



**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER PAYUDARA
DENGAN PERAWATAN PALIATIF OLEH GARWITA INSTITUTE**

SKRIPSI

Oleh

**Miranda Natasya
NIM 132110101190**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2017**



**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER PAYUDARA
DENGAN PERAWATAN PALIATIF OLEH GARWITA INSTITUTE**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Miranda Natasya
NIM 132110101190**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

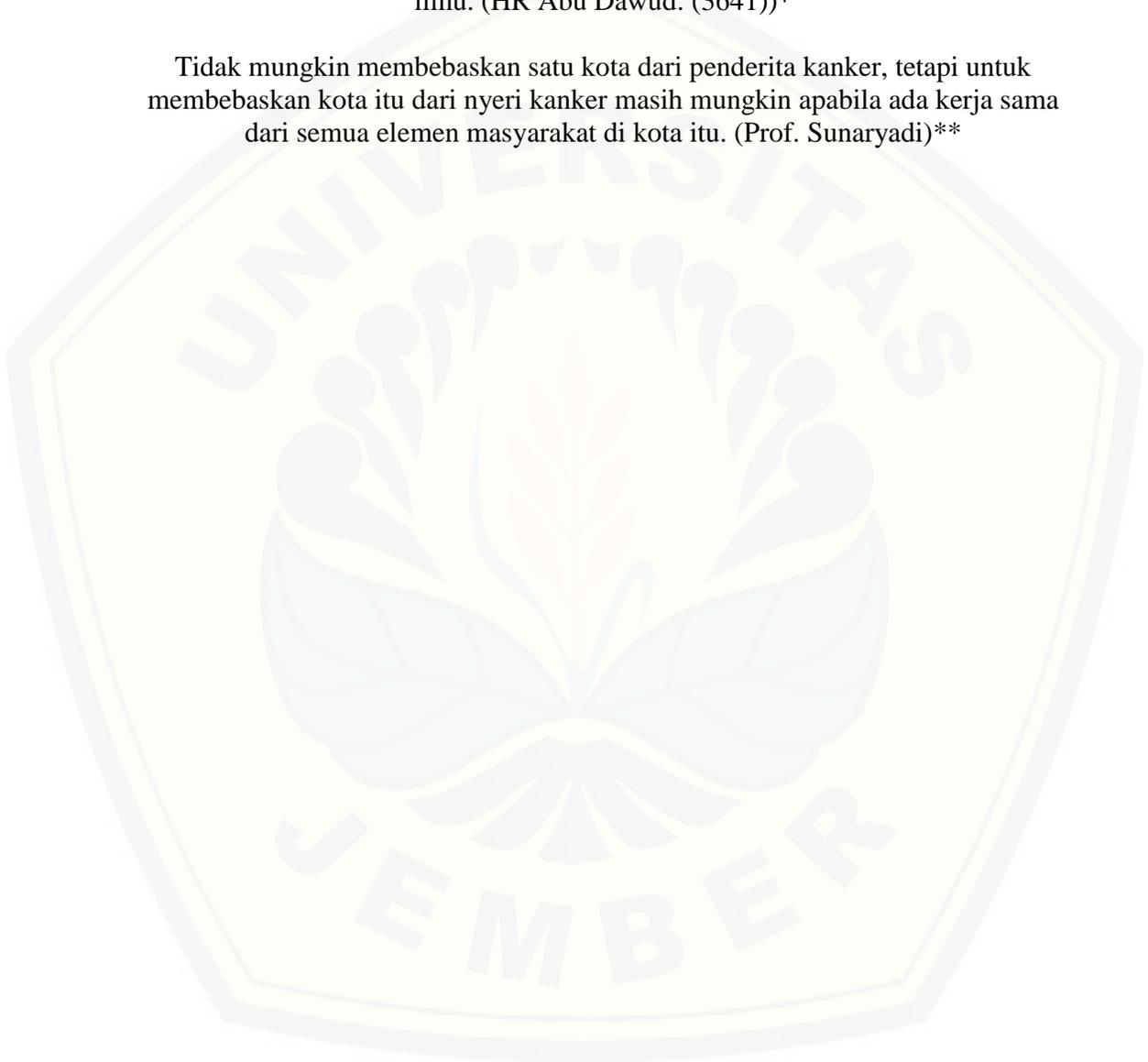
Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Ibu Nila Wahyuningsih dan Bapak Martony Mukhtadi Natadiningrat yang selalu memberikan dukungan serta doa dan kasih sayang tiada batas sehingga saya dapat menjalani kehidupan ini dengan baik.
2. Guru-guru saya di TK dan SD Al-Irsyad Al-Islammiyah, SMPN 1 Kraksaan, SMAN 1 Probolinggo, guru mengaji, guru les dan semua dosen serta civitas akademika di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu yang tidak ternilai harganya, menasehati, membimbing dan juga menginspirasi saya mengenai masa depan nantinya.
3. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Barang siapa yang meniti jalan untuk menuntut ilmu, dengan itu Allah akan memudahkannya (meniti) jalan menuju surga, dan sungguh para Malaikat benar-benar akan membentangkan sayap-sayapnya karena ridha kepada para penuntut ilmu. (HR Abu Dawud: (3641))*

