanpa penyebaran ke KGB, 5-year survival rate (5-YSR) nya adalah 85-90%. Dan bila didapatkan metastasis ke KGB maka 5-YSR antara 20-74% bergantung pada jumlah, lokasi dan ukuran metastasis.

2. Ukuran tumor.

Penderita dengan ukuran tumor < 2 cm angka survivalnya 90% dan bila > 2 cm angka survivalnya menjadi 60%. Bila tumor primer > 4 cm angka survivalnya turun menjadi 40%.

3. Invasi ke jaringan parametrium.

Penderita dengan invasi kanker ke parametrium memiliki 5-YSR 69%, dibandingkan dengan penderita tanpa invasi yang memiliki 5-YSR 95%. Bila invasi disertai KGB yang positif maka 5-YSR turun menjadi 39-42%.

4. Kedalaman Invasi

Invasi < 1cm memiliki 5-YSR sekitar 90% dan akan turun menjadi 63/78% bila >1 cm.

5. Ada tidaknya invasi ke pembuluh darah dan pembuluh limfe.

Ini menjadi faktor prognosis yang masih menjadi kontroversi. Beberapa laporan menyebutkan bila didapatkan invasi

ke pembuluh darah dan pembuluh limfe, 5-YSR nya 50-70% dan bila invasi tidak didapatkan 5-YSR nya 90 %. Akan tetapi laporan lain mengatakan tidak ada perbedaan bermakna dengan adanya invasi atau tidak.

2.1.1.2 Kanker endometrium.

Kanker endometrium dalam perjalanan etiologinya didahului oleh proses prakanker yaitu hiperplasia endometrium. Hiperplasia endometrium yang atipik merupakan lesi prakanker dari kanker endometrium, sedangkan hiperplasia yang non atipik saat ini dianggap bukan merupakan lesi pra kanker endometrium. Etiologi kanker endometrium masih belum jelas. Salah satu faktornya adalah hormon estrogen. Kanker endometrium yang berhubungan dengan hormonal dikelompokkan sebagai kanker endometrium yang non endometrioid. Kanker endometrium yang non endometrioid umumnya bersifat lebih ganas dibandingkan dengan jenis endometrioid.

Meskipun terjadinya kanker endometrium hampir separuh dari kanker ginekologi, kanker hanya merupakan 23% dari penyebab kematian kanker ginekologi. Angka kematian rendah karena adanya diagnosis dini. Kira-kira 85-90% kanker endometrium di diagnosis saat masih terbatas dalam uterus. Kanker endometrium utamanya merupakan penyakit wanita kaya/makmur, kegemukan, dan pasca manopause dengan paritas rendah.

Faktor Resiko Kanker endometrium.

1. Diet tinggi lemak.

Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan yang positif antara asupan lemak dalam diet dan insidens kanker endometrium. Namun, individu-individu yang mengkonsumsi diet yang tinggi lemak hewani cenderung lebih gemuk dibandingkan mereka yang mengkonsumsi daging dalam jumlah yang rendah. Oleh karena itu tidak jelas apakah hubungan kanker endometrium dengan asupan lemak dalam diet terlepas dari obesitas.

2. Obesitas.

Obesitas telah diidentifikasi sebagai faktor resiko utama untuk kanker endometrium, terlepas dari status menopause. Pada wanita pasca menopause kebanyakan estrogen berasal dari perubahan androstenedion menjadi estron pada jaringan adiposa. Laju perubahan ini 15-20 kali lebih besar pada wanita obese. Indeks Masa Tubuh (IMT) yang lebih tinggi juga menempatkan pasien pada resiko yang lebih tinggi terhadap kematian dari kanker endometrium.

3. Sekresi estrogen endogen yang unopposed

Di duga terdapat hubungan antara sindroma Stein-Leventhal dan onset dini kanker endometrium berdasarkan hipotesis peranan stimulasi estrogen terus menerus. Sindroma ini merupakan gangguan yang jarang ditemukan yang terdiri dari anovulasi dengan ketidakteraturan menstruasi dan infertilitas, obesitas, hirsutisme pria yang terkait. Stimulasi estrogen endogen yang tidak terlawan (Unopposed) juga dikaitkan dengan tumor sel struma ovarium yang mensekresi estrogen.

4. Estrogen eksogen dosis tinggi.

Beberapa penelitian kasus kontrol yang dilakukan dengan baik telah menunjukkan peningkatan resiko kanker endometrium pada wanita yang menggunakan terapi pengganti estrogen konjugasi untuk jangka waktu yang lama. Peningkatan resiko berkisar antara 2/15. Tetapi menurun dengan pemberhentian penggunaan terapi pengganti estrogen. Kontrasepsi oral sekuensial, yang memberikan efek estrogenik netto, juga dapat meningkatkan resiko kanker endometrium.

5. Peristiwa ginekologis dan obstetrik.

Onset menarche dini dihubungkan dengan peningkatan resiko, terutama pada wanita pramenopause. Nulliparitas juga dihubungkan dengan peningkatan resiko, begitu juga dengan menopause lambat. Wanita-wanita yang tidak pernah melahirkan 2kali lipat lebih memungkinkan untuk menderita kanker

endometrium dibandingkan dengan wanita yang pernah melahirkan anak. Kadar progesteron yang tinggi saat kehamilan dapat memberikan efek protektif.

6. Diabetes.

Diabetes dan hipertensi merupakan dua kondisi yang telah dihubungkan dengan kanker endometrium. Kondisi-kondisi ini umumnya ditemukan pada pasien-pasien yang obese, yang juga dapat meningkatkan resiko yang terjadi, dihubungkan dengan keadaan hiperinsulinemia. Hiperinsulinemia telah dikaitkan dengan keadaan hiperestrogen termasuk peningkatan produksi steroid, stimulasi perubahan testosteron menjadi estradiol dan peneklanan konsentrasi globulin yang berkaitan dengan hormon seks dalam sirkulasi. Laporan dari Iowa Woman's Health Study menunjukkan bahwa resiko relatif kanker endometrium tidak meningkat secara bermakna pada pasien-pasien dengan diabetes dibandingkan dengan yang tidak menderita diabetes. Namun, tampaknya memang terdapat peningkatan resiko akibat diabetes pada pasien-pasien IMT yang lebih tinggi. Para peneliti menyimpulkan bahwa diabetes di hubungkan dengan kanker endometrium menunjukkan peningkatan resiko ringan.

7. Resiko kanker primer multiple.

Terdapat beberapa faktor resiko yang umum bagi kanker payudara dan kanker endometrium dan kedua kanker ini terjadi bersamaan lebih sering daripada yang dapat di perkirakan hanya oleh kebetulan.

8. Hipertensi.

Data mengenai hipertensi sebagai faktor resiko kanker endometrium kurang meyakinkan dan mungkin berkaitan dengan obesitas. Ketika menilai hanya pasien-pasien yang obese, terdapat peningkatan resiko kanker endometrium pada pasien-pasien dengan IMT 30.

9. Radiasi.

Iradiasi pelvis untuk kondisi-kondisi jinak atau maligna juga dilaporkan berhubungan dengan peningkatan insidens kanker endometrium.

2.1.1.3 Kanker Ovarium.

Penyebab kanker ovarium atau yang sering di sebut Tumor Ganas Ovarium (TGO) belum di ketahui secara jelas. Namun, ditemukan adanya hubungan antara kanker ovarium dengan:

1. Faktor lingkungan : diet, virus, dan bahan atau limbah industri.
2. Adanya riwayat reproduktif atau profil endokrin tertentu.
3. Mutasi gen supresor BRCA 1 dan BRCA 2 pada kromosom 17 dan 13.

Fatalla (1972) mengatakan mekanisme karsinogenesis ovarium di pikirkan akibat ovulasi terus menerus. Kerusakan sel epitel ovarium pada ovulasi memerlukan waktu untuk pemulihan. Jika waktu istirahat ini kurang, proses akan terganggu sehingga terjadi transformasi neoplastik. Setiap siklus perbaikan ini dapat meningkatkan kesempatan perbaikan DNA yang salah. Oleh karena itu, resiko terjadinya TGO dapat di turunkan dengan mengurangi jumlah ovulasi dengan kehamilan atau pemakaian pil kontrasepsi. Resiko kanker ovarium meningkat sesuai umur dan mencapai puncaknya pada akhir tahun umur 70 an. Kehamilan dan pemakaian kontrasepsi oral menurunkan resiko kanker ovarium, sedangkan pemakaian estrogen sebagai terapi hormon pasca menopause meningkatkan resiko kanker ovarium. Wanita yang menderita kanker payudara atau mempunyai riwayat keluarga kanker payudara atau ovarium mempunyai resiko lebih tinggi.

Ovulasi juga berhubungan dengan pembentukan celah dan kista inklusi yang dibatasi oleh epitel ovarium dalam stroma yang diperkirakan sebagai tempat dimulainya perubahan epitel ovarium, yaitu perubahan metaplastik, perubahan dysplasia, dan perubahan morfologi lain yang dapat menunjukkan progresivitas neoplastik. Dari semua kanker ginekologi, kanker ovarium merupakan tantangan yang terbesar dari para klinisi ginekologi onkologi untuk menanganinya karena kanker ovarium awalnya

tidak memberikan gejala, dan baru memberikan gejala apabila sudah metastase, dan seluruh kasus kanker itu baru ditemukan ketika penderita sudah dalam stadium lanjut 2/3. *Survival rate* tidak berubah dalam 20 tahun terakhir, meskipun terdapat kemajuan teknik operasi dan kemoterapi. Prognosis 5 years survival rate untuk kanker ovarium stadium 1 cukup baik yaitu 70-90%, sedangkan untuk penderita dengan kanker ovarium stadium lanjut kurang dari 20%. Masalah lain pada pembedahan kanker ovarium adalah bila tumor tidak dapat diangkat seluruhnya, khususnya pada stadium III. Pada keadaan ini tindakan pembedahan pada mulanya adalah dalam bentuk sitoreduksi, dimana tumor dikeluarkan dengan meninggalkan sisa tumor seminimal mungkin. Tujuan pembedahan sitoreduksi adalah membuat tumor tersebut peka terhadap pengobatan lanjutan khususnya kemoterapi. Angka ketahanan hidup 5 tahun didapatkan sebanyak 30% bila diameter residu tumor terbesar < 1 cm, dibandingkan 4% bila residu tumor > 1 cm.

