

Pengaruh Komunikasi Hubungan Dokter-Pasien dan Aspek Pelayanan Kesehatan Pasien Kanker Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Di Malang

Faradila Alatas, Erna Sulistyowati, Dewi Martha Indria*,
Fakultas Kedokteran Universitas Islam Malang
e-mail: dewimarthaindria@unisma.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan: Kanker merupakan suatu penyakit yang disebabkan pertumbuhan sel yang tidak normal. Penderita kanker dapat mengalami gangguan secara fisik, psikis, dan sosial sehingga mengalami penurunan kualitas hidup. Beberapa cara yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker adalah dengan menggunakan pelayanan kesehatan pada pasien kanker yaitu perawatan paliatif. Terdapat hubungan antara aspek pelayanan kesehatan dan komunikasi dokter-pasien. Namun, penelitian tentang pengaruh komunikasi dokter-pasien dan aspek pelayanan kesehatan pasien kanker terhadap kualitas hidup pasien kanker masih sedikit dilakukan. Oleh sebab itu, penelitian lanjutan tentang pengaruh komunikasi dokter-pasien dan aspek pelayanan kesehatan pasien kanker perlu dilakukan.

Metode: Desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian ini adalah adalah pasien kanker stadium 3 dan 4 di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar dengan jumlah 50 orang. Sampel dilakukan analisa kualitas hidup menggunakan kuesioner EORTC QLQ-C30. Analisa komunikasi dokter-pasien dan aspek pelayanan kesehatan pasien kanker menggunakan kuesioner FAMCARE-Patient dan *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients' Perspective*. Hasil dianalisa rata-rata tiap domain kualitas hidup pasien dan pengaruhnya dianalisa menggunakan uji korelasi dengan tingkat signifiaksi ($p < 0,05$).

Hasil: Skor nilai kualitas hidup pasien berdasarkan EORTC QLQ-C30 pada domain status kesehatan umum, skala fungsional, dan skala gejala berturut-turut adalah $63,67 \pm 19,61$; $83,06 \pm 6,17$; dan $14,98 \pm 9,30$. Komunikasi Dokter-Pasien tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien ($p 0,749$) ($> 0,05$) ($r 0,046$). Aspek pelayanan kesehatan pasien kanker tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien ($p 0,993$) ($> 0,05$) ($r 0,001$).

Kesimpulan: Komunikasi Dokter-Pasien dan aspek pelayanan kesehatan pasien kanker menunjukkan pengaruh yang tidak bermakna dan kurang berkorelasi terhadap kualitas hidup.

Kata Kunci: Komunikasi Dokter-Pasien, Pelayanan Kesehatan, Kualitas Hidup, Pasien Kanker

Korespondensi : dr. Dewi Martha Indria, M.Kes., IBCLC

Fakultas Kedokteran Universitas Islam Malang

Jalan MT. Haryono No.193, Dinoyo, Kota Malang, Jawa Timur
(0341)551932

The Effect of Doctor-Patient Communication and Healthcare Services on Quality of Life in Cancer Patients

Faradila Alatas, Erna Sulistyowati, Dewi Martha Indria*
Faculty of Medicine, Islamic Malang University
e-mail: dewimarthaindria@unisma.ac.id

ABSTRACT

Introduction: Cancer is abnormal uncontrolled growth of cells. The cancer patient suffer physical, psychic, and social disturbance that decrease the quality of life. Methods that increase the quality of life were palliative care. In the healthcare service there was a doctor-patient communication. But, the study about the effect of doctor-patient communication and healthcare services on quality of life in cancer patients were rarely studied. So, further research about the effect of doctor-patient communication and healthcare services on quality of life in cancer patients is needed.

Method: A descriptive analytic cross-sectional method. Sample were 50 cancer patient in General Hospital Dr. Saiful Anwar. Quality of life from the patient were analyzed by using EORTC QLQ-C30 questionnaire. Doctor-Patient Communication and palliative care of health services were analyzed by using FAMCARE-Patient and *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients' Perspective*. Data were analyzed each domain in quality of cancer patient. The effect were analyzed by correlation test with significance level ($p < 0,05$).

Result: The value EORTC QLQ-C30 questionnaire on global health status, functional scale, symptom scale domain average were $63,67 \pm 19,61$; $83,06 \pm 6,17$; and $14,98 \pm 9,30$. Doctor-patient communication correlated on quality of life in cancer patients ($p 0,749$) ($p < 0,05$) ($r 0,046$) and palliative care of health services has no correlation with quality of life in cancer patients ($p 0,993$) ($p > 0,05$) ($r 0,001$).

Conclusion: Doctor-patient and healthcare services show a non-significant effect and a weak correlation on the quality.

