



**HUBUNGAN ANTARA *FAMILY SUPPORT* DAN *SELF EFFICACY*
PARENT TERHADAP *QUALITY OF LIFE* ANAK KANKER
DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

Tika Roudotul Jannah

NIM: 30902100005

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**



**HUBUNGAN ANTARA *FAMILY SUPPORT* DAN *SELF EFFICACY*
PARENT TERHADAP *QUALITY OF LIFE* ANAK KANKER
DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**

SKRIPSI

Oleh:
Tika Roudotul Jannah

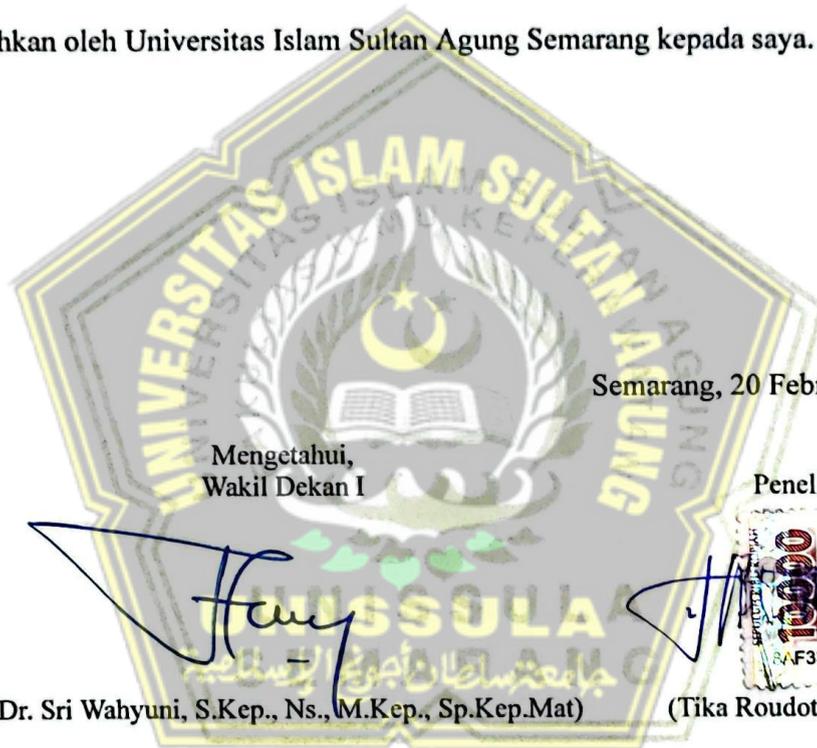
NIM: 30902100005

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini , saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata ,saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.



Semarang, 20 Februari 2025

Mengetahui,
Wakil Dekan I


(Dr. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat)

Peneliti,


(Tika Roudotul Jannah)



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN ANTARA *FAMILY SUPPORT* DAN *SELF EFFICACY* *PARENT* TERHADAP *QUALITY OF LIFE* ANAK KANKER DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Tika Roudotul Jannah

NIM : 30902100005

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal :



Ns. Kurnia Wijayanti, M. Kep

NIDN. 0628028603

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA *FAMILY SUPPORT* DAN *SELF EFFICACY*
PARENT TERHADAP *QUALITY OF LIFE* ANAK KANKER
DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Tika Roudotul Jannah

NIM : 30902100005

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 23 Januari 2025
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep.An
NIDN. 0618097805

Penguji II,

Ns. Kurnia Wijayanti, M. Kep
NIDN.0628028603

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, S.KM., S.Kep., M.Kep
NIDN. 06.2208.7403

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Januari 2025**

ABSTRAK

Tika Roudotul Jannah, Kurnia Wijayanti, Indra Tri Astuti

HUBUNGAN ANTARA *FAMILY SUPPORT* DAN *SELF EFFICACY PARENT* TERHADAP *QUALITY OF LIFE* ANAK KANKER DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG

xiv + 184 halaman + 18 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Latar Belakang: *Quality of Life* adalah konsep penting dalam penilaian kesehatan anak-anak dengan penyakit kronis kanker. Di Jawa Tengah, prevalensi peningkatan yang signifikan terdapat di RSUP Dr. Kariadi, total 2.506 anak dengan kanker tercatat antara 2020 hingga Agustus 2024. Dalam proses manajemen kanker, *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* adalah aspek yang terlibat. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker Di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Metode: Penelitian kuantitatif ini menggunakan desain analitik korelasi dan pendekatan *crosssectional*. Teknik *non probability sampling* metode *consecutive sampling* dengan besar sampel menggunakan rumus *infinite population* didapatkan sebanyak 49 responden. Instrumen menggunakan MOS-SSS (*Medical Outcomes Study: Social Support Survey*), *Self efficacy parent* menggunakan SEPTI (*Self-Efficacy Parenting Test Instrument*), serta *Quality of Life* Anak PedsQL TM 4.0 (*Pediatric Quality of Life Inventory*). Analisa data menggunakan uji *Contingensy coefficient* untuk mengukur hubungan data nominal dan nominal pada penelitian.

Hasil: Karakteristik responden mayoritas ibu usia 40 tahun dengan anak terdiagnosa kanker usia 5-17 tahun. Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara *family support* ($p>0,843$) dengan nilai ($r = 0,028$) dan *self-efficacy parents* ($p>0,801$) dengan nilai ($r = 0,036$) terhadap *quality of life* anak kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Kesimpulan: Rekomendasi kepada perawat untuk mengoptimalkan layanan penatalaksanaan kanker pada anak.

Kata Kunci: *Family Support, Self Efficacy Parent, Quality of Life, Cancer*

Daftar Pustaka: (2018-2024)

BACHELOR NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, January 2025

ABSTRACT

Tika Roudotul Jannah, Kurnia Wijayanti, Indra Tri Astuti

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND PARENT'S SELF EFFICACY ON THE QUALITY OF LIFE OF CANCER CHILDREN AT DR. KARIADI HOSPITAL SEMARANG

xiv + 184 pages + 18 tables + 2 figures + 13 appendices

Background: *Quality of Life is an important concept in the health assessment of children with chronic diseases such as cancer. In Central Java, a significant increase in prevalence is found at Dr. Kariadi Hospital, a total of 2,506 children with cancer were recorded between 2020 and August 2024. In the cancer management process, Family Support and Self Efficacy Parent are the aspects involved. The purpose of the study was to determine the relationship between Family Support and Self Efficacy Parent on the Quality of Life of Cancer Children at Dr. Kariadi Hospital Semarang.*

Method: *This quantitative research uses a correlation analytical design and a cross-sectional approach. The non-probability sampling technique of the consecutive sampling method with a sample size using the infinite population formula was obtained as many as 49 respondents. The instrument used MOS-SSS (Medical Outcomes Study: Social Support Survey), Self efficacy parents used SEPTI (Self-Efficacy Parenting Test Instrument), and Quality of Life PedsQL TM 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory). Data analysis uses the Contingency coefficient test to measure the relationship between nominal and nominal data in the study.*

Results: *Characteristics of the majority of respondents are mothers aged 40 years with children diagnosed with cancer aged 5-17 years. The results of the test showed that there was no significant relationship between family support (>0.843) and ($r = 0.028$) and ρ self-efficacy parents (>0.801) and ($r = 0.036$) on the ρ quality of life of cancer children at Dr. Kariadi Semarang Hospital.*

Conclusion: *Recommendations to nurses to optimize cancer management services in children.*

Keywords: *Family Support, Self Efficacy Parent, Quality of Life, Cancer*

Bibliography: *(2018-2024)*

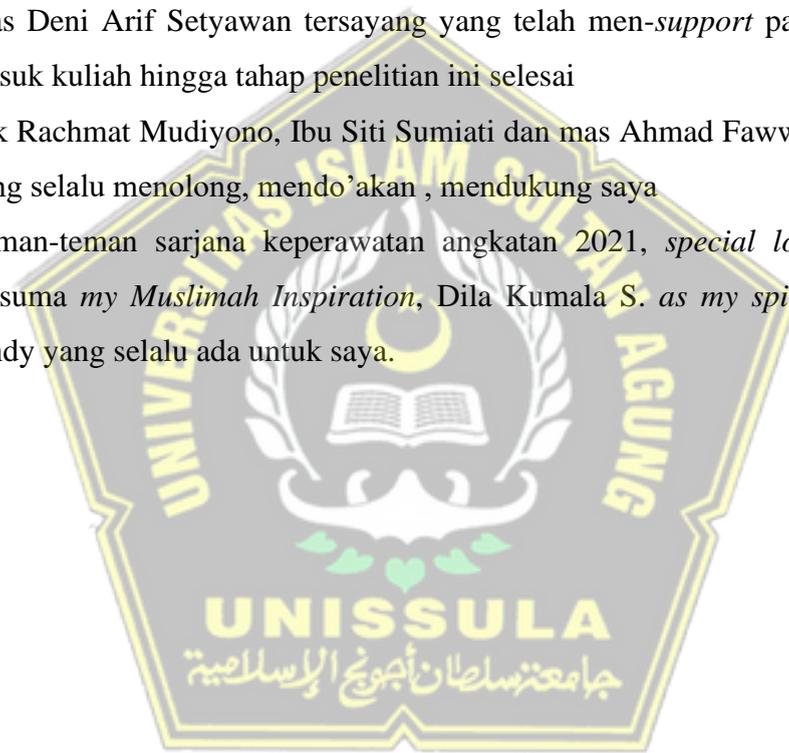
KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "**Hubungan Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker Di RSUP Dr. Kariadi Semarang**". Penulisan skripsi ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Islam Sultan Agung. Karya ilmiah ini merupakan wujud ikhtiar dalam mengkaji pentingnya dukungan keluarga dan keyakinan orangtua dalam meningkatkan kualitas hidup anak-anak yang berjuang melawan kanker. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan, khususnya dalam bidang onkologi anak. Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat terwujud tanpa adanya do'a, bantuan, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Dr. Iwan Ardian. M. Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep.,Sp.KMB selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti ., M.Kep selaku Dosen Pembimbing dan Ns. Indra Tri Astuti., S.Kep., M.Kep.,Sp.An selaku pembimbing dan penguji.
5. Bapak Dr. Ikhlusul Amal., S.Kep., MAN. dan Ibu Anis sekeluarga yang telah menjadi tempat bernaung dan *sharing* semangat kehidupan selama proses pendidikan.
6. Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian kepada responden dan Dr. Bambang Sudarmanto Sp. A(K), MARS. yang telah menjadi Pembimbing Lapangan saya.

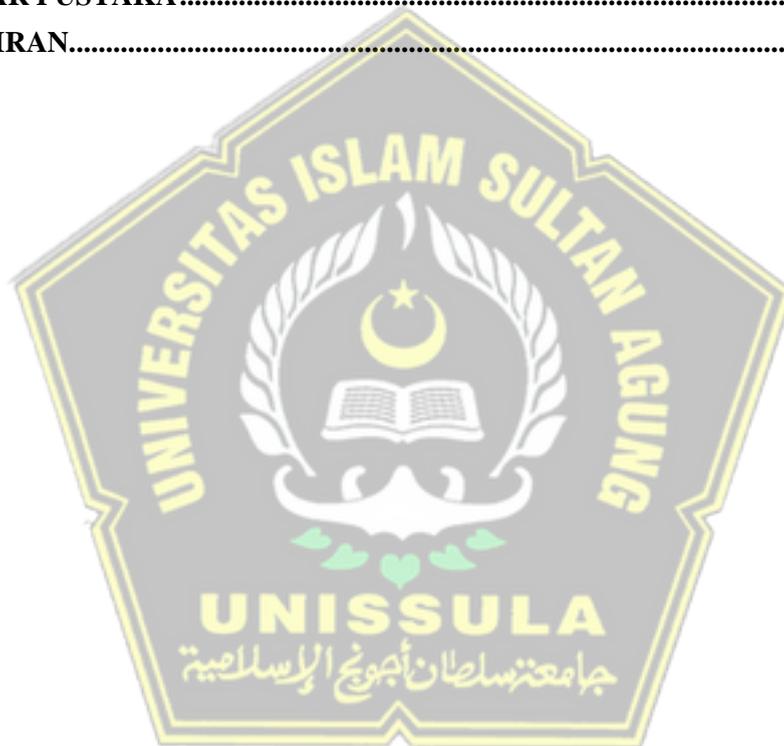
7. Kepala Tim Onkologi Anak Kariadi Bu Putri yang dengan sabar mengarahkan saya selama di lapangan, Bu Nilam, Bu Nanda yang selalu ada menemani proses saya
8. Segenap Tim Penelitian dan Etik RSUP Dr. Kariadi, Mba Laila, Bu dr. Aminah, serta Pak Parno
9. Bunda saya tercinta, Bunda Sulistyowati yang telah memberikan seluruh dunianya untuk saya bisa hidup dan Bapak Abdul Hamid adalah semangat saya untuk bertahan
10. Mas Deni Arif Setyawan tersayang yang telah men-*support* pada masa awal masuk kuliah hingga tahap penelitian ini selesai
11. Pak Rachmat Mudiyono, Ibu Siti Sumiati dan mas Ahmad Fawwaz sekeluarga yang selalu menolong, mendo'akan , mendukung saya
12. Teman-teman sarjana keperawatan angkatan 2021, *special love for* Cindy Kusuma *my Muslimah Inspiration*, Dila Kumala S. *as my spirit*, My Galuh Sindy yang selalu ada untuk saya.



DAFTAR ISI

SKRIPSI	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan Teori	6
B. Kerangka Teori.....	36
C. Hipotesis	37
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Kerangka Konsep.....	38
B. Variabel Penelitian.....	38
C. Desain Penelitian	39
D. Populasi dan Sampel Penelitian	39
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	42
F. Definisi Operasional dan Definisi Istilah.....	42
G. Instrument/ Alat Pengumpulan Data.....	45
H. Metode Pengumpulan Data.....	50
I. Rencana Analisa Data.....	53
J. Etika Penelitian.....	60
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	63
A. Pengantar Bab.....	63
B. Karakteristik Sampel	63

C. Hasil Uji Penelitian	68
BAB V PEMBAHASAN	72
A. Intepretasi dan Hasil	72
B. Variabel Penelitian:	99
C. Keterbatasan Penelitian	108
D. Implikasi Untuk Keperawatan	109
BAB VI PENUTUP	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN	118



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Definisi Istilah	43
Tabel 4.1 Distribusi karakteristik berdasarkan jenis kelamin responden (n=49)	64
Tabel 4.2 Distribusi karakteristik berdasarkan usia orang tua (n=49)	64
Tabel 4.3 Distribusi karakteristik berdasarkan status pernikahan orang tua (n=49)	64
Tabel 4.4 Distribusi karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan orang tua (n=49)	65
Tabel 4.5 Distribusi karakteristik berdasarkan pekerjaan orang tua (n=49)	65
Tabel 4.6 Distribusi karakteristik berdasarkan penghasilan orang tua (n=49)	65
Tabel 4.7 Distribusi karakteristik berdasarkan jumlah anak (n=49)	66
Tabel 4.8 Distribusi karakteristik berdasarkan jenis kelamin anak dengan diagnosa kanker (n=49)	66
Tabel 4.9 Distribusi karakteristik berdasarkan Usia anak dengan diagnosa kanker (n=49)	66
Tabel 4.10 Distribusi karakteristik berdasarkan jenis kanker (n=49)	67
Tabel 4.11 Distribusi karakteristik berdasarkan lama pengobatan (n=49)	67
Tabel 4.12 Distribusi karakteristik berdasarkan penyakit penyerta (n=49)	68
Tabel 4.13 Distribusi karakteristik berdasarkan stadium kanker (n=49)	68
Tabel 4.14 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat Family Support (n=49)	69
Tabel 4.15 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat <i>Self Efficacy Parent</i> (n=49)	69
Tabel 4.16 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Quality of Life Anak Kanker (n=49)	69
Tabel 4.17 Hasil Uji Hubungan Antara <i>Family Support</i> terhadap <i>Quality of Life</i> Anak Kanker	70
Tabel 4.17 Hasil Uji Hubungan Antara <i>Self Efficacy Parent</i> terhadap <i>Quality of Life</i> Anak Kanker	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	36
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	38



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Survey Pendahuluan
- Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3. *Ethical Clearance*
- Lampiran 4. Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5. *Informed Consent*
- Lampiran 6. Protokol Penelitian
- Lampiran 7. Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 9. Analisa Data
- Lampiran 10. Lembar Catatan Hasil Konsultasi
- Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 12. Jadwal Penelitian
- Lampiran 13. Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan konsep yang penting dalam penilaian kesehatan, terutama bagi anak-anak yang menderita penyakit kronis seperti kanker (Ariyani et al., 2024). Anak yang didiagnosis menderita kanker akan mengalami berbagai perubahan fisik, psikologis, dan sosial, hal ini mempengaruhi kualitas hidupnya. Menurut hasil penelitian (Nurhidayah, 2016) tentang kualitas hidup pada anak dengan kanker yang dilaksanakan di Rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Hasan sadikin Bandung menunjukkan 32 orang (53,3%) anak kanker memiliki kualitas hidup buruk, sedangkan berdasarkan penelitian Iin Ariyani pada 2024 mengenai gambaran kualitas hidup anak Leukimia usia 5 - 15 tahun di Kariadi menunjukkan 52 % diantaranya memiliki kualitas hidup tidak baik dan kurang baik (Ariyani et al., 2024).

Menurut WHO, lebih dari 1.000 anak terdiagnosa kanker setiap hari (Pusmaika et al., 2020), dan kanker merupakan penyebab kematian kedua paling umum pada anak usia 1-14 tahun di Amerika Serikat (Satrika, 2022). Di Indonesia, kanker adalah penyebab kematian ketiga terbesar setelah stroke dan penyakit jantung, dengan 11.000 kasus dilaporkan setiap tahun (Nayoan, 2023) (Panca, 2024). Pada tahun 2020, tercatat 8.677 anak berusia 0-14 tahun di Indonesia didiagnosis kanker, dengan prevalensi tertinggi di Asia Tenggara

(Pusmaika et al., 2020). Di Jawa Tengah, prevalensi kanker anak menunjukkan peningkatan signifikan, dan di RSUP Dr. Kariadi, total 2.506 anak dengan kanker berusia 0-18 tahun tercatat antara 2020 hingga Agustus 2024, dengan leukemia sebagai jenis kanker paling prevalen.

Diagnosis kanker pada anak menimbulkan efek samping fisik dan psikologis, termasuk mual, muntah, dan gangguan kognitif yang disebabkan oleh proses pengobatan melalui kemoterapi, yang dapat mengurangi kualitas hidup anak. Selain itu, tantangan psikologis seperti kecemasan dan depresi juga dapat memengaruhi perkembangan anak selama menjalani pengobatan. Selain dampak pada anak itu sendiri, tetapi juga pada orang tua dan keluarga (Wijayanti & Astuti, 2023). Studi menunjukkan bahwa dukungan keluarga (*family support*) merupakan aspek penting dalam manajemen kanker pada anak. *Family support* yang mencakup dukungan emosional, instrumental, dan informasional terbukti dapat mengurangi stres dan kecemasan, serta meningkatkan kualitas hidup anak (Pitaloka Putri, 2023).

Selain dukungan keluarga, *self-efficacy* orang tua, yaitu keyakinan orang tua terhadap kemampuan mereka dalam merawat anak dengan kanker, juga berperan penting. *Self-efficacy* yang tinggi memungkinkan orang tua lebih efektif dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan oleh anak dan mengatasi stres yang terkait dengan perawatan kanker (Nurhidayah, 2023). Anak dengan diagnosa kanker mengalami peningkatan kecemasan, stres, dan isolasi sosial, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi fisik dan psikologis mereka (Dwidiyanti et al., 2018), Penelitian ini bertujuan untuk

mengkaji hubungan antara *family support* dan *self-efficacy parents* terhadap *quality of life* anak dengan kanker di RSUP Dr. Kariadi, Semarang. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya bertujuan untuk mengevaluasi kondisi kesehatan anak tetapi juga memberikan kontribusi terhadap pengembangan intervensi keperawatan yang dapat mendukung kualitas hidup anak-anak yang menderita kanker. Kanker merupakan salah satu penyebab utama kematian pada anak di seluruh dunia.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan data dari RSUP Dr. Kariadi, total 2.506 anak dengan kanker berusia 0-18 tahun tercatat antara 2020 hingga Agustus 2024, dengan leukemia sebagai jenis kanker paling prevalen. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, presentasi anak kanker dengan kualitas hidup buruk terbanyak direntang 8-12 tahun. Maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah untuk mengetahui "Apakah Ada Hubungan Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parents* Terhadap *Quality Of Life* Anak Kanker di RSUP Kariadi Semarang".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui adanya Hubungan Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parents* Terhadap *Quality Of Life* Anak Kanker di RSUP Kariadi Semarang.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui karakteristik responden

- b. Mengetahui *Family Support* terhadap *quality of life* anak kanker di RSUP Kariadi Semarang.
- c. Mengetahui *Self Efficacy Parents* terhadap *quality of life* anak kanker di RSUP Kariadi Semarang.
- d. Mengetahui *quality of life* anak kanker di RSUP Kariadi Semarang.
- e. Menganalisis keeratan hubungan antara Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parents Terhadap Quality Of Life* Anak kanker di RSUP Kariadi Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Keluarga

Membantu keluarga memahami pentingnya dukungan emosional dan sosial yang mereka berikan kepada anak-anak mereka, sehingga meningkatkan keterlibatan dan partisipasi dalam proses perawatan. Keluarga dalam menyusun strategi perawatan yang lebih baik, berdasarkan pemahaman tentang peran dukungan keluarga dan efikasi diri orang tua.

2. Profesi Perawat

Meningkatkan pendekatan perawatan yang lebih holistik dan terintegrasi untuk anak-anak penderita kanker. Serta mengembangkan teori dalam implementasi pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pada tingkat kesehatan keluarga guna meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Institusi

Kontribusi positif bagi pengembangan teori, studi pendidikan dan pelatihan pendidikan di Indonesia.

4. Masyarakat

Memberikan informasi mengenai hal-hal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pediatri kanker serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan dari faktor- faktor penyebab kanker anak.

5. Pemerintah

Implementing agent dari kebijakan Pemerintah Kota Semarang untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat sehingga kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien pediatri kanker.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kanker

a. Definisi Kanker

Kanker pada anak adalah sekelompok penyakit di mana sel abnormal tumbuh dan berkembang secara tidak terkendali. Kanker ini dapat muncul diberbagai organ tubuh dan menyerang jaringan tubuh lainnya (Afriani, 2024). Meski lebih jarang terjadi dibandingkan dengan kanker pada orang dewasa, kanker pada anak-anak biasanya lebih agresif dan memiliki perjalanan penyakit yang berbeda, dengan leukemia, tumor otak, dan neuroblastoma menjadi yang paling umum (Dinkes, 2023).

b. Jenis-Jenis Kanker pada Anak

Terdapat beberapa jenis kanker yang umum terjadi pada anak-anak, antara lain:

1) Leukemia

Leukimia merupakan kanker darah yang paling umum pada anak-anak. Leukemia akut limfoblastik (ALL) dan leukemia mieloid akut (AML) adalah jenis yang sering ditemukan. ALL merupakan jenis leukemia yang berkembang cepat dan memengaruhi sel darah putih (limfosit) di sumsum tulang (Inayah

et al., 2021). Leukemia menyebabkan ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi sel darah sehat sehingga anak mudah mengalami infeksi, anemia, dan perdarahan (Inayah et al., 2021).