Apabila ditemukan kondisi berikut, kasusnya dianggap *inoperable*, yaitu jika ditemukan :

1. Metastasis di parenkim hepar.
2. Metastasis di pancreas
3. Metastasis di limpa pada stadium IV.
4. Metastasis kelenjar paraaorta da daerah suprarenal.
5. Penetrasi diafragma oleh metastasis.
6. Metastasis di porta hepatis.
7. Infiltrasi dinding abdomen.

Metastasis ini harus segera di tentukan agar penderita terhindar dari tindakan operasi yang luas dan reseksi organ yang berlebihan. Sitoreduksi dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Eksplorasi.
2. Omentektomy
3. Reseksi tumor pelvis.
4. Reseksi kelenjar getah bening retroperitoneal.

5. Reseksi organ-organ lain.

Faktor Resiko Kanker Ovarium :

1. Faktor lingkungan : insiden kanker ovarium yang tinggi terjadi di negara industri.
2. Faktor reproduksi :
 - a. Meningkatnya siklus ovulasi berhubungan dengan tingginya resiko untuk menderita kanker ovarium, karena di perkirakan terjadinya perbaikan yang tidak sempurna pada permukaan epitel ovarium.
 - b. Induksi ovulasi dengan menggunakan *clomiphene sitrat* meningkatkan resiko hingga 2-3 kali.
 - c. Kondisi yang menurunkan frekuensi ovulasi dapat mengurangi resiko kanker , seperti yang tersebut dibawah ini :
 1. Pemakaian pil KB : menurunkan resiko hingga 50%, jika di konsumsi selama 5 tahun lebih.
 2. Multiparitas, kelahiran multiple, riwayat pemberian ASI.
3. Faktor genetik :
 - a. 5-10% adalah herediter
 - b. Angka resiko sebesar 5% pada penderita yang memiliki satu saudara yang menderita kanker ovarium dan meningkat menjadi 7% bila memiliki dua saudara yang menderita kanker ovarium.
4. Tiga tipe EOC yang diturunkan :
 - a. Site-specific : hanya gen pembawa ca ovarium yang di transmisikan. Tipe ini sangat jarang.
 - b. Breast ovarian cancer syndrome.
 - c. Sindroma Lynch tipe II yang melibatkan kanker kolorektal nonpoliposis, kanker endometrium, mammae, ovarium, dan keganasan gastrointestinal serta genitourinary lainnya.

Faktor Prognostik

Faktor prognosis kanker ovarium dapat dibagi atas faktor segera (immediate), yaitu dapat dilakukan pada diagnosis atau operasi, dan faktor in course yaitu dapat dilakukan kemudian.

1. Immediate Observed factors

Faktor ini dapat di tentukan saat diagnosis (sebelum mulai terapi), dan mencerminkan perkembangan penyakit. Faktor ini tidak dapat di rubah, dan merupakan hal dasar untuk merencanakan terapi.

2. Immediate introduced factors.

Faktor ini termasuk pengukuran immediate (surgical) dan data yang berhubungan dengannya, seperti jenis operasi dan ukuran residu tumor.

3. In-course observed factors.

Faktor prognosis yang terdapat selama penyakit berlangsung adalah petanda dalam serum. Metode pengumpulan dan analisis data dalam hal ini penting dilakukan.. data hanya dibagi atas nilai normal atau meningkat , misalnya kadar CA 125 atau CEA. Namun, efek dari tipe tumor terhadap spesifitas dan luasnya rentang kadar petanda tumor sulit dilakukan.

4. In-course introduced factors.

Faktor ini termasuk modalitas terapi pasca operasi, *second-look surgery* atau operasi untuk penyakit rekuren dan perubahan terapi (*secondline treatment*). Prognosis tergantung dari interval sampai rekurensi terlihat, residu tumor pada operasi primer. Dan pengecilan tumor pada operasi kedua.

2.1.1.4 Kanker Vagina

Kanker vagina atau sering juga disebut sebagai neoplasma intraepitel vagina, sering muncul bersamaan dengan karsinoma in situ (CIN) yang juga di induksi oleh virus Human Papilloma Virus (HPV). Lesi ini kemungkinan merupakan perluasan CIN ke dalam vagina atau merupakan lesi satelit yang pada umumnya terjadi di vagina bagian atas. Karena vagina tidak mempunyai zona transformasi dengan sel epitel imatur untuk di infeksi HPV, mekanisme masuknya HPV adalah melalui abrasi kulit pada saat koitus atau pada penggunaan tampon.

Riwayat CIN atau kanker serviks invasive merupakan faktor resiko paling penting pada neoplasia intraepitel vagina, atau kanker invasive genitalia bagian bawah. Kanker Vagina adalah kanker prima yang timbul di vagina

yang tidak meliputi serviks dan vulva. Pasien dengan stadium awal biasanya asimtomatik. Karena kanker vagina ini sering bersamaan dengan infeksi HPV aktif, pasien biasanya datang dengan keluhan adanya kutil pada vulva atau cairan yang berbau busuk dari kutil di vagina . penyakit tahap lanjut memberikan gejala perdaraha dan nyeri. Pada umumnya pasien yang dicurigai terkena kanker vagina perlu dilakukan pemeriksaan fisik secara teliti dengan pemrikan speculum, pemeriksaan ginekologi, kolposkopi, evaluasi sitology dan biopsy yang paling efektif untuk diagnosis utama metastasis atau *recurrent carcinoma* dari vagina.

Faktor Resiko kanker vagina

Rendahnya insiden kanker vagina menyebabkan faktor resiko kanker vagina lebih sulit untuk di tentukan disbanding kanker serviks. Namun, HPV ditemukan teridentifikasi pada setiap kanker vagina dan VAIN. Wanita yang terinfeksi HPV tipe onkogenik beresiko tinggi terkena kaganasan ini.

Faktor resiko yang dikaitkan dengan kanker vagina antara lain :

1. Usia tua, puncaknya pada dekade 6 dan 7
2. Pemakaian ring pessaries
3. Infeksi HPV dan infeksi menular seksual lainnya
4. Status sosioekonomi rendah
5. Riwayat genital warts (kutil)
6. Radiasi
7. Riwayat terpapar dietlilstilbestrol (DES) in utero

2.1.1.5 Kanker Vulva

Kanker Vulva adalah neoplasma genital yang jarang dijumpai.

Faktor resiko Kanker Vulva :

1. Infeksi HPV

Infeksi HPV telah dipercaya merupakan penyebab kanker serviks. Banyak penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa infeksi HPV berhubungan dengan kejadian kanker vulva.

2. Diet.

Konsumsi kopi meningkatkan kanker vulva . namun, konsumsi alcohol, vitamin (A,C, dan B9), sayuran dan buah sitrus tidak memiliki hubungan dengan resiko kanker vulva.

3. Obesitas

Awalnya obesitas dicurigai sebagai salah satu faktor resiko kanker vulva , namun penelitian selanjutnya yang dilakukan tidak menemukan adanya hubungan antara obesitas dengan kejadian kanker vulva.

4. Sosio Ekonomi.

Status ekonomi sangat sulit dikaitkan dengan kejadian kanker vulva karena status ekonomi sangat sulit dinilai. Namun, status ekonomi mungkin berhubungan langsung dengan pendidikan , gaya hidup, dan kebersihan personal yang berpengaruh dengan insiden kanker vulva.

5. Perilaku seksual

Belum ada penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara perilaku seksual dengan kejadian kanker vulva. Kemungkinan perilaku seksual seperti usia melakukan aktivitas seksual pertama kali dan kebiasaan berganti ganti pasangan akan meningkatkan resiko infeksi HPV yang tentunya juga meningkatkan resiko kanker vulva.

6. Riwayat Reproduksi.

Usia menarche yang terlalu awal, nulipara, dan menopause adalah faktor resiko untuk kanker vulva (Anderson dkk, 1980)

7. Infeksi Genetalia.

Selain infeksi HPV, infeksi yang ditularkan *Treponema palladium* yang dikenal sebagai penyebab sifilis, *Clamyda trachomatis*, dan virus Herpes simpleks diketahui meningkatkan resiko kanker vulva.

8. Tembakau.

Merokok dapat meningkatkan resiko kanker vulva sebesar 34%.

9. Kontrasepsi Oral.

Menurut analisis yang telah dilakukan bahwa terdapat hubungan antara kontrasepsi oral dengan perkembangan kanker vulva in situ, tidak dengan kanker vulva invasi.

10. Penyakit immunosuoresi.

Keganasan vulva lebih banyak didapat pada kelompok wanita penderita HIV daripada kelompok kontrol.

11. Frekuensi Tes Pap.

Data menunjukkan bahwa wanita yang tidak pernah melakukan pemeriksaan tes pap memiliki resiko 2,46 untuk menderita kanker vulva dibandingkan dengan wanita yang pernah melakukan tes pap.

Faktor Prognosis

- a. Ukuran lesi, jumlah nodus yang terkena tumor, histologi, stadium, lympo vascular space invasion (LVSI)
- b. Faktor resiko independen untuk nodus yang terkena tumor :
 1. Nodus yang secara klinis mencurigakan, grade tinggi. LVSI, invasi dalam dan usia tua.
 2. Metastasis le nodus lipat paha berhubungan dengan ketebalan tumor.

2.2 Stres

2.2.1 Pengertian Stres

Kamus Besar Bahasa Indonesia (2000) mendefinisikan stress adalah gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor ekstrinsik. Menurut American Institute of Stress (2010), tidak ada definisi yang pasti untuk stres karena setiap individu akan memiliki reaksi yang berbeda terhadap stres yang sama. Stres bersifat individu dan pada dasarnya bersifat merusak bila tidak adanya keseimbangan antara daya tahan mental individu dengan beban stres yang dirasakan.

Stres juga bisa berarti ketegangan, tekanan batin, tegangan, dan konflik yang berarti :

1. Reaksi atau respon tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental atau beban kehidupan).
2. Kekuatan yang mendesak atau mencekam, yang menimbulkan suatu ketegangan dalam diri seseorang.
3. Reaksi tubuh terhadap situasi yang menimbulkan tekanan, perubahan, ketegangan emosi dan lain-lain.
4. Reaksi tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan yang dipengaruhi baik oleh lingkungan maupun penampilan individu di dalam lingkungan tersebut.

Berdasarkan pengertian tersebut peneliti dapat menyimpulkan stres merupakan : sebuah reaksi yang dialami setiap individu dan akan menimbulkan efek, baik itu efek positif dan efek negatif apabila stres tersebut tidak bisa di tangani.