Tidak mungkin membebaskan satu kota dari penderita kanker, tetapi untuk membebaskan kota itu dari nyeri kanker masih mungkin apabila ada kerja sama dari semua elemen masyarakat di kota itu. (Prof. Sunaryadi)**



*) Ali. 2013. Fikih Wanita Panduan Ibadah Wanita Lengkap & Praktis. Solo: PT Aqwam Media Profetika

***) Larantukan, L. 2017. Prof. Sunaryadi Sepenggal Kisah Bapak Paliatif Indonesia. Kupang: Penerbit Gita Kasih

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Miranda Natasya

NIM : 132110101190

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 21 November 2017

Yang Menyatakan,

Miranda Natasya
NIM. 132110101190

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER PAYUDARA
DENGAN PERAWATAN PALIATIF OLEH GARWITA INSTITUTE**

Oleh

**Miranda Natasya
NIM. 1321010101190**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama

: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH

Dosen Pembimbing Anggota

: dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 21 November 2017
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH NIP. 197701082005012004	(.....)
2. DPA	: dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc NIP. 198110052006042002	(.....)
Penguji		
1. Ketua	: dr. Pudjo Wahjudi, M.S. NIP. 195403141980121001	(.....)
2. Sekretaris	: Mury Ririanty, S.KM., M.Kes NIP. 198310272010122003	(.....)
3. Anggota	: Nadia Maria, S.Psi., M.Psi., Psikolog	(.....)

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute; Miranda Natasya; 132110101190; 2017; 109 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah penyakit kanker serviks dan payudara. Jawa Timur merupakan provinsi kedua setelah Jawa Tengah dengan jumlah estimasi absolut penderita kanker payudara terbanyak yaitu sebesar 9.688 jiwa. Penyakit kanker payudara memberikan perubahan signifikan secara fisik maupun psikis individu, antara lain: kesedihan, kekhawatiran dan ketakutan akan masa depan dan kematian. Akibatnya, penderita akan mengalami depresi dan bahkan bisa menurunkan kualitas hidup. Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri serta masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di Unit Onkologi RSAD Baladhika Husada (RS DKT) Jember dan dilakukan dengan mengunjungi rumah responden. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kanker payudara yang telah mendapatkan perawatan paliatif dari Garwita Institute sebanyak 45 orang. Penelitian menggunakan instrumen EORTC-QLQ C30 untuk mengetahui kualitas hidup pasien kanker payudara. Analisis data penelitian menggunakan analisis statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapat perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 41-60 tahun dengan penderita terbanyak berada di stadium I dan lama menjalani pengobatan rata-rata 12 bulan. Terdapat lima kegiatan rutin yang dilakukan oleh Garwita Institute antara lain Kelompok Dukungan Paliatif (KDP), *Gathering* Pasien, *Home Visit*, Dokter Menjawab dan Relaksasi. KDP merupakan kegiatan paliatif yang diikuti oleh seluruh responden penelitian. Sebagian besar responden pasif yaitu hanya mengikuti kegiatan paliatif saat berlangsung, dengan mayoritas pasien pernah mengikuti seluruh kegiatan.