2) Tumor Otak dan Sistem Saraf Pusat

Tumor otak adalah jenis kanker kedua yang paling sering terjadi pada anak-anak. Glioma dan medulloblastoma merupakan bentuk umum dari kanker ini. Tumor otak pada anak dapat menyebabkan gangguan fungsi neurologis, seperti kejang, kesulitan berjalan, dan perubahan perilaku (Essianda et al., 2023).

3) Neuroblastoma

Kanker ini berasal dari jaringan saraf simpatis dan sering muncul di kelenjar adrenal. Neuroblastoma biasanya ditemukan pada anak-anak di bawah usia lima tahun. Kanker ini dapat menyebabkan pembengkakan perut, nyeri tulang, dan gejala lain yang berkaitan dengan penyebaran kanker ke bagian tubuh lain (Khasanah, 2020).

4) Tumor Wilms (Nefroblastoma)

Kanker ginjal yang umum terjadi pada anak-anak, biasanya sebelum usia lima tahun. Tumor Wilms seringkali terdeteksi melalui pembesaran perut tanpa rasa sakit (Saputra & others, 2022).

5) Limfoma Hodgkin dan Non-Hodgkin

Limfoma adalah kanker yang berasal dari sistem limfatik, bagian dari sistem kekebalan tubuh. Limfoma Hodgkin lebih jarang

pada anak-anak dibandingkan non- Hodgkin, tetapi lebih sering terjadi pada remaja (Ulfiana, 2022).

Limfoma non-Hodgkin (NHL) cenderung berkembang cepat dan sering terjadi pada anak usia di bawah 10 tahun. Limfoma dapat menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening, sesak napas, dan penurunan berat badan (Agsalda-Garcia et al., 2020).

6) Retinoblastoma

Retinoblastoma adalah kanker yang berkembang di retina, lapisan mata yang peka cahaya. Ini adalah kanker mata yang paling umum pada anak-anak dan biasanya terdeteksi pada usia sebelum tiga tahun. Retinoblastoma sering terdeteksi melalui adanya "mata kucing" atau refleks putih di mata anak saat terkena cahaya (Soebagjo, 2020).

7) Rabdomiosarkoma

Kanker jaringan lunak yang berasal dari sel otot rangka. Rabdomiosarkoma dapat berkembang di mana saja di tubuh, tetapi paling sering muncul di kepala, leher, kandung kemih, dan saluran reproduksi. Gejala bergantung pada lokasi kanker tetapi dapat mencakup pembengkakan atau benjolan yang terasa lunak di bawah kulit (Helmi et al., 2021).

c. Faktor Penyebab Kanker pada Anak

1) Faktor Genetik:

Sejumlah kecil kanker anak disebabkan oleh mutasi genetik

yang diwariskan dari orang tua. Misalnya, retinoblastoma dan sindrom Li-Fraumeni berkaitan erat dengan mutasi genetik tertentu yang diturunkan dalam keluarga. Selain itu, mutasi genetik yang terjadi selama perkembangan embrio atau sesaat setelah lahir juga dapat memicu pertumbuhan sel kanker pada anak (Kresno et al., 2021).

2) Faktor Lingkungan

Meskipun pengaruh lingkungan terhadap kanker pada anak lebih rendah dibandingkan dengan orang dewasa, beberapa faktor lingkungan seperti paparan radiasi dan zat kimia berbahaya dapat meningkatkan risiko kanker pada anak-anak. Misalnya, anak-anak yang terpapar radiasi pengobatan saat dalam kandungan atau setelah lahir memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker (Aldi, 2024).

3) Faktor Prenatal

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kanker pada anak dapat dimulai sejak dalam kandungan, dipicu oleh mutasi genetik atau paparan zat berbahaya selama kehamilan (Kresno et al., 2021).

d. Dampak Kanker pada Anak dari Semua Aspek

Kanker pada anak memiliki dampak signifikan terhadap berbagai aspek kehidupan, termasuk fisik, psikologis, dan sosial:

1) Aspek Fisik

Anak-anak dengan kanker sering menghadapi berbagai komplikasi fisik, termasuk rasa lelah kronis, kerontokan rambut, mual, penurunan berat badan, serta efek samping dari pengobatan seperti kemoterapi dan radioterapi. Efek jangka panjang seperti gangguan pertumbuhan, masalah kesuburan, dan kerusakan organ juga bisa terjadi, terutama jika anak harus menjalani pengobatan intensif dalam waktu lama (Naulia & Saudi, 2023)

2) Aspek Psikologis

Diagnosis kanker dapat menyebabkan gangguan mental seperti kecemasan, depresi, dan stres, baik bagi anak maupun keluarganya. Anak-anak yang menjalani pengobatan kanker seringkali merasa terisolasi, kehilangan rasa percaya diri, dan takut menghadapi masa depan (Yunike et al., 2024).

3) Aspek Sosial

Kehidupan sosial anak juga terpengaruh oleh penyakit ini. Banyak anak-anak dengan kanker tidak bisa bersekolah secara rutin, mengurangi kesempatan mereka untuk bersosialisasi dengan teman-teman sebaya. Hal ini sering kali menyebabkan perasaan terisolasi dan kesulitan dalam mempertahankan interaksi sosial yang

sehat(Rahman et al., 2023)

2. *Family Support* (Dukungan Keluarga)

a. Definisi *Family Support*

1) Pengertian dukungan keluarga menurut para ahli.

Dukungan keluarga (*family support*) merupakan salah satu bentuk dukungan sosial yang diberikan oleh anggota keluarga kepada individu yang mengalami masalah atau kondisi tertentu, seperti penyakit kronis, termasuk kanker pada anak. Dukungan ini berperan penting dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis, kualitas hidup, dan keberhasilan pengobatan(Hermono et al., 2022).

Menurut Cohen dan Wills (1985), dukungan sosial, termasuk dukungan keluarga, adalah persepsi atau pengalaman yang diterima seseorang tentang perhatian, penghargaan, dan ketersediaan bantuan dari orang lain, termasuk keluarga. Dukungan ini dapat berperan sebagai buffer atau pelindung terhadap stres yang dihadapi seseorang(Pratiwi, 2022)

House (1981) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang dapat berupa dukungan emosional (penghiburan, empati), dukungan instrumental (bantuan nyata seperti bantuan fisik atau finansial), dukungan informatif (penyediaan informasi dan saran), dan dukungan penilaian (*feedback* positif)(Supinganto & others, 2024).

Menurut Uchino et al. (2018), dukungan keluarga mencakup

berbagai jenis interaksi yang bermanfaat yang dapat memberikan dukungan emosional, instrumental, dan informasi kepada individu yang membutuhkan. Dukungan ini sangat penting dalam situasi penyakit kronis seperti kanker, di mana anak dan keluarga sering kali harus menghadapi tantangan fisik, emosional, dan sosial.

Sarafino dan Smith (2016) mengemukakan bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat *coping mechanism* individu dalam menghadapi stresor, seperti penyakit kronis. Dukungan keluarga ini dapat meningkatkan persepsi kontrol seseorang terhadap situasi yang dihadapi dan meningkatkan *self-efficacy* individu dalam mengelola tantangan kesehatan (Nasution et al., 2024).

2) Komponen-komponen *family support*

Keluarga mempunyai beberapa fungsi dukungan antara lain dukungan informasional, dukungan penghargaan, dan dukungan emosional, materi (Hermono et al., 2022)

a) Dukungan Informasi

Anggota keluarga memberikan informasi tambahan mengenai faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya suatu penyakit yang berisiko tinggi dapat terjadi, anggota keluarga juga memberikan informasi mengenai makanan yang dapat menimbulkan gejala/kekambuhan dari penyakit yang diderita keluarga (Hermono et al., 2022).

b) Dukungan Penghargaan

Anggota keluarga selalu mengikut sertakan responden sebagai pengambil keputusan dalam keluarga baik itu dalam pemecahan masalah keluarga ataupun dalam pemberian nasihat dan keluarga menerima hasil keputusan tersebut (Hermono et al., 2022).

c) Dukungan Emosional

Keluarga memberikan perhatian yang lebih pada responden, hal yang dapat dilakukan keluarga selalu menanyakan kondisi ataupun perasaan responden, apabila ditemukan permasalahan keluarga langsung memberikan bantuan, sehingga terbentuklah coping yang positif pada diri responden.

d) Dukungan Instrumental

Berupa bantuan materi dimana keluarga memberikan uang untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan seperti biaya pengobatan, ataupun untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari lainnya (Hermono et al., 2022).

b. Peran family support dalam Kesehatan Anak Kanker

1) Pentingnya *family support* dalam proses perawatan dan pengobatan anak kanker.

Dukungan keluarga memainkan peran krusial dalam proses perawatan dan pengobatan anak dengan kanker. Dukungan ini dapat berbentuk emosional, finansial, maupun fisik, yang semuanya berkontribusi terhadap peningkatan hasil perawatan dan kesehatan

anak secara keseluruhan (Melguizo-Garín et al., 2023).

Studi oleh Klassen et al. (2018) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat mengurangi tingkat stres dan kecemasan pada anak yang menjalani pengobatan kanker. Dukungan ini tidak hanya memberikan stabilitas emosional bagi anak, tetapi juga memperkuat kapasitas coping keluarga dalam menghadapi tantangan yang muncul selama proses pengobatan (Compas et al., 2022).

2) Dampak dukungan keluarga terhadap *quality of life* anak.

Dukungan keluarga tidak hanya berperan dalam aspek pengobatan, tetapi juga memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup (*quality of life*) anak dengan kanker (Pitaloka Putri, 2023). Penelitian oleh Ljungman et al. (2018) menemukan bahwa dukungan emosional dan instrumental dari keluarga sangat berkaitan dengan peningkatan kualitas hidup anak, terutama dalam aspek psikologis dan sosial. Anak yang merasa didukung oleh keluarganya cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dan lebih optimis dalam menghadapi penyakit mereka (Ljungman et al., 2022)

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah salah satu aspek penting yang memengaruhi kualitas hidup individu, terutama pada anak dengan penyakit kronis seperti kanker. Dukungan keluarga dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal, yang

memengaruhi bagaimana keluarga memberikan dukungan kepada anggotanya.

1) Faktor Internal

Faktor internal mencakup karakteristik yang berasal dari dalam keluarga yang dapat memengaruhi tingkat dukungan yang diberikan, di antaranya:

Kesejahteraan Emosional dan Psikologis Keluarga: Kesejahteraan emosional anggota keluarga, termasuk bagaimana mereka mengatasi stres dan kecemasan, berpengaruh besar pada kemampuan memberikan dukungan. Keluarga dengan tingkat kesejahteraan emosional yang baik lebih cenderung memberikan dukungan secara efektif (Thomas et al., 2017).

2) Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah pengaruh dari luar keluarga yang dapat memengaruhi dukungan keluarga, termasuk:

Dukungan Sosial dari Lingkungan Luar: Dukungan dari teman, komunitas, dan kelompok pendukung lainnya dapat memperkuat kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan. Dukungan sosial eksternal ini membantu keluarga untuk merasa lebih diterima dan didukung dalam situasi sulit (Muthmainah, 2022).

Akses terhadap Layanan Kesehatan dan Sumber Daya: Akses yang baik ke layanan kesehatan, informasi medis, dan sumber daya pendukung lainnya sangat penting. Keluarga yang memiliki akses ke

sumber daya yang memadai lebih mampu memberikan dukungan yang sesuai untuk pasien (Ibda, 2023)

Kondisi Ekonomi dan Sosial: Kondisi ekonomi keluarga berpengaruh signifikan terhadap kemampuan mereka memberikan dukungan. Keluarga dengan kondisi ekonomi yang stabil memiliki lebih banyak sumber daya untuk mendukung kebutuhan perawatan kesehatan anak (Fetriyah et al., 2024)

d. Teori-Teori yang Mendukung *Family Support*

1) Teori Bronfenbrenner (*Ecological Systems Theory*).

Ecological Systems Theory yang dikemukakan oleh Urie Bronfenbrenner menekankan bahwa perkembangan individu dipengaruhi oleh berbagai sistem lingkungan yang saling berinteraksi. Teori ini relevan dalam konteks dukungan keluarga karena menjelaskan bagaimana berbagai faktor lingkungan, baik dari dalam maupun luar keluarga, mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memberikan dukungan (Lubis, 2024).

Mikrosistem: Ini adalah tingkat pertama yang melibatkan lingkungan langsung di mana individu berinteraksi, seperti keluarga, sekolah, dan teman sebaya. Dalam konteks anak dengan kanker, dukungan keluarga sebagai bagian dari mikrosistem sangat penting karena keluarga menjadi sumber utama dukungan emosional dan fisik (Lubis, 2024).

Mesosistem: Mesosistem mengacu pada interaksi antara

mikrosistem, seperti hubungan antara keluarga dan tenaga medis atau guru. Misalnya, kolaborasi yang baik antara keluarga dan tim medis dapat meningkatkan efektivitas perawatan anak. Eksosistem: Ini mencakup lingkungan eksternal yang tidak langsung berinteraksi dengan individu, seperti pekerjaan orang tua atau sistem kesehatan. Kebijakan perusahaan yang fleksibel bagi orang tua yang memiliki anak sakit dapat meningkatkan dukungan keluarga (Dharma, 2022).

Makrosistem: Merujuk pada norma, budaya, dan kebijakan yang memengaruhi keluarga. Misalnya, budaya yang menekankan pentingnya kebersamaan keluarga dapat meningkatkan tingkat dukungan yang diberikan. Kronosistem: Mencakup perubahan dan transisi sepanjang waktu, seperti perubahan status kesehatan anak atau dinamika keluarga yang mempengaruhi bagaimana dukungan diberikan (Dharma, 2022).

2) Teori Stress dan Coping.

Teori Stress dan *Coping* yang dikembangkan oleh Lazarus dan Folkman menjelaskan bagaimana individu merespons stres melalui dua jenis coping: problem-focused coping dan emotion-focused coping. Dalam konteks dukungan keluarga, teori ini digunakan untuk memahami bagaimana dukungan keluarga membantu individu mengatasi stres (Aliyyah, n.d.).

Primary Appraisal: Pada tahap ini, individu menilai apakah

suatu situasi adalah ancaman atau tantangan. Bagi keluarga yang memiliki anak dengan kanker, evaluasi ini melibatkan persepsi terhadap kondisi kesehatan anak dan bagaimana hal itu memengaruhi kehidupan keluarga.

Secondary Appraisal: Menyangkut penilaian sumber daya yang tersedia untuk menghadapi stres, termasuk dukungan keluarga. Misalnya, dukungan emosional dari keluarga dapat membantu dalam mengatasi perasaan takut dan cemas.

Strategi Coping: Terbagi menjadi coping berfokus pada masalah dan *coping* berfokus pada emosi. Dalam situasi kesehatan kronis, dukungan keluarga sering kali mendorong penggunaan strategi *coping* yang lebih adaptif, seperti mencari informasi atau meminta bantuan profesional, dibandingkan dengan coping yang maladaptif seperti penarikan diri (Kato, 2015).

Dukungan keluarga sangat relevan dalam meningkatkan efektivitas *coping*, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kualitas hidup anak dan keluarga secara keseluruhan.

3. *Self-Efficacy* Orang Tua

a. Definisi *Self-Efficacy*

Self-efficacy merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuan mereka dalam melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil tertentu (Farmer et al., 2022). Konsep ini diperkenalkan

oleh Albert Bandura, yang menekankan bahwa *self-efficacy* mempengaruhi cara individu menghadapi tantangan dan stres dalam kehidupan sehari-hari (Rachmawati et al., 2021).

Dalam konteks orang tua dari anak dengan kanker, *parental self-efficacy* mencerminkan keyakinan orang tua terhadap kemampuan mereka untuk mengatasi peran pengasuhan yang penuh tantangan. Orang tua dengan *self-efficacy* tinggi cenderung lebih percaya diri dalam merawat anak yang sedang sakit, menjalani prosedur medis yang rumit, dan memberikan dukungan emosional yang dibutuhkan oleh anak. Penelitian menunjukkan bahwa *self-efficacy* yang tinggi membantu orang tua dalam mengurangi stres dan kecemasan, serta meningkatkan kesejahteraan psikologis mereka (Cahyani, 2024)

Self-efficacy memiliki peran penting dalam membantu orang tua mengatasi masalah perilaku yang mungkin muncul pada anak dengan kanker. *Self-efficacy* yang tinggi membantu mereka untuk lebih efektif dalam menangani stres serta tantangan yang muncul selama masa pengobatan anak (Nurhidayah, 2023). Selain itu, penelitian di *BMC Public Health* juga menemukan bahwa dukungan sosial berkontribusi besar terhadap *self-efficacy* orang tua. Orang tua yang merasa didukung oleh keluarga dan komunitasnya memiliki *self-efficacy* yang lebih baik dalam menghadapi situasi stres (KENCANA, n.d.) (Cahyani, 2024).

b. Pengukuran *Self-Efficacy* pada Orang Tua

Instrumen yang digunakan untuk mengukur *self-efficacy* orang

tua sangat beragam dan biasanya diukur menggunakan kuesioner berbasis laporan diri. Beberapa alat ukur yang sering digunakan dalam penelitian antara lain:

1) *Parenting Sense of Competence (PSOC) Scale*:

Instrumen ini mengukur dua komponen utama, yaitu kepuasan orang tua dan efikasi diri dalam menjalankan peran pengasuhan. Dikembangkan oleh Johnston dan Mash (1989), PSOC telah diterjemahkan dan divalidasi dalam berbagai bahasa untuk digunakan pada berbagai populasi, termasuk orang tua anak-anak dengan penyakit kronis seperti kanker (Gilmore & Cuskelly, 2024).

2) *Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE)*:

Alat ini dikembangkan di Inggris dan mengukur enam domain pengasuhan, seperti kontrol, disiplin, empati, dan pengaturan batas. TOPSE sangat relevan dalam konteks intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan self-efficacy pada orang tua (Fitriani et al., 2024).

3) *Karitan Parenting Confidence Scale (KPCS)*:

Instrumen ini dirancang untuk mengukur kepercayaan diri pengasuhan pada orang tua bayi dan balita, tetapi juga digunakan dalam populasi yang lebih luas. KPCS telah menunjukkan reliabilitas dan validitas yang baik dalam berbagai penelitian tentang self-efficacy orang tua (Mannocci et al., 2021).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Self-Efficacy* Orang Tua

Self-efficacy orang tua, terutama pada mereka yang merawat anak dengan kondisi khusus seperti kanker, dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adalah pengalaman sebelumnya, dukungan sosial, dan informasi medis (Nurhidayah, 2023).

1) Pengalaman Sebelumnya (*Mastery Experiences*)

Pengalaman orang tua dalam menghadapi tantangan sebelumnya berperan penting dalam meningkatkan *self-efficacy* mereka. Pengalaman yang berhasil dapat memberikan kepercayaan diri bahwa mereka mampu menangani situasi serupa di masa depan. Sebagai contoh, orang tua yang telah merawat anak sakit atau mengalami tantangan dalam pengasuhan sebelumnya cenderung lebih percaya diri ketika harus menghadapi tantangan baru, seperti merawat anak dengan kanker. Pengalaman-pengalaman ini membantu menginternalisasi keyakinan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk mengatasi situasi serupa di masa depan (Nurhidayah et al., 2019)

2) *Dukungan Sosial*

Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan profesional kesehatan sangat berperan dalam membangun *self-efficacy* orang tua. Dukungan emosional dan instrumental dari lingkungan sekitar dapat mengurangi perasaan stres dan ketidakberdayaan, serta memberikan perasaan bahwa mereka tidak sendirian dalam menghadapi

tantangan. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial yang tinggi berkaitan dengan tingkat *self-efficacy* yang lebih baik pada orang tua, termasuk orang tua dengan anak yang memiliki kondisi medis kronis seperti kanker ((Nurhidayah et al., 2019)

3) *Informasi Medis*

Pengetahuan tentang kondisi medis anak dan cara perawatannya juga sangat memengaruhi *self-efficacy* orang tua. Akses ke informasi yang akurat dan komprehensif dari profesional kesehatan memungkinkan orang tua merasa lebih siap dan mampu menangani kebutuhan anak mereka. Dengan memahami apa yang terjadi pada anak mereka dan bagaimana cara terbaik untuk merawatnya, orang tua dapat lebih percaya diri dalam mengambil keputusan terkait perawatan anak mereka (Nurhidayah, 2023).

4) *Persuasi sosial*

Persuasi sosial digunakan untuk membujuk seseorang bahwa mereka mempunyai kemampuan untuk mencapai tujuan yang mereka cari. Orang yang mendapat persuasi secara sosial memiliki kemampuan untuk menyelesaikan tugas yang diberikan dan mengerahkan usaha yang lebih besar dari pada orang yang tidak dipersuasi bahwa dirinya mampu dalam menuntaskan semua yang harus ia lakukan (Nurhidayah, 2023).

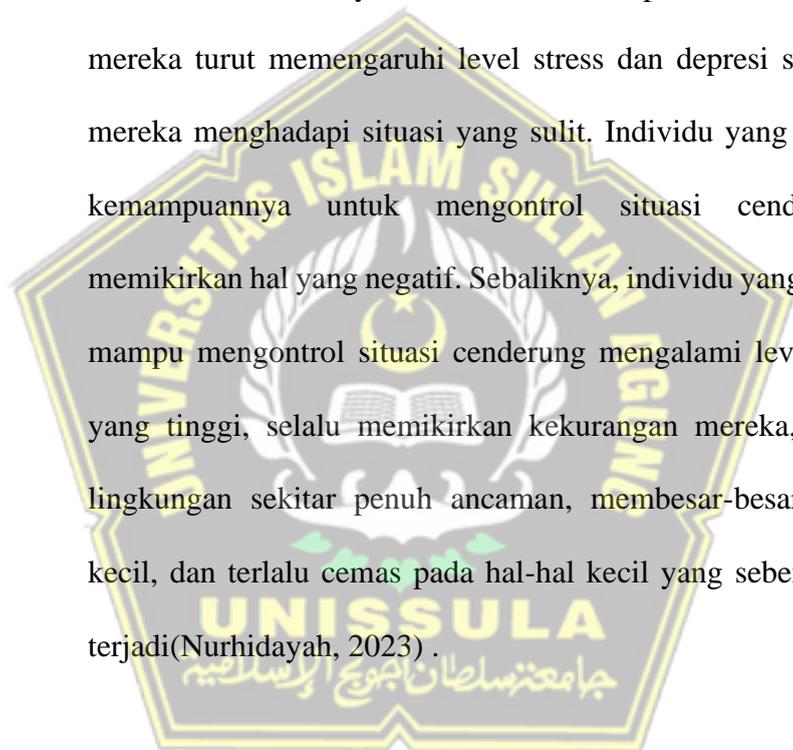
5) *Proses Kognitif*

Proses kognitif merupakan proses berfikir, di dalamnya termasuk pemerolehan, pengorganisasian, dan penggunaan

informasi. Individu yang memiliki efikasi diri yang rendah lebih banyak membayangkan kegagalan dan hal-hal yang dapat menghambat selesainya tugas yang dibebankan pada individu (Ayumeilinda, 2023).