Keywords: Doctor-Patient Communication, Healthcare Services, Quality of Life, Cancer patients

Corresponding author : dr. Dewi Martha Indria, M.Kes., IBCLC

PENDAHULUAN

Kanker merupakan penyakit kronis yang terus meningkat angka kejadiannya di dunia. Beberapa tahun terakhir tercatat bahwa pada tahun 2008 sekitar 7,6 juta orang di dunia meninggal karena kanker, 70% diantaranya terjadi pada negara berkembang yang berpenghasilan rendah. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, (2012) jumlah kematian akibat penyakit kanker terus mengalami peningkatan sekitar 5,7% kematian pada semua usia disebabkan oleh kanker ganas. Selain itu, pada penderita kanker sering mengalami masalah-masalah yang terkait dengan masalah fisik, psikologis dan sosial sejak penderita terdiagnosa penyakit kanker hingga menjalani terapi.¹

Penyakit kanker memberikan perubahan signifikan secara fisik maupun psikis. Perubahan fisik yang sering ditemukan penderita kanker yaitu, penurunan berat badan, mudah lelah, sering mengalami perdarahan, perubahan warna kulit dan kuku, serta kerontokan rambut. Perubahan fisik yang terjadi dapat mengganggu psikologis penderita menjadi tidak percaya diri, merasa tertekan dan takut. Masalah tersebut kemudian mengganggu hubungan sosial antara penderita kanker dengan orang yang ada disekitarnya dan memilih untuk menarik diri dari kehidupan sosialnya. Kondisi tersebut dapat dilihat dari berkurangnya interaksi dalam komunikasi antara penderita dengan lingkungannya serta kepada tenaga kesehatan yang merawat (dokter atau perawat). Komunikasi antara penderita dan tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk mengurangi efek samping terhadap terapi dan cara untuk mengatasinya.²

Komunikasi dokter pasien dinilai penting karena penderita kanker dapat menyampaikan kondisi kesehatan mereka kepada dokter maupun tenaga kesehatan. Komunikasi yang baik dapat dilihat dari sikap dokter berempati, menggunakan bahasa yang santun, mendengarkan dan menggali permasalahan kesehatan, serta menyampaikan informasi dan melakukan konseling dengan cara yang baik pada pasien maupun keluarga. Hampir sebagian penyakit kanker ditemukan pada stadium lanjut, sehingga angka kesembuhan dan angka harapan hidup pasien kanker yang pendek. Pasien kanker membutuhkan suatu pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu pelayanan kesehatan bagi pasien kanker adalah pelayanan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker serta memberikan dukungan fisik, psikososial dan spiritual mulai sejak tegaknya diagnosa.³

Pelayanan paliatif merupakan pengobatan yang dapat memberikan keringanan rasa sakit dan beban yang dimiliki oleh pasien penyakit stadium lanjut yang berfokus untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarga. Beberapa hal yang terkait melalui pelayanan paliatif adalah komunikasi antar tim, manajemen nyeri, bimbingan dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan, serta dukungan emosional dan spiritual bagi pasien dan keluarga.³

Pada penelitian yang dilakukan oleh Pradana dkk, (2013) didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dengan kebutuhan pelayanan paliatif pada pasien kanker.⁴ Dalam penelitian tersebut dinyatakan bahwa pelayanan paliatif sebaiknya tetap diberikan pada pasien kanker dengan kualitas hidup baik bukan hanya pada pasien yang sudah dinyatakan tidak bisa disembuhkan atau fase terminal. Penelitian terkait komunikasi pada pasien pernah diteliti oleh Ha, J *et al* tahun 2010 penelitian tersebut mengidentifikasi bahwa sikap percaya diri pasien diperlukan untuk membangun komunikasi yang efektif.⁵

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti ingin mengetahui pengaruh komunikasi hubungan dokter-pasien terhadap kualitas hidup pasien kanker dan mengetahui aspek pelayanan kesehatan pasien kanker terhadap kualitas hidup pasien kanker di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang, Jawa Timur.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*.⁶

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai bulan Agustus-Desember 2019 dan penelitian bertempat di Poli Onkologi Terpadu Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar, Kota Malang, Jawa Timur.

Responden Penelitian

Pada penelitian ini responden yang dipakai adalah seluruh pasien kanker yang menjalani perawatan di Poli Onkologi Terpadu RSSA dengan masa perawatan tahun 2015-2018. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan metode *purposive sampling (non probability sampling)* didapatkan sebanyak 90 pasien dan yang bersedia menjadi subjek penelitian sebesar 50 sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah Pasien yang terdiagnosa kanker stadium 3 dan 4 berdasarkan data rekam medis yang menjalani perawatan tahun 2015-2018 di Rumah Sakit., Pasien yang bersedia menjadi responden., pasien yang masih memungkinkan untuk dilakukan pengambilan data. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah Pasien yang terdiagnosa kanker stadium 1 dan 2 yang menjalani perawatan di Rumah Sakit.

Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner *Famcare-Patient*, *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients' Perspective* (PHCPC) dan *European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Q-C30* (EORTC QLQ-C30). Kuesioner EORTC QLQ-C30 digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien kanker. Kuesioner ini terdiri dari 30 butir pertanyaan yang terdiri dari fungsi status kesehatan umum, skala fungsional, dan skala gejala pada uji validitas didapatkan hasil valid dengan nilai valid $r \geq 0,551$ dan uji reliabilitas 0,957. Pengukuran aspek pelayanan kesehatan pasien kanker menggunakan kuesioner *FAMCARE-Patient* yang terdiri dari 13 butir pertanyaan dengan nilai valid $r \geq 0,658$ dan uji reliabilitas 0,935. Pengukuran komunikasi Dokter-Pasien menggunakan kuesioner *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients' Perspective* (PHCPC) yang terdiri dari 21 butir pertanyaan dengan nilai valid $r \geq 0,531$ dan uji reliabilitas dengan nilai 0,955. Semua kuesioner telah dilakukan uji validitas dengan metode *Pearson Product Moment* dan uji reliabilitas dengan metode *Alpha*.