2.2.2 Penyebab Stres

Sumber stres atau penyebab stres dikenali sebagai stresor. Stresor adalah segala situasi atau pemicu yang menyebabkan individu merasa tertekan atau terancam. Penyebab stresor dapat di bagi menjadi dua, yaitu stresor eksternal dan stresor internal. Stresor eksternal merupakan stresor berasal dari luar individu seperti stresor yang berada di lingkungan dan stresor sosial yaitu tekanan dari luar disebabkan oleh interaksi individu dengan lingkungannya, banyak stresor sosial yang bersifat traumatic yang tak dapat dihindari, seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pensiun dari pekerjaan, perceraian, masalah keuangan, pindah rumah dan lain-lain. Sedangkan stresor internal merupakan stresor yang berasal dari dalam individu seperti stresor psikologis tekanan dari dalam diri individu biasanya yang bersifat negatif seperti frustrasi, kecemasan (anxiety), rasa bersalah, takut berlebihan, marah, benci, sedih, cemburu, rasa kasihan pada diri sendiri, serta rasa rendah diri. Stresor biologis seperti pelepasan neurotransmitters saat stres dari kelenjar adrenal, medula yaitu epinefrin dan norepinefrin dalam respon terhadap stres. Pelepasan neurotransmitter menyebabkan efek fisiologis seperti denyut jantung meningkat, peningkatan kewaspadaan dan lain-lain.

2.2.3 Tanda dan Gejala Stres

Stres dapat mempengaruhi tubuh dan jiwa seseorang. Saat seseorang mengalami stres tubuh, jiwa dan perilaku individu akan menampilkan tanda-tanda dan gejala stres. Robbins (2009) menggambarkan suatu model yang dapat menggambarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap stress dan dampak yang ditimbulkan dari adanya stress tersebut. Model ini mengidentifikasi tiga perangkat faktor yaitu lingkungan, organisasional, dan individual yang menjadi sumber potensial dari stress. Penderita yang mengalami stress dengan berbagai penyebabnya akan menimbulkan dampak yang bersifat fisiologis, psikologis, dan perilakunya. Tanda dan gejala fisik yang muncul akibat stres adalah mudah lelah, meningkatnya denyut jantung, insomnia, nyeri kepala, berdebar-debar, nyeri dada, napas pendek, gangguan lambung, mual, tremor, ekstremitas dingin, wajah terasa panas, berkeringat, sering flu, menstruasi terganggu, otot kaku dan tegang terutama pada bagian leher, bahu dan punggung.

Tanda dan gejala psikologis stres : kecemasan, ketegangan, kebingungan dan mudah tersinggung, menangis tiba-tiba, perasaan frustrasi, rasa marah, dan dendam (kebencian), sensitif dan hyperreactivity, phobia, menarik diri dari pergaulan, menghindari kegiatan yang sebelumnya disenangi, dan kehilangan konsentrasi, kehilangan spontanitas dan kreativitas serta menurunnya rasa percaya diri.

Tanda dan gejala perilaku dari stres adalah: gelisah, selalu mondar-mandir, menurunnya prestasi (performance) dan produktivitas, meningkatnya penggunaan minuman keras dan obat-obatan, perubahan pola makan mengarah ke obesitas, perilaku makan yang tidak normal (kekurangan) sebagai bentuk penarikan diri dan kehilangan berat badan secara tiba-tiba, berjudi, meningkatnya agresivitas, vandalisme, dan kriminalitas, menurunnya kualitas hubungan interpersonal dengan keluarga dan teman serta kecenderungan untuk melakukan bunuh diri. Pengalaman stres sangat individual. Stresor yang sama akan dinilai berbeda oleh setiap individual. Demikian pula, gejala dan tanda-tanda stres akan berbeda pada setiap individu.

2.2.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi stres

Menurut Greenwood III dan Greenwood Jr (dalam Yusuf, 2004) faktor-faktor yang mengganggu kestabilan (stres) organisme berasal dari dalam maupun luar. Faktor yang berasal dari dalam diri organisme adalah :

1. Faktor Biologis.

Stressor biologis meliputi faktor-faktor genetik, pengalaman hidup, ritme biologis, tidur, makanan, postur tubuh, kelelahan, penyakit.

2. Faktor Psikologis.

Stressor psikologis meliputi faktor persepsi, perasaan dan emosi, situasi, pengalaman hidup, keputusan hidup, perilaku dan melarikan diri.

3. Faktor Lingkungan (luar individu)

Stressor lingkungan ini meliputi lingkungan fisik, biotik dan social

2.2 5 Tingkat Stres

Klasifikasi stres menurut Perry & Potter (2005) dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu stres ringan, sedang dan berat.

1. Stres ringan

Stress yang dialami setiap orang teratur seperti terlalu banyak tidur, kemacetan lalu lintas dan kritikan dari atasan. Situasi seperti ini biasanya berlangsung beberapa menit atau beberapa jam. Pada tingkat stres ringan adalah stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang. Stres ringan umumnya dirasakan oleh setiap orang misalnya lupa, ketiduran, dikritik, dan kemacetan. Stres ringan sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi dapat membantu individu menjadi waspada. Situasi ini tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus.

2. Stres sedang

Stres sedang terjadi lebih lama, dari beberapa jam hingga beberapa hari. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pada lambung dan usus misalnya maag, buang air besar tidak teratur, ketegangan pada otot, gangguan pola tidur, perubahan siklus menstruasi, daya konsentrasi dan daya ingat menurun. Contoh dari stressor yang menimbulkan stres sedang adalah kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan,

mengharapkan pekerjaan baru, dan anggota keluarga yang pergi dalam waktu yang lama.

3. Stres berat

Stres berat adalah stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pencernaan berat, debar jantung semakin meningkat, sesak napas, tremor, perasaan cemas dan takut meningkat, mudah bingung dan panik. Contoh dari stresor yang dapat menimbulkan stres berat adalah hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial, dan penyakit fisik yang lama.

2.2.6 Pengukuran Tingkat Stres

Tingkat stres adalah reaksi tubuh baik fisik maupun psikologis ketika mendapat tekanan dari luar. Tingkat stres ini diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42) oleh Lovibond & Lovibond (1995). DASS adalah seperangkat skala subyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres.

Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS) terdiri dari 42 item. Mencakup 3 subvariabel, yaitu fisik, emosi/psikologis, dan perilaku. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna 0-29 (normal); 30-59 (ringan); 60-89 (sedang); 90-119 (berat); >120 (sangat berat) (Lovibond & Lovibon, 1995). Mesarosova (2005) dalam penelitiannya tentang Respon Psikologi pada wanita yang terdiagnosa kanker yang alat ukurnya menggunakan DASS 42 menyatakan bahwa keandalan DASS yang di nilai menggunakan alfa Cronbach, dapat diterima untuk skala depresi, kecemasan dan stres (masing-masing 0,91, .84, 0,90) Uji validitas DASS 42 Skala DASS 42 adalah sebagai berikut (Lam,2005) :

0 : Tidak pernah dialami

1 : Diberikan apabila jarang dialami.

2 : Diberikan apabila sering dialami

3 : Diberikan apabila keadaan selalu dialami.

2.3 Kualitas Hidup.

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Billington dkk (2010) WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks system budaya dan nilai hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standart dan kekhawatiran. Kualitas hidup adalah konsep yang luas mulai terpengaruh dengan cara yang kompleks dengan kesehatan fisik individu, keadaan psikologis , keyakinan pribadi, hubungan social dan hubungan individu dengan fitur fitur lain diluar individu.

Menurut WHO (1996) kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis. Pasien kanker ginekologi melaporkan kualitas hidupnya dengan suasana hati yang tertekan, gangguan fisik yang terganggu setelah 18 bulan terdiagnosis. Penelitian ini menyimpulkan bahwa faktor risiko psikososial yang berpotensi dimodifikasi dan diidentifikasi yang dapat berimplikasi untuk mencegah gangguan kualitas hidup dan mengobati gangguan kualitas hidup dalam penelitian masa depan (Obesity, fitness, and wellness week, Atlanta 2017) Sedangkan, menurut Fitriana dan Ambarini,(2012) ,Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* adalah sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang.

Hal ini sejalan dengan pendapat Gill & Feinstein (dalam Rachmawati, 2013) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran

multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun pengobatan psikologis.

Kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri (Ware dalam Rachmawati, 2013).

Kualitas hidup merupakan tujuan penting dalam pengobatan kanker, dan kekhawatiran akan kondisi fisik, psikologis, gangguan citra tubuh, serta gejala-gejala yang dapat menimbulkan distress perlu segera diantisipasi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Meningkatkan kualitas hidup pasien kanker selama pengobatan akan meningkatkan kepatuhan mereka akan perawatan dan pengobatan serta memberikan mereka kekuatan untuk mengatasi berbagai gejala atau keluhan yang dialami pasien kanker (Bayram, Durna, & Akin, 2014). Penelitian Perwitasari, (2009) yang menilai kualitas hidup pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Sardjito Yogyakarta menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien kanker mengalami penurunan setelah melakukan terapi kemoterapi. Upaya peningkatan kualitas hidup pasien kanker salah satunya dengan mengantisipasi gejala-gejala fisik dan psikologis yang dirasakan. Oleh karena itu identifikasi kualitas hidup pasien kanker harus dipahami baik oleh tenaga kesehatan maupun keluarga.

2.3.2 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada *World Health Organization Quality of Life Bref version* (WHOQoL-BREF). Menurut WHOQoL-BREF (Power dalam Lopez & Snyder, 2003) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi:

1. Dimensi Psikologis,

yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan *private self consciousness* adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.

2. Dimensi Kesehatan Fisik,

yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.

3. Dimensi Lingkungan,

yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi

baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

4. Dimensi Hubungan Sosial,

yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan social mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempegaruhi kualitas hidup menurut Moons, Marquet, Budst, & de Geest dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain, dkk (2003) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek

kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

2. Usia

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

3. Pendidikan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) dan Baxter (1998) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif.

4. Pekerjaan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki *disablity* tertentu). Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moum (2004) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

5. Status pernikahan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moum (2004) menemukan bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

6. Penghasilan

Testa dan Simonson (1996) menjelaskan bahwa Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.

7. Hubungan dengan orang lain

Myers (dalam Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) yang mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

8. Standard referensi

O'Connor (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQoL (dalam Power, 2003) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

9. Kesehatan fisik

Cantika (2012) mengatakan Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Bhosle M.J, dkk (2006), menyatakan psoriasis berdampak negative sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan

aktivitas sehari-hari. Galloway (2005) menyatakan bahwa WHO (1948) menjelaskan kesehatan adalah tonggak penting dalam perkembangan kualitas hidup tentang kepedulian terhadap kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial.