6) *Proses Afektif*

Proses afektif adalah proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional. Keyakinan individu akan proses afektif atau koping mereka turut memengaruhi level stress dan depresi seseorang saat mereka menghadapi situasi yang sulit. Individu yang percaya akan kemampuannya untuk mengontrol situasi cenderung tidak memikirkan hal yang negatif. Sebaliknya, individu yang merasa tidak mampu mengontrol situasi cenderung mengalami level kecemasan yang tinggi, selalu memikirkan kekurangan mereka, memandang lingkungan sekitar penuh ancaman, membesar-besarkan masalah kecil, dan terlalu cemas pada hal-hal kecil yang sebenarnya jarang terjadi (Nurhidayah, 2023).



d. Peran *Self-Efficacy* dalam Perawatan Anak dengan Kanker

- 1) Hubungan antara *self-efficacy* orang tua dan keberhasilan perawatan anak.

Self-efficacy orang tua sangat berperan dalam keberhasilan perawatan anak dengan kanker. Penelitian menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki tingkat *self-efficacy* yang tinggi cenderung lebih percaya diri dalam mengelola perawatan medis anak, berkomunikasi dengan tenaga medis, serta mampu mengatasi tantangan emosional yang dihadapi.

Kemampuan orang tua untuk merasakan keyakinan dalam perawatan berdampak positif pada kepatuhan terhadap rencana pengobatan dan dalam mendorong kesehatan mental dan fisik anak selama proses perawatan. Sebuah studi menemukan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara *self-efficacy* orang tua dengan hasil perawatan anak yang lebih baik, karena orang tua dengan *self-efficacy* tinggi mampu menghadapi situasi yang penuh stres dengan lebih efektif (Hu & Bentler, 2020)

- 2) Dampak *self-efficacy* orang tua terhadap kualitas hidup anak

Selain mempengaruhi keberhasilan perawatan, *self-efficacy* orang tua juga berdampak besar terhadap kualitas hidup anak. Studi menunjukkan bahwa anak-anak yang orang tuanya memiliki tingkat *self-efficacy* tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih

baik, baik dari segi kesehatan fisik maupun kesejahteraan emosional. Hal ini disebabkan oleh kemampuan orang tua untuk memberikan dukungan emosional, mengatur kebutuhan perawatan dengan lebih baik, dan menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan anak dari kanker.

Menurut penelitian oleh Oktaviani & Allenidekania (2020), ada korelasi positif yang kuat antara *self-efficacy* orang tua dengan kualitas hidup anak yang menjalani perawatan kanker, di mana anak-anak yang dirawat oleh orang tua dengan *self-efficacy* tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik secara signifikan.

e. Teori-Teori Self-Efficacy

1) Teori *Self-Efficacy* oleh Albert Bandura.

Albert Bandura, seorang psikolog terkemuka, mengembangkan teori *self-efficacy* sebagai bagian dari teori pembelajaran sosialnya pada tahun 1977. Dalam teorinya, Bandura mengemukakan bahwa *self-efficacy* mengacu pada keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan tindakan yang diperlukan guna mencapai tujuan tertentu. Bandura menegaskan bahwa *self-efficacy* memengaruhi cara orang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Dalam konteks pengasuhan anak, *self-efficacy* orang tua memainkan peran kunci dalam membantu mereka mengatasi tantangan yang berkaitan dengan perawatan anak, khususnya dalam situasi yang penuh stres, seperti mengasuh anak

dengan kanker (Bandura, 1997).

Ada empat sumber utama yang memengaruhi tingkat *self-efficacy* seseorang, yaitu: Pengalaman Keberhasilan (*Mastery Experiences*): Pengalaman sukses dalam menghadapi tantangan sebelumnya adalah faktor yang paling kuat dalam membangun *self-efficacy*. Orang tua yang pernah berhasil mengatasi situasi yang sulit cenderung memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi karena mereka yakin dapat menghadapi tantangan di masa depan (Bandura, 1997).

Pengalaman Vicarious (*Vicarious Experiences*): Melihat orang lain berhasil dalam situasi serupa dapat meningkatkan keyakinan individu bahwa mereka juga mampu melakukan hal yang sama. Dalam konteks orang tua, menyaksikan orang tua lain berhasil mengatasi kondisi anak dengan kanker dapat meningkatkan *self-efficacy* mereka (Bandura, 1997).

Bujukan Sosial (*Social Persuasion*): Dukungan sosial yang positif dari orang lain, seperti keluarga, teman, atau tenaga kesehatan, dapat meningkatkan *self-efficacy*. Jika orang tua merasa didukung dan diyakinkan oleh lingkungan sosial mereka, maka keyakinan akan kemampuan mereka untuk mengasuh anak dengan kanker juga akan meningkat (Bandura, 1997).

Keadaan Fisiologis dan Emosional (*Physiological and Emotional States*): Kondisi fisik dan emosional juga memengaruhi

self-efficacy. Jika seseorang berada dalam kondisi fisik atau emosional yang baik, mereka lebih mungkin merasa mampu menghadapi tantangan. Sebaliknya, perasaan cemas atau stres dapat mengurangi *self-efficacy* (Hendrawati et al., 2019)

Dalam konteks perawatan anak dengan kanker, teori Bandura ini menjadi sangat relevan. (Racine et al., 2018) Orang tua dengan *self-efficacy* yang tinggi akan lebih mampu mengelola perawatan medis anak dan menjaga kesejahteraan emosionalnya, yang pada gilirannya berdampak positif pada kualitas hidup anak (Nurhidayah et al., 2019).

4. *Quality of Life* (Kualitas Hidup) Anak dengan Kanker

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life/QoL*) merupakan konsep multidimensi yang mencakup kesejahteraan fisik, emosional, sosial, serta kemampuan individu untuk menjalani hidup secara bermakna dan memuaskan (Setiawan et al., 2021). Menurut WHO, kualitas hidup diukur berdasarkan persepsi individu mengenai posisi hidupnya dalam konteks budaya, nilai-nilai, tujuan hidup, standar hidup, serta harapan yang mereka miliki.

b. Kualitas Hidup Anak dengan Kondisi Medis Kronis

Pada anak-anak dengan penyakit kronis seperti kanker, kualitas hidup menjadi aspek yang sangat penting karena mereka menghadapi tantangan fisik dan emosional yang berat. Kualitas hidup mereka dapat

dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kondisi fisik (misalnya, rasa sakit atau keterbatasan mobilitas), kesejahteraan emosional (seperti kecemasan atau depresi), serta dukungan sosial yang mereka terima dari keluarga dan teman-teman (Naulia & Saudi, 2023). Penelitian menunjukkan bahwa pada anak-anak yang menderita kanker, perhatian terhadap aspek emosional dan psikososial sangat krusial untuk meningkatkan kualitas hidup mereka selama perawatan dan dalam masa pemulihan (Priliana et al., 2018).

1) Dimensi Fisik

Dimensi fisik dari kualitas hidup mencakup kesehatan tubuh secara umum, rasa sakit, kelelahan, dan gangguan aktivitas fisik yang sering dialami oleh anak-anak dengan kanker. Mereka cenderung mengalami penurunan stamina dan energi yang memengaruhi kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari seperti bermain dan sekolah. Masalah fisik lainnya dapat melibatkan gejala yang terkait dengan pengobatan kanker, seperti efek samping kemoterapi atau radioterapi yang dapat mengurangi kualitas hidup anak (Ariyani et al., 2024; S. D. Utami et al., 2021)

2) Dimensi Psikologis

Aspek psikologis dari kualitas hidup anak meliputi kondisi emosional, seperti kecemasan, stres, depresi, dan ketidakpastian akan masa depan. Anak-anak dengan kanker

sering kali menghadapi tekanan mental yang disebabkan oleh penyakit dan proses pengobatan yang panjang. Rasa takut, frustrasi, serta kekhawatiran tentang hasil pengobatan juga berperan besar dalam menurunkan kualitas hidup(Ariyani et al., 2024).

3) Dimensi Sosial

Dimensi sosial mengacu pada interaksi sosial dan hubungan dengan keluarga, teman, dan komunitas. Anak-anak yang menderita kanker sering kali merasa terisolasi dari lingkungan sosial mereka karena harus menjalani perawatan yang intens dan lama di rumah sakit. Kurangnya interaksi dengan teman sebaya dapat menyebabkan masalah sosial seperti rasa keterasingan dan rendah diri(Ariyani et al., 2024).

4) Dimensi Lingkungan

Lingkungan tempat anak tinggal juga memainkan peran penting dalam kualitas hidup. Lingkungan yang aman, akses terhadap layanan kesehatan yang baik, dan dukungan dari komunitas dapat memperbaiki kualitas hidup anak dengan kanker. Ketersediaan fasilitas seperti taman bermain atau pusat rehabilitasi juga memengaruhi seberapa baik anak dapat menikmati hidup meski menghadapi penyakit serius(S. D. Utami et al., 2021)

c. Pengukuran *Quality of Life* pada Anak Kanker

Pengukuran kualitas hidup pada anak dengan kanker sering dilakukan menggunakan instrumen Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)(Naulia & Saudi, 2023). PedsQL adalah alat yang banyak digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup terkait kesehatan (HRQoL) pada anak-anak dengan penyakit kronis, termasuk kanker. Instrumen ini memiliki beberapa versi, di antaranya PedsQL 4.0 Generic Core Scales, PedsQL Cancer Module, dan PedsQL Multidimensional Fatigue Scale yang digunakan untuk mengukur kelelahan pada anak- anak dengan kanke(T. A. Utami & Anggraeni, 2023).

PedsQL mengukur berbagai dimensi seperti fisik, psikosial, dan emosional. Setiap skala disesuaikan dengan usia anak (misalnya, 5-7 tahun, 8-12 tahun, dan 13-18 tahun), serta memiliki versi proxy untuk orang tua guna memberikan pandangan tambahan tentang kondisi anak- anak usia 2-4 tahun. Skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik, dengan lebih sedikit masalah dalam berbagai aspek kehidupan sehari- hari anak(Compas et al., 2022).

Instrumen ini menunjukkan validitas dan reliabilitas yang baik di berbagai populasi dan negara, serta telah diterjemahkan ke dalam

banyak bahasa untuk keperluan lintas budaya. Penggunaan instrumen ini penting untuk memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai

kondisi anak-anak dengan kanker, baik dari sisi kesehatan fisik maupun kesejahteraan psikologis(Upton, 2023).

d. Intrepetasi Skor PedsQL

Instrumen Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) menggunakan skala Likert yang terdiri dari 5 pilihan respons, dari 0 (tidak pernah masalah) hingga 4 (selalu masalah). Skor akhir dihitung dengan membalik skor mentah (misalnya, respons 4 diubah menjadi 0, respons 3 menjadi 1), kemudian rata-rata semua item dihitung untuk menghasilkan skor total. Semakin tinggi skor, semakin baik kualitas hidup anak. Interpretasi hasil dapat dibagi ke dalam tiga domain besar: fisik, emosional, dan sosial(Upton, 2023).

1) Skala Fisik

Skor pada dimensi fisik mengukur seberapa baik kondisi fisik anak dalam melakukan aktivitas harian. Rendahnya skor menunjukkan bahwa anak memiliki lebih banyak masalah fisik, seperti kelelahan atau rasa sakit yang terkait dengan perawatan kanker. Jika skor fisik tinggi, hal ini menandakan bahwa anak cenderung lebih mampu menjalani aktivitas sehari-hari tanpa kendala signifikan.

2) Skala Emosional dan Sosial

Dimensi emosional mengukur tingkat kecemasan, depresi, atau ketidakbahagiaan yang dialami anak, sementara dimensi sosial menilai bagaimana interaksi sosial anak dengan teman-

teman dan keluarga terpengaruh oleh penyakitnya. Skor rendah pada skala ini menunjukkan bahwa anak mungkin mengalami kesulitan emosional atau sosial akibat penyakitnya.

- e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Quality of Life* Anak Kanker
- Kualitas hidup (*Quality of Life/QoL*) anak dengan kanker dipengaruhi oleh berbagai faktor yang melibatkan kondisi kesehatan fisik, dukungan keluarga, lingkungan sosial, dan *self-efficacy* orang tua.

1) Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan anak yang menurun akibat kanker dan perawatan seperti kemoterapi dapat memengaruhi kualitas hidup anak. Kelelahan fisik, rasa sakit, dan komplikasi dari pengobatan memiliki dampak besar pada kesejahteraan fisik anak. Anak yang mengalami kondisi fisik yang lebih baik selama atau setelah pengobatan cenderung memiliki QoL yang lebih tinggi (Kestler & LoBiondo-Wood, 2019).

2) Dukungan Keluarga

Dukungan emosional dan praktis dari keluarga sangat berperan dalam meningkatkan QoL anak. Keluarga yang terlibat aktif dalam perawatan dan memberikan lingkungan yang mendukung mampu memperkuat semangat anak dan membantu dalam menghadapi tantangan pengobatan. Anak-anak dengan dukungan keluarga yang baik menunjukkan hasil psikososial yang

lebih positif selama perawatan kanker (Kestler & LoBiondo-Wood, 2019).

3) Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial, termasuk dukungan dari teman sebaya dan masyarakat, juga memengaruhi QoL anak. Anak-anak yang merasa diterima dan mendapatkan dukungan dari lingkungan sosial mereka, termasuk teman-teman di sekolah dan komunitas, lebih mampu menghadapi tantangan emosional akibat kanker. Isolasi sosial, sebaliknya, dapat memperburuk kondisi psikologis anak (Schwartz et al., 2017).

4) *Self-Efficacy* Orang Tua

Kepercayaan diri orang tua dalam merawat anak mereka juga berkontribusi terhadap QoL anak. Orang tua yang memiliki *self-efficacy* tinggi lebih mampu mengatasi tantangan dalam perawatan anak dan cenderung lebih baik dalam mendukung anak mereka secara emosional dan fisik. Hal ini meningkatkan QoL anak secara keseluruhan (Eiser & Varni, 2016).

5. *Hubungan antara Family Support, Self-Efficacy Orang Tua, dan Quality of Life Anak dengan Kanker*

Family support dan *self-efficacy* orang tua merupakan dua faktor kunci yang mempengaruhi kualitas hidup (*quality of life*) anak dengan kanker. Dukungan keluarga tidak hanya menyediakan bantuan emosional dan fisik yang langsung, tetapi juga membantu membangun rasa percaya diri pada

orang tua dalam mengasuh dan merawat anak mereka, yang dikenal sebagai *parental self-efficacy* (PSE). *Parental self-efficacy* yang tinggi pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup anak dengan kanker, terutama dalam aspek emosional, sosial, dan kesehatan fisik.

Menurut teori perkembangan hubungan keluarga, dukungan sosial yang diterima oleh orang tua membantu mereka merasa lebih kompeten dalam menjalankan peran mereka sebagai pengasuh, sehingga anak merasa lebih didukung dan aman secara emosional. Hubungan yang kuat antara keluarga dan anak akan memperbaiki kemampuan adaptasi anak terhadap penyakit kronis seperti kanker. Sementara itu, *self-efficacy* orang tua yang tinggi membantu orang tua mengatasi tantangan dalam perawatan anak, sehingga mereka dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan penuh empati kepada anak mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa orang tua yang merasa lebih mampu dalam mengelola kesehatan anaknya cenderung berinteraksi lebih positif dengan anak, dan hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup anak, terutama dalam hal kesehatan mental dan fisik. Hal ini menekankan bahwa meningkatkan *self-efficacy* orang tua harus menjadi prioritas dalam program intervensi psikososial untuk keluarga anak dengan kanker.

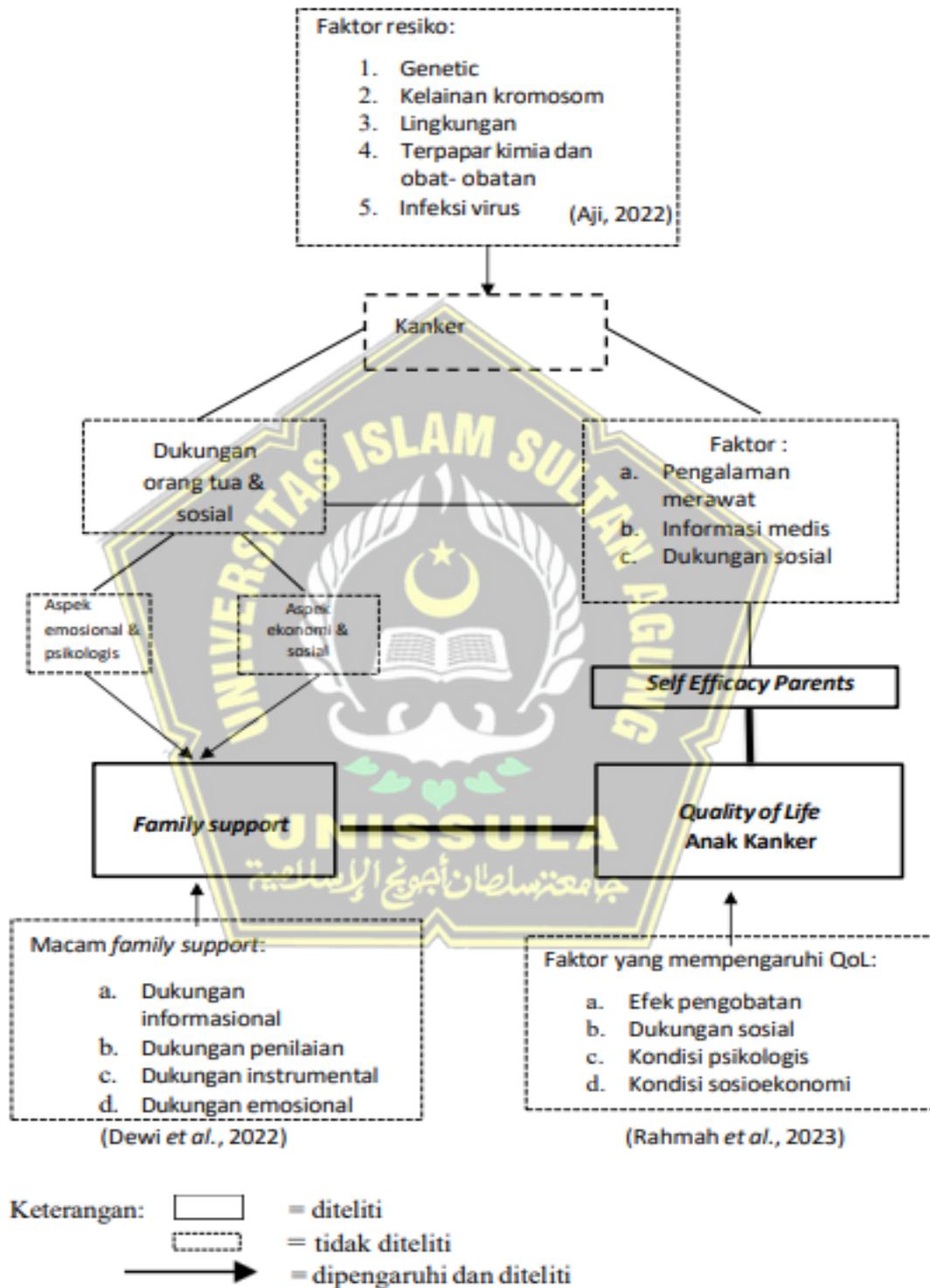
Penelitian terdahulu telah banyak mengeksplorasi bagaimana *family support* dan *self-efficacy* orang tua secara signifikan mempengaruhi *quality of life* anak dengan kanker. Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan oleh Klassen et al. (2017) menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kuat dapat meringankan beban emosional yang dirasakan

oleh orang tua selama perawatan anak dengan kanker. Dukungan keluarga juga membantu orang tua merasa lebih percaya diri dalam mengambil keputusan terkait perawatan anak mereka, yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup anak tersebut. Kualitas hidup anak dengan kanker dipengaruhi oleh bagaimana orang tua mereka mengelola stres, dan ini sering kali berhubungan dengan tingkat dukungan yang mereka terima dari keluarga dan komunitas terdekat (Klassen et al., 2017).

Selain itu, penelitian oleh Hu dan Bentler (2019) menunjukkan bahwa *self-efficacy* orang tua memainkan peran penting dalam menentukan tingkat stres dan kesejahteraan psikologis orang tua, yang pada gilirannya memengaruhi kesehatan dan kualitas hidup anak. Semakin tinggi *self-efficacy* orang tua, semakin baik mereka dapat menghadapi tantangan dalam merawat anak yang menderita kanker, yang berdampak positif pada kondisi psikologis dan sosial anak (Hu & Bentler, 2019).

Studi lain oleh Long dan Marsland (2020) juga menegaskan bahwa interaksi antara dukungan keluarga dan *self-efficacy* orang tua sangat menentukan kualitas hidup anak yang sedang menjalani perawatan kanker. Penelitian ini menunjukkan bahwa orang tua dengan tingkat *self-efficacy* yang tinggi dan dukungan keluarga yang solid lebih mampu menjaga stabilitas emosional dan sosial anak selama masa perawatan, sehingga meningkatkan kualitas hidup anak secara keseluruhan (Long & Marsland, 2020).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara dari masalah penelitian. Terdapat dua macam hipotesis yakni hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_a), yang ditulis selalu berpasangan. Jika salah satu ditolak, maka yang lain pasti diterima sehingga dapat dibuat keputusan yang tegas, yaitu kalau H_0 ditolak pasti H_a diterima. Maka dalam penelitian ini dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

H_a : Terdapat hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parents* dengan *Quality of Life* anak kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

H_0 : Tidak terdapat hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parents* dengan *Quality of Life* anak kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

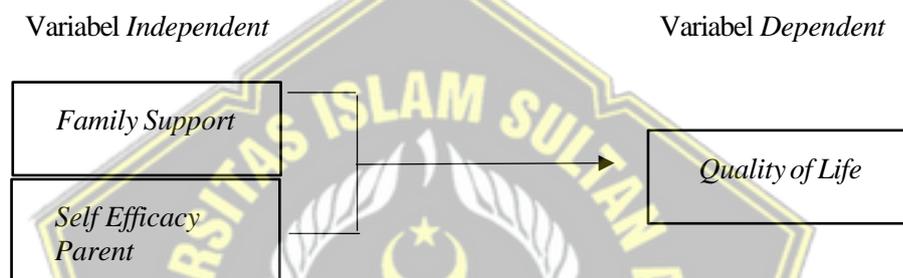


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu hubungan yang mengaitkan secara teoritis antara variabel-variabel penelitian yaitu, antara *variable independent* dengan *variable dependent* yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilaksanakan ((Yusa et al., 2024).