Metode Pengolahan Data Penelitian

Pengolahan data dimulai dengan langkah editing semua data yang terkumpul, coding, dan entry, data digolongkan disederhanakan sehingga mudah dibaca dan diinterpretasikan (*cleaning*) dan dilanjutkan dengan tabulasi data.

Analisa Data dan Statistik

Data yang didapatkan berupa data ordinal dan dilakukan uji korelasi *Spearman* untuk mengetahui hubungan antar variabel.

HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini responden terbanyak berusia 41-50 tahun dan paling sedikit berusia 21-30 tahun. Jenis kanker terbanyak pada penelitian ini adalah Ca Mamae dan yang paling sedikit adalah Ca Lidah (**Tabel 1**).

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kanker

Usia	Jenis Kanker					Total
	CM	TGB	NHL	MM	CL	
21-30	4%	2%	0%	0%	0%	6%
31-40	16%	2%	0%	0%	0%	18%
41-50	24%	6%	2%	0%	0%	32%
51-60	18%	4%	0%	2%	2%	26%
61-70	12%	0%	2%	0%	0%	14%
Total	78%	14%	4%	2%	2%	100%

Keterangan : CM, Ca Mammae; TGB, Tumor Getah Bening; NHL, Non-Hodgkin Lymphoma; MM, Multiple Myeloma; CL, Ca Lidah

Tabel 2. Karakteristik Sampel dan Nilai RataRata Kualitas Hidup Pasien Kanker dari Masing-Masing Fungsi (n=50)

Variabel	Rata-rata±SD	
Kuisisioner QLQ-C30		
Status kesehatan umum		
1	Status kesehatan umum	63,67± 19,61
	Rata-rata	63,67± 19,61
Skala Fungsional		
1	Fungsi Fisik	80,26±24,42
2	Fungsi Peran	76±28,99
3	Fungsi Emosional	92,33±11,01
4	Fungsi Kognitif	90±16,14
5	Fungsi Sosial	86±23,65
	Rata-rata	83,06±6,17
Skala Gejala		
1	Kelelahan	26,88±21,06
2	Mual dan Muntah	19,66±30,80
3	Nyeri	26,66±28,76
4	Dyspnea	6±16,06
5	Insomnia	16±31,03
6	Penurunan nafsu makan	17,33±28,76
7	Konstipasi	10±19,34
8	Diare	5,33±16,98
9	Kesulitan keuangan	22±22,94
	Rata-Rata	14,98±9,30
Kualitas Hidup	Sedang	Buruk
	98%	2%

Keterangan : SD, Standar Deviasi.

Berdasarkan **Tabel 2** diperoleh gambaran skor kualitas hidup pasien kanker dari penilaian jawaban kuisisioner EORTC. Berdasarkan kuisisioner tersebut menunjukkan kualitas hidup pasien kanker berada dalam taraf sedang. Unsur penentu kualitas hidup pasien kanker ini meliputi status kesehatan umum, yang menunjukkan status kesehatan yang sedang. Kemudian unsur status fungsional menunjukkan status yang sedang dengan nilai fungsi tertinggi adalah fungsi emosional dan terendah adalah fungsi peran. Yang terakhir, unsur gejala yang menunjukkan sedang, dimana gejala kelelahan adalah gejala yang paling banyak dialami dan gejala yang paling sedikit dialami adalah gejala diare (**Tabel 2**).

Tabel 3. Deskripsi Hasil Penilaian Responden Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dan Aspek Pelayanan Pasien

Variabel (N=50)	Instrumen	Hasil Penilaian Responden	
		Baik	Kurang Baik
Komunikasi dokter-pasien	- Dokter mengetahui, memahami masalah kesehatan - Sikap dokter - Perawatan yang didapat - Mengkaji masalah kesehatan secara detail - Menjelaskan pilihan terapi lainnya	14 %	86 %
Aspek pelayanan pasien kanker	- Pengambilan keputusan - Menangani gejala - Memberikan informasi - Bekerjasama - Kecepatan dalam penanganan	Puas 44 %	Kurang Puas 56 %

Berdasarkan **Tabel 3.** hasil dari jawaban responden yang menunjukkan komunikasi dokter-pasien kurang baik, dan pasien kanker merasa pelayanan kurang memuaskan.

Table 4. Uji Korelasi Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien

Variabel (N=50)	Nilai <i>p</i>	Nilai <i>r</i>
Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien	0,749	0,046

Keterangan: n, jumlah sampel; p, signifikansi, r, koefisien korelasi

Berdasarkan **Tabel 4.** komunikasi dokter dan pasien kanker menunjukkan pengaruh yang tidak bermakna terhadap kualitas hidup hal ini ditunjukkan dengan lemahnya hubungan komunikasi dokter dan pasien dengan kualitas hidup.

Tabel 5. Uji Korelasi Hubungan Aspek Pelayanan dengan Kualitas Hidup Pasien

Variabel (N=50)	Nilai <i>p</i>	Nilai <i>r</i>
Aspek Pelayanan pasien	0,993	0,001

Keterangan: n, jumlah sampel; p, signifikansi, r, koefisien korelasi

Berdasarkan **Tabel 5.** aspek pelayanan pasien kanker tidak mempengaruhi secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien dan menunjukkan pelayanan pasien kanker kurang berkorelasi (lemah) dengan kualitas hidup.