Proyek Kualitas Hidup Organisasi Kesehatan Dunia (WHOQOL) dimulai pada tahun 1991. Tujuannya adalah untuk mengembangkan instrumen penilaian kualitas hidup yang sebanding secara lintas budaya secara internasional. Ini menilai persepsi individu dalam konteks budaya dan sistem nilai mereka, dan tujuan pribadi mereka, standar dan keprihatinan. Instrumen WHOQOL dikembangkan secara kolaboratif di sejumlah pusat di seluruh dunia, dan telah diuji secara luas di lapangan. Instrumen WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item pertanyaan, yang mengukur 4 domain berikut: kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor 3,4, dan 26 yang bernilai negatif. Semua pertanyaan berdasarkan pada skala Likert lima poin (1-5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi. Skala respon intensitas mengacu kepada tingkatan dimana status atau situasi yang dialami individu. Skala respon kapasitas mengacu pada kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku. Skala respon frekuensi mengacu pada angka, frekuensi, atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku. Skala evaluasi mengacu pada taksiran situasi dari situasi, kapasitas atau tingkah laku.

Pada penelitian ini skor tiap domain (raw score). Nilai score tiap domain adalah berbeda. Oleh karena itu perlu dilakukan transformasi skor yang bertujuan untuk mengubah skor terendah menjadi 0 dan skor tertinggi menjadi 100 (Koesmanto, 2013). Data di transformasikan ke dalam bentuk skala 0-100 untuk mempermudah dalam proses membandingkan dengan hasil data pada aspek lain. Nilai nilai yang di perlukan dalam menghitung transformasi skor tersebut di tunjukkan pada tabel 2.1 sebagai berikut :

Domain	Lower Value	Possible Range Score
Aspek Kesehatan Fisik	7	28
Aspek Psikologis	6	24
Aspek Hubungan Sosial	3	12
Aspek Lingkungan	8	32

Berikut adalah rumus yang digunakan untuk mentransformasikan *raw score* menjadi *transformed score* :

$$\text{Transformed Score} = \frac{\text{raw score} - \text{lower value domain}}{\text{Possible range score}} \times 100$$

Possible range score

Selanjutnya skor yang di dapat responden dan yang sudah di transformasikan di olah sebagai berikut :

$$\Sigma = \frac{\text{aspek 1} + \text{aspek 2} + \text{aspek 3} + \text{aspek 4}}{4}$$

4

Kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut :

0-20 = Kualitas Hidup Sangat Buruk

21-40 = Kualitas Hidup Buruk

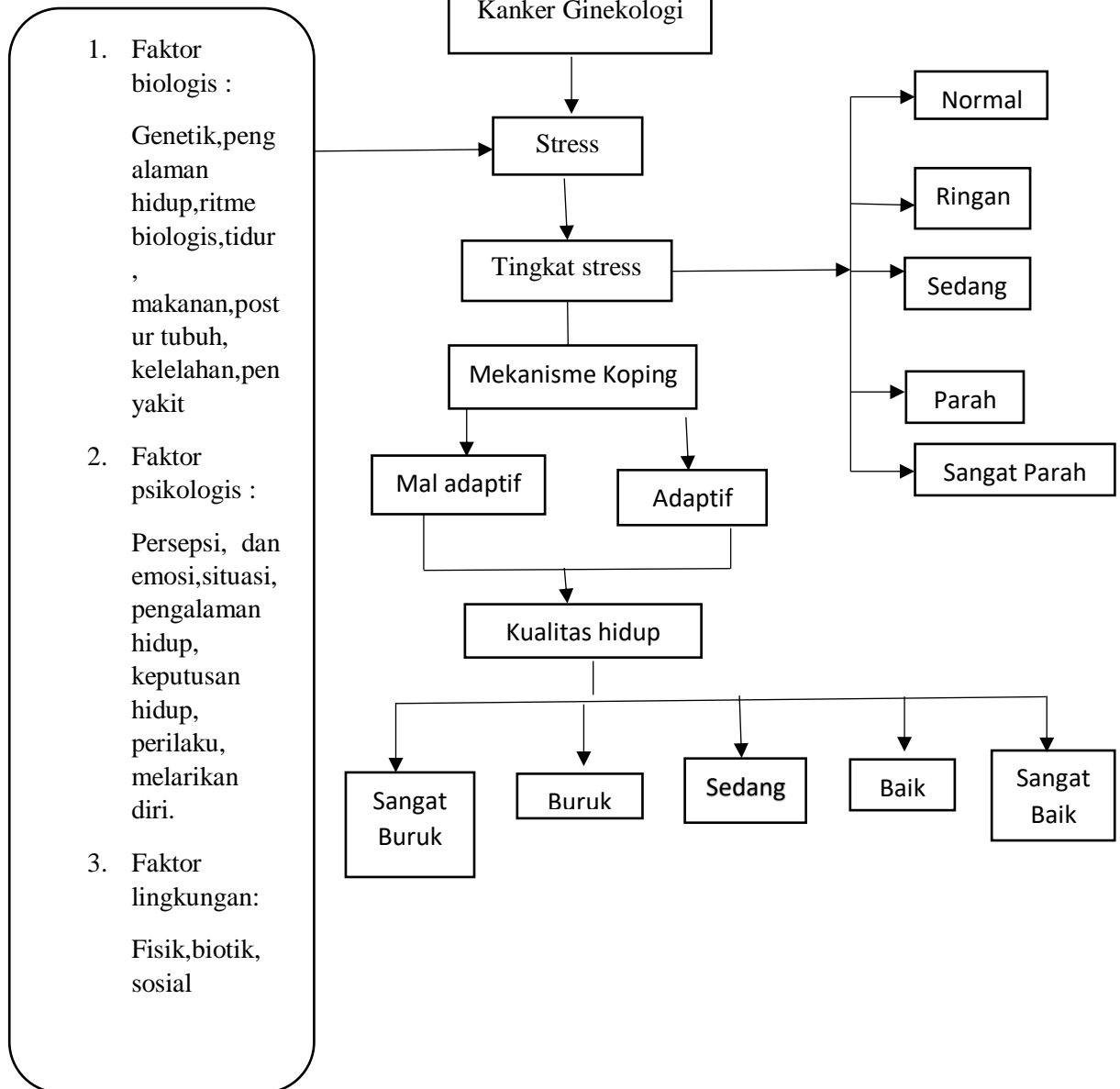
41-60 = Kualitas Hidup Sedang

61-80 = Kualitas Hidup Baik

81-100 = Kualitas Hidup Sangat Baik

(Anastasi & Urbina, 1997) dalam (Nofitri, 2009)

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 1. Kerangka Konseptual

Variabel bebas/independen : tingkat stress

Variabel terikat/ dependen : kualitas hidup

2.5. Hipotesis Penelitian.

Adakah hubungan tingkat stres terhadap kualitas hidup penderita kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pada penderita kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

3.1.2 Tujuan Khusus.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui :

1. Mengidentifikasi tingkat stres pada penderita kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup penderita kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.
3. Menganalisa hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

3.2 Manfaat Penelitian.

3.2.1 Manfaat Teoritis

Bagi fakultas keperawatan ,sebagai informasi bahwa penderita kanker membutuhkan strategi koping yang positif agar dapat menghadapi stress yang mereka alami.

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi para penderita kanker, memberikan informasi bahwa dengan mengendalikan stres, kualitas hidup penderita akan lebih baik sehingga mereka mampu mengendalikan tingkat stres nya.
2. Bagi para peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk melakukan penelitian di bidang yang ada kaitannya dengan strategi koping yang dilakukan penderita kanker untuk meminimalkan stres yang mereka alami.

BAB 4

METODE PENELITIAN

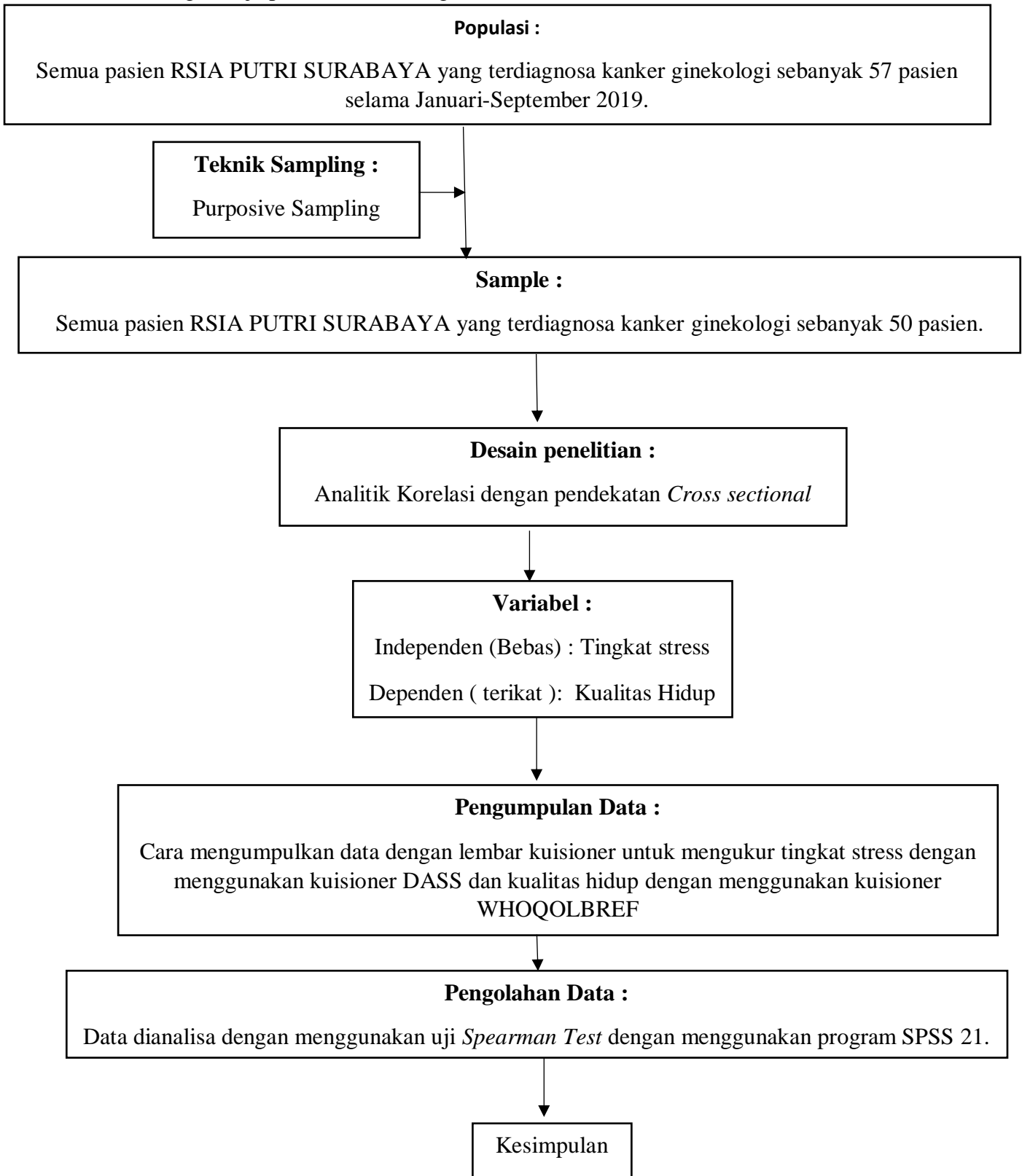
4.1 Desain penelitian.