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu(Putri et al., 2022). Variabel dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Variabel bebas (*independent*) adalah variable yang dapat mempengaruhi variable lain, Apabila variabel *independent* berubah maka dapat menyebabkan variabel lain berubah. Nama lain dari variabel *independent* atau variabel bebas adalah *predictor*, resiko, determinan, kausa (Swarjana & SKM, 2023). Variabel *independent* pada penelitian ini adalah *family support* dan *self efficacy parents*.
2. Variabel *Dependent* (variabel terikat/variabel tergantung) merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel *independent* artinya variabel *dependent* berubah

disebabkan oleh perubahan pada variabel *independent* (Swarjana & SKM, 2023). Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah *Quality of Life*.

C. Desain Penelitian

Desain penelitian berisi rencana kerja lapangan yang akan dilakukan oleh peneliti (Zakariah et al., 2020). Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain analitik korelasi, dengan menyediliki korelasi antar skala data *nominal-nominal* menggunakan uji statistik *Contingency coefficient* (Yulianto, 2019). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, untuk menjelaskan antara *family support* dan *self efficacy parents* terhadap *quality of life* anak kanker. Model analisis penelitian ini adalah kuantitatif, bertujuan untuk mengukur, membedakan dan menghubungkan satu variable dengan variable lainnya melalui (Jaya, 2020).

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah keseluruhan obyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Waruwu, 2023). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien anak kanker di Rumah Sakit Umum Pusat Kariadi Semarang. Populasi anak kanker usia 1-18 tahun di RSUP Kariadi November-Desember 2024 sebanyak 139 anak.

2. Sampel

Metode yang digunakan untuk pengambilan data pada penelitian ini menggunakan teknik *Consecutive sampling* yaitu peneliti menetapkan

kriteria inklusi dan eksklusi yang jelas (Swarjana & SKM, 2023). Pada penelitian ini semua sampel yang diperoleh merupakan jumlah dari responden yang ditemui pada bulan November - Desember 2024. Sampel dari penelitian ini adalah pasien kanker anak di RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Orang tua dengan anak terdiagnosa kanker usia 5-17 tahun yang bersedia menjadi responden.
- 2) Orang tua pasien yang bersedia memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- 3) Orang tua yang dapat berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Orang tua yang tidak bisa baca tulis.
- 2) Orang tua dengan tunarungu dan tunawicara.

3. Besar Sampling

Besar sampling dari penelitian ini menggunakan rumus sampel korelasi. Roscoe dalam buku *Research Methods for Business* ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500 (Sulistiyowati, 2017). Cara menghitung besar sampel menggunakan *Infinite Population* dari rumus Lemeshow, digunakan untuk menghitung ukuran sampel dari total populasi yang tidak diketahui secara pasti dalam kuantitatif (Saputra et al., 2023).

$$n = \frac{n_0 \cdot N}{n_0 + (N - 1)}$$

$$n_0 = \frac{d^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Dimana:

n= ukuran sample yang diperlukan

Z= skor Z berdasarkan tingkat kepercayaan (misalnya 1,96 untuk tingkat kepercayaan 95 %

p= proporsi estimasi (misalnya 0,5, jika tidak ada informasi tentang proporsi)

d= margin of error yang dapat diterima (misalnya , 0,05 untuk 5 %)

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,34 \cdot 0,66}{(0,05)^2}$$

$$n_0 = \frac{0,86205504}{0,0025}$$

$$n_0 = 344,8$$

(dibulatkan menjadi 345)

$$n = \frac{345 \cdot 48}{345 + (48 - 1)}$$

$$n = 42,2$$

$$n = 42,2 + 10 \%$$

$$n = 46,42$$

(dibulatkan menjadi 47)

Jadi, jumlah sample yang digunakan dalam penelitian ini

minimum adalah 47.

1. Teknik Pengambilan Sampling

Teknik pengambilan sampling dibagi menjadi 2 jenis berdasarkan sama atau tidaknya kesempatan seluruh anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel yaitu *probability sampling* dan *non probability sampling* (Asrulla et al., 2023). Pada penelitian ini menggunakan pendekatan non probability sampling yaitu dimana tidak semua anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih. Metode yang digunakan teknik *Consecutive sampling* dimana setiap subjek yang memenuhi kriteria inklusi dipilih secara berurutan sampai jumlah sampel terpenuhi.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat dilakukan penelitian ini di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang, tepatnya di Gedung Kasuari Lantai 2 Onkologi Anak. Pengambilan data penelitian pada bulan November 2024 sampai Desember 2024 dengan 49 responden.

F. Definisi Operasional dan Definisi Istilah

Definisi operasional didasarkan pada sifat-sifat hal yang dapat diamati. Definisi operasional digunakan untuk menjelaskan pengertian operasional dari variabel-variabel penelitian dan menyamakan persepsi agar dari kesalahpahaman dalam menafsirkan variable. Definisi operasional diperlukan untuk menentukan jenis dan indikator dari variabel terkait penelitian.

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Definisi Istilah

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	<i>Family Support</i>	<p>Dukungan keluarga yang diterima oleh anak dengan kanker dari orang tua. Berikut penilaian aspek – aspek dalam dukungan keluarga melalui MOS-SSS:</p> <p><i>1. Informational support</i> Contohnya :memberikan dan menjelaskan mengenai kondisi penyakit anak, mengingatkan dalam minum obat, menyampaikan progres kesehatan yang disampaikan oleh dokter.</p> <p><i>2. Instrumental support</i> Contohnya: keluarga menyediakan waktu dan fasilitas perawatan seperti uang transportasi, alat penunjang kesehatan, dukungan untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit misalnya dengan membelikan mainan, buku, atau lainnya</p> <p><i>3. Emotional support</i> Contohnya: keluarga memperhatikan kondisi psikis pasien selama pengobatan, memberikan dukungan kepada pasien apabila mengalami kekhawatiran.</p> <p><i>4. Appraisal support</i> Contohnya: keluarga memberikan dukungan, pujian dan apresiasi kepada anak atas kemauannya menjalani pengobatan.</p>	<p>MOS-SSS (<i>Medical Outcomes Study: Social Support Survey</i>)</p> <p>Diadopsi dari penelitian (Anggraini, 2021) yang mengadaptasi kuesioner baku milik (Sherbourne & Stewart, 1991)</p>	<p>1. Dukungan keluarga kurang baik = $x < 95$</p> <p>2. Dukungan keluarga baik = $x \geq 95$</p>	<p>Skala ukur numerik dengan item Skala Likert 4 pilihan:</p> <p>(1) Tidak pernah (2) Jarang (3) Sering (4) Selalu</p>
2	<i>Self-Efficacy Parent</i>	<p>Keyakinan orang tua terhadap kemampuan mereka untuk merawat anak dengan kanker dan menghadapi tantangan pengasuhan. Dalam penelitian ini menggunakan</p>	<p>SEPTI (<i>Self-Efficacy Parenting Test Instrument</i>)</p>	<p>1. Kurang Baik = $X < \text{Mean}$ = $X < 167$</p> <p>2. Baik = $X \geq \text{Mean}$ = $X \geq 167$</p>	<p>Skala ukur numerik dengan Skala Likert 6 pilihan :</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		<p>kuesioner SEPTI untuk mengukur tingkat efikasi orang tua ke dalam 5 aspek sebagai berikut:</p> <p>1. Disiplin Contohnya: memutuskan aturan, menilai kemampuan disiplin dengan orang tua lain, kesulitan orang tua dalam kedisiplinan dan pengasuhan</p> <p>2. Prestasi Contohnya: keterlibatan orang tua dengan kegiatan sekolah anak, membantu anak dalam tugas sekolahnya, dan terlibat dalam mendidik anak.</p> <p>3. Rekreasi Contohnya: pengaturan kegiatan bermain anak, penyediaan rekreasi bagi anak, kehadiran orang tua saat anaknya bermain</p> <p>4. Pengasuhan Contohnya: memberikan dukungan emosional, terbuka kepada anak untuk menunjukkan perasaannya, menunjukkan rasa kasih sayang dan pengasuhan.</p> <p>5. Kesehatan Contohnya :kepedulian orang tua terhadap kesehatan, keterlibatan orang tua dalam hidup sehat anak, merawat anak ketika sakit dan tidak mengabaikan tanda-tanda penyakit anak.</p>	<p>Diadopsi dari penelitian (Meliala, 2012) yang mengadaptasi kuesioner baku (Coleman & Karraker, 2000)</p>		<p>1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Agak tidak setuju 4. Agak setuju 5. Setuju 6. Sangat setuju</p>
3	<i>Quality of Life</i> (QoL) anak kanker	<p>Kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan kemampuan anak dengan kanker untuk menjalani hidup secara normal dan bermakna. Melalui PedsQoL</p>	<p>PedsQL TM (<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>) Versi 4.0</p>	<p>1. Kurang Baik = $X < 52$ 2. Baik = $X \geq 52$</p>	<p>Skala ukur numerik dengan Skala Likert 5 pilihan :</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		versi 4.0 kualitas hidup anak dinilai dari aspek berikut:			
		1.Fungsi fisik Contohnya: kemampuan anak dalam berjalan,berlari,mandi dan melakukan aktifitas keseharian.	Diadopsi dari penelitian (AZZAH, 2023) yang mengadaptasi penelitian (Varni et al., 2001)		1.Tidak pernah 2.Hampir tidak pernah 3.Kadang-kadang 4.Sering 5.Hampir selalu
		2.Fungsi Emosional Contohnya: intensitas anak ketika merasa takut, sedih, marah dan khawatir.			
		3.Fungsi Sosial Contohnya: bagaimana anak bergaul dengan teman sebaya, apakah anak mengalami gangguan dari anak lain dengan kondisinya yang sekarang.			
		4.Fungsi Sekolah Contohnya: apakah anak sulit berkonsentrasi, mudah lupa, sering tidak masuk sekolah karena kondisinya.			

G. Instrument/ Alat Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data

Menurut Suharsimi, instrument penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam melakukan kegiatan mengumpulkan data yang sistematis (Makbul, 2021). Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai instrument penelitian dengan skala *likert*. Dalam penelitian ini instrument pengukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat *family support* adalah *Medical Outcomes Study: Social Support Survey Instrument (MOS-SSS)*, sementara untuk mengukur *Self Efficacy Parents* menggunakan instrumen *Self Efficacy Parenting Test*

Instrument (SEPTI). Instrument yang digunakan untuk menilai *Quality of Life* anak kanker menggunakan *Pediatric Quality of Life Inventory*TM (PedsQLTM) *for parent* versi 4.0.

a. *Medical Outcomes Study: Social Support Survei Instrument* (MOS SSS)

MOS *Social Support Survey* oleh Sherbourne dan Stewart (1991) yang mengungkap lima dimensi dukungan sosial oleh Cutrona dan Gardner yaitu Informational Support, Tangible Support, Emotional Support, Esteem Support dan Appraisal Support. Pada penelitian ini mengadopsi kuesioner Fhasa Lifiannisa Azzah dalam penelitiannya dengan judul “Hubungan Dukungan Orang Tua Dengan Kualitas Hidup Pada Anak Dengan Kanker di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita”(Ummah, 2019). Penjelasan setiap aspek adalah sebagai berikut:

b. *Informational Support*

Dukungan informasi adalah dukungan yang dibutuhkan individu yang mengarah pada pemecahan masalah atau mengubah keadaan. Dukungan informasi dapat berupa nasihat, bimbingan, dan masukan yang faktual pada situasi masalah.

c. *Tangible or Instrumental Support*

Bantuan nyata (fisik) mencakup sumber daya yang dibutuhkan untuk menunjang layanan seperti bantuan uang, peralatan, transportasi, waktu dan lingkungan yang menyangkut kebutuhan hidup seseorang.

d. *Emotional Support*

Dukungan emosional terdiri dari ekspresi kepedulian, empati, dan perhatian. untuk meyakinkan individu yang stres bahwa dia tidak sendirian dan orang lain peduli dengan kesulitan yang sedang dialaminya.

e. *Esteem Support*

Dukungan ini mengacu pada dorongan dan ekspresi keyakinan pada keterampilan kompetensi, dan nilai yang dimiliki individu. Dukungan harga diri memerangi kepercayaan pada ketidakberdayaan pribadi dan menumbuhkan *self-efficacy*.

f. *Appraisal Support*

Ketika sedang berada di bawah tekanan, individu yang memiliki masalah sering melebih-lebihkan tingkat keparahan masalah mereka. Dukungan penilaian ini meliputi umpan balik yang diberikan kepada individu untuk membantu mereka dalam evaluasi diri atau dalam menilai suatu situasi.

g. *Self-Efficacy Parenting Test Instrument (SEPTI)*

Self-Efficacy Parenting Test Instrument (SEPTI) adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai tingkat *self-efficacy* orang tua dalam peran pengasuhan mereka. Alat ini penting dalam penelitian ini karena *self-efficacy* orang tua dapat mempengaruhi kualitas hidup anak kanker serta interaksi mereka dengan dukungan keluarga (Bandura, 1997). Untuk mengukur tingkat *self-efficacy* orang tua peneliti menggunakan alat ukur *Self Efficacy for Parenting Task Index (SEPTI)* dari Coleman

dan Karraker (2000) yang telah diadaptasi dalam Bahasa Indonesia.

Alat ukur ini memiliki lima subskala yang didesain untuk menilai *sense of competence* orang tua didalam kelima kategori tugas pengasuhan. Kelima subskala tersebut diantaranya ;

- (1) Memfasilitasi pencapaian anak sekolah (*Achievement*);
- (2) Mendukung kebutuhan rekreasi anak termasuk bersosialisasi dengan *peers* (*Recreation*);
- (3) Penetapan disiplin (*Dicipline*);
- (4) Pengasuhan secara emosional (*Nurturance*);
- (5) Pemeliharaan kesehatan fisik anak (*Health*).

1) Deskripsi Instrumen

SEPTI terdiri dari 36 item pertanyaan yang dinilai menggunakan skala Likert 6 poin, mulai dari "Sangat Setuju" hingga "Sangat Tidak Setuju" (Bandura, 2022). Skor total untuk SEPTI dapat berkisar antara 36 hingga 216, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan klasifikasi *self- efficacy* yang lebih baik.

2) Penggunaan dan Penilaian

Penggunaan: Kuesioner SEPTI akan dibagikan kepada orang tua anak kanker yang dirawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Setiap item dalam kuesioner bertujuan untuk mengevaluasi keyakinan orang tua tentang kemampuan mereka untuk mengelola tantangan pengasuhan dan situasi terkait perawatan anak kanker (Smith et al., 2023).

h. *Pediatric Quality of Life Inventory*TM (PedsQLTM)

PedsQL merupakan salah satu instrume generik untuk memantau status kesehatan yang dirasakan, menilai kesehatan dan kesejahteraan pada populasi umum maupun khusus seperti pasien, serta melihat efektivitas intervensi dan pengobatan yang diberikan (Mudita *et al.*, 2021). PedsQL diberikan kepada anak-anak berusia 5- 7 tahun (laporan *proxy* orang tua), 8-12 tahun (laporan *proxy* orang tua dan laporan diri anak), dan 13-17 tahun (laporan *proxy* orang tua dan laporan diri anak) atau pada anak usia sekolah dasar dan menengah regular (Hijkoop *et al.*, 2021).

Pada penelitian ini mengadopsi kuesioner Fhasa Lifiannisa Azzah dalam penelitiannya dengan judul “Hubungan Dukungan Orang Tua Dengan Kualitas Hidup Pada Anak Dengan Kanker di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita”(Ummah, 2019).

2. Uji Instrumen Penelitian

a. Uji Validitas dan Reliabilitas MOS SSS

Berdasarkan hasil uji validitas *family support* yang dilakukan dengan menggunakan *expert validity* oleh 3 expert yang ahli dibidang riset dan keilmuan, serta ahli dibidang keperawatan anak dengan diperoleh nilai 0,68. Dalam penelitian sebelumnya *family support* (Nurwulan,2017) uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan rumus crombach’s alpha, hasil menyebutkan 0,757 dapat disimpulkan bahwa uji reliabilitas kuesioner ini termasuk interpretasi tinggi.

b. Uji Validitas dan Reliabilitas SEPTI

Validitas SEPTI telah diuji melalui studi-studi terbaru dan menunjukkan hasil yang memadai untuk mengukur *self-efficacy* orang tua (Brown et al., 2022). Reliabilitas alat ini juga telah diuji dengan menggunakan metode Cronbach's Alpha, yang menunjukkan nilai koefisien yang dapat diterima, memastikan konsistensi internal dari kuesioner (Taylor et al., 2021).

Tabel 3.2 Uji Validitas Dan Reliabilitas SEPTI

DIMENSI	RELIABILITAS	VALIDITAS
<i>Discipline</i>	0,791	0,231 – 0,714
<i>Achievement</i>	0,738	0,170 – 0,680
<i>Recreation</i>	0,718	0,065 – 0,635
<i>Nurturance</i>	0,674	0,011 – 0,627
<i>Health</i>	0,865	0,324 – 0,771

Berdasarkan hasil penelitian Meliala, 2012 dapat disimpulkan bahwa instrumen SEPTI sudah reliabel dengan memiliki indeks reliabilitas lebih besar dari 0,6, serta keseluruhan validitasnya sudah baik.

c. Uji Validitas dan Reliabilitas PedsQL™ versi 4.0 for parent

Berdasarkan hasil uji validitas PedsQoL yang dilakukan pada penelitian ini dengan menggunakan expert validity oleh 3 expert yang ahli dibidang riset dan keilmuan, serta ahli dibidang keperawatan anak dengan diperoleh nilai 0,79. Dalam penelitian sebelumnya (Varni, 2001) uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan rumus cronbach's alpha, hasil menyebutkan 0,70 hingga 0,90 dapat disimpulkan bahwa uji reliabilitas kuesioner ini termasuk interpretasi tinggi.

H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merujuk pada rangkaian langkah sistematis yang diambil oleh peneliti untuk mencapai tujuan penelitian. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi. Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam proses pengumpulan data yaitu:

1. Tahap Persiapan

- a. Peneliti mengajukan permohonan izin survey pendahuluan kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
- b. Setelah memperoleh izin dari Fakultas, peneliti mengirimkan permohonan pendahuluan penelitian kepada Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang. Tujuannya adalah untuk mendapatkan persetujuan dan menerima surat balasan yang memungkinkan pelaksanaan penelitian.
- c. Peneliti melakukan survey pendahuluan
- d. Peneliti memilih dan mendata responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang didapatkan melalui data pasien rawat jalan Poli Onkologi Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- e. Peneliti mengajukan surat pengantar Uji *Ethical Clearance* (EC) kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- f. Peneliti menyerahkan surat permohonan Uji *Ethical Clearance* (EC) kepada Komite Etik dan Penelitian RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- g. Setelah peneliti mendapatkan surat EC, kemudian peneliti meminta surat pengantar Izin Penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- h. Peneliti menyerahkan surat pengantar Izin Penelitian kepada Bagian

Pendidikan dan Pelatihan serta KEPK Kariadi.

- i. Peneliti mendapatkan Surat Izin Penelitian, kemudian diserahkan kepada KSM Onkologi, Dokter Penanggung Jawab Pasien, Kepala Tim Perawat Onkologi RSUP Dr. Kariadi.
- j. Peneliti membutuhkan 1 asisten penelitian. Tugas asisten tersebut membagikan dan mengumpulkan kuesioner yang telah diisi serta mendokumentasikan proses pengambilan data.
- k. Asisten penelitian dengan kriteria bersedia mengikuti pelaksanaan penelitian yang telah ditentukan, mahasiswa keperawatan UNISSULA semester 7, sudah melampaui mata kuliah Keperawatan anak dan Keperawatan Anak Kritis, memiliki kemampuan komunikasi yang baik, memahami aspek-aspek kualitas hidup anak dengan diagnosa kanker, memahami pernyataan dalam kuesioner penelitian.
- l. Peneliti memberikan apersepsi kepada asisten penelitian terkait isi kuesioner, untuk menyamakan persepsi dalam penelitian
- m. Peneliti menyiapkan kuesioner dalam bentuk *hard file*.

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta prosedur penelitian kepada Katim dan perawat di poli Onkologi Gedung Kasuari Lantai 2 RSUP Dr. Kariadi.
- b. Peneliti mendata responden yang sesuai kriteria inklusi melalui data

pasien dan observasi.

- c. Kemudian, peneliti memberikan penjelasan kepada responden mengenai maksud, tujuan, dan prosedur penelitian.
- d. Peneliti dibantu oleh 1 asisten penelitian (Galuh Sindy Mey Sanjaya) membagikan dan mengumpulkan kembali lembar *Informed Consent*.
- e. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk mengajukan pertanyaan jika terdapat hal yang belum dipahami.
- f. Peneliti dibantu oleh asisten penelitian mengumpulkan kembali kuesioner yang telah diisi responden.
- g. Memeriksa kelengkapan data dan melakukan pengecekan kuesioner yang sudah diisi oleh responden.

3. Tahap Pengumpulan Data

- a. Data yang sudah terkumpul kemudian dicek kembali.
- b. Peneliti memasukan data responden pada *software Word* dan *Excel*.
- c. Data yang sudah memenuhi jumlah sampel kemudian dianalisa.

I. Rencana Analisa Data

1. Pengolahan Data

Informasi yang terhimpun akan memiliki nilai jika diproses dan dianalisis terlebih dahulu, sehingga dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengambil keputusan dan merumuskan kesimpulan dari data hasil observasi di lapangan. Adapun analisis data yang digunakan sebagai berikut:

- a. *Editing* yaitu memeriksa kembali kelengkapan data observasi. Dapat

dilakukan pengecekan bahwa seluruh objek penelitian sudah dilakukan pengambilan data demografi maupun kuesioner.

- 1) Mengoreksi isi dan nomor pertanyaan kuesioner.
- 2) Mengoreksi nama dan kelengkapan identitas responden.
- 3) Mengoreksi kelengkapan isian data.

b. *Scoring* (penilaian)

Scoring merupakan penilaian dalam penelitian berupa skor yang sudah ditetapkan oleh peneliti dalam lembar kuesioner ke dalam suatu program komputer. Instrumen MOS-SSS memiliki skoring (1) Tidak pernah, (2) jarang, (3) sering, (4) selalu dengan jawaban *favorable* diberikan nilai 4,3,2,1 dan pertanyaan *unfavorable* diberikan nilai 1,2,3,4, dalam kuesioner ini ada 1 pertanyaan *unfavorable* yaitu item nomor 11 . Intepretasi *family support* berdasarkan nilai *mean*, dukungan keluarga kurang baik = $x < 95$ dan dukungan keluarga baik = $x \geq 95$.