Skor kualitas hidup tertinggi pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif terdapat pada fungsi sosial dan untuk skala gejala terendah terdapat pada gejala diare. Diketahui dari hasil penelitian bahwa semakin muda usia pasien, semakin lama pasien menjalani pengobatan, semakin aktif pasien saat mengikuti kegiatan perawatan paliatif dan semakin banyak intensitas pasien dalam mengikuti perawatan paliatif secara umum rata-rata skor kualitas hidup pasien semakin tinggi untuk status kesehatan global dan skala fungsional dan rata-rata skor kualitas hidup semakin rendah untuk skala gejala.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah pasien dan keluarga dapat memanfaatkan perawatan paliatif sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien selama menjalani pengobatan. Perawatan paliatif dapat menjadi salah satu bentuk terapi yang diintegrasikan dengan sistem pengobatan di rumah sakit bagi pasien penyakit kronis seperti kanker. Sehingga rumah sakit perlu memberi perhatian khusus dan atau membentuk pelaksanaan perawatan paliatif bagi pasien penyakit kronis khususnya penyakit kanker. Hendaknya dilakukan pengarsipan data mengenai pasien kanker payudara yang pernah mengikuti kegiatan paliatif oleh Garwita Institute sehingga mempermudah identifikasi keikutsertaan pasien. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui kontribusi perawatan paliatif terhadap kualitas hidup pasien kanker payudara.

SUMMARY

The Quality of Life Among Breast Cancer Patients with Palliative Care by Garwita Institute; Miranda Natasya; 132110101190; 2017; 109 pages; Epidemiology and Biostatistics Population Section of the Faculty of Public Health University of Jember.

Cancer is one of the leading causes of death in the worldwide. The highest prevalence of cancer in Indonesia in 2013 is cervical and breast cancer. East Java is the second province after Central Java with the absolute estimate of most breast cancer patients with 9,688 patients. Breast cancer provides a significant change in the physical and psychological of the individual, among others: sadness, anxiety and fear of the future and death. As a result, patients will felt the depression and may even decrease the quality of life. Palliative care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and families of patients in dealing with issues related to life-threatening disease through prevention and relief of suffering by means of initial identification and perfect assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Based on this, researchers want to do research that aims to the quality of life overview of breast cancer patients with palliative care by Garwita Institute.

This research is an observational descriptive research with quantitative approach. This research was conducted at Oncology Unit of RSAD Baladhika Husada (RS DKT) Jember and conducted by visiting respondent's house. The population in this study is breast cancer patients who have received palliative care from Garwita Institute as many as 45 people. Research using EORTC-QLQ C30 instrument to determine the quality of life of breast cancer patients. Analysis of research data using descriptive statistical analysis to determine the quality of life of breast cancer patients who received palliative care by Garwita Institute.

The results showed that most respondents aged were 41-60 years with most patients were in stage I and duration of treatment on average 12 months. The five routine palliative care activities by the Garwita Institute include the Palliative Support Group (KDP), Gathering Patient, Home Visit, Question and Answer with

Doctor and Relaxation. KDP is a palliative activity followed by all respondents of this research. Most of the respondents are passive, they just following palliative activities without doing another activities, with the majority of patients ever following the palliative care activity.

The highest quality of life score of breast cancer patients receiving palliative care is in social function and for the lowest symptom scale found in diarrhea symptoms. The results showed that the younger the patient's age, the longer patients undergoing the treatment, the more active patients while following the palliative care activities and the more intensity of patients in following the palliative care, in general the average patient's quality of life score is higher for global health status and scale functional and average patient's quality of life scores are getting lower for the scale of symptoms.