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. (Nursalam, 2013). Hidayat (2017) mengemukakan rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan, atau melakukan pemeriksaan status paparan dan status penyakit pada titik yang sama. Dan penelitian ini menggunakan metode “Analitik Korelasi dengan pendekatan *Cross Sectional*.”

4.2 Kerangka Operasional.

Hidayat (2007) mengemukakan kerangka operasional merupakan bagan kerja terdapat kegiatan penelitian yang akan dilakukan meliputi subjek penelitian, variabel yang akan diteliti dan variabel yang mempengaruhi dalam penelitian.

Kerangka kerja penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian Hubungan Tingkat Stres Terhadap kualitas hidup pada pasien Kanker Ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Sugiyono (2009) dalam Hidayat (2017) populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, bukan hanya subjek atau objek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tersebut, atau kumpulan orang, individu, atau objek yang akan diteliti sifat sifat atau karakteristiknya. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang dengan diagnosa kanker ginekologi baik yang sedang menjalani chemoterapi, sesudah operasi, sebelum operasi atau kontrol pasca operasi di RSIA Putri Surabaya pada bulan Januari sampai dengan September 2019 dengan jumlah total 57 pasien.

4.3.2 Sampel

Hidayat (2017) mengemukakan sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu kriteria tersebut digunakan untuk menentukan dapat tidaknya dijadikan sampel sekaligus membatasi hal yang akan diteliti (Hidayat,2017).

Kriteria inklusi penelitian ini adalah :

1. Pasien yang datang dengan diagnosa kanker ginekologi.
2. Pasien dengan diagnosa kanker ginekologi yang sedang menjalani kemoterapi.
3. Pasien dengan diagnosa kanker ginekologi sebelum operasi.
4. Pasien dengan diagnosa kanker ginekologi sesudah operasi.
5. Pasien yang sedang kontrol pasca operasi.
6. Bersedia menjadi responden.
7. Sadar dan mampu berkomunikasi dengan baik.
8. Mampu membaca dan menulis.

Kriteria Eksklusi penelitian ini adalah :

1. Tidak sadar atau dalam keadaan gawat darurat dan tidak mampu berkomunikasi dengan baik.
2. Pasien sedang kesakitan.
3. Tidak bersedia menjadi responden.
4. Tidak bisa membaca dan menulis.

Sampel dalam penelitian ini adalah semua pasien yang memenuhi kriteria inklusi di RSIA Putri Surabaya sebanyak 50 pasien.

Menghitung jumlah besar sampel digunakan rumus sebagai berikut Populasi Finit:

$$n = \frac{N}{1+N(d)^2}$$

$$n = \frac{57}{1+57 (0.05)^2}$$

$$n = \frac{57}{1+57 (0,0025)}$$

$$n = \frac{57}{1+ 0,1425}$$

$$n = \frac{57}{1,1425}$$

$$n = \frac{57}{1,1425}$$

$$n = 49,89 \approx 50$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

D = tingkat signifikan (p)0.05

4.3.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses dalam menyeleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili dari keseluruhan populasi yang ada, secara umum ada dua jenis pengambilan sampel yakni *probability sampling* dan *non probability sampling* (Sugiono,2009) dalam Hidayat (2017). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah non probability sampling dengan

teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah purposive sampling, karena populasi di penelitian ini tidak berasal pada probabilitas yang sama dan tidak memberikan peluang yang sama. Pengambilannya dengan cara yaitu semua pasien yang datang dan memenuhi kriteria inklusi, maka pasien tersebut yang akan menjadi responden penelitian ini.

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.

4.4.1 Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas artinya bebas dalam mempengaruhi variabel lain, variabel ini punya nama lain seperti variabel prediktor, resiko atau kausa. (Hidayat,2017). Pada penelitian ini variabel independennya yaitu tingkat stres pada pasien kanker ginekologi.

4.4.2 Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen merupakan variabel yang di pengaruhi menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini bergantung pada variabel bebas terhadap perubahan. Variabel ini juga disebut sebagai efek , hasil, *outcome* atau *event*. Pada penelitian ini variabel dependennya yaitu kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi.

4.4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Intrumen/Alat Ukur	Skala	Kategori
Independen Tingkat Stres	Tingkat reaksi tubuh baik fisik maupun psikologis ketika mendapat tekanan dari luar	1. Fisik. 2. Psikologis. 3. Lingkungan	Lembar kuisioner menggunakan Skala DASS	Ordinal	Normal 0 – 14 Ringan 15 – 18 Sedang 19 – 25 Parah 26 – 33 Sangat Parah > 34

Dependen : Kualitas Hidup	Penilaian atas kesejahteraan kehidupan pasien kanker ginekologi yang meliputi aspek emosi, sosial dan fisik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensi Psikologis 2. Dimensi Kesehatan Fisik. 3. Dimensi Lingkungan 4. Dimensi Hubungan Sosial, 	WHOQOL-BREF	Ordinal	0-20 = Sangat Buruk 21-40 = Buruk 41-60 = Sedang 61-80 = Baik 81-100 = Sangat Baik
---------------------------------	--	--	-------------	---------	--

Tabel 4.1 Definisi Operasional hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

4.5 Pengumpulan dan Analisis Data

4.5.1 Instrumen.

Variabel Tingkat Stres

Intrumen untuk mengkaji tingkat stres dengan menggunakan kuisisioner DASS (*DistressAncietas Stress Scale*) yang terdiri dari 42 pertanyaan yang meliputi indikator yaitu gejala somatik dan gejala psikologi. Gejala somatik terdiri dari mulut kering, gangguan pernafasan, kelemahan anggota tubuh, berkeringat, sulit istirahat, sulit menelan, dan perubahan kardiovaskuler. Dan gejala psikologi terdiri dari mudah marah, tidak dapat melihat hal positif, merasa tidak mampu beraktifitas, cemas, pesimis, sedih, depresi, lelah, mudah tersinggung, takut, tegang, gelisah.

Variabel	Indikator	Nomer pertanyaan
Tingkat Stres	<ol style="list-style-type: none"> a. Fisik b. Psikologis c. Lingkungan 	1,6,8,11,12,14,18,22,27,29,32,33,35,30.
Tingkat Cemas		2,4,7,9,15,19,20,23,25,28.

Tingkat Depresi		3,5,10,13,16,17,21,24,26,31,34,37,38
-----------------	--	--------------------------------------

Variabel Kualitas Hidup

Sedangkan untuk mengkaji kejadian kualitas hidup menggunakan kuisisioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan, yang meliputi 4 dimensi yaitu dimensi psikologis, kesehatan fisik, lingkungan, dan hubungan sosial.

Variabel	Indikator	Nomer Pertanyaan
Kualitas Hidup	Domain Fisik	3,4,10,15,16,17,18.
	Domain Psikologis	5,6,7,11,19,26.
	Domain Hubungan Sosial	20,21,22
	Domain Lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25.

4.5.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSIA Putri Surabaya. Sedangkan penelitian dilakukan pada bulan November 2019 hingga Februari 2019.

4.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan dalam pengumpulan data. Cara pengumpulan data tersebut meliputi wawancara berstruktur, observasi, angket/kuisisioner, pengukuran. Atau melihat data statistik (data sekunder) seperti dokumentasi (Hidayat,2017). Dalam penelitian ini , metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan wawancara dan kuisisioner.

1. Persiapan.

Peneliti membuat Surat Izin Penelitian, setelah mendapatkan surat izin penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 19 Desember 2019,peneliti mengajukan surat izin

penelitian ke Universitas Muhammadiyah Surabaya melalui Wakil Rektor

1. Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti memberikan surat izin penelitian tersebut pada tembusan surat yaitu Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan dan Direktur RSIA Putri Surabaya. Setelah permohonan izin selesai, kemudian peneliti melakukan penelitian.

2. Pelaksanaan.

Setelah terpilih sampling dalam purposive sampling dari 50 responden Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan kuisisioner kepada pasien yang memenuhi kriteria inklusi yang datang di RSIA Putri Surabaya sudah terdiagnosa kanker ginekologi. Pertama sebelum peneliti membagikan kuisisioner kepada para pasien, peneliti mendatangi pasien dengan memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Kemudian peneliti menjelaskan secara singkat kuisisioner yang akan dibagikan serta menjelaskan cara mengisinya. Dan setelah itu kuisisioner diberikan ke responden untuk di isi. Selama responden mengisi kuisisioner, peneliti berada di ruangan responden untuk menunggu dengan maksud apabila responden mengalami kesulitan atas pertanyaan di kuisisioner, peneliti bisa membantu menjelaskan. Setelah semua kuisisioner di isi oleh responden, peneliti memberikan ucapan terima kasih dengan memberikan voucher makan di kantin RSIA Putri Surabaya untuk responden dan keluarganya. Setelah itu kuisisioner segera di kembalikan ke peneliti untuk di analisa.

4.5.4 Analisis Data.

1. Editing.

Setelah kuisisioner disebarkan dan diisi oleh responden, kemudian dikembalikan ke peneliti dan dilakukan pemeriksaan kembali oleh peneliti. Pemeriksaan kuisisioner meliputi kelengkapan dan kesesuaian jadwal jawaban yang dijawab oleh responden. Langkah tersebut dilakukan untuk mengantisipasi kesalahan-kesalahan dari data yang telah terkumpul. Serta memonitor bahwa data yang diisi lengkap dan tidak ada yang kosong.