Instrumen SEPTI memiliki skoring (1) Sangat tidak setuju, (2) tidak setuju, (3) agak tidak setuju , (4) agak setuju, (5) setuju, (6) sangat setuju. Dengan jawaban *favorable* diberikan nilai 6,5,4,3,2,1 dan pertanyaan *unfavorable* diberikan nilai 1,2,3,4,5,6 dalam kuesioner ini ada 15 pertanyaan *unfavorable* yaitu item nomor 2,3,4,6,8,12,14,17,22,25,26,31,34,35,36 . Intepretasi *self efficacy* parent berdasarkan nilai *mean*, *Self Efficacy* kurang baik = $x < 167$, sedangkan *self efficacy* baik $x \geq 167$.

Sedangkan instrumen PedsQoL tm versi 4.0 memiliki skoring (1) Tidak pernah , (2) hampir tidak pernah ,(3) kadang-kadang, (4) sering, (5) hampir selalu. Dengan seluruh itemnya adalah pertanyaan *unfavorable* diberikan nilai 1,2,3,4,5. Intepretasi *Quality of Life* berdasarkan nilai *mean*, QoL kurang baik = $x < 52$, serta QoL baik = $x \geq 52$.

c. *Coding* adalah memberikan kode pada setiap variabel untuk mempermudah pengelolaan data lebih lanjut. *Coding* pada penelitian ini sebagai berikut:

1) Karakteristik responden

a) Jenis kelamin, pemberian kode:

1. Laki-laki
2. Perempuan

b) Umur, pemberian kode:

1. 28-32 Tahun
2. 33-38 Tahun
3. > 39 Tahun

c) Status menikah, pemberian kode:

1. Menikah
2. Belum menikah
3. Cerai

d) Pendidikan , pemberian kode:

1. Tidak sekolah

2. SD
3. SMP
4. SMA
5. D3
6. S1
7. Lainnya

e) Pekerjaan , pemberian kode:

1. PNS
2. Karyawan swasta
3. Pensiunan
4. Wiraswasta
5. Ibu Rumah Tangga
6. Petani/ Peternak/Buruh
7. Tidak bekerja

f) Penghasilan, pemberian kode:

1. <500.000
2. 500.000-1 jt
3. 1 jt – 2 jt
4. > 2 jt

g) Jumlah anak, pemberian kode:

1. 1
2. 2
3. 3

4. > 3

2) Karakter pasien anak kanker

a) Jenis kelamin, pemberian kode:

1. Laki-laki

2. Perempuan

b) Umur, pemberian kode:

1. 5 tahun

2. 6 tahun, sampai seterusnya

c) Pendidikan, pemberian kode:

1. Tidak sekolah

2. SD

3. SMP

4. SMA

d) Diagnosa, pemberian kode:

1. *Carcinoma*

2. *Sarkoma*

3. *Leukimia*

4. *Lymphoma*

5. *Myeloma*

6. *Brain and spinal cord*

7. *Colon and rectum*

8. *Glioblastoma*

9. Kanker bola mata



10. Kanker paru

11. Kanker ovarium

e) Lama perawatan, pemberian kode:

1. <1 tahun

2. 1-2 tahun

3. > 3 tahun

f) Stadium kanker, pemberian kode:

0. 0

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. Tidak menyebutkan

3) Klasifikasi *family support*

1. Kurang Baik

2. Baik

4) Klasifikasi *self efficacy parent*

1. Kurang Baik

2. Baik

5) Klasifikasi *quality of life*

1. Kurang Baik

2. Baik

d. Tabulasi data merupakan proses menghitung dan memasukkan data

yang telah dikumpulkan ke dalam bentuk statistik sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

- e. *Entry data* yaitu menginput data ke dalam database computer ke dalam software analisis data yaitu SPSS.
- f. *Cleaning* adalah langkah penting dalam analisis data yang bertujuan untuk membersihkan data dari kesalahan atau kecacatan yang terjadi pada tahap pengumpulan atau pemrosesan data sebelum dilakukan analisis. Pada tahap ini, peneliti akan melakukan revisi terhadap seluruh proses yang telah dilakukan, mulai dari pengkodean hingga memastikan bahwa data yang dimasukkan bebas dari kesalahan.

2. Jenis analisis data

Rencana analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis data kuantitatif. Alat analisis data yang digunakan dalam penelitian adalah dengan menggunakan komputer/ laptop *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) (Hustia et al., 2021) dengan merupakan program *software* yang bertujuan untuk menganalisis data dan melakukan perhitungan statistik baik parametrik maupun non parametrik (Nugroho, 2023). Data yang terkumpul kemudian diolah dan dianalisis untuk disajikan dalam bentuk table distribusi, menguji hipotesis dan rasio prevalens. Uji analisis penelitian yang akan digunakan yaitu:

a. Analisa Univariat

Analisis data menggunakan analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan karakteristik responden (Anggraini, 2021) meliputi; data

responden orang tua (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status menikah, penghasilan, jumlah anak) dan data Pasien Anak (jenis kelamin, usia, pendidikan, jenis kanker, stadium kanker, penyakit penyerta).

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah proses analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang memiliki hubungan (Notoadmodjo, 2019). Analisis bivariat diperlukan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu variabel *independent* dan variabel *dependent* yang diduga berhubungan. Analisis ini bertujuan mengetahui hubungan antara *family support* dan *self efficacy parents* dengan *quality of life* anak kanker. Pada penelitian ini menggunakan alat *Statistic Product and Service Solution* (SPSS) melalui *statistic non parametric* yang dipakai adalah uji *Contingency coefficient* yang digunakan untuk mengukur hubungan antara data nominal dan nominal pada penelitian.

Penilaian pada uji ini, apabila nilai $p > 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan sedangkan $p < 0,05$ berarti terdapat hubungan yang signifikan. Kekuatan korelasi 0,0 s.d. (sampai dengan) 0,2 berarti sangat lemah; 0,2 s.d. 0,4 berarti lemah; 0,4 s.d. 0,6 bermakna sedang; 0,6 s.d. 0,8 berarti kuat; 0,8-1,00 artinya sangat kuat. Arah korelasi negatif artinya semakin tinggi variabel x semakin rendah variabel y, sedangkan positif, berarti semakin tinggi variabel x, maka semakin tinggi variabel y (Putri et al., 2022).

J. Etika Penelitian

Tahap awal sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan proposal untuk memperoleh rekomendasi dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Pada penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan etik penelitian, prinsip etik diterapkan dalam kegiatan penelitian mulai dari melakukan penyusunan proposal sampai proposal ini nanti dipublikasikan (I.Masturoh & Aangita, 2018), yaitu sebagai berikut:

1. Menghormati atau menghargai subyek (*Respec for person*)

Menghormati serta menghargai seseorang perlu memperhatikan :

- a. Peneliti mempertimbangkan lagi secara mendalam akan adanya kemungkinan- kemungkinan yang berbahaya dan penyalahgunaan suatu penelitian.
- b. Diperluan suatu perlindungan untuk subyek penelitian yang rentan bahaya.

2. Manfaat (*beneficence*)

Dalam suatu penelitian diharapkan bisa memberikan manfaat- manfaat yang bayak dan dapat mengurangi kerugian ataupun resiko bagi subjek penelitian. Jadi, desain penelitian harus memperhatikan kesehatan dan keselamatan subjek penelitian.

3. Tidak membahayakan subjek penelitian (*Non Maleficence*)

Peneliti mempertimbangkan kemungkinan yang akan terjadi pada penelitian sehingga peneliti bisa mencegah resiko berbahaya bagi subjek penelitian.

4. Keadilan (*Justice*)

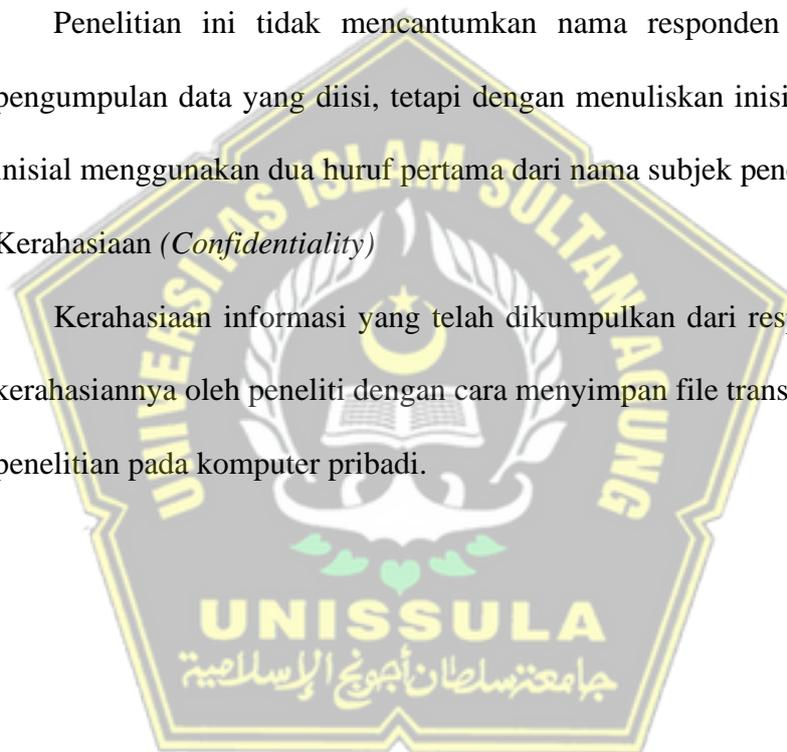
Keadilan disini artinya tidak membeda- bedakan subjek. Penelitian seharusnya sama-sama kuat antara manfaat dan risiko, risiko yang akan dihadapi sesuai dengan pengertian sehat, yaitu mencakup fisik, mental, dan sosial.

5. Tanpa nama (*Anonimity*)

Penelitian ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data yang diisi, tetapi dengan menuliskan inisial. Penamaan inisial menggunakan dua huruf pertama dari nama subjek penelitian.

6. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiannya oleh peneliti dengan cara menyimpan file transcript dan hasil penelitian pada komputer pribadi.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar Bab

Penelitian Hubungan Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* Terhadap *Quality of Life* Anak Kanker di RSUP Kariadi Semarang dilaksanakan pada bulan November hingga Desember 2024 di RSUP Dr. Kariadi, tepatnya di Gedung Kasuari Lantai 2 Poli Hematologi dan Onkologi Anak. Penelitian ini dilakukan pada 49 responden yang merupakan orang tua yang memiliki anak dengan diagnosa kanker usia 5-17 tahun.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya ; *Medical Outcomes Study: Social Support Survei Instrument* (MOS-SSS) (Anggraini, 2021) dengan nilai r 0,91 (*high correlations*) ; *Self Efficacy for Parenting Task Index* (SEPTI) pada penelitian Miliala (2012) dengan nilai r 0,918 (*high correlations*); *Pediatric Quality of Life Inventory tm* (PedsQoL TM) yang sudah baku dengan nilai r 0,80 oleh (Azzah, 2023). Peneliti menganalisis data yang telah terkumpul untuk menentukan hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* Terhadap *Quality of Life*.

B. Karakteristik Sampel

Dalam penelitian ini, karakteristik responden ditentukan berdasarkan usia orang tua, jenis kelamin orang tua, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi, jumlah anak, jenis kelamin anak, umur anak, lama pengobatan, penyakit penyerta, jenis kanker, dan stadium kanker.

1. Jenis kelamin orang tua

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Responden (N=49)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	9	18,4 %
Perempuan	40	81,6 %
Total	49	100 %

Tabel 4.1 menunjukkan responden terbanyak dengan jenis kelamin perempuan dengan frekuensi 40 orang (81,6 %) atau ibu dari pasien anak dengan diagnosa kanker.

2. Usia orang tua

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Usia Orang Tua (N=49)

Variabel	Median	Minimum-maximum
Usia orang tua	40	24 - 48 tahun

Tabel 4.2 menunjukkan nilai tengah usia orang tua dengan anak terdiagnosa kanker adalah 40 tahun.

3. Status pernikahan

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Status Pernikahan Orang Tua (N=49)

Status Nikah	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menikah	47	95,9 %
Cerai	2	4,1 %
Total	49	100 %

Tabel 4.3 menunjukkan responden orang tua terbanyak dengan status masih menikah 95,9 % atau sama dengan 47 orang dari total keseluruhan.

4. Tingkat pendidikan orang tua

Tabel 4.4 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua (N=49)

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak sekolah	0	0 %
SD	5	10,2 %
SMP	13	26,5 %
SMA	20	40,8 %
S1	6	12,2 %
Lainnya	5	10,2 %
Total	49	100 %

Tabel 4.4 menunjukkan responden orang tua dengan tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA .

5. Pekerjaan orang tua

Tabel 4.5 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua (N=49)

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
PNS	3	6,1 %
Karyawan Swasta	6	12,2 %
Wiraswasta	2	4,1 %
Ibu Rumah Tangga	33	67,3 %
Petani/Peternak/Perkebunan	2	4,1 %
Lainnya	2	4,1 %
Tidak bekerja	1	2,0 %
Total	49	100 %

Tabel diatas, jumlah 33 responden mayoritas adalah Ibu Rumah Tangga dari total keseluruhan.

6. Penghasilan

Tabel 4.6 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Penghasilan Orang Tua (N=49)

Penghasilan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<500.000	5	10,2 %
500.000-1.000.000	7	14,3 %
1.000.000-2.000.000	12	24,5 %
>2.000.000	25	51,0 %
Total	49	100 %

Tabel diatas menggambarkan bahwa, 51 % orang tua anak dengan kanker memiliki penghasilan diatas > 2.000.000 atau sebanyak 25 orang.

7. Jumlah anak

Tabel 4.7 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jumlah Anak (N=49)

Jumlah anak	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	5	10,2 %
2	31	63,3 %
3	9	18,4 %
>3 anak	4	8,1 %
Total	49	100 %

Tabel 4.7 Orang tua dengan jumlah anak 2 memiliki frekuensi tertinggi dengan 31 orang dari total responden secara keseluruhan.

8. Jenis kelamin anak

Tabel 4.8 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Anak Dengan Diagnosa Kanker (N=49)

Jenis kelamin anak	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	28	57,1 %
Perempuan	21	42,9 %
Total	49	100 %

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa, jumlah anak penderita kanker terbanyak adalah laki-laki dengan frekuensi 28 anak.

9. Usia anak dengan kanker

Tabel 4.9 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Usia Anak Dengan Diagnosa Kanker (N=49)

Variabel	Median	Minimum-maximum
Usia Anak	10	5-17 tahun

Tabel 4.9, nilai tengah usia anak yang dijadikan sebagai responden penelitian adalah 10 tahun.

10. Jenis kanker

Tabel 4.10 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kanker (N=49)

Jenis kanker	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<i>Adrenal Corticol</i>	1	2 %
<i>Carcinoma</i>	1	2 %
<i>Glioblastoma</i>	1	2 %
<i>Cancer colorectal</i>	1	2 %
Kanker otot bola mata	1	2 %
Kanker ovarium	1	2 %
Kanker paru-paru	1	2 %
Leukimia	33	67,3 %
<i>Limfoma non Hodgkin</i>	1	2 %
<i>Malignant neoplasma of ovary</i>	1	2 %
<i>Medulloblastoma</i>	2	4,1 %
<i>Myelodysplastic Syndromes</i>	1	2 %
<i>Neuroblastoma</i>	1	2 %
<i>Osteosarkoma</i>	1	2 %
Reganasa	1	2 %
MBS	1	2 %
+ <i>TB Abdomen</i>	1	2 %
<i>Rwing Sarkoma</i>	1	2 %
Sarkoma tulang	1	2 %
Total	49	100 %

Tabel 4.10 jenis kanker yang dominan diderita anak dari responden adalah Leukimia dengan jumlah 67,3 % atau sebanyak 33 anak.

11. Lama pengobatan/perawatan

Tabel 4.11 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Lama Pengobatan (N=49)

Lama pengobatan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<1 tahun	20	40,8 %
1-2 tahun	16	32,7 %
>2 tahun	13	26,5%
Total	49	100 %

Tabel 4.11 menggambarkan bahwa 40,8 % anak penderita kanker telah menjalani pengobatan kurang dari 1 tahun dari sejak terdiagnosa.

12. Penyakit penyerta

Tabel 4.12 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Penyakit Penyerta (N=49)

Penyakit penyerta	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<i>Anemia</i>	1	2 %
<i>Appendix</i>	1	2 %
DB	1	2 %
<i>Epilepsi</i>	1	2 %
<i>Glukoma</i>	1	2 %
<i>Hernia</i>	1	2 %
cahnya pembuluh darah otak	1	2 %
+ kejang	1	2 %
<i>Thypoid</i>	2	4,1 %
<i>Thypoid + Gerd</i>	1	2 %
Tidak ada	39	79,6 %
Total	49	100 %

Tabel 4.12 menyebutkan bahwa sebanyak 79.6% anak penderita kanker tidak memiliki penyakit penyerta lain.

13. Stadium kanker

Tabel 4.13 Distribusi Karakteristik Berdasarkan Stadium Kanker (N=49)

Stadium Kanker	Frekuensi (f)	Persentase (%)
0	0	0%
1	2	4.1 %
2	0	0%
3	1	2 %
4	2	4,1 %
Tidak menyebutkan	44	89,8 %
Total	49	100 %

Tabel 4.13 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar (89,8 %) responden orang tua tidak menyebutkan stadium kanker anaknya dari total keseluruhan.

C. Hasil Uji Penelitian

Dalam penelitian ini, uji hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* Terhadap *Quality of Life* antar variabel dengan skala data x1 ordinal, x2 nominal terhadap y1 nominal menggunakan Uji *Contingensy coefficient*. Hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan hasil sebagai berikut:

1. Tingkat *Family Support* responden

Tabel 4.14 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat *Family Support* (n=49)

Tingkat <i>Family support</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang Baik	11	22,45%
Baik	38	77,6%
Total	49	100 %

Tabel 4.14 hasil penelitian di atas, diketahui tingkat dukungan keluarga anak kanker di RSUP Kariadi dominan baik, dengan frekuensi 38 orang tua.

2. *Self Efficacy Parent*

Tabel 4.15 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat *Self Efficacy Parent* (n=49)

<i>Self Efficacy Parent</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang Baik	20	40,8%
Baik	29	59,2%
Total	49	100 %

Tabel di atas, menggambarkan bahwa, *Self Efficacy parent* responden 29 orang memperlihatkan hasil baik .

3. *Quality of Life Anak Kanker*

Tabel 4.16 Distribusi frekuensi responden berdasarkan *Quality of Life Anak Kanker* (n=49)

<i>Quality of Life</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang Baik	21	42,9 %
Baik	28	57,1 %
Total	49	100 %

Tabel 4.16, frekuensi responden terbanyak didapati dengan *quality of life* yang kurang baik sebanyak 28 anak, sementara anak terdiagnosa kanker dengan *quality of life* baik 28 anak dari total keseluruhan.

4. Analisis Uji Hubungan Antara *Family Support* terhadap *Quality of Life*

Tabel 4.17 Hasil Uji Hubungan Antara *Family Support* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker

Variabel penelitian	N	p-value	r
<i>Family Support</i> dengan <i>Quality of Life</i> Anak	49	0,843	0,028

Tabel 4.17 uji korelasi *Contingency coefficient* yang dilakukan untuk menilai hubungan antara *Family Support* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker, nilai *p-value* sebesar $0,843 < 0,05$, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara *Family Support* terhadap *Quality of Life* anak kanker.

Dengan nilai *r* 0,028 menggambarkan sangat lemah dengan arah positif yang berarti memungkinkan ketika *Family Support* baik maka akan diikuti baiknya *Quality of Life* Anak Kanker.

5. Analisis Uji Hubungan Antara *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life*

Tabel 4.17 Hasil Uji Hubungan Antara *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker

Variabel penelitian	N	p-value	r
<i>Self Efficacy Parent</i> dengan <i>Quality of Life</i> Anak	49	0,801	0,036

Tabel hasil uji yang dilakukan untuk menilai hubungan antara *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker, didapatkan *p-value* sebesar $0,801 > 0,05$. Hal ini berarti tidak ada bukti kuat untuk menyatakan adanya hubungan antara *self-efficacy parent* dan *quality of life* anak dengan kanker dalam sampel ini.

Dengan nilai r 0,036 didapatkan korelasi sangat lemah dengan arah positif, artinya memungkinkan jika *Self Efficacy Parent* baik maka baik juga *Quality of Life* Anak Kanker.



BAB V

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam bab ini menjelaskan hasil dari penelitian yang berjudul “Hubungan Antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang”. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antar *variable*. Jumlah responden diambil sejumlah 49 orang tua dengan anak terdiagnosa kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang pada bulan November – Desember 2024.

A. Interpretasi dan Hasil

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan data penelitian yang diambil di RSUP Dr. Kariadi Semarang pada periode November-Desember 2024, karakteristik responden dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

a. Demografis Orang Tua:

1) Jenis Kelamin

Hasil analisis karakteristik demografis responden penelitian, didapatkan bahwa mayoritas responden adalah ibu dari anak dengan diagnosa kanker mencapai 81,6%. Hal ini *linear* dengan penelitian sebelumnya (Nitharia et.al, 2023) yang menjelaskan bahwa orang tua yang terlibat aktif sebagai *caregiver* dalam pengobatan anak lebih banyak ibu dibandingkan dengan ayah (Isabel et.al, 2021). Peran ibu sebagai *caregiver* juga tidak terlepas dari peran sebagai pendidik dan pelindung anak di rumah. Ibu cenderung

menghabiskan lebih banyak waktu untuk anak dirumah daripada ayah. Oleh karena itu, ibu akan lebih aktif dalam merawat, memberikan obat dan memperhatikan kesehatan anak(Siregar et al., 2021). Peran penting ibu dalam perawatan anak juga dipengaruhi oleh minat dan keinginannya untuk belajar lebih banyak tentang diagnosis dan pengobatan anak, selain itu pengalaman merawat keluarga membuat ibu mendominasi dalam peran pengasuhan dan perawatan anak(Layyina et al., 2024).

Hasil tabulasi silang antara jenis kelamin orang tua dengan *family support* menunjukkan keterkaitan dengan konteks perawatan anak dengan kanker. Dari total 49 responden, terdapat perbedaan signifikan dalam proporsi dan pola dukungan antara orang tua laki-laki dan perempuan. Data menunjukkan bahwa dari 9 orang tua laki-laki, 66.7% memberikan dukungan keluarga yang baik, sementara 33.3% memberikan dukungan yang kurang baik. Sedangkan dari 40 orang tua perempuan, 80% memberikan dukungan keluarga yang baik, dan 20% memberikan dukungan yang kurang baik. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengindikasikan bahwa perempuan cenderung menunjukkan tingkat kepedulian dan kecemasan yang lebih tinggi dalam perawatan anak dengan kanker.