Uji Korelasi Komunikasi Dokter-Pasien dengan Aspek Pelayanan Pasien

Hasil uji korelasi hubungan komunikasi dokter-pasien dengan aspek pelayanan pasien didapatkan hasil yang signifikan. Nilai signifikansi aspek pelayanan pasien dengan kualitas hidup pasien kanker adalah $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Selain itu, hasil analisa menunjukkan kedua variabel tersebut memiliki koefisien korelasi sebesar $r = 0,528$ yang berarti berkorelasi cukup kuat.

PEMBAHASAN

Karakteristik Sampel

Responden pada penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 90 pasien dan yang bersedia menjadi subjek penelitian sebesar 50 pasien di Poli Onkologi Terpadu RSSA. Karakteristik responden dibedakan berdasarkan usia, jenis kanker, dan kualitas hidup. Berdasarkan jenis kanker yang diderita terdapat kanker payudara, tumor getah bening, *non-hodgkin lymphoma*, *multiple myeloma*, dan kanker lidah. Kanker paling banyak ditemui adalah Ca mammae. Hal ini diduga disebabkan karena Ca mammae dipengaruhi oleh paparan hormon estrogen pada wanita sehingga memiliki risiko untuk terjadi mutasi lebih tinggi dibandingkan jenis kanker lain.⁸

Kejadian kanker terbanyak pada penelitian ini terdapat pada usia 41-59 tahun. Berdasarkan hasil penelitian oleh penelitian Sihimbing dan Supardin tahun 2014 menyebutkan bahwa keganasan pada payudara lebih banyak pada usia ≥ 40 tahun dibandingkan dengan usia < 40 tahun.⁹ Sebagian besar penderita kanker memiliki kualitas hidup sedang. Temuan ini menduga bahwa seiring bertambahnya usia maka seseorang cenderung berpotensi terkena kanker dan mengalami penurunan kualitas hidup. Penelitian lain juga menyimpulkan bahwa usia merupakan faktor yang berperan terhadap kualitas hidup pasien kanker. Pasien kanker yang memiliki usia lanjut memiliki kualitas hidup dimensi fisik dan hubungan sosial yang lebih rendah.¹⁰

Pada penelitian ini sebanyak 98% responden diketahui memiliki kualitas hidup yang sedang dan hanya 2% responden yang memiliki kualitas hidup buruk. Temuan ini diduga disebabkan karena pasien yang menjadi responden adalah pasien kanker stadium 3 dan 4 sehingga memiliki lebih banyak komplikasi dan gejala. Gejala-gejala tersebut dapat menurunkan kualitas hidup pasien sehingga perlu diidentifikasi lebih awal.

Pada penelitian ini, status kesehatan umum pada kuesioner terdiri dari dua pertanyaan. Pertanyaan tersebut terkait dengan penilaian responden terhadap kondisi kesehatannya secara keseluruhan dan kualitas hidupnya. Hasil pada penelitian ini hampir sama dengan penelitian oleh Juwita (2017) yang memiliki nilai status kesehatan $65,03 \pm 14,83$.¹¹

Pada skala fungsional, fungsi yang memiliki nilai tertinggi adalah fungsi emosional. Hal ini sama dengan penelitian oleh Putri (2017) yang menyatakan bahwa

fungsi emosional merupakan fungsi dengan nilai tertinggi. Pasien kanker yang menjalani terapi membutuhkan dukungan emosional untuk mengatasi kesedihan dan ketakutannya selama proses terapi. Walaupun mengalami hal tersebut pasien kanker diduga mendapatkan dukungan emosional dari keluarga dan temannya sehingga memiliki fungsi emosional yang cukup baik.¹²

Nilai fungsi tertinggi setelah fungsi emosional adalah fungsi kognitif diikuti oleh fungsi sosial, fungsi fisik, dan fungsi peran. Pasien kanker mengalami gangguan kognitif akibat dari kanker primer pada otak atau metastasis. Adanya kanker pada parenkim otak mengakibatkan gangguan persinyalan saraf sehingga dapat terjadi gangguan fungsi kognitif.¹³ Fungsi kognitif adalah fungsi yang mengatur kemampuan untuk mengingat, membaca, dan menulis pada pasien.¹⁴ Gejala gangguan fungsi kognitif bisa menimbulkan kualitas hidup berupa stress, cemas, dan mungkin menggambarkan bahwa pasien merupakan beban bagi keluarganya.¹⁵

Pada pasien kanker dapat mengalami gangguan dari fungsi sosial. Fungsi sosial adalah fungsi untuk berinteraksi pada keluarga dan masyarakat. Gangguan ini disebabkan karena pasien kanker perlu menjalani kemoterapi di rumah sakit.¹⁶ Gangguan dari fungsi sosial ini akan mengakibatkan pasien mengalami cemas, tidak percaya diri, dan kesepian. Apabila terjadi gangguan pada fungsi ini penanganan yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kemampuan pasien untuk menjaga hubungan pernikahan, orang tua, kemampuan bekerja, dan aktivitas sosial.¹⁶ Penelitian ini sesuai dengan penelitian Iriandana (2019) yang menyatakan meskipun responden penelitian merasakan keluhan yang sama terkait efek samping pengobatan seperti mual, muntah, nafsu makan berkurang, diare atau konstipasi. Pasien menyadari bahwa keluhan yang dialami adalah bagian dari pengobatan sehingga mereka hanya berharap yang terbaik untuk kesembuhannya dengan terus melakukan kemoterapi dan atau radioterapi.