2. Coding.

Kegiatan coding adalah pemberian kode numeric (Angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. (Hidayat,2017). Untuk memudahkan pengolahan data, maka setiap jawaban yang telah ada pada lembar kuisisioner dan diberi kode karakter masing-masing:

a. Untuk tingkat stres menggunakan kode .

Tingkat Stres	Kode
Normal (0-14)	1
Stres Ringan (15-18)	2
Stres Sedang (19-25)	3
Stres Parah (26-33)	4
Stres Sangat Parah (> 34)	5

b. Untuk kualitas hidup .

Kategori Kualitas Hidup	Kode
Sangat Baik (81-100)	1
Baik (61-80)	2
Sedang (41-60)	3
Buruk (21-40)	4
Sangat Buruk (0-20)	5

3. Tabulating.

Tabulating ini dilakukan penyusunan dan perhitungan data dari hasil coding untuk kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan dilakukan evaluasi. (Nursalam, 2008)

4. Analisis Data.

Teknik analisis data merupakan cara mengolah data agar dapat disimpulkan atau diinterpretasikan menjadi informasi. (Hidayat,2017). Metode yang digunakan adalah “*Spearman*” menggunakan SPSS 21, untuk mengetahui variabel dependent tingkat kemaknaan $\alpha = 0.05$ artinya bila nilai $p < \alpha$ maka H_0 ditolak, berarti ada hubungan, selanjutnya dihubungkan ke tingkat kualitas hidup. Tujuan dari analisis uji diatas adalah untuk mengetahui signifikan Hubungan Tingkat Stres terhadap Kualitas Hidup pada pasien

kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya. Alasan menggunakan uji Spearman adalah skala data dari penelitian ini adalah ordinal dan ordinal, penelitian ini merupakan penelitian yang mencari korelasi antara tingkat stres terhadap kualitas hidup. Hasil korelasi pada Uji *Spearman* disesuaikan dengan tafsiran angka korelasi dengan kriteria menurut Sugiyono (2008) :

1. Korelasi hitung 0,00-0,199 maka korelasi sangat rendah.
2. Korelasi hitung 0,20-0,399 maka korelasi rendah.
3. Korelasi hitung 0,40-0,599 maka korelasi cukup.
4. Korelasi hitung 0,60-0,799 maka korelasi kuat.
5. Korelasi hitung 0,80-1,000 maka korelasi sangat kuat.

4.6 Etik Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin pada Universitas Muhammadiyah Surabaya yaitu kepada Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya dan Ketua Program Studi S1-Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Setelah mendapatkan perizinan maka peneliti mulai melakukan penelitian dengan menekankan pada etik penelitian yaitu sebagai berikut :

4.6.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi di RSIA Putri Surabaya, kemudian peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian. Setelah di jelaskan, dan pasien menyetujui untuk menjadi responden, kemudian peneliti memberikan lembar persetujuan bersedia menjadi responden untuk di tanda tangani. Dan apabila ada pasien yang menolak untuk menjadi responden, peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak pasien.

4.6.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Pada penelitian ini peneliti akan merahasiakan identitas subyek penelitian yaitu tidak akan mencantumkan nama pasien yang akan menjadi responden. Pada lembar pengumpulan data dan kuisisioner cukup memberikan inisial saja.

4.6.3 Confidentially (Kerahasiaan)

Pada penelitian ini kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dirahasiakan, tetapi hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sehingga rahasianya tetap terjaga.

4.6.4 Beneficence dan Non Maleficence. (Berbuat baik dan Tidak Merugikan)

Penelitian yang dilakukan pada pasien terdiagnosa kanker ginekologi dapat memberikan keuntungan atau manfaat yaitu pasien dapat beradaptasi dengan stres yang dihadapi sehingga kualitas hidupnya menjadi baik atau mambaik, sehingga tidak memperburuk kondisinya. Penelitian yang dilakukan juga diharapkan tidak menimbulkan kerugian atau meminimalkan kerugian yang mungkin ditimbulkan.

4.6.5 Justice (Keadilan)

Dalam penelitian ini, peneliti bersikap adil dan tidak membedakan antara responden satu dengan yang lainnya.

4.7 Keterbatasan.

Penggunaan kuisisioner sebagai instrument penelitian dapat memungkinkan responden untuk menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud oleh peneliti walaupun sudah dijelaskan oleh peneliti sehingga bisa mengakibatkan hasilnya kurang mewakili secara kualitatif. Dan instrumen pada penelitian ini yaitu kuisisioner mengukur tingkat stres dengan menggunakan DASS 42 dan mengukur kategori kualitas hidup menggunakan WHOQOL-BREF tidak hanya untuk mengukur tingkat stres dan kualitas hidup pasien kanker, tetapi bisa di gunakan untuk mengukur tingkat stres dan kualitas hidup secara umum. Belum ada penelitian tentang tingkat stres dan kualitas hidup pasien kanker ginekologi yang menggunakan instrumen penelitian yang spesifik pada pasien kanker ginekologi.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian. Hasil penelitian yang meliputi data umum dan data khusus. Data umum meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan karakteristik demografi responden. Data khusus meliputi data kualitas hidup dan data tingkat stress penderita kanker ginekologi.

5.1 Hasil Penelitian.

5.1.1 Data Umum.

5.1.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Putri Surabaya yang terletak di jalan Arief Rahman Hakim nomor 122 Surabaya. RSIA PUTRI merupakan rumah sakit yang khusus menangani masalah serta melakukan tindakan obstetri dan ginekologi yang pertama kali di Jawa timur. Kemudian seiring dengan perkembangan waktu, RSIA Putri tidak hanya melayani kasus Obstetri ginekologi dan bayi saja. Pada tahun 2000 RSIA Putri menerima Pelayanan Kemoterapi, dan hanya khusus melayani kemoterapi dengan indikasi kanker ginekologi. Pada bulan September 2017 RSIA Putri membuka pelayanan Anak, pelayanan Penyakit Dalam, pelayanan anestesi. Dan pada Desember 2019 membuka pelayanan bedah. RSIA PUTRI merupakan rumah sakit type C, dengan jumlah tempat tidur 55 tempat tidur. Penelitian ini dilakukan di Ruang Anggek, Unit Rawat Inap, Unit Rawat Jalan.

5.1.1.2 Karakteristik Demografi Responden.

1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober – Desember 2019.

No	Umur	(frekuensi) f	(presentase)%
1.	Remaja awal 12-16 tahun	1	2

2.	Remaja akhir 17-25 tahun	3	6
3.	Dewasa awal 26-35 tahun	3	6
4.	Dewasa Akhir 36-45 tahun	12	24
5.	Lansia awal 46-55 tahun	17	34
6.	Lansia Akhir 56-65 tahun	8	16
7.	Manula > 65 tahun	6	12
	Total	50	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden tertinggi di kelompok umur lansia awal yaitu 17 responden (34%) dan responden terendah kelompok umur remaja awal yaitu 1 responden (2%)

2. Data Responden Berdasarkan Status Pernikahan.

Tabel 5. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019

No	Status Pernikahan	(frekuensi)f	(presentase)%
1.	Tidak menikah	8	16
2.	Menikah	42	84
	Total	50	100

Berdasarkan table 5.2 menunjukkan bahwa kelompok responden terbanyak yaitu 42 responden (84%) di kelompok dengan status menikah, sedangkan responden yang tidak menikah sebanyak 8 responden (16 %).

3. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat *Pap Smear*.

Tabel 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat *Pap Smear* di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Riwayat <i>Pap Smear</i>	(frekuensi)f	(presentase)%
1.	Tidak Pernah	40	80
2.	Pernah	10	20
	Total	50	100

Berdasarkan table 5.3 menunjukkan bahwa kelompok responden tidak pernah melakukan *Pap Smear* adalah paling tinggi yaitu sebanyak yaitu 40

responden (80%). Dan di kelompok pernah melakukan Pap Smear adalah sebanyak 10 responden (20%).

4. Distribusi Responden Berdasarkan Status Menopause.

Tabel 5. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Menopause di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Status Menopause	(frekuensi)f	(presentase)%
1.	Sudah Menopause	18	36
2.	Belum Menopause	32	64
	Total	50	100

Berdasarkan table 5.4 menunjukkan bahwa kelompok responden yang sudah menopause adalah yang tertinggi sebanyak 18 responden (36%) dan yang belum menopause sebanyak 32 responden (64%) .

5. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kanker Ginekologi.

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kanker Ginekologi di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Jenis Kanker	(frekuensi)f	(presentase) %
1.	Kanker Serviks	22	44
2.	Kanker Ovarium	20	40
3.	Kanker Korpus	5	10
4.	Kanker Endometrium	3	6
	Total	50	100

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa jenis kanker ginekologi responden yang tertinggi adalah kanker serviks yaitu sebanyak 22 responden (44%) dan jenis kanker terendah adalah kanker endometrium sebanyak 3 responden (6%).

6. Distribusi Responden Berdasarkan Alasan di Rawat atau Alasan MRS.

Tabel 5. 6 Distribusi Responden Berdasarkan Alasan MRS di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Alasan MRS	(frekuensi)f	(presentase)%
1.	Chemoterapi	36	72
2.	Operasi	8	16
3.	Perbaikan K/U	5	10
4.	Pungsi	1	2
	Total	50	100

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa alasan MRS tertinggi adalah Chemoterapi sebanyak 36 responden (72%) dan terendah adalah Pungsi sebanyak 1 responden (2%).

5.1.2 Data Khusus.

1. Karakteristik Tingkat Stres.

Tabel 5.7 Distribusi karakteristik responden berdasarkan Tingkat Stres di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Tingkat Stres	(frekuensi)f	(presentase)%
1.	Normal	4	8
2.	Ringan	4	8
3.	Sedang	21	42
4.	Parah	19	38
5.	Sangat Parah	2	4
	Total	50	100

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa tingkat stres dengan skala sedang adalah yang paling tinggi yaitu sebanyak 21 responden (42%), sedangkan tingkat stres dengan skala normal dan ringan masing-masing sebanyak 4 responden (4%).

2. Karakteristik Kualitas Hidup.

Tabel 5.8 Distribusi karakteristik responden berdasarkan Kualitas Hidup di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

No	Kualitas Hidup	(frekuensi) f	(presentase)%
1.	Buruk	8	16
2.	Sedang	41	82
3.	Sangat Baik	1	2
	Total	50	100

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa kualitas hidup sedang dengan jumlah responden paling tinggi yaitu sebanyak 41 responden (82%) dan kualitas hidup sangat baik hanya 1 responden (2%).