Hasil tabulasi silang antara jenis kelamin orang tua yang mendampingi anak saat perawatan dan pengobatan dengan kualitas hidup anak, didapatkan anak yang didampingi ibunya memiliki

kualitas hidup baik tinggi dengan 85,7%, sedangkan anak dengan pendampingan ayah sebesar 14,3%. Meskipun demikian, kualitas hidup anak buruk juga menunjukkan angka yang tinggi pada pendampingan ibu yaitu 76,2%. Hal ini menunjukkan bahwa jenis kelamin orang tua yang mendampingi anak tidak serta merta mempengaruhi kualitas hidupnya.

Pada kasus ini setiap keluarga mungkin memiliki kondisi dan keadaan yang berbeda. Sebagian besar ayah dari pasien masih aktif bekerja, sedangkan ibu selalu ada mendampingi anak selama pengobatan. Hal ini menyebabkan ibu lebih banyak memainkan peran orang tua dalam fungsi edukasi, proteksi, sosialisasi anak, kasih sayang dan pendidikan. Peran-peran ini membuktikan bahwa ibu mengambil peran besar dalam proses perawatan anak dengan kanker (Kharunia & Indrawati, 2024).

Meskipun demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa keterlibatan kedua orang tua sama penting dalam memberikan dukungan optimal untuk anak dengan kanker selama perawatan. Jenis kelamin orang tua juga berpengaruh pada peran orang tua dalam keluarga.

2) Umur Orang Tua

Usia orang tua yang mendominasi pada responden penelitian ini berusia lebih dari 39 tahun sebanyak 61,2% dari total 49 keseluruhan responden. Berbeda dengan orang tua usia 26-32 tahun hanya 8,2%

responden. Hal ini bisa disebabkan karena keterbatasan waktu yang dimiliki orang tua di usia tersebut. Kebanyakan orang tua masih aktif bekerja, hal ini membuat kurang optimalnya peran mereka dalam melakukan pendampingan saat anak mengalami hospitalisasi (Firdausi, 2020).

Hasil *crosstabb* antara usia orang tua dengan *family support*, usia orang tua kisaran 26-32 tahun total 4 orang. Dengan 4 anak (10,5%) memiliki *family support* baik seluruhnya. Dilihat dari *family support* didapatkan bahwa 4 responden (100%) memiliki dukungan yang baik. Orang tua dengan usia 33-38 tahun berjumlah 15 responden. Orang tua kisaran umur ini yang memiliki *family support* kurang baik sebesar 45,5% , sedangkan yang memiliki dukungan keluarga baik berjumlah 26,3%. Dilihat berdasarkan *family support* , 66,7% orang tua dikisaran umur ini memiliki *family support* baik, namun 33,3% diantaranya juga ada yang memiliki *family support* kurang baik.

Orang tua dengan usia lebih dari 39 tahun berjumlah 30 responden dari total keseluruhan. Dari presentase tersebut, 63,2% diantaranya memiliki *family support* baik, sedangkan 54,5% lainnya kurang baik. Apabila dilihat dari *family support*, responden yang memiliki *family support* baik berjumlah 24 (80%) dari total. Hal ini berbeda dengan *family support* yang kurang baik berjumlah 6 (20%) dari total responden.

Orang tua dengan usia 40 tahun-an cenderung memiliki tingkat kepedulian yang tinggi terhadap peran pengasuhan dan perawatan pada anggota keluarga yang sedang sakit, hal ini dapat dilihat pada angka keikutsertaan ibu usia 40 tahun dalam edukasi pengetahuan caregiver oleh perawat (Lasmini et al., 2024). Usia orang tua juga mempengaruhi bagaimana bentuk pola asuh yang diterapkan. Semakin matang usia orang tua, semakin baik pula perannya dalam memberikan dukungan emosional kepada anak dalam menghadapi tantangan pengobatan (Hastuti, 2024).

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara usia orang tua dengan *self efficacy parent* menunjukkan bahwa, jumlah responden terbanyak adalah usia lebih dari 39 tahun. Dengan *self efficacy parent* yang baik responden berjumlah 58,6% dan 65% sisanya memiliki yang kurang baik. Dilihat dari aspek *self efficacy parent*, orang tua dengan kisaran umur tersebut, 17 responden diantaranya memiliki *self efficacy parent* baik 56,7 % dan 13 responden memiliki kurang baik (43,3%).

Orang tua dengan rentang usia 33-38 tahun memiliki *self efficacy parent* baik sebesar 31% dan 30 % lainnya memiliki jumlah yang kurang baik. Dilihat dari aspek *self efficacy parent* , orang tua yang memiliki baik lebih banyak , yaitu 9 responden dari total 15 responden keseluruhan dengan jumlah 60%. Orang tua dengan usia 26-32 tahun, memiliki *self efficacy parent* baik sebesar 10,3 % dan

5% sisanya memiliki kurang baik. Berbeda halnya, apabila dilihat dari *self efficacy parent* , orang tua dengan kisaran umur sekian didominasi dengan baik sebesar 75 % dengan 3 responden, namun 1 sisanya didapati *self efficacy parent* kurang baik.

Hal ini membuktikan bahwa, semakin matang usia orang tua tidak serta merta membuat semakin baik *Quality of Life* anak, baiknya *family support* dan *self efficacy parent*. Namun, usia orang tua berpengaruh pada level efikasi diri, dimana pada usia lebih muda dapat lebih sering mengalami rendahnya efikasi diri karena pengalaman individu tersebut belum cukup. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi *self efficacy parent* pada kasus ini, misalnya proses afektif orang tua, proses kognitif orang tua, ketahanan terhadap stresor stress serta lainnya (Nurhidayah, 2023).

3) Status Nikah

Ditinjau dari status pernikahan, berdasarkan analisis tabulasi silang antara status pernikahan dengan *family support*, ditemukan pola hubungan yang menarik dalam konteks dukungan keluarga. Dari total 49 responden yang berpartisipasi dalam penelitian, kelompok orang tua dengan status menikah mendominasi sampel dengan jumlah 45 orang (91.8%). Dalam kelompok ini, mayoritas (77.8%) menunjukkan tingkat dukungan keluarga yang baik, sementara 22.2% memberikan dukungan yang kurang baik.

Pada kelompok orang tua dengan status cerai, yang juga

mewakili 8,2 % dari total responden (4 orang), 3 diantaranya menunjukkan tingkat dukungan keluarga yang baik. Hal ini sangat mempengaruhi tingkat dukungan yang diberikan kepada anak. Berdasarkan penelitian Mayastuti, *single parent* memiliki tingkat dukungan keluarga yang lebih rendah dibandingkan dengan orang tua yang memiliki pasangan (Mayastuty, 2024).

Orang tua yang bercerai cenderung memiliki *self efficacy*, *self esteem* dan optimisme kurang baik dalam perawatan anak. Perceraian membuat *single parent* memiliki stigma bahwa mereka melakukan peran pengasuhan anak sendirian (Wigati, 2023) sehingga tidak bisa memberikan kecukupan *self efficacy* anak dengan kanker. Perceraian juga menyebabkan sebagian ketidakrukunan, ketidaknyamanan dan berkurangnya kasih sayang untuk anak, oleh karena itu *family support* didapati kurang baik (Ayumeilinda, 2023).

4) Pendidikan Orang Tua

Dalam aspek pendidikan orang tua, tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA dengan 40,8 % mendominasi keseluruhan responden. Sementara, orang tua yang berpendidikan S1 hanya 12,2 %. Hal ini mungkin terjadi karena orang tua dengan pendidikan tinggi biasanya memiliki pekerjaan yang lebih baik, seperti karyawan maupun PNS. Sehingga dari sisi waktu bekerja, mereka terikat dan tidak fleksibel. Berbeda dengan orang tua dengan pendidikan SMA, SMP dan SD berdasarkan hasil tabulasi silang didapati sebagai Ibu Rumah Tangga.

Tingkat pendidikan orang tua ini mempengaruhi kemampuan mereka dalam melakukan peran perawatan dan pengasuhan anak kanker, dimana semakin tinggi pendidikan orang tua disertai dengan aspek pengasuhan yang baik maka turut meningkatkan kualitas hidup pasien kanker (Anggreini & Supit, 2022). Semakin tinggi pendidikan orang tua anak pasien kanker, berpengaruh pada pengetahuan dan kemampuan orang tua dalam melakukan perawatan paliatif yang baik. Hubungan signifikan kuat serta berpola positif menunjukkan antara tingkat pendidikan orang tua dengan tingkat *family support*. Dimana semakin tinggi pendidikan orang tua, semakin tinggi pula *family support* dan kemampuan *caregiver* dalam melakukan perawatan paliatif anak kanker (Fatmiwiryastini et al., 2021).

Berdasarkan data *crosstabulation* antara pendidikan orang tua dengan *family support*, dapat diinterpretasikan bahwa: Orang tua dengan pendidikan SD (n=5) seluruhnya (100%) memberikan dukungan keluarga yang baik. Pada tingkat pendidikan SMP (n=13), terdapat 69.2% orang tua yang memberikan dukungan keluarga baik dan 30.8% memberikan dukungan kurang baik. Orang tua dengan pendidikan SMA (n=20), sebanyak 75% orang tua memberikan dukungan keluarga baik dan 25% memberikan dukungan kurang baik. Orang tua dengan pendidikan S1 (n=6), sebanyak 83.3% memberikan dukungan keluarga baik dan 16.7% memberikan

dukungan kurang baik. Kategori pendidikan Lainnya (n=5), sebanyak 80% memberikan dukungan keluarga baik dan 20% memberikan dukungan kurang baik.

Secara keseluruhan (n=49), mayoritas orang tua (77.6%) memberikan dukungan keluarga yang baik, sementara 22.4% memberikan dukungan kurang baik. Hasil penelitian menunjukkan adanya kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, semakin baik pula dukungan keluarga yang diberikan. Hal ini terlihat dari persentase dukungan keluarga yang baik meningkat seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan (SMP: 69.2%, SMA: 75%, S1: 83.3%).

Pendidikan orang tua mempengaruhi distres dan strategi koping terhadap masalah dan tantangan perawatan anak kanker. Hal ini berkaitan dengan *self efficacy parent*. Dimana pendidikan orang tua yang rendah akan membuat efikasi diri individu tersebut rendah karena kurangnya pembelajaran yang didapat mengenai kehidupan, begitupula sebaliknya (Nurhidayah, 2023). Dengan pendidikan tinggi, orang tua mampu mengatasi stresor stresnya dan memiliki *self efficacy* yang baik. Oleh karena itu, tingkat pendidikan orang tua sangat mempengaruhi kemampuan mereka dalam melakukan peran pengasuhan dan perawatan anak kanker (Syifa et al., 2023).

5) Pekerjaan dan Penghasilan

Orang tua anak kanker pada penelitian ini didominasi dengan Ibu Rumah Tangga sebesar 67,3%. Sedangkan PNS 6,1% dan Karyawan swasta 12,2% dari total keseluruhan. Berbeda dengan aspek penghasilan, sebagian besar responden memperoleh penghasilan > 2.000.000 sebesar 51 % dari total 49 responden penelitian. Hal ini dimungkinkan, walaupun orang tua yang mendampingi anak pengobatan adalah Ibu Rumah Tangga, namun ayah dalam kondisi sebagian besar keluarga responden masih aktif bekerja. Ayah maupun anggota keluarga yang bekerja turut menaikkan penghasilan keluarga dalam kasus di penelitian ini.

Hasil tabulasi silang yang telah dilakukan, Ibu Rumah Tangga menunjukkan tingkat *family support* tertinggi dengan 68,4% memberikan dukungan keluarga yang baik. Hal ini mengindikasikan bahwa ketersediaan waktu berperan penting dalam kualitas dukungan keluarga. Karyawan swasta memiliki proporsi *family support* yang baik (83,3%), menunjukkan bahwa pekerjaan dengan sistem yang terstruktur memungkinkan alokasi waktu yang lebih baik untuk keluarga. PNS dan Wiraswasta memiliki pola dukungan keluarga yang lebih terbagi, dengan 33,3% dan 50% memberikan dukungan baik. Hal ini mungkin terkait dengan beban kerja dan fleksibilitas waktu.

Hal ini bisa disebabkan karena Ibu rumah tangga menghabiskan lebih banyak waktu dalam melakukan peran *caregiver* untuk anak

yang sedang sakit. Pengalaman Ibu rumah tangga dalam merawat keluarga membuat baiknya *quality of life* anak dengan kanker(Layyina et al., 2024).Ibu rumah tangga juga memiliki presentasi *self efficacy* yang baik dengan 21 orang dari total responden. Orang tua dengan pekerjaan karyawan swasta dan petani/peternak/buruh menunjukkan *self efficacy* yang kurang baik sekitar 66,7 % dan 100 %.

Penghasilan orang tua responden penelitian didominasi > 2.000.000 sebanyak 25 orang tua. Hasil tabulasi silang menunjukkan , bahwa orang tua dengan penghasilan tersebut diikuti dengan *quality of life* anak yang baik 64%. Hal ini menggambarkan bahwa stabilitas finansial mendukung kapasitas orang tua dalam memberikan dukungan optimal.Penghasilan keluarga cukup juga menunjukkan 72 % *family support* dan 60% *self efficacy* yang baik.

Berbeda dengan temuan penelitian Dewi, tidak ditemukan hubungan antara kondisi sosial ekonomi keluarga terhadap kualitas hidup pasien kanker dengan nilai $p > 0,061$. Namun, hal ini mempengaruhi dukungan keluarga yang diberikan, dimana orang tua dengan penghasilan kurang dan tidak bekerja akan mengalami kesulitan finansial, yang mengakibatkan aspek dukungan materi dan finansial keluarga ke anak kanker seperti penyediaan biaya tambahan perawatan dan pengobatan tidak terpenuhi (Dewi & Widari, 2021).

Temuan ini memiliki implikasi penting untuk intervensi di RSUP

Dr. Kariadi, di mana dukungan keluarga menjadi faktor kritikal dalam meningkatkan kualitas hidup anak. Meskipun begitu, program-program peningkatan *self-efficacy parent* perlu mempertimbangkan latar belakang pekerjaan dan kondisi ekonomi keluarga.

b. Karakteristik Anak dengan Kanker:

1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin anak usia 5-17 tahun yang terdiagnosa kanker di RSUP Dr. Kariadi, mayoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 28 anak (57.1%), sedangkan responden perempuan sebanyak 21 anak (42.9%). Hal ini menunjukkan bahwa, angka kejadian kanker pada anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan anak perempuan. Pada penelitian sebelumnya, di RSUP H. Adam Malik Medan menemukan bahwa dari 86 anak dengan kanker, 60.5% adalah laki-laki dan 39.5% perempuan. Hal yang sama menunjukkan kecenderungan yang sama dimana anak laki-laki lebih banyak mengalami kanker.

Studi yang dilakukan oleh Wahyuni et al. (2022) di RSUP Dr. M. Djamil Padang juga mendukung temuan ini, dimana dari 124 pasien anak dengan kanker, 56.5% adalah laki-laki dan 43.5% perempuan. Data dari *American Cancer Society* (2024) menyampaikan bahwa secara global, insiden kanker pada anak laki-laki cenderung lebih tinggi dibandingkan anak perempuan dengan rasio sekitar 1.2:1 (Kaatsch, 2024).

Kejadian kanker pada anak berdasarkan jenis kelamin ini dapat dijelaskan oleh beberapa faktor: a) Faktor genetik dan hormonal yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. ekspresi gen pada laki-laki juga mempengaruhi prognosis penyakit, misalnya ekspresi tinggi gen CXCL13 ditemukan lebih banyak pada laki-laki dengan diagnosis kanker nasofaring(Faiq et al., 2024). b)Perbedaan sistem imun. c) Variasi paparan risiko lingkungan. Anak laki-laki yang lebih aktif bermain atau beraktifitas diluar rumah memiliki kemungkinan lebih sering kontak dengan karsinogenik penyebab *carcinoma* seperti paparan debu, asap rokok, dan polusi yang terakumulasi dalam jangka waktu yang lama(Faiq et al., 2024).

Hasil penelitian mengenai hubungan antara *family support* dan *self efficacy parent* terhadap *quality of life* anak di RSUP Dr. Kariadi, hasil tabulasi silang anatra jenis kelamin dan kualitas hidup menunjukkan dari total 49 responden. Terdapat 28 anak (57.1%) berjenis kelamin laki-laki. 21 anak (42.9%) berjenis kelamin perempuan.

Pada kelompok anak laki-laki, dari total 28 responden, ditemukan 13 anak (46.4%) memiliki kualitas hidup kurang baik dan 15 anak (53.6%) memiliki kualitas hidup baik. Sementara pada kelompok anak perempuan, dari total 21 responden, terdapat 8 anak (38.1%) dengan kualitas hidup kurang baik dan 13 anak (61.9%) memiliki kualitas hidup baik. Data penelitian menunjukkan bahwa pada kedua

kelompok jenis kelamin, proporsi anak dengan kualitas hidup baik lebih tinggi dibandingkan dengan kualitas hidup kurang baik. Namun, persentase kualitas hidup baik pada anak perempuan (61.9%) relatif lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki (53.6%). Hal ini mengindikasikan adanya kecenderungan anak perempuan memiliki adaptasi yang lebih baik terhadap kondisi penyakitnya.

Anak perempuan lebih mampu beradaptasi dengan kondisi penyakitnya dapat disebabkan karena beberapa hal. Pertama, perbedaan pola sosialisasi dan ekspektasi sosial antara anak laki-laki dan perempuan dapat mempengaruhi cara mereka merespons penyakit dan dukungan yang diterima. Anak perempuan cenderung lebih terbuka dalam mengekspresikan perasaan dan mencari dukungan, yang dapat berkontribusi pada kualitas hidup yang lebih baik.

Kedua, peran *family support* dan *self efficacy parent* mungkin memiliki dampak yang berbeda pada anak laki-laki dan perempuan. Pola pengasuhan dan dukungan yang diberikan orang tua mungkin perlu disesuaikan dengan karakteristik gender anak untuk mengoptimalkan kualitas hidupnya. Pada penelitian Iin, sebanyak 28 responden anak kanker adalah laki-laki (Apri, 2021) dan 55% responden pada penelitian anak kanker Pangestuti adalah anak laki-laki (Pangestuti et al., 2022). Selain itu, anak laki-laki memiliki resiko 2-3 kali lebih besar terkena kanker. Jenis kanker yang sering

dialami adalah kanker nasofaring, kanker paru dan kanker kolorektal.

Hasil penelitian ini memberikan implikasi penting bagi praktik klinis dan intervensi keperawatan. Pertama, perlunya pendekatan yang sensitif gender dalam memberikan dukungan dan intervensi pada anak dengan kanker. Kedua, pentingnya meningkatkan kesadaran orang tua tentang potensi perbedaan kebutuhan dukungan antara anak laki-laki dan perempuan dalam menghadapi penyakit kronis. Hasil penelitian ini juga menunjukkan pentingnya mengembangkan program intervensi yang mempertimbangkan karakteristik gender dalam upaya meningkatkan kualitas hidup anak dengan kanker. *Family support* dan *self efficacy parent* perlu dikembangkan dengan mempertimbangkan kebutuhan spesifik berdasarkan jenis kelamin anak untuk mencapai hasil yang optimal.

2) Usia Anak

Rentang usia anak dalam penelitian ini 5-17 tahu, dengan total sampel 49 anak. Mayoritas usia 11-12 tahun (masing-masing 12.2% atau 6 anak), menunjukkan bahwa kanker anak cenderung terdiagnosis pada usia sekolah dasar. Anak usia sekolah lebih rentan terkena kanker yang disebabkan karena faktor lingkungan, misalnya terpapar asap rokok, konsumsi makanan yang mengandung senyawa kimia (Anwar et al., 2018). Aktivitas anak sekolah yang berpotensi terkena radiasi dan bahan kimia penyebab kanker juga bisa menjadi

faktor selanjutnya (Fatrida et al., 2022).

Hasil penelitian mengenai hubungan antara *family support* dan *self efficacy parent* terhadap *quality of life* anak di RSUP Kariadi, diperoleh data tabulasi silang antara usia anak dengan kualitas hidupnya yang dapat diinterpretasikan sebagai berikut: Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total 49 responden anak dengan kanker, terdapat variasi usia dari 5 hingga 17 tahun. Distribusi kualitas hidup secara keseluruhan menunjukkan 21 anak (42.9%) memiliki kualitas hidup kurang baik dan 28 anak (57.1%) memiliki kualitas hidup baik.

Pada kelompok usia 5-7 tahun, ditemukan kecenderungan kualitas hidup yang kurang baik. Hal ini terlihat pada anak usia 5 tahun dimana 80% memiliki kualitas hidup kurang baik, dan usia 6 tahun dengan 75% kualitas hidup kurang baik. Hal ini dapat dimungkinkan karena pada usia tersebut, anak masih sangat bergantung pada pengasuhan orang tua dan kemampuan adaptasi terhadap penyakit masih terbatas.

Berbeda pada kelompok usia 8-10 tahun menunjukkan tren peningkatan kualitas hidup yang lebih baik. Pada usia 8 tahun, 75% anak memiliki kualitas hidup baik, dan pada usia 10 tahun mencapai 80% dengan kualitas hidup baik. Hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif dan adaptasi yang lebih berkembang pada rentang usia tersebut.

Rentang usia anak responden terbanyak berada pada 11-12 tahun. Pada kelompok usia remaja (11-17 tahun) menunjukkan pola yang bervariasi. Usia 14 tahun menunjukkan hasil yang paling optimal dimana 100% responden memiliki kualitas hidup baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan kemampuan remaja yang lebih baik dalam memahami kondisi penyakitnya dan strategi coping yang lebih matang.

Dalam penelitian *In Gambaran Kualitas Hidup Anak Leukimia di RSUP Kariadi pada 2021*, jumlah penderita terbanyak ada pada usia > 15 tahun sebanyak 78% dari keseluruhan responden (Apri, 2021). Penelitian kualitas tidur anak kanker di Kariadi milik Pangestuti, sampel yang dipilih adalah anak usia > 12 tahun dengan angka kejadian kanker terbanyak (Pangestuti et al., 2022). Hal ini menggambarkan bahwa mayoritas anak yang terdiagnosa kanker ada pada usia remaja.

Pada usia remaja, anak memiliki resiko lebih tinggi terkena karena lebih sering keluar rumah. Aktivitas ini memungkinkan anak terpapar zat karsinogenik (Faiq et al., 2024). Beberapa jenis kanker seperti paru dan nasofaring juga diakibatkan karena kebiasaan hidup yang buruk lingkungan sekitar seperti asap roko dan debu. Selain itu, kanker serviks dan payudara sering terjadi pada remaja putri dikarenakan *personal hygiene* dalam menghadapi masa awal menstruasi (Susanti et al., 2024).