Pasien kanker mengalami gangguan fungsi fisik akibat penyakit kronis sehingga terjadi penurunan intake makanan dan penurunan energi.¹⁷ Gangguan fungsi fisik ini dapat menyebabkan gejala stress, kesulitan beraktivitas, dan meningkatkan kebutuhan pelayanan suportif yang tidak terpenuhi. Gangguan tersebut menurunkan kualitas hidup pasien sehingga memerlukan perhatian yang holistik.¹⁷

Fungsi yang terendah pada skala fungsional adalah fungsi peran. Fungsi peran berperan penting dalam penentuan kualitas hidup pasien. Pasien yang menderita penyakit kanker cenderung mengalami masalah dalam mengambil peran dalam keluarga, pekerjaannya, dan lingkungan sosialnya karena harus sering berobat ke rumah sakit.¹⁸

Pada skala gejala, nilai tertinggi adalah gejala kelelahan. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian kelelahan merupakan gejala yang lebih banyak dari gejala lainnya. Gejala kelelahan ini dapat terjadi akibat

efek sistemik dari kanker dan efek terapi. Efek sistemik dari kanker dapat berupa malnutrisi, infeksi, gangguan hepar, dan gagal ginjal. Efek terapi seperti kemoterapi, radioterapi, dan bedah yang dapat menyebabkan kelelahan pada pasien kanker.¹⁹ Pasien umumnya akan mengeluh kelelahan dan perasaan yang lemah, mudah lelah dan merasa kehilangan tenaga atau kemampuan berkonsentrasi. Keberadaan tumor dapat turut menyebabkan kelelahan karena tumor maligna memerlukan oksigen dan nutrisi. Jadi, sel tumor akan menghabiskan pasokan darah dan oksigen jaringan sekitarnya.²⁰ Hasil penelitian yang dilakukan Karthikeyan (2012) juga menyatakan prevalensi kelelahan karena kemoterapi sebanyak 98,30%.²⁰ Heydanerjad dkk (2011) menemukan hubungan yang signifikan antara kelelahan dan kualitas hidup pasien kanker yang menjalani kemoterapi.²⁰

Skala gejala lain setelah gejala kelelahan adalah nyeri, mual dan muntah, penurunan nafsu makan, insomnia, konstipasi, dyspnea, dan diare. Nyeri pada pasien kanker dapat diakibatkan karena tumor mendesak tulang, saraf, atau organ lain sehingga dapat berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Yang (2012) menyatakan bahwa pasien kanker dengan nyeri memiliki kualitas hidup yang rendah.²¹

Selain gejala nyeri, pasien kanker dapat mengalami gejala berupa mual dan muntah yang dapat menyebabkan terjadi penurunan nafsu makan. Gejala ini mengakibatkan pasien kanker mengalami penurunan aktivitas akibat kurangnya energi yang dihasilkan.²² Mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi secara umum dinilai sebagai efek samping yang paling tidak menyenangkan pada pasien yang menjalani kemoterapi dan menyebabkan penurunan kualitas hidup.²³ Menurut Lavdaniti *et al* (2005) dalam penelitiannya tentang pengaruh kemoterapi terhadap kualitas hidup pasien juga menunjukkan peningkatan gejala mual dan muntah dan kelelahan pada pasien yang menjalani kemoterapi.²³

Pada pasien kanker mengalami gangguan tidur dengan prevalensi sekitar 30%-75%. Insomnia pada pasien kanker disebabkan karena nyeri yang ditimbulkan oleh kanker, cemas, depresi dan efek kemoterapi. Insomnia yang terjadi dapat mengganggu waktu istirahat pasien sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pasien kanker.²⁴ Berdasarkan penelitian Hananta (2014) yaitu gangguan tidur pasien kanker payudara di Rumah Sakit Dharmais Jakarta dengan hasil penelitiannya diketahui bahwa nyeri pada pasien diketahui dapat menyebabkan gangguan tidur. Dua hal yang menjadi penyebab utama nyeri adalah perkembangan penyakit dan efek samping pengobatan.²⁵

Konstipasi sering terjadi pada penderita kanker dengan estimasi sekitar 60% dari keseluruhan pasien. Insiden ini meningkat seiring dengan penggunaan analgesik opioid dan obat-obatan antikolinergik. Konstipasi merupakan masalah individu dengan kanker selama menjalani perawatan paliatif ataupun terapi

definitif. Manajemen konstipasi bertujuan untuk menghilangkan rasa tidak nyaman yang dirasakan oleh pasien dan meningkatkan kepuasan pasien dengan menggunakan laksatif dan pengaturan kebiasaan buang air besar.²⁶

Dyspnea pada penderita kanker dapat disebabkan karena kanker yang menginfiltrasi pada paru-paru atau metastase kanker di paru-paru. Penderita kanker yang mengalami gejala *dyspnea* akan kesulitan untuk bernafas sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Hal ini dapat berakibat terhadap kualitas hidup pasien.²⁷