This research suggests that patients and families can utilize palliative care as one effort to improve the quality of life of patients during treatment. Palliative care can be one form of therapy that is integrated with hospital treatment systems for patients with chronic diseases such as cancer. So hospitals need to pay special attention and or establish the implementation of palliative care for patients with chronic diseases, especially cancer. The archiving of data of breast cancer patients by Garwita Institute must be done so as to facilitate the identification of patient participation. Further research is needed to determine the relationship between palliative care and the quality of life of breast cancer patients.

PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Hidayah dan Inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “*Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute*” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih yang sangat dalam kepada Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) serta Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan dan Ibu dr.Ragil Ismi Hartanti, M.Sc. selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang selalu memberikan masukan, saran dan juga koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pihak-pihak berikut :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. dr.Pudjo Wahjudi, M.S selaku ketua penguji. Terimakasih banyak atas saran, koreksi dan membantu penulis memperbaiki skripsi ini;
4. Mury Ririanty, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji. Terimakasih banyak atas saran, koreksi dan membantu penulis memperbaiki skripsi ini;
5. Staff Paliatif Garwita Institute yang telah membantu kelancaran selama proses pengambilan data primer;
6. Kedua orang tua saya, Ibu Nila Wahyuningsih dan Bapak Martony Mukhtadi Natadiningrat serta seluruh saudara dan keluarga yang telah memberikan dukungan dan doanya sehingga skripsi ini terselesaikan;
7. Sahabat dan teman-teman yang telah memberikan motivasi, inspirasi dan pengalaman yang berharga, Hendarto Rahman, Hadaina, Istijabah, Dika dan Windy;

8. Keponakan tercinta saya, Roland Alvaro dan Arpegio Argatsani yang selalu menambah kebahagiaan dan keceriaan dalam hidup saya;
9. Teman-teman dan adik-adik tercinta saya di Badan Perwakilan Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
10. Para pasien kanker payudara atas kesediaan untuk menjadi responden saya, meluangkan waktu, menjawab pertanyaan, bercerita dan berbagi dengan saya sehingga saya mampu menyelesaikan penelitian saya dengan baik;
11. Semua pihak yang telah membantu, terimakasih atas kerjasama yang baik, hanya Allah yang bisa membalas dengan memberikan kebaikan dan pahala berlipat.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Jember, 21 November 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kanker Payudara	7
2.1.1 Definisi Kanker Payudara.....	7
2.1.2 Epidemiologi Kanker Payudara.....	7
2.1.3 Etiologi Kanker Payudara.....	8

2.1.4 Tanda dan Gejala Kanker Payudara.....	9
2.1.5 Tipe Kanker Payudara.....	10
2.1.6 <i>Staging</i> (Tahapan Stadium Kanker).....	11
2.1.7 Faktor Resiko Kanker Payudara.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Kanker Payudara.....	14
2.1.9 Pencegahan Kanker Payudara.....	15
2.2 Perawatan Paliatif.....	16
2.2.1 Definisi Paliatif.....	16
2.2.2 Prinsip Paliatif.....	17
2.2.3 Domain Perawatan Paliatif.....	18
2.2.4 Tempat untuk Melakukan Perawatan Paliatif.....	20
2.2.5 Tim Pelaksana Perawatan Paliatif.....	21
2.3 Kualitas Hidup	21
2.3.1 Definisi Kualitas Hidup.....	21
2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup.....	23
2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara.....	25
2.3.4 Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup.....	27
2.4 Kerangka Teori	31
2.5 Kerangka Konsep.....	32
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	34
3.1 Jenis Penelitian	34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	34
3.2.1 Tempat Penelitian.....	34
3.2.2 Waktu Penelitian.....	34
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel.....	35
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	35
3.4.1 Variabel Penelitian.....	35
3.4.2 Definisi Operasional.....	36
3.5 Data dan Sumber Data	41
3.5.1 Data Primer	41