Teori perkembangan anak juga menyebutkan dimana seiring bertambahnya usia, anak mengembangkan kemampuan kognitif dan mekanisme coping yang lebih baik dalam menghadapi penyakit kronis (Ulfa et al., 2024). Selain itu, anak usia 11-14 tahun mendapatkan *family support* yang baik sebanyak 17 anak. Hal ini juga diikuti dengan *self efficacy parent* yang baik direntang usia yang sama.

Family support dan *self efficacy parent* memegang peranan penting dalam membantu anak mencapai kualitas hidup yang optimal, terutama pada kelompok usia yang lebih muda dimana ketergantungan terhadap dukungan keluarga masih sangat tinggi. Hasil penelitian ini mengindikasikan pentingnya intervensi yang disesuaikan dengan tahap perkembangan anak, dimana kelompok usia yang lebih muda memerlukan pendekatan yang lebih intensif dalam hal dukungan keluarga dan peningkatan *self efficacy* orang tua. Sementara pada kelompok usia yang lebih tua, fokus dapat diberikan pada penguatan strategi coping dan kemandirian dalam manajemen penyakit.

3) Jenis Kanker

Leukemia merupakan jenis kanker yang paling dominan dengan persentase 67.3% dari keseluruhan kasus yang ditemukan peneliti. Leukimia merupakan kanker pertumbuhan sel darah putih (leukosit) yang tidak normal di dalam sumsum tulang belakang. Sel

tersebut kemudian bermetastasis/menyebar dalam peredaran darah. Jenis leukimia ada limfoblastik akut dan mieloid akut. Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebab Leukimia pada anak. Terdapat kemungkinan bahwa penyebab kanker jenis ini adalah mutasi genetik sebelum kelahiran atau awal kehidupan anak. Beberapa faktor lain yang dapat meningkatkan resiko kanker ini adalah infeksi virus, faktor lingkungan, kondisi medis khusus seperti *Down syndrome*, terpapar radiasi dari kemoterapi atau radiasi lain untuk pengobatan kanker, serta penyakit keturunan riwayat dari keluarga yang serupa (Deswita et al., 2023).

Hasil tabulasi silang yang dilakukan oleh peneliti, leukimia merupakan jenis kanker terbanyak (32 kasus atau 65,3%) dengan proporsi kualitas hidup baik sebesar 68,8% (22 dari 32 anak). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas anak dengan leukimia memiliki kualitas hidup yang baik. Beberapa jenis kanker (*carcinoma, sarcoma, limfoma, brain and spinal cord, glioblastoma*, kanker bola mata) menunjukkan 100% kualitas hidup kurang baik, sementara beberapa jenis lainnya (*myeloma, kanker kolon dan rektum, kanker paru, kanker ovarium*) menunjukkan 100% kualitas hidup baik..

Pada tahun 2016 terdapat 6.590 kejadian kanker pada anak dengan lebih dari 1.400 kematian akibat Leukimia (Achsan et al., 2018). Dalam data Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia (YKAKI) pada 2022 juga menguatkan prevalensi anak leukimia terbanyak

(Windasari et al., 2022). Jenis Leukimia terbanyak yang terjadi pada anak adalah *Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)* sebanyak 50 % pada penelitian Fetriyah, 2024(Fetriyah et al., 2024). Karakteristik anak Leukimia pada penelitian Kamilah, 2023 menyebutkan bahwa diagnose terbanyak dengan ALL, mayoritas laki-laki, umur 5-12 tahun dengan status nutrisi dibawah normal(Kamilah et al., 2023).

Secara keseluruhan, dari 49 anak, 57,1% (28 anak) memiliki kualitas hidup baik dan 42,9% (21 anak) memiliki kualitas hidup kurang baik. Jenis kanker berkorelasi dengan kualitas hidup anak, dengan leukimia menunjukkan proporsi kualitas hidup baik tertinggi, yang mungkin dipengaruhi oleh tingkat *self-efficacy* orang tua dalam pengelolaan penyakit tersebut.

4) Lama Pengobatan atau Perawatan

Durasi pengobatan, mayoritas pasien masih berada dalam tahap awal pengobatan dengan lama terapi kurang dari 1 tahun. Dengan presentase mayoritas anak dengan kanker (40.8% atau 20 anak) baru terdiagnosis dan menjalani pengobatan kurang dari 1 tahun. Sebanyak 32.7% (16 anak) telah menjalani pengobatan selama 1-2 tahun, dan 26.5% (13 anak) telah menjalani pengobatan lebih dari 2 tahun. Durasi pengobatan ini berkaitan dengan peran dukungan keluarga terhadap kualitas hidup anak dengan kanker .

Tabel *crosstabulation* menunjukkan hubungan antara lama waktu

(durasi) dan dukungan keluarga pada responden. Sebanyak 85% responden dengan lama waktu < 1 tahun mendapatkan dukungan keluarga yang baik, sementara 15% lainnya memiliki dukungan keluarga yang kurang baik. Sementara, responden dengan lama waktu 1-2 tahun yang memiliki dukungan keluarga baik mencapai 75%, sedangkan 25% memiliki dukungan keluarga kurang baik. Sebanyak 69,2% responden dengan lama waktu > 2 tahun memiliki dukungan keluarga baik, sedangkan 30,8% memiliki dukungan keluarga kurang baik.

Hasil tabulasi silang dukungan keluarga "Kurang Baik," distribusi terbesar terdapat pada kelompok lama waktu 1-2 tahun dan > 2 tahun, masing-masing sebesar 36,4%. Berbeda dengan dukungan keluarga "Baik," persentase terbesar terdapat pada kelompok < 1 tahun, yaitu sebesar 44,7%. Secara keseluruhan, mayoritas responden (77,6%) memiliki dukungan keluarga yang baik, sedangkan sisanya (22,4%) memiliki dukungan keluarga yang kurang baik.

Hasil analisis menunjukkan bahwa semakin lama waktu durasi, terdapat kecenderungan penurunan proporsi dukungan keluarga yang baik. Hal ini terlihat dari persentase dukungan keluarga baik yang menurun dari 85% pada kategori < 1 tahun menjadi 69,2% pada kategori > 2 tahun. Sebaliknya, persentase dukungan keluarga kurang baik cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya lama waktu.

Kecenderungan penurunan dukungan keluarga yang baik seiring bertambahnya durasi waktu (lama waktu), berdasarkan literatur dan dinamika dukungan sosial; a) Faktor kelelahan atau *burnout* keluarga. Keluarga yang merawat anak dengan kondisi tertentu dalam jangka waktu lama dapat mengalami kelelahan fisik dan emosional (caregiver burden). Hal ini dapat mengurangi kemampuan mereka untuk memberikan dukungan secara optimal. b) Penyesuaian emosional. Pada fase awal (< 1 tahun), keluarga cenderung memberikan dukungan penuh karena masih dalam tahap penyesuaian dan menerima kondisi anak. Namun, seiring waktu, dukungan ini dapat berkurang karena keluarga merasa kondisi tersebut menjadi "normal" atau stabil, sehingga intensitas dukungan menurun. c) Perubahan prioritas keluarga. Lama waktu perawatan dapat menyebabkan keluarga harus membagi perhatian dan sumber daya mereka ke aspek lain, seperti pekerjaan, pendidikan anak lain, atau tanggung jawab rumah tangga. Akibatnya, intensitas dukungan terhadap anak yang dirawat menjadi lebih rendah serta faktor lainnya.

Hasil tabulasi silang, kelompok anak terdiagnosa kanker dengan lama pengobatan <1 tahun terdapat 20 anak, 60% memiliki kualitas hidup baik dan 40% kurang baik. Ini menunjukkan bahwa masa awal pengobatan relatif masih memiliki kualitas hidup yang baik. Kelompok pengobatan 1-2 tahun: Dari 16 anak, terjadi pembagian sama rata (50%) antara kualitas hidup baik dan kurang baik. Ini

menunjukkan adanya perubahan dalam kondisi kualitas hidup saat pengobatan memasuki tahun kedua.

Kelompok pengobatan >2 tahun: Dari 13 anak, 61.5% memiliki kualitas hidup baik dan 38.5% kurang baik. Ini mengindikasikan adanya perbaikan kualitas hidup pada pengobatan jangka panjang. Secara keseluruhan dari 49 anak, 28 anak atau 57.1% memiliki kualitas hidup baik didominasi lama pengobatan <1 tahun dan 42.9% kurang baik dari usia 1- lebih dari 2 tahun. Lama pengobatan menjalani kemoterapi yang harus dilalui anak dengan kanker, hal ini biasanya berbulan hingga tahunan sehingga mengakibatkan ketidaknyamanan psikologis pada anak karena hospitalisasi (Fitri et al., 2024).

Hal ini menguatkan bahwa lama pengobatan kanker pada anak menyebabkan *post traumatic growth* yang dapat mempengaruhi kualitas hidup anak sekolah (Rafiska et al., 2023). Hubungan tahun lama pengobatan kanker sejumlah anak usia 5-17 memiliki pola hubungan dengan kualitas hidup anak, yang terbagi dalam tiga fase berbeda: awal pengobatan yang relatif baik, fase transisi dengan penurunan kualitas, dan fase adaptasi jangka panjang dengan peningkatan kualitas hidup.

5) Penyakit Penyerta

Hasil distribusi frekuensi, dari total 49 anak dengan kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini, diketahui bahwa. Sebanyak

10 anak (20,4%) memiliki penyakit penyerta. Ini menunjukkan bahwa sebagian kecil anak dengan kanker juga mengalami penyakit lain yang berkontribusi pada kompleksitas kondisi mereka. Penyakit penyerta dapat berupa infeksi, gangguan metabolik, atau penyakit kronis lain yang sering kali menyertai kondisi kanker.

Berbeda dengan, 39 anak (79,6%) tidak memiliki penyakit penyerta. Mayoritas responden tidak mengalami penyakit tambahan di luar kanker. Hal ini dapat menunjukkan bahwa sebagian besar kasus kanker pada anak di populasi bersifat tunggal tanpa komplikasi lain yang signifikan. Anak dengan kanker yang memiliki penyakit penyerta kemungkinan besar menghadapi tantangan lebih besar dalam kualitas hidup mereka dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki penyakit penyerta. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Varni et al. (2007) yang menyebutkan bahwa penyakit penyerta pada anak dengan kanker dapat memperburuk semua dimensi kualitas hidup, termasuk domain fisik, emosional, sosial, dan sekolah.

Tabel *crosstabb* antara ada atau tidaknya penyakit penyerta dengan *quality of life*, didapatkan bahwa anak kanker dengan penyakit penyerta total 10 anak (20,4 % dari total sampel). Hasil tabulasi silang menyebutkan bahwa 6 anak dari jumlah tersebut (60%) memiliki *quality of life* kurang baik dan 4 anak (40%) memiliki QoL baik. Dilihat dari *quality of life*, jumlah anak dengan QoL kurang baik

28,6% memiliki penyakit penyerta dan anak dengan QoL baik 14,3 % memiliki penyakit penyerta. Sedangkan, anak kanker tanpa disertai penyakit penyerta berjumlah 39 anak (79,6% dari total sampel). 15 anak (38,59%) diantaranya memiliki *quality of life* kurang baik dan 24 anak (61,5%) memiliki *quality of life* baik. Ditinjau dari *quality of life*, anak kanker dengan QoL kurang baik ada 71,4 % tidak memiliki penyakit penyerta, sedangkan anak dengan QoL baik sebanyak 85,7 % tidak memiliki penyakit penyerta.

Berdasarkan hasil penelitian, baik anak kanker yang memiliki penyakit penyerta maupun tidak, menunjukkan *family support* dan *self efficacy parent* yang baik. Hal ini memberikan penjelasan bahwa, penyakit penyerta anak terdiagnosa kanker tidak berhubungan secara signifikan dengan *family support* dan *self efficacy parent*. Beberapa kasus penyakit penyerta pada anak kanker di RSUP Dr. Kariadi seperti riwayat gangguan pernafasan, *thypoid*, *down syndrome* dan lainnya.

6) Stadium Kanker

Tabel distribusi frekuensi, dari total 49 responden anak dengan kanker, data mengenai stadium penyakit menunjukkan Sebanyak 17 anak (34,7%) berada pada stadium 1. Stadium 1 merupakan tahap awal penyakit kanker dengan prognosis yang relatif lebih baik dibandingkan stadium lainnya. Pada tahap ini, intervensi medis yang lebih dini dan optimal dapat dilakukan, sehingga kualitas hidup anak masih dapat dipertahankan pada tingkat yang cukup baik.

Sebanyak 1 anak (2,0%) berada pada stadium 2, dan 1 anak (2,0%) berada pada stadium 3. Jumlah responden pada stadium 2 dan 3 sangat kecil. Stadium ini menunjukkan perkembangan penyakit yang lebih lanjut, di mana gejala dan dampaknya terhadap kondisi fisik dan psikososial mulai lebih signifikan. Pada stadium ini, dukungan keluarga dan kepercayaan diri orang tua menjadi semakin penting. Stadium 4 adalah tahap akhir kanker dengan kemungkinan komplikasi yang lebih tinggi. Anak pada stadium ini (4,1%) cenderung membutuhkan perawatan paliatif untuk mengelola gejala dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Distribusi data menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak menyebutkan stadium penyakit mereka (57,1%). Namun, anak pada stadium 1 (34,7%) mendominasi data yang tersedia. Anak pada stadium lanjut membutuhkan perhatian lebih dalam aspek dukungan keluarga dan kepercayaan diri orang tua, yang sangat berpengaruh pada kualitas hidup anak.

Hasil tabulasi silang yang dilakukan oleh peneliti, data menunjukkan adanya hubungan antara quality of life anak kanker dengan stadium penyakit. Pada stadium 1, sebanyak total 12 atau 70.6% responden memiliki kualitas hidup yang baik, sementara 29.4% memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Apabila ditinjau dari aspek stadium kanker 1, sebanyak 42,9 % memiliki kualitas hidup baik, sedangkan 23,8 % menunjukkan hasil kurang baik.

Distribusi kualitas hidup bervariasi berdasarkan stadium penyakit. Stadium 2 dan 4 menunjukkan kecenderungan kualitas hidup yang kurang baik (masing-masing 100%), sedangkan stadium 3 dialami oleh 1 responden dari penelitian menunjukkan kualitas hidup yang baik (100%). Secara keseluruhan, dari total 49 responden, 57.1% memiliki kualitas hidup yang baik yang didominasi anak kanker dengan stadium I, sementara 42.9% memiliki kualitas hidup yang kurang baik dari stadium 2 dan 4. Hal ini menunjukkan bahwa stadium kanker pada anak mempengaruhi kualitas hidup anak dan keluarganya.

Menariknya, dari keseluruhan kasus yang diteliti, 89.8% responden tidak menyebutkan stadium kanker. Pada penelitian Anjelia tahun 2024 menyimpulkan bahwa semakin tinggi stadium kanker, turut mempengaruhi kualitas hidupnya (Pokhrel, 2024). Penelitian Aprilia menggambarkan pada penelitiannya adanya hubungan antara stadium kanker dengan kualitas hidup pasien dengan nilai p-value $(0,00) < 0,005$ (Ummah, 2019)(Permata et al., 2022).

Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker adalah stadium penyakit (Pokhrel, 2024). Dalam penelitian Purwaningrum, sekitar 209.236 anak terdiagnosa kanker pada tahun 2024 datang ke fasilitas kesehatan dalam keadaan stadium lanjut (Purwaningrum et al., 2024). Hal ini menunjukkan adanya potensi keterbatasan dalam dokumentasi atau pemahaman terkait tahapan

penyakit pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

B. Variabel Penelitian:

1. Pembahasan Hasil

Hasil analisis variabel penelitian menunjukkan dinamika yang menarik dalam konteks dukungan keluarga dan kualitas hidup anak dengan kanker. Data mengindikasikan bahwa mayoritas responden memiliki *family support* yang baik, yang merupakan faktor penting dalam mendukung perawatan anak dengan kanker. Sementara itu, *self-efficacy parent* sebagian besar berada pada yang mencerminkan keyakinan orang tua dalam kemampuan mereka mengelola perawatan anak. Meskipun terdapat dukungan keluarga yang tinggi dan *self-efficacy parent* yang baik, *quality of life* anak dengan kanker mayoritas juga berada pada kategori baik.

Temuan ini mengindikasikan kompleksitas hubungan antara dukungan keluarga, *self-efficacy parent*, dan kualitas hidup anak dengan kanker.

2. Hubungan *Family Support* terhadap *Quality Of Life* anak kanker

Analisis hubungan antara *Family Support* terhadap *Quality of Life* anak kanker menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan ($p=0,843 > 0,05$) dengan koefisien korelasi yang sangat lemah dengan arah hubungan positif ($r=0,028$). Hubungan positif dalam konteks ini memungkinkan apabila semakin tinggi *family support* maka akan diikuti dengan semakin baik *quality of life* anak kanker. Meskipun begitu,

mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang baik, hal ini tidak berkorelasi secara signifikan dengan kualitas hidup anak kanker.

Fudiyariyanti pada 2023, dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa pasien kanker yang mendapatkan dukungan keluarga cukup cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk dengan sampel sebanyak 25 pasien kanker serviks dengan desain penelitian *crosssectional* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. *Family support* yang cukup masih belum mampu untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Pada penelitiannya menggunakan instrument EORTC QLQ 30. Hal ini bisa disebabkan karena bantuan keluarga belum sepenuhnya berpengaruh, mengingat banyaknya keluhan dan ketidaknyamanan akibat kemoterapi yang sangat mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari pasien (Fudiyariyanti, 2023).

Pada penelitian sebelumnya oleh Fajrin Andriyani di RSUP Dr. Kariadi Semarang yang menemukan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien kanker dengan *p-value* $0,00 < 0,05$. Dengan menggunakan 80 responden, dengan populasi pasien dewasa kanker payudara. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan hasil ini yang ditemukan dengan peneliti.

Beberapa faktor yang memungkinkan adanya penyebab perbedaan hasil diantaranya; karakteristik responden yang berbeda, dimana penelitian ini berfokus pada anak-anak dengan kanker, sementara penelitian sebelumnya pada pasien dewasa kanker serviks. Kompleksitas penanganan kanker pada anak-anak yang melibatkan berbagai faktor

seperti: stadium kanker (89,8% responden tidak menyebutkan stadium), jenis kanker (67,3% kasus leukemia) , lama pengobatan (40,8% kurang dari 1 tahun)(Andriyani, 2022).

Selain itu, sistem pendukung yang lebih kompleks pada anak dengan kanker, seperti yang dikemukakan oleh Azizatunnisa, dimana kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh dukungan keluarga tetapi juga sistem pendukung lainnya. Sistem pendukung dukungan keluarga diantaranya ; konsep diri sehat sakit pasien dan keluarga, sistem pendukung pelayanan perawatan kanker, serta kemampuan melakukann koping terhadap penyakit.

Konsep diri dipengaruhi oleh perkembangan dan kematangan usia. Pada penelitian ini, responden mayoritas adalah anak-anak sehingga memungkinkan konsep diri belum terbentuk dengan baik pada anak dengan diagnosa kanker. Selain itu, konsep diri juga dibentuk melalui proses belajar sejak masa pertumbuhan, pengalaman dan pola asuh orang tua dan lingkungan. Pasien dengan konsep diri positif menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik(Achsan et al., 2014).

Selain itu, kemampuan melakukan koping terhadap masalah juga mempengaruhi. Melalui kegiatan, *Self Help Group* (SHG) atau sering disebut juga kelompok yang saling menolong, saling membantu, atau kelompok dukungan. SHG juga efektif dalam meningkatkan fungsi dukungan sosial dan kualitas 19 hidup. Kualitas hidup adalah cara pandang individu dari segi fungsi fisik, emosional, sosial, dan mental(Achsan et al.,

2018).

Sistem pendukung pelayanan pasien kanker seperti lengkapnya peralatan kemoterapi, inovasi dan perkembangan farmasi dan terapi pengobatan juga termasuk dalam system pendukung ini (Achsan et al., 2018). Oleh karena itu, system dukungan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker anak pada penelitian ini tidak hanya cukup pada family support saja, melainkan juga harus dilengkapi dengan system pendukung yang lain.

3. Hubungan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality Of Life* anak kanker

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara *Self Efficacy Parent* dengan *Quality of Life* anak kanker ($p=0,801 > 0,05$) dengan korelasi sangat lemah dan positif ($r= 0,036$). Hubungan yang positif ini memungkinkan, dengan semakin baiknya *Self Efficacy Parent* maka semakin baik *Quality of Life* pula anak dengan diagnosa kanker. Meskipun begitu, hasil penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna.

Temuan ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya: Penelitian Oktaviani (2020) menemukan korelasi kuat dan positif ($r=0,715$) antara *self-efficacy* orang tua dan kualitas hidup anak dengan kanker. Studi sebelumnya juga menunjukkan bahwa *self-efficacy* orang tua yang lebih tinggi berhubungan dengan kesejahteraan psikologis dan fungsi psikososial yang lebih baik pada anak dengan kanker.

Perbedaan hasil ini dapat disebabkan oleh beberapa

faktor; kompleksitas faktor yang mempengaruhi kualitas hidup anak kanker ; variasi dalam tahap pengobatan (40,8% < 1 tahun) ,perbedaan jenis kanker pada responden , faktor usia dan perkembangan anak yang beragam (5-17 tahun).

Pada penelitian Supaati 2024, menyebutkan bahwa sebanyak 36 responden (85,7%) dengan menggunakan Uji *Spearman Rank* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara *self efficacy* terhadap kualitas hidup. Didapatkan hasil penelitian menunjukkan nilai p-value 0,077 (>0,05), dengan arah korelasi positif sebesar 0,276 dengan kekuatan hubungan lemah. Meskipun begitu, pasien dengan kemauan sembuh yang tinggi dapat melewati proses penyakit yang dideritanya dengan baik melalui *self efficacy*(Supaati et al., 2024).

Cara meningkatkan *self efficacy parent* salah satunya dengan *empowerment education* yaitu suatu pendidikan yang diberikan pada pasien kanker untuk meningkatkan pemberdayaan dan kemampuan mengambil keputusan dalam mematuhi pengobatan pada kanker payudara, meningkatnya perawatan diri dan meningkatnya kualitas hidup (Pitta dan Agustina, 2019; Diana, 2018).

Penelitian *cross-sectional* oleh Stenmarker (2020) menemukan bahwa kualitas hidup anak dengan kanker dipengaruhi oleh pengalaman unik masing-masing individu, bukan hanya oleh *self-efficacy* orangtua. Bakker (2023) dalam *systematic review* menemukan bahwa masih ada kesenjangan penelitian terkait kualitas hidup anak dengan kanker,

terutama pada usia tertentu, yang menunjukkan kompleksitas hubungan antar variabel. Saito (2022) menemukan bahwa *self-efficacy* hanya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, dengan *cancer-related fatigue* sebagai faktor penting lainnya.