Nilai terendah dari skala gejala terdapat pada gejala diare. Hasil yang sama terdapat pada penelitian Juwita dkk, (2019) yang memperoleh nilai terendah pada gejala diare. Diare dapat dicegah dengan pemberian obat-obatan yang menghambat motilitas usus seperti loperamide.²⁸ Namun, gejala diare juga dapat terjadi akibat dari efek samping kemoterapi.²⁹

Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien

Komunikasi dokter-pasien memiliki hubungan yang rendah dengan kualitas hidup yang dibuktikan dengan nilai p 0,749 ($p > 0,05$) dan nilai r 0,046. Berdasarkan teori, hubungan komunikasi dokter-pasien apabila komunikasi berjalan baik maka kualitas hidup pasien juga akan baik. Komunikasi dokter-pasien merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien karena komunikasi yang baik dapat memberikan informasi dari keluhan psikososial pasien sehingga dokter dapat memberikan terapi tambahan.³⁰ Namun, apabila komunikasi dokter-pasien tidak baik maka pasien enggan untuk bercerita tentang masalah psikososialnya karena pasien berfikir bahwa masalah psikososialnya bukan merupakan tugas dokter. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup pasien.³¹

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Penelitian oleh Zhou *et al*, (2014) menunjukkan adanya hubungan signifikan antara komunikasi dokter-pasien dengan kualitas hidup pasien kanker payudara.³⁰ Penelitian lain oleh Ernstman *et al*, (2017) juga menunjukkan bahwa komunikasi yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker prostat.³² Penelitian di Cina oleh Li *et al*, (2018) menunjukkan hal serupa. Komunikasi dokter-pasien yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien terutama kesehatan mental.³³

Komunikasi yang baik yang diharapkan pada penelitian ini adalah keberhasilan dalam sebuah interaksi atau disebut komunikasi yang efektif. Indikator komunikasi yang baik adalah bijaksana dan keramahan dokter, perilaku sopan, percakapan sosial, memberikan informasi, terdapat umpan balik dalam berbagi informasi, perilaku mendorong dan empatik, membangun kemitraan serta ekspresi empati selama konsultasi. Manfaat pada pasien adalah pasien dapat percaya sepenuhnya kepada dokter, kondisi ini sangat

berpengaruh pada proses penyembuhan pasien. Sehingga pasien akan merasa lebih tenang dan akan merasa aman ditangani oleh dokter sehingga pasien akan patuh dan menjalankan petunjuk dan nasehat dokter karena yakin bahwa yang dilakukan ialah untuk kepentingan dirinya.³⁴

Hasil pada penelitian ini tidak signifikan berhubungan terhadap kualitas hidup pasien. Hal ini diduga disebabkan oleh durasi dalam komunikasi antara dokter dan pasien yang cukup pendek karena banyaknya pasien. Akibatnya pasien tidak dapat secara efektif menyampaikan dan menerima informasi dari dokter dan mungkin menganggap bahwa pelayanan kurang baik. Kekurangan pada penelitian ini adalah peneliti tidak mengambil data terkait dengan rasio jumlah pasien yang melakukan konseling setiap harinya sehingga, belum bisa dipastikan bahwa durasi dalam komunikasi yang menjadi masalah. Faktor lain juga bisa karena pada penelitian ini yang dinilai hanya dari aspek pasien saja sehingga terlalu bersifat subjektif. Hal lain yang dapat berpengaruh pada penelitian ini adalah pada saat pengambilan data pasien yang berada di Poli Onkologi RSSA sedang menjalani terapi kemoterapi yang membuat kondisi fisik pasien harus tetap berbaring dan tidak memungkinkan untuk mengisi kuesioner sendiri sehingga, dalam proses pengambilan data kuesioner harus dibacakan dan diisi oleh peneliti hal ini dapat menyebabkan perbedaan persepsi antara pasien yang ditanyakan dan peneliti yang membantu dalam pengisian kuesioner. Selain itu, responden penelitian adalah pasien kanker dengan stadium 3 dan 4 sehingga pada pasien dengan stadium lanjut mungkin sudah mengalami gangguan kesehatan yang dapat mengganggu proses komunikasi antara Dokter-Pasien.

Hubungan Aspek Pelayanan Pasien Kanker dengan Kualitas Hidup Pasien

Pelayanan pada pasien kanker salah satunya adalah dengan memberikan perawatan paliatif. Perawatan paliatif merupakan perawatan pada pasien terminal untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu faktor yang mempengaruhi perawatan paliatif adalah aspek pelayanan. Aspek pelayanan yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien.³⁵ Pada penelitian ini, aspek pelayanan pasien kanker memiliki hubungan yang rendah dengan kualitas hidup pasien yang dibuktikan dengan nilai p 0,993 ($p > 0,05$) dan nilai r 0,001. Tidak adanya hubungan antara aspek pelayanan dan kualitas hidup pasien diduga disebabkan karena dipengaruhi oleh faktor lain seperti fasilitas rumah sakit. Pasien dapat merasakan kepuasan dari pelayanan namun terdapat beberapa fasilitas dan obat-obatan yang terbatas sehingga penanganan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien terhambat.³⁶