3. Karakteristik Hubungan Tingkat Stres dengan Kualitas Hidup.

Tabel 5.9 Distribusi Karakteristik Distribusi Hubungan Tingkat Stres dengan Kualitas Hidup di RSIA Putri Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2019.

Tingkat Stres	Kualitas Hidup						Total		<i>Spearman</i>	
	Sangat Baik		Sedang		Buruk		f	%	Koefisien korelasi	Nilai P
	f	%	f	%	f	%				
Normal	0	0	4	8	0	0	4	8	0,474	0,001
Ringan	1	2	3	6	0	0	4	8		
Sedang	0	0	20	40	1	2	21	42		
Parah	0	0	14	28	5	10	19	38		
Sangat Parah	0	0	0	0	2	4	2	4		
Total	1	2	41	82	8	16	50	100		

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa responden dengan tingkat stress sedang, kualitas hidupnya juga sedang dengan jumlah 41 responden (82%).

Sebelum diambil kesimpulan perlu di ketahui beberapa hal berikut, diantaranya adalah : nilai signifikansi dari output SPSS 16.0 dan pengambilan keputusan setelah diketahui nilai signifikansi. Apabila nilai signifikansi <0,005 maka hipotesis (Ho) ditolak, yang berarti terdapat hubungan antar variabel yang diteliti.

Bedasarkan hasil analisis data diatas, didapatkan nilai signifikansi antara tingkat stres dan kualitas hidup sebesar 0,001 dengan menggunakan uji analisis *Spearman*. Yang berarti nilai signifikansi tersebut $<0,05$ sehingga dapat bermakna Hipotesis (H_0) ditolak yang berarti (H_1) diterima, yang artinya ada hubungan antara tingkat stres dengan kualitas hidup terhadap pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

Untuk mengetahui arah hubungan (hubungan yang positif atau hubungan negatif), kita dapat melihat tanda pada nilai koefisien korelasi, yaitu positif atau negatif. Jika positif (berbanding lurus) berarti terdapat hubungan yang positif, artinya variabel bebasnya tinggi maka variabel terikatnya juga tinggi atau baik. Dan sebaliknya jika tandanya negatif (berbanding terbalik) maka hubungan keduanya juga negatif (Yamin, *et al*, 2009). Berdasarkan hasil uji hipotesis penelitian dari data data yang telah disajikan diatas, maka dapat ditentukan arah hubungan antara tingkat stres dengan kualitas hidup adalah positif. Karena didapatkan koefisien korelasi sebesar $+0,474$ pada uji *Spearman*.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Tingkat Stres pada Pasien Kanker Ginekologi.

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa tingkat stres dengan skala sedang adalah yang paling tinggi yaitu sebanyak 21 responden (42%), sedangkan tingkat stres dengan skala normal dan ringan masing- masing sebanyak 4 responden (4%).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tingkat stres responden adalah normal, sedang dan parah dan sangat parah. Penyebab responden mengalami stres parah dan sangat parah karena stadium kanker, lama pengobatan, berkurangnya fungsi seksual bagi seorang wanita dan seorang istri. Sedangkan efek kemoterapi yang menyebabkan perubahan fisik. Gejala stres yang ditampilkan responden pada tingkat parah dan sangat parah seperti mudah lelah, sedih, putus asa, pesimis dan kehilangan minat, khawatir sepanjang hari, tidak tenang, sulit konsentrasi. Dan penyebab responden dengan skala stres sedang, responden mengatakan merasakan kesulitan tidur, gangguan lambung, muntah sebagai efek dari

kemoterapi dan kadang kadang kurang konsentrasi. Dan responden dengan tingkat stress normal mengatakan sudah bisa menerima semua penyakit yang di deritanya dan seluruh keluarga sangat mendukung dan memberikan semangat. Tingkatan stres pada penelitian ini yang paling banyak dialami responden adalah di tingkat sedang dan tingkat parah. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Widiyono et al (2017). Penyebab responden mengalami stres sedang dan parah adalah lama pengobatan, hilangnya fungsi seksualitas badi seorang wanita dan istri, efek kemoterapi yang menyebabkan perubahan fisik. Gejala responden yang ditampilkan responden adalah mudah lelah, sedih, putus asa, pesimis, dan kehilangan minat.

Menurut Purba (2011) menyatakan bahwa jika tubuh masih dapat mempertahankan keseimbangan maka kehidupan biologis akan berlanjut secara fisiologis dan sebaliknya yang terjadi adalah patologis yang membutuhkan bantuan pengobatan, baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Stres menyebabkan supresi sistem imun, hal ini mengakibatkan resiko terserang penyakit lebih besar. Juga dapat memperbesar kemungkinan kejadian penyakit autoimunitas. Hal tersebut disebabkan oleh peningkatan sekresi glococortiroid yang mensupresi aktivitas sistem imun (Notosoedirjo,2011). Tingkat Stres bersifat individu dan pada dasarnya bersifat merusak bila tidak adanya keseimbangan antara daya tahan mental individu dengan beban stres yang dirasakan. Faktor yang mempengaruhi stres yang berasal dari dalam diri organisme adalah : Faktor Biologis yaitu genetik, pengalaman hidup, ritme biologis, tidur, makanan, postur tubuh, kelelahan, penyakit, Faktor Psikologis meliputi faktor persepsi, perasaan dan emosi, situasi, pengalaman hidup, keputusan hidup, perilaku dan melarikan diri, Faktor Lingkungan meliputi lingkungan fisik, biotik dan sosial. (Yusuf, 2004). Stres yang berkepanjangan dapat berdampak pada aspek dan sistem imun seseorang. Stres berdampak pada emosional meliputi cemas, depresi, tekanan fisik dan psikologis. (Potter & Perry,2010)

Peneliti berpendapat bahwa pasien dengan kanker ginekologi yang sedang menjalani kemoterapi adalah stimulus yang menjadi faktor eksternal dan diagnosis kanker serta proses pengobatan yang dijalani. Kemoterapi merupakan proses yang panjang dan dilakukan secara berulang, sehingga menimbulkan stres. Dan stres yang terjadi di awal di diagnosa karena responden di hantui dengan gambaran kematian, tidak bisa menikah dan mempunyai anak serta memikirkan efek kemoterapi yang berkepanjangan.

5.2.2 Kualitas Hidup pada pasien Kanker Ginekologi

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa kualitas hidup kategori sedang dengan jumlah responden paling tinggi yaitu sebanyak 41 responden (82%) dan kualitas hidup kategori sangat baik hanya 1 responden (2%) dan sebanyak 8 responden (16%) dengan kualitas hidup kategori buruk.

Pada penelitian ini kualitas hidup pasien kanker ginekologi adalah kategori sedang, yang ditunjukkan dengan hubungan sosial dan lingkungan yang lebih baik. Hubungan sosial yang didapat responden berupa dukungan dari keluarga dan teman seperti dukungan emosional dan dukungan instrumental. Responden juga mendapatkan lingkungan yang nyaman dan aman dari keluarga. Keluarga juga membantu dalam merawat pasien seperti mendampingi responden dalam menjalani kemoterapi dan operasi, memenuhi kebutuhan pangan dan membantu aktivitas yang tidak mampu dilakukan responden. Pada penelitian ini kualitas hidup pasien kanker ginekologi mayoritas berada pada kategori sedang yang ditunjukkan dengan nilai domain hubungan sosial dan lingkungan yang lebih baik, sedangkan nilai domain kesehatan fisik yang menurun. Hasil penelitian ini sejalan dengan Eran Ben-Arye et al (2015) yaitu kualitas hidup terkait kemoterapi pada pasien ginekologi adalah merasakan kekhawatiran utama adalah kelelahan, keluhan gastro intestinal, nyeri neuropati dan tekanan emosional.

Kualitas hidup merupakan tujuan penting dalam pengobatan kanker, dan kekhawatiran akan kondisi fisik, psikologis, gangguan citra tubuh, serta gejala-gejala yang dapat menimbulkan distress perlu segera diantisipasi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Meningkatkan kualitas

hidup pasien kanker selama pengobatan akan meningkatkan kepatuhan mereka akan perawatan dan pengobatan serta memberikan mereka kekuatan untuk mengatasi berbagai gejala atau keluhan yang dialami pasien kanker (Bayram, Durna, & Akin, 2014).

Peneliti berpendapat dimensi kesehatan fisik pada rata rata responden adalah dengan nilai yang paling rendah dibandingkan dengan dimensi psikologis, dimensi lingkungan dan dimensi lingkungan. Hal tersebut disebabkan efek pengobatan kemoterapi dan radiasi yang dialami responden seperti tidak bisa tidur, kelelahan, ketidak nyamanan.

5.2.3 Hubungan Tingkat Stres dengan Kualitas Hidup pada pasien Kanker Ginekologi di RSIA Putri.

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa responden dengan tingkat stress sedang, kualitas hidupnya juga dalam kategori sedang dengan jumlah 41 responden (82%).

Hasil analisa hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya menggunakan uji *Spearman rho* adalah p (sig) = 0,001 dimana $< \alpha$ 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat stres dan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa respon stres yang ditanggapi pasien berbeda-beda. Selain itu reaksi terhadap stres bervariasi antara seseorang dengan yang lain dan reaksinya berbeda-beda dari waktu ke waktu yang sangat mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup terdiri atas kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Hasil penelitian kualitas hidup pada domain kesehatan fisik didapatkan bahwa sebagian responden telah dilakukan pembedahan dan sedang menjalani kemoterapi. Tindakan medis kemoterapi memiliki efek fisik. Efek fisik yang dirasakan oleh pasien yang menjalani kemoterapi seperti mual muntah, nafsu makan menurun, kulit kering, kuku menghitam, dan sebagian responden mengalami insomnia, merasa nyeri, kelemahan serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Pada domain kesejahteraan

psikologis didapatkan responden merasa kuatir sepanjang hari, tidak tenang, sulit berkonsentrasi, merasa sudah tidak sempurna, takut akan kematian. Pada domain sosial didapatkan sebagian responden masih dapat berbaur dengan sahabat, teman dan tetangga. Responden mendapat dukungan dari keluarga, sahabat dan teman seperti dukungan emosional (pemberian semangat, kasih sayang, hiburan, motivasi untuk tidak menyerah dalam pengobatan), dukungan instrumental (keluarga memberikan solusi dalam masalah, menyediakan materi, makanan, barang dan seluruh keperluan responden). Pada domain hubungan dengan lingkungan sebagian responden dapat menjangkau fasilitas kesehatan terdekat ketika ada keluhan terhadap penyakitnya responden mendapatkan sumber informasi dari pelayanan kesehatan terdekat serta mendapatkan lingkungan rumah yang aman dan nyaman

Menurut Kozier et al (2011) stres bisa memiliki konsekuensi secara fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Biasanya efek tersebut terjadi bersamaan karena stres mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Secara fisik, stres dapat menimbulkan perasaan negatif atau non konstruktif terhadap diri sendiri. Secara intelektual, stres dapat mempengaruhi persepsi dan kemampuan seseorang dalam memecahkan masalah. Secara sosial, stres dapat mengancam keyakinan dan nilai seseorang. Pada wanita yang terdiagnosa kanker ginekologi, stres sering di temukan pada penderita yang terdiagnosa di awal penyakit dan berlanjut selama pengobatan.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat stres yang normal atau ringan maka kualitas hidup seseorang akan dalam kategori baik. Stres yang berat mampu menciptakan kualitas hidup yang lebih baik apabila penderita memiliki coping yang positif dan mendapatkan dukungan dari berbagai pihak. Hubungan sosial dan lingkungan yang baik serta dukungan yang diperoleh dari anggota keluarga, sahabat dan teman merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Dukungan yang diberikan oleh keluarga, sahabat dan teman akan membuat pasien merasa diperdulikan dan

dicintai, hal ini akan membuat pasien memiliki keinginan yang kuat untuk menjalankan pengobatan.

BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana Jangka Pendek

Penelitian telah diselesaikan dengan baik dan tidak terdapat hambatan yang berarti dalam penyusunan hasil penelitian. Rencana tahapan berikutnya jangka pendek adalah Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN minimal terakreditasi Sinta.

6.1 Rencana Jangka Panjang

Rencana jangka panjang yang diharapkan dari penelitian ini adalah hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan komunitas dalam hal memperbaiki kondisi stress pada pasien yang sedang menjadi survivor dalam kanker ginekologi.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan tingkat stres terhadap kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Tingkat stres pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya termasuk dalam skala ringan, sedang, parah, dan sangat parah.
2. Kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya termasuk di kategori buruk, sedang, dan sangat baik.
3. Ada hubungan antara tingkat stres dengan kualitas hidup pada pasien kanker ginekologi di RSIA Putri Surabaya.

7.2 Saran.

1. Bagi penderita kanker, bisa memberikan informasi bahwa dengan mengendalikan stres, kualitas hidup penderita akan lebih baik sehingga mereka mampu mengendalikan tingkat stres nya dan menjalani hidup dengan lebih baik.
2. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini bisa digunakan sebagai referensi untuk melakukan penelitian di bidang yang ada kaitannya dengan strategi koping yang dilakukan penderita kanker untuk meminimalkan stres yang mereka alami.

DAFTAR PUSTAKA

- Bayram, Z.Durna, Z.Akin, S (2014) *Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients : European Journal of Cancer Care*
- Ben-Arye,Samuels et al (2015) *Quality-of-life outcomes in patients with gynecologic cancer referred to integrative oncology treatment during chemotherapy*. Di unduh pada tanggal 6 Desember 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Bhosle,Kulkarni,Feldman, Balkrishnan(2006), *Quality of life in patients with psoriasis: Health and Quality of Life Outcomes*
- Billington (2010) *The New Zealand World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) :Group New Zealand Medical Journal*
- Cantika,Himbawani,Sudaryanto (2012), *Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris Terhadap Kualitas Hidup Penderita*.
- Connor, Rod O (1993) *Issues in the Measuremnt of Health- Releated Quality of Life*
- Crowford, J, C & Hendry J. D. (2003). *The Depression Anxiety Stress Scale (DASS): Normative data and latent structure in a large non clinical sample. British journal of Clinical Psychology*. Di unduh tanggal 30 September 2019.
- Fadda and Jirón (1999) *Quality of life and gender: a methodology for urban reseach*
- Fitriana . Ambarini (2012) *Hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup penderita kanker servik di RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto Hasil Riset Kesehatan Dasar (2018)*, di akses pada tanggal 10 Sepetember 2019 dari <http://www.kesmas.kemkes.go.id>
- Hidayat, A, A, A (2017) *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan. Jakarta : Penerbit Salemba Medika*
- Kahneman, Diener, Schwarz (1999) *Well-being: The foundations of hedonic psychology :Health San Francisco*
- Kozier, et al. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, & praktik, edisi 7. Jakarta :EGC*
- Kubler-Ross, E (1998). *Kematian sebagai kehidupan : On Death and Dying. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama*
- Lam, R, W, (2005). *Assesment Scale in Depression, Mania and Anxiety. North and South Amerika : informa Health Care*

- Loizzo, Joseph et al (2010) *The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers*. Di unduh pada tanggal 6 Desember 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Maramis (2011) *Manfaat Psikoterapi : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.
- Mesarova, Ostro(2005), *Pshicological Responses to Cancer Among Female petients with Malignant and Benign Breast Diseese*, di akses pada tanggal 28 November 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Moons, Marquet, Budts, De Geest (2004) *Validity, reliability and responsiveness of the "Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting" (SEIQoL-DW) in congenital heart disease :Health and Quality of Life Outcomes*
- Muljohardjono (2011) *Perubahan Perilaku Sebagai Respons Stresor Psikososial : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.
- Mumpuni & Wulandari. (2010). *Cara Jitu Mengatasi Stres*. Jakarta: Penerbit Andi
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Obgyn & Reproduction Week ; Atlanta (2019) *Oncology - Gynecologic Cancer ; Reports Summarize Gynecologic Cancer Findings from A . M . Reb and Co-Authors (Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors)* di unduh pada tanggal 6 Desember 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Perry & Potter (2015) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Volume 2, Edisi 4*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rahmawati (2013) *Hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup penderita kanker servik di RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto*
- Rasjidi, I (2010) *Epidemiologi Kanker pada Wanita*. Jakarta : Penerbit Sagung Seto
- Stafford et al (2015), *Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome*, diakses pada tanggal 26 November 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Taat Putra, S (ed) 2011 *Model Asuhan Keperawatan Pasien di Rumah Sakit terhadap Modulasi Respons Imun : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.
- Taat Putra,S (ed) 2011 *Biologi Persepsi : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.
- Taat Putra,S (ed) 2011 *Psikobiologi sebagai dasar Psikoneuroimunologi : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.

- Testa, Simonson (1996). *Assessment of quality-of-life outcomes*
- Wahl,Rustoen, Hanestad, Lerdal, Moum (2004) *Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N)*
- WHO (2004) *Instrumen WHOQOL-BREF* di unduh pada tanggal 26 September 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Widiyono et al (2017), *Tingkat Depresi pada pasien Kanker,Pilot Study*. Di unduh pada tanggal 20 November 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Yaping He et al (2019) *Coping, mood and health-related quality of life: a cross-sectional study in Chinese patients with advanced lung cancer*. Diunduh tanggal 30 September 2019, <http://e-resources.go.id/proquest>
- Yudiarto. Fenny. L (2011) *Stress dan Adaptasi Otak : Psikoneuroimunologi Kedokteran Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Laporan Keuangan Penelitian

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Tim Peneliti (Ketua)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
2	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 1)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
3	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 2)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
4	Honorarium Asisten Peneliti	2	Orang	Rp 500.000,00	Rp 1.000.000,00
Sub Total					Rp 2.500.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	4	Rim	Rp 48.600,00	Rp 194.400,00
2	Tinta Printer Epson Black	1	Botol	Rp 122.600,00	Rp 122.600,00
3	Tinta Printer Epson Cyan, Magenta, Yellow	3	Botol	Rp 105.000,00	Rp 315.000,00
4	Data Kuota Internet (Pulsa 100 ribu)	3	Orang	Rp 101.000,00	Rp 303.000,00
5	Bolpoin	11	Box	Rp 20.000,00	Rp 220.000,00
6	Bolpoin tebal	2	Buah	Rp 16.500,00	Rp 33.000,00
7	Map Coklat	3	Lusin	Rp 32.000,00	Rp 29.000,00
8	Map L Transparan	3	Lusin	Rp 27.500,00	Rp 82.500,00
9	Map Kancing tebal	8	Buah	Rp 12.300,00	Rp 98.400,00
10	Boxfile	3	Buah	Rp 18.900,00	Rp 56.700,00
11	Lem	3	Buah	Rp 7.800,00	Rp 23.400,00
12	Souvenir Asisten Peneliti (Set ATK dan Tas)	2	Buah	Rp 153.000,00	Rp 306.000,00
13	Parcel buah	5	Paket	Rp 56.500,00	Rp 282.500,00
14	Paper bag packing	110	Buah	Rp 2.500,00	Rp 275.000,00
15	Botol Souvenir Responden	75	Buah	Rp 22.500,00	Rp 1.687.500,00
16	Penggandaan Kuisisioner	100	Eksemplar	Rp 4.500,00	Rp 450.000,00
17	Penggandaan Penjelasan penelitian	100	Eksemplar	Rp 3.700,00	Rp 370.000,00
18	X-Banner	2	Buah	Rp 268.000,00	Rp 536.000,00
19	Absensi Kegiatan Penelitian	1	Paket	Rp 15.000,00	Rp 15.000,00
20	Penggandaan Laporan	2	Eksemplar	Rp 75.000,00	Rp 150.000,00
Sub Total					Rp 5.550.000,00
NO	Lain-lain	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Perjalanan Belanja Alat dan Bahan	6	Kali	Rp 50.000,00	Rp 300.000,00
2	Perjalanan Melakukan Penelitian	5	Kali	Rp 100.000,00	Rp 500.000,00
3	Publikasi Jurnal	1	Kali	Rp 1.500.000,00	Rp 1.500.000,00
4	Profread	1	Paket	Rp 800.000,00	Rp 800.000,00

5	Etik Penelitian	1	Paket	Rp 350.000,00	Rp 350.000,00
6	Publikasi di Media Massa	2	Kali	Rp 250.000,00	Rp 500.000,00
Sub Total					Rp 3.950.000,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 12.000.000,00

Lampiran 2 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Kegiatan	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan Asisten Penelitian						
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4	Pengurusan Etik Penelitian						
5	Mengurus perijinan penelitian dan persiapan awal penelitian						
6	Mempersiapkan dan menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
7	Melaksanakan penelitian dan pengambilan data penelitian						
8	Menyusun dan mengisi format tabulasi dan membahas data hasil penelitian						
9	Melakukan analisis data dan menyusun hasil penelitian serta membuat kesimpulan						
10	Menyusun Manuskrip hasil penelitian						
11	Menyusun laporan penelitian dan laporan keuangan						