4. *Quality Of Life* anak kanker di RSUP Kariadi Semarang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup anak kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang bervariasi dengan dominasi kualitas baik dengan 57,1%. Beberapa penelitian terkait mendukung temuan ini diantaranya ; penelitian di RSUP Dr. Kariadi oleh Adilah (2015) menunjukkan bahwa kualitas hidup anak kanker sangat dipengaruhi oleh proses kemoterapi yang dijalani. Ambrella (2021) menemukan bahwa kelelahan sebagai efek samping pengobatan secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup anak dengan kanker.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi variasi kualitas hidup meliputi:

Jenis kanker yang dalam penelitian ini. Sebagian besar anak dalam penelitian ini menderita leukemia (67,3%). Leukemia, sebagai jenis kanker darah, memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup anak karena mempengaruhi fungsi sumsum tulang dan produksi sel darah putih. Jenis kanker lain, seperti tumor otak dan osteosarkoma, juga dapat mempengaruhi kualitas hidup anak secara berbeda.

Tahap pengobatan yang bervariasi. Tahap pengobatan memainkan peran penting dalam kualitas hidup anak. Sebanyak 40,8% anak berada dalam tahap pengobatan kurang dari satu tahun. Durasi dan intensitas

pengobatan, seperti kemoterapi, dapat menyebabkan efek samping yang mempengaruhi kualitas hidup, termasuk kelelahan, mual, dan penurunan nafsu makan

Usia anak yang beragam (5-17 tahun), Usia dapat mempengaruhi persepsi anak terhadap penyakit dan pengobatannya, serta kemampuan mereka dalam menghadapi stres dan efek samping . Anak yang lebih muda mungkin memiliki pemahaman yang lebih terbatas tentang penyakit mereka, sementara remaja mungkin menghadapi tantangan tambahan terkait dengan perkembangan psikososial.

Efek samping pengobatan seperti kelelahan, mual, dan nyeri, secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup anak dengan kanker. Kelelahan, misalnya, telah ditemukan memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kualitas hidup anak. Selain itu, dampak psikologis dari efek samping ini dapat menyebabkan kecemasan dan depresi, yang selanjutnya menurunkan kualitas hidup.

Menurut Sunuraya, Domain kesehatan fisik pada pasien kanker terhadap kualitas hidup dapat berpengaruh pada cara pandangya terhadap gambaran tubuh. Pasien dengan kanker biasanya sering mengeluh nyeri, kelelahan, mual, muntah, pusing hingga mengalami defisiensi status nutrisi karena proses penyakitnya. Oleh karenanya, pendekatan holistik kanker bukan hanya ditunjukkan terhadap aspek-aspek psikiatrik kanker, tetapi juga dari segi biopatologik(Supaati et al., 2024).

Domain kesehatan psikologi pada pasien kanker terhadap kualitas

hidup(Supaati et al., 2024). Hal ini dapat kita lihat pada pasien penderita kanker dimana ketika dokter mendiagnosis bahwa seseorang menderita penyakit berbahaya seperti kanker, secara umum ada tiga bentuk respon emosional yang bisa muncul pada pasien penyakit kronis seperti kanker Leukimia, yaitu penolakan, kecemasan dan depresi (Sinuraya, 2016).

Domain kesehatan sosial pada pasien kanker terhadap kualitas hidup seseorang penderita kanker akan mengalami perubahan-perubahan cara hidupnya. Ketidakpastian mengenai sisa usia dan risiko kematian yang ada membuat seseorang merasa bahwa hidupnya terbatas. Sikap depresi sangat wajar dimiliki oleh penderita kanker, namun ada pula yang tetap terlihat segar dan sehat karena mereka berusaha menutupi penyakitnya dari orang-orang yang ada di sekitarnya dan bersikap seperti orang sehat lainnya, sambil mengusahakan program pengobatan untuk mencapai kesembuhan, tetap melakukan kegiatan atau pekerjaan yang selama ini ditekuninya dan masih memiliki hubungan positif dengan orang-orang di sekitarnya. Orang-orang seperti inilah yang biasanya memiliki kualitas hidup yang positif (Sinuraya, 2016).

Domain kesehatan lingkungan pada pasien kanker terhadap kualitas hidup. Saat penderita kanker memiliki kualitas hidup yang positif dalam hidupnya maka sikap yang akan ditunjukkan oleh penderita adalah sikap-sikap positif. Mereka akan menerima dan beradaptasi dengan keadaannya serta berusaha untuk bertahan dan terus berjuang dalam mengusahakan kehidupan yang lebih baik(Supaati et al., 2024). Mereka mungkin pernah

merasa terpuruk dalam kondisi penyakit yang dideritanya, tetapi pemahaman kualitas hidup yang positif akan memacu mereka untuk tetap bisa mengaktualisasi dirinya, penderita kanker tidak menyerah dengan keterbatasan dirinya. Kondisi lingkungan yang baik turut mendukung kualitas hidup seorang penderita kanker (Sinuraya, 2016).



C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan:

1. Jumlah Responden Terbatas: Sampel penelitian hanya terdiri dari 49 responden. Ukuran sampel yang kecil dapat mempengaruhi kekuatan statistik dan generalisasi hasil penelitian. Dengan jumlah responden yang terbatas, kemampuan untuk mendeteksi hubungan yang signifikan antara variabel mungkin berkurang.
2. Teknik Pengambilan Data dalam Periode Singkat: Pengumpulan data dilakukan dalam rentang waktu November hingga Desember 2024. Periode pengumpulan data yang singkat dapat menyebabkan variasi musiman atau situasional yang tidak terdeteksi, sehingga mempengaruhi hasil penelitian.
3. Keterbatasan Variabel Penelitian: Penelitian ini hanya memfokuskan pada hubungan antara *Family Support* dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker. Faktor-faktor lain yang mungkin berpengaruh, seperti kondisi medis anak, dan akses terhadap layanan kesehatan, tidak dianalisis dalam penelitian ini.
4. Metode Pengumpulan Data: Jika data dikumpulkan melalui kuesioner atau wawancara, terdapat kemungkinan bias responden, seperti keinginan untuk memberikan jawaban yang dianggap sosialnya diinginkan, yang dapat mempengaruhi keakuratan data.

D. Implikasi Untuk Keperawatan

Hasil penelitian ini memiliki beberapa implikasi penting dalam bidang keperawatan, khususnya dalam perawatan anak dengan kanker:

1. Pengembangan Program Edukasi: Meskipun penelitian ini tidak menemukan hubungan signifikan antara Family Support dan *Self Efficacy Parent* terhadap *Quality of Life* Anak Kanker, perawat tetap perlu mengembangkan program edukasi yang komprehensif. Program ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam merawat anak mereka, sehingga dapat berkontribusi positif terhadap kesejahteraan anak.
2. Peningkatan Kompetensi Perawat: Perawat harus meningkatkan kompetensi dalam memberikan dukungan psikososial kepada keluarga pasien. Hal ini penting untuk membantu keluarga mengatasi stres dan meningkatkan kemampuan mereka dalam merawat anak dengan kanker.
3. Kolaborasi Multidisiplin: Hasil penelitian ini menekankan pentingnya kolaborasi antara perawat, dokter, psikolog, dan profesional kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi bagi anak dengan kanker dan keluarganya.
4. Pengembangan Kebijakan: Institusi kesehatan perlu mempertimbangkan hasil penelitian ini dalam pengembangan kebijakan dan prosedur yang mendukung peran aktif keluarga dalam perawatan anak dengan kanker, meskipun hubungan langsung tidak signifikan, peran keluarga tetap krusial dalam proses perawatan.

5. Peningkatan Penelitian Lanjutan: Diperlukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar dan metode yang lebih variatif untuk memahami faktor-faktor lain yang mungkin mempengaruhi kualitas hidup anak dengan kanker, sehingga intervensi keperawatan dapat lebih tepat sasaran.

Dengan mempertimbangkan implikasi-implikasi tersebut, diharapkan praktik keperawatan dapat terus berkembang dan memberikan dampak positif bagi kualitas hidup anak dengan kanker dan keluarganya.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan adalah sebuah ringkasan yang biasa ditulis dibagian akhir.

Berdasarkan hasil penelitian ini maka kesimpulan yang dapat diambil adalah :

1. Dalam penelitian ini, karakteristik responden didominasi ibu dari anak terdiagnosa kanker dengan rerata tingkat pendidikan SMA sebagai ibu rumah tangga. Distribusi anak dengan diagnosa kanker di RSUP Dr. Kariadi terbanyak ada pada usia 11 dan 12 tahun dengan didominasi oleh diagnosa Leukimia dari total keseluruhan . Rerata lama pasien anak menjalani perawatan di RS adalah < 1 tahun dengan diantaranya tidak ada penyakit penyerta selain kanker.
2. *Family Support* anak kanker di RSUP Dr. Kariadi menunjukkan hasil sebagian besar baik. Dukungan keluarga yang baik tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kualitas hidup anak yang menderita kanker dalam jumlah sampel yang diteliti.
3. *Self Efficacy parent* responden penelitian menunjukkan hasil yang positif dan baik. Nilai Efikasi yang baik pada penelitian ini tidak cukup membuktikan adanya hubungan yang berarti terhadap *Quality of Life* anak kanker.
4. *Quality of life* pasien anak terdiagnosa kanker sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti jenis kanker, tahap pengobatan yang bervariasi, efek samping pengobatan, stadium kanker, serta usia anak yang beragam

dapat mempengaruhi persepsi anak terhadap penyakit dan pengobatannya, serta kemampuan mereka dalam menghadapi stres dan efek samping.

B. Saran

1. Untuk Institusi Kesehatan:

Pihak RSUP Dr. Kariadi Semarang diharapkan meningkatkan optimalisasi Layanan Dukungan Keluarga, institusi perlu mengembangkan dan mengoptimalkan layanan yang mendukung keluarga, seperti konseling psikososial dan kelompok pendukung, untuk membantu keluarga dalam menghadapi tantangan merawat anak dengan kanker.

2. Untuk Perawat:

Perawat diharapkan dapat meningkatkan perannya sebagai edukator dan advokat bagi keluarga pasien, dengan memberikan informasi yang akurat dan dukungan emosional yang diperlukan. Hal ini penting untuk memastikan bahwa keluarga merasa didukung dan mampu dalam melakukan perawatan dan pengasuhan anak dengan diagnosa kanker.

3. Untuk Peneliti Lain:

Bagi peneliti disarankan untuk melakukan penelitian dengan jumlah responden yang lebih besar dan teknik pengambilan sampel yang lebih beragam, guna memperoleh hasil yang lebih generalizable dan memahami dinamika antara dukungan keluarga, *self-efficacy* orang tua, dan kualitas hidup anak penderita kanker serta mengeksplorasi variabel lain yang mempengaruhi Kualitas Hidup Anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Achsan, M., Sofro, U., Wati, D. R., & Astuti, R. (2014). *Medica Hospitalia. Revista Cubana Medicina General Integrada (1999)*, 2(January 2008), 88–91.
- Anggraini, D. (2021). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Di RS Tk III Baladhika Husada Jember. In *Digital Repository Universitas Jember* (Issue September 2019). <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/97925>
- Anggreini, M. S., & Supit, D. M. (2022). Kualitas hidup anak dengan kanker menggunakan penilaian. *Jurnal Sari Pediatri*, 24(1), 151–156.
- Apri, Y. V. (2021). *Gambaran Kualitas Hidup Pada Anak Menginitis*. 4(2), 74–78.
- Asrulla, A., Risnita, R., Jailani, M. S., & Jeka, F. (2023). Populasi dan sampling (kuantitatif), serta pemilihan informan kunci (kualitatif) dalam pendekatan praktis. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(3), 26320–26332.
- Ayumeilinda, S. H. (2023). *Self-Efficacy Dalam Mengatasi Verbal Abuse Di Keluarga Broken Home (Studi Kasus 3 Mahasiswi UIN Prof. KH Saifuddin Zuhri Purwokerto Program Studi Bimbingan dan Konseling Islam Angkatan 2019)*. UIN Prof. KH Saifuddin Zuhri Purwokerto.
- AZZAH, F. L. (2023). Hubungan Dukungan Orang Tua Dengan Kualitas Hidup Pada Anak Dengan Kanker Di Rumah Sakit Anak Dan Bunda Harapan Kita. *UEU Digital Repository*, 1. <https://digilib.esaunggul.ac.id/UEU-Undergraduate20180303038/30786/hubungandukunganorangtuadengankualitashiduppadaanakdengankankerdirumahsakitankandebundaharapankita>
- Canissa Ajeng Rafiska, Siti Lestari, & Muhammad Anis Taslim. (2023). Hubungan Post Traumatic Growth Dengan Kualitas Hidup Pada Anak Usia Sekolah Yang Sedang Menjalani Palliative Care. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(2), 26–36. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v2i2.1676>
- Deswita, S. K., Kep, M., Apriyanti, N. S. K. A. N., Oktaghina, M. K. N., & Adab, P. (2023). *Leukimia Pada Anak: Kemoterapi & Kelelahan (Fatigue)*. Penerbit Adab.
- Dewi, E. U., & Widari, N. P. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Kanker Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 10(2), 10–19. <https://doi.org/10.47560/kep.v10i2.289>
- Faiq, M. F. A., Pratama, A. A., & Nohong, H. I. (2024). Gambaran Penderita Kanker Nasofaring (Umur, Jenis Kelamin, Stadium, Histopatologi, Riwayat Kebiasaan, Faktor Resiko) Di Indonesia. *Prepotif: Jurnal Kesehatan*

Masyarakat, 8(3), 7356–7369.

- Fajrin Andriyani, S. (2022). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsup Dr. Kariadi Semarang*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Fatmiwiryastini, N. P. S., Utami, K. C., & Swedarma, K. E. (2021). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Melakukan Perawatan Paliatif Anak Kanker Di Rumah Singgah Yayasan Peduli Kanker Anak Bali. *Community of Publishing in Nursing*, 9(4), 428.
- Fatrinda, N. D., Elviani, M. K. Y., Keb, A. M., & others. (2022). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dan Komunitas: Upaya Pencegahan Kanker Payudara Anak Usia Remaja*. Penerbit Adab.
- Firdausi, N. I. (2020). Peran orang tua saat mendampingi anak belajar dirumah. *UNISKA*, 8(75), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798> <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049> <http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
- Fitri, N. A., Indra, R. L., & Saputra, B. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Fatigue pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kesehatan*, 1(1), 1–12. <https://jurnal.naiwabestscience.my.id/index.php/jikk/article/download/1/2>
- Fudiaranti. (2023). hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kanker serviks di rspal dr. ramelan surabaya. *Nucl. Phys.*, 13(1), 104–116. [https://repositori.ubs-ppni.ac.id/bitstream/handle/123456789/2373/SKRIPSI EVA %281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.ubs-ppni.ac.id/bitstream/handle/123456789/2373/SKRIPSI EVA%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Hanik Fetriyah, U., Yuliana, F., & Susanti, A. (2024). Resiliensi Pada Orang Tua Yang Memiliki Anak Dengan Acute Lymphoblastic Leukemia. *Jurnal Keperawatan*, 16(1), 203–216. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- HASTUTI, M. Y. (2024). *Hubungan Pengetahuan Dan Keterampilan Orang Tua Dengan Kesiapan Dan Kepercayaan Diri Dalam Merawat Bayi Prematur*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Hustia, A., Arifai, A., Afrilliana, N., & Novianty, M. (2021). Pelatihan Pengolahan Data statistik menggunakan SPSS bagi mahasiswa. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 5(4), 2050–2061.
- Jaya, I. M. L. M. (2020). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif: Teori, penerapan, dan riset nyata*. Anak Hebat Indonesia.

- Kaatsch, P. (2024). Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 36(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2010.02.003>
- Kamilah, S., Mayetti, M., & Deswita, D. (2023). Karakteristik Anak Leukemia Limfoblastik Akut yang Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1040–1045. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5020>
- Kharunia, K., & Indrawati, I. (2024). Keluarga Dalam Pendampingan Anak Penderita Kanker Di Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia (YKAKI) Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(22), 715–726.
- Lasmini, L., Mendrofa, F. A. M., Hastuti, W., & Hani, U. (2024). Pengaruh Caregiver Class Terhadap Peran Caregiver Informal Dalam Perawatan Jangka Panjang Lansia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 15(1), 156–163.
- Layyina, U., Amna, Z., Faradina, S., & Dahlia, D. (2024). Mindfulness dan Penerimaan Diri: Studi Pada Ibu Yang Memiliki Anak Cerebral Palsy. *Seurune: Jurnal Psikologi Unsyiah*, 7(1), 21–39.
- Makbul, M. (2021). *Metode pengumpulan data dan instrumen penelitian*.
- Mayastuty, R. R. I. L. (2024). Pengasuhan dan Perkembangan Anak dari Orang Tua yang Menikah Dini (Systematic Literature Review). *Prosiding Seminar Nasional Pendidikan FKIP Universitas Lampung*, 216–228.
- Meliiala, D. G. (2012). *Parenting Self Efficacy pada Ibu dengan Anak Usia Kanak - Kanak Madya Ditinjau dari Attachment yang DiMiliki di Masa Lalu*. 1–99.
- Nitharia Syifa, Gusgus Ghraha Ramdhanie, A. P. M. (2023). Gambaran Distres Psikologis Pada Orang Tua Yang Memiliki Anak Kanker. *Jurnal Keperawatan*, 15, 1629–1640.
- Nurhidayah, I. (2023). Self Efficacy Orang Tua Dalam Merawat Anak Kanker: Sebuah Studi Kuantitatif Di Rumah Singgah Kanker Anak. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 7(1), 43–56. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v7i1.4480>
- Pangestuti, A. K., Hartini, S., & Ardiyanti, A. (2022). The Effect Of Sleep Hygiene On Increasing Sleep Quality In Children Cancer Acute Limfoblastic Leukemia Post Chemotherapy In Dr Kariadi Hospital, Semarang: Pengaruh Sleep Hygiene Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Anak Kanker Leukemia Limfoblastik Akut Po. *Prosiding Seminar Nasional STIKES Telogorejo Semarang*, 1(1), 38–48.
- Permata, A., Perwitasari, D. A., Candradewi, S. F., Septiantoro, B. P., & Purba, F. D. (2022). Penilaian Kualitas Hidup Pasien Kanker Nasofaring Dengan Menggunakan EORTC QLQ-C30 di RSUP dr. Kariadi Semarang. *JPSCR: Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*, 7(1), 39.

<https://doi.org/10.20961/jpscr.v7i1.43764>

- Pokhrel, S. (2024). Tingkat Kecemasan Dengan Kepatuhan Kemoterapi dan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Stadium 1. *Eprints.Bbg*, 15(1), 37–48. [https://eprints.bbg.ac.id/id/eprint/371/1/Frena Anjelia BAB I-V.pdf](https://eprints.bbg.ac.id/id/eprint/371/1/Frena%20Anjelia%20BAB%20I-V.pdf)
- Purwaningrum, K. A., Asharsinyo, D. F., & Salayanti, S. (2024). *Perancangan Interior Rumah Singgah Kanker Anak Ykaki Di Cilandak , Jakarta Dengan Pendekatan Paliatif*. 1(2), 88–99. <https://doi.org/10.32315/JDLBI.v1i2.394>
- Putri, R., Rosmalia, D., Sihombing, P. R., Siregar, S., Suardika, I. K., Warsitasari, W. D., Akbar, H., Zahari, M., & others. (2022). *Metodologi Penelitian Sosial*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Siregar, C. T., Karota, E., Nasution, S. Z., Ariga, R. A., & others. (2021). Peran Kelompok Ibu Rumah Tangga Dalam Upaya Pencegahan ISPA Pada Balita Dengan Pemanfaatan Terapi Komplementer Dan Terapi Pijat Di Kelurahan Medan Sunggal. *Talenta Conference Series: Local Wisdom, Social, and Arts (LWSA)*, 4(1).
- Sulistiyowati, W. (2017). Buku Ajar Statistika Dasar. *Buku Ajar Statistika Dasar*, 14(1), 15–31. <https://doi.org/10.21070/2017/978-979-3401-73-7>
- Supaati, S., Ardiyanti, A., & Nisa, N. (2024). Hubungan Self Efficacy Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 2(3), 57–67.
- Susanti, N., Noura, V., Fardani, S. N., El Zuhra, F., & Siahaan, D. P. (2024). *Hubungan Usia Menarche Dini Dengan Kejadian Kanker Payudara: Literatur Review*. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 2693–2698.
- Swarjana, I. K., & SKM, M. P. H. (2023). *Metodologi Penelitian Kesehatan: Edisi Terbaru*. Penerbit Andi.
- Syifa, N., Ramdhanie, G. G., & Mulya, A. P. (2023). Gambaran Distres Psikologis pada Orang Tua yang Memiliki Anak Kanker. *Jurnal Keperawatan*, 15(4), 1629–1640.
- Ulfa, A. F., Hatala, T. N., Septiana, N., Naulia, R. P., Yulianti, N., Rahayu, I. S., Hamdanesti, R., Nugraheni, W. T., Sartika, N., Lestari, N. E., & others. (2024). *Buku ajar keperawatan anak sehat*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ummah, M. S. (2019). “Hubungan Dukungan Orang Tua Dengan Kualitas Hidup Pada Anak Dengan Kanker di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita.”

- Sustainability* (Switzerland), 11(1), 1–14.
<http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484>
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*, 39(8), 800–812. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00006>
- Waruwu, M. (2023). Pendekatan penelitian pendidikan: metode penelitian kualitatif, metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kombinasi (Mixed Method). *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(1), 2896–2910.
- Wigati, R. (2023). *Analisis Self Efficacy dan Coping Stress Terhadap Peran Perempuan Kepala Keluarga dalam Membina Keluarga Sakinah (Studi Kasus di Kelurahan Sidoharjo Kecamatan Pacitan Kabupaten Pacitan)*. IAIN PONOROGO.
- Windasari, D. P., Pawenrusi, E. P., Zulkarnaen, I., & Maesak, N. (2022). Gambaran Suport Orang Tua pada Anak Terkena Leukimia di Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia dan Rumah Harapan Indonesia. *Jurnal Keperawatan*, 14(S1), 131–138. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v14is1.31>
- Yulianto, A. (2019). *Penggunaan statistik untuk analisis data penelitian*. April, 1–23.
- Yusa, I. M. M., Riwayati, A., Aminah, S., & Qadar, J. (2024). *Pengantar Ilmu Sosial*.
- Zakariah, M. A., Afriani, V., & Zakariah, K. H. M. (2020). *Metodologi Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, Action Research, Research And Development (R n D)*. Yayasan Pondok Pesantren Al Mawaddah Warrahmah Kolaka.