Hasil dari penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya bahwa fasilitas pelayanan dapat meningkatkan kepuasan pasien³⁷ dan kepuasan pasien dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.³⁰ Aspek

pelayanan dapat dipengaruhi oleh keikutsertaan pasien pada asuransi kesehatan. Pasien yang mengikuti asuransi kesehatan sering mengalami perbedaan persepsi terhadap pelayanan kesehatan. Pasien mengartikan pelayanan yang baik adalah jika pelayanannya nyaman, menyenangkan, ramah yang memberikan kesan kepuasan terhadap pasien. Sedangkan penyelenggara pelayanan kesehatan mengartikan pelayanan yang baik adalah jika pelayanan sesuai dengan standar pemerintah. Adanya perbedaan persepsi tersebut sering menyebabkan keluhan terhadap pelayanan.³⁸

Hasil penelitian ini memiliki hubungan yang rendah atau lemah dengan kualitas hidup pasien. Hal ini dapat disebabkan karena terjadi perbedaan antara pengguna jasa kesehatan dimana pelayanan pasien umum berbeda dengan pasien yang menggunakan jasa asuransi kesehatan sosial.

Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dengan Aspek Pelayanan Pasien

Komunikasi dokter-pasien memiliki hubungan yang cukup kuat dengan aspek pelayanan pasien yang dibuktikan dengan nilai p 0,000 ($p < 0,05$) dan r 0,528. Komunikasi Dokter-Pasien yang membuat relasi antara dokter dan pasien menjadi baik dapat membuat pasien mau mengatakan keluhannya sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang maksimal. Pelayanan yang maksimal pada pasien kanker akan meningkatkan kepuasan pasien. Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian sebelumnya. Komunikasi Dokter-Pasien yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien kanker sehingga berpotensi meningkatkan kualitas hidup pasien.³³ Penelitian oleh Sialen dan Aferraly (2019) membuktikan bahwa komunikasi dokter yang efektif dapat meningkatkan kepuasan pasien dalam pelayanan medik. Salah satu komunikasi yang baik saat berkomunikasi dengan pasien adalah dengan komunikasi secara kolaboratif, hal ini untuk memperoleh timbal balik dari pasien maupun dari dokter. Timbal balik dari pasien terhadap suatu pelayanan diperlukan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Pasien yang merasa puas menyatakan bahwa keramahan dokter, empati yang dirasakan dokter terhadap mereka, kepedulian dokter dalam mendengarkan keluhan, menasehati, serta memberikan saran, adalah hal-hal yang membuat pasien merasa dekat dan diperhatikan oleh dokter.³⁴

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* sehingga sampel yang digunakan dalam satu waktu dan waktu pengerjaannya singkat. Hal ini menyebabkan peneliti tidak dapat mengevaluasi progresivitas kualitas hidup pasien. Penelitian lanjutan menggunakan desain *cohort* diperlukan untuk memvalidasi hasil penelitian ini.

KESIMPULAN

Komunikasi dokter dan pasien kanker menunjukkan pengaruh yang tidak bermakna terhadap kualitas hidup pasien dan ditunjukkan dengan korelasi yang lemah.

Aspek pelayanan pasien kanker menunjukkan pengaruh yang tidak bermakna terhadap kualitas hidup pasien dan ditunjukkan dengan korelasi yang lemah.

Perlu penelitian lanjutan dengan mengevaluasi aspek pasien dan dokter dalam melakukan komunikasi Dokter-Pasien. Komunikasi dokter pasien haruslah dinilai dari aspek dokter yang telah menyediakan jasa pelayanan sehingga tidak terjadi tingkat subjektivitas dalam penelitian. Selain itu, perlu penelitian lanjutan dengan menambahkan variabel pembuat penyelenggara pelayanan dalam meneliti aspek pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan perlu dinilai dari penyelenggara dan yang menggunakan jasa dalam pelayanan kesehatan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada ikatan orangtua mahasiswa (IOM) yang telah mendanai penelitian ini dan kepada Wakil Kepala Perawat Ibu Triwahyu di Poli Onkologi Terpadu RSSA Kota Malang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Globocan. Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008. IARC Cancer Base. 2012;12(12).
2. Atika D. Penanganan masalah sosial dan psikologis pasien kanker stadium lanjut dalam perawatan paliatif. *Indones J Cancer*. 2008;1:30–4.
3. Inge H, Heijmans M, Rademakers J, Dulmen S van. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Heal Expect*. 2015;18(6):2375–88.
4. Pradana IPW, Nuryani A, BoN, Surasta IW. Hubungan Kualitas Hidup Dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Di Rsup Sanglah Denpasar. *J Keperawatan*. 2013;1(1):1–12.
5. Ha JF, Hons M, Anat DS, Longnecker N, Charles S, Hospital G. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38–43.
6. Mandala DA. Analisa Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien. Univ Airlangga Surabaya. 2002;
7. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
8. Assi HA, Khoury KE, Dbouk H, Khalil LE, Mouhieddine TH, Saghir NS El. Review Article Epidemiology and prognosis of breast

- cancer in young women. *J Thorac Dis.* 2008;5(S1):S2–8.
9. Sihombing M, Sapardin AN. Faktor Risiko Tumor Payudara Pada Perempuan Umur 25-65 Tahun di Lima Kelurahan Kecamatan Bogor Tengah. *J Kesehat Reproduksi.* 2014;5(3):1–10.
 10. Harfendi GN, Yulianti R, Winarto. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Stadium Lanjut yang Menjalani Radioterapi Paliatif Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *J Online Mhs Fak Kedokt Univ Riau.* 2017;4(1):1–14.
 11. Juwita D, Almahdy, Afdila R. Penilaian Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Pasien Kanker Payudara di RSUD Dr . M . Djamil Padang , Indonesia. *Ilmu Kefarmasian Indones.* 2019;17(1):114–9.
 12. Putri RH. Kualitas hidup pasien kanker ginekologi yang menjalani terapi. *J Ilmu Kesehat.* 2017;2(1):69–74.
 13. Targum SD, Pendergrass C, Harrison JE. Cognitive Impairment Associated with Cancer: A Brief Review. *Innov Clin Neurosci.* 2018;15(1):36–44.
 14. Mccaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients ' Perspectives ? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2016;52(2):318–328.e5. Diambil dari: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012>
 15. Aini DN, Puspitasari W. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Kelurahan Barusari Kecamatan Semarang Selatan. *J Keperawatan BSI.* 2016;7(1):6–12.
 16. Hahn EA, Kallen MA, Jensen RE, Potosky AL, Carol M, Ramirez M, et al. Measuring social function in diverse cancer populations: Evaluation of measurement equivalence of the Patient Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS®) Ability to Participate in Social Roles and Activities short form. *Psychol Test Assess Model.* 2018;58(2):1–18.
 17. Simmonds MJ. Physical Function in Patients with Cancer : Psychometric Characteristics and Clinical Usefulness of a Physical Performance Test Battery. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(4):404–14.
 18. North LA, Bjorner JB. Health and role functioning: the use of focus groups in the development of an item bank. *Qual Life Res.* 2014;19(1):111–23.
 19. Wang XS. Pathophysiology of Cancer-Related Fatigue Xin. *Clin J Oncol Nurs.* 2012;12(Figure 1):11–20.
 20. Heydarnejad M, Dehkordi H, Dehkordi S. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci.* 2011;11(2):266–70.
 21. Chwistek M. Recent advances in understanding and managing cancer pain. *F1000Research.* 2017;6(0):1–10.
 22. Childs DS, Jatoi A. A hunger for hunger: A review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med.* 2019;8(1):50–8.
 23. Lavdaniti M, Tsitsis N. Investigation of nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy. *Heal Psychol Res.* 2014;2:96–7.
 24. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Sleep Dysfunction in Patients with Cancer. *Curr Treat Options Neurol.* 2010;9(5):337–46.
 25. Hananta L, Benita S, Barus J, Halim F. Gangguan Tidur pada Pasien Kanker Payudara Di Rumah Sakit Dharmais Jakarta. *J Med.* 2014;13(2).
 26. Wickham RJ. Managing Constipation in Adults With Cancer. *J Adv Pract Oncol.* 2017;8(2):149–61.
 27. Bausewein C, Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Nauck F, Voltz R. Palliative Care of Adult Patients With Cancer. *Dtsch Ärzteblatt Int |.* 2015;112:863–70.
 28. Katzung BG, Masters SB, Trevor AB. Katzung - Basic and Clinical Pharmacology 12th Edition (2012). 12 Edition. United States: Mc Graw Hill LANGE; 2012.
 29. Stein A, Voigt W, Jordan K. Chemotherapy-induced diarrhea : pathophysiology , frequency and guideline-based management. *Ther Adv Med Oncol.* 2010;2(1):51–63.
 30. Zhou Q, Shen J, Liu Y, Lin G, Dong H, Li K. Effects of Doctor-patient Communication on Quality of Life among Breast Cancer Patients in Southern China. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2014;15(14):5639–44.
 31. Arora NK, Jensen RE, Sulayman N, Hamilton AS, Potosky AL. Patient-Physician Communication About Health-Related Quality-of-Life Problems : Are Non-Hodgkin Lymphoma Survivors Willing to Talk ? *J Clin Oncol.* 2013;31(31):3964–70.
 32. Ernstmann N, Weissbach L, Herden J, Winter N, Ansmann L. Patient – physician communication and health- related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy – a longitudinal multilevel analysis. *BJU Int.* 2017;119:396–405.
 33. Li C-C, Matthew AK, Dossaji M, Fullam F. The Relationship of Patient-Provider Communication on Quality of Life among African American and White Cancer Survivors. *J Heal Commun.* 2018;22(7):584–92.
 34. Silaen DJA, Alferraly I. Hubungan komunikasi efektif dokter-pasien terhadap tingkat kepuasan

- pasien dalam pelayanan medik. *Intisari Sains Medis*. 2019;10(2):334–7.
35. Johnston. Availability and use of palliative homecare in Germany : a qualitative study with professional expert. *BMC Care*. 2008;9(10):1–12.
 36. Alonazi WB, Thomas SA. Quality of Care and Quality of Life : Convergence or Divergence ? *Heal Serv Insights*. 2014;7(1):1–12.
 37. Mongkaren S. Fasilitas dan Kualitas Pelayanan Pengaruhnya Terhadap Kepuasan Pengguna Jasa Rumah Sakit Advent Manado. *Junral EMBA*. 2014;1(4):493–503.
 38. Surahmawati. Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Barru (Kasus Pelayanan Rawat Jalan Pasien Pengguna Asuransi Kesehatan). *Public Heal Sci J*. 2015;7(1):26–40.