3.5.2	Data Sekunder	41
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	42
3.6.1	Teknik Perolehan Data	42
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	43
3.7	Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	44
3.7.1	Teknik Pengolahan Data	44
3.7.2	Teknik Penyajian Data	46
3.7.3	Teknik Analisis Data.....	46
3.8	Validitas dan Reliabilitas Instrumen	47
3.8.1	Validitas.....	47
3.8.2	Reliabilitas.....	47
3.9	Alur Penelitian	49
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		50
4.1	Hasil Penelitian.....	50
4.1.1	Karakteristik Responden.....	50
4.1.2	Metode Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	52
4.1.3	Keikutsertaan Pasien Kanker Payudara dalam Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	54
4.1.4	Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	56
4.1.5	Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dalam Status Kesehatan Global, Skala Fungsional dan Skala Gejala berdasarkan Karakteristik Responden serta Keikutsertaan Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	58
4.2	Pembahasan.....	78
4.2.1	Karakteristik Responden.....	78
4.2.2	Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	79
4.2.3	Keikutsertaan Pasien Kanker Payudara dalam Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	84

4.2.4 Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara yang Mendapat Perawatan Paliatif.....	86
4.2.5 Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Karakteristik Responden dan Keikutsertaan Pasien Kanker Payudara dalam Perawatan Paliatif oleh Garwita Institute.....	88
4.3 Keterbatasan Penelitian	94
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	95
5.1 Kesimpulan	95
5.2 Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN.....	107

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kategori dan Skala Data	36
Tabel 3.2 Scoring EORTC QLQ –C30	45
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Stadium Kanker, dan Lama Menjalani Pengobatan.....	50
Tabel 4.2 Tabulasi Silang Usia dan Stadium Kanker	51
Tabel 4.3 Tabulasi Silang Usia dan Lama Menjalani Pengobatan	51
Tabel 4.4 Distribusi Pasien Kanker Payudara dalam Mengikuti Kegiatan Perawatan Paliatif	53
Tabel 4.5 Distribusi Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara.....	57

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 4.1	Distribusi Keaktifan Pasien saat Mengikuti Kegiatan Paliatif	54
Gambar 4.2	Partisipasi Pasien Kanker Payudara saat Mengikuti Kegiatan Paliatif	55
Gambar 4.3	Intensitas Pasien dalam Mengikuti Kegiatan Perawatan Paliatif	56
Gambar 4.4	Rata-rata Skor Status Kesehatan Global berdasarkan Usia Responden.....	58
Gambar 4.5	Rata-rata Skor Skala Fungsional berdasarkan Usia Responden..	59
Gambar 4.6	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Usia Responden	60
Gambar 4.7	Rata-rata Skor Status Kesehatan Global Pasien Kanker Payudara berdasarkan Stadium Kanker	61
Gambar 4.8	Rata-rata Skor Skala Fungsional Pasien Kanker Payudara berdasarkan Stadium Kanker	62
Gambar 4.9	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Stadium Kanker	62
Gambar 4.10	Rata-rata Skor Status Kesehatan Global Pasien Kanker Payudara berdasarkan Lama Menjalani Pengobatan.....	63
Gambar 4.11	Rata-rata Skor Skala Fungsional Pasien Kanker Payudara berdasarkan Lama Menjalani Pengobatan.....	64
Gambar 4.12	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Lama Menjalani Pengobatan	65
Gambar 4.13	Rata-rata Skor Status Kesehatan Global Pasien Kanker Payudara berdasarkan Keaktifan Pasien saat Mengikuti Perawatan Paliatif	66
Gambar 4.14	Rata-rata Skor Skala Fungsional Pasien Kanker Payudara berdasarkan Keaktifan Pasien saat Mengikuti Perawatan Paliatif.....	67
Gambar 4.15	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Keaktifan Pasien saat Mengikuti Perawatan Paliatif	68
Gambar 4.16	Rata-rata Skor Status Kesehatan Global Pasien Kanker Payudara berdasarkan Intensitas Pasien dalam Mengikuti Perawatan Paliatif.....	69

Gambar 4.17	Rata-rata Skor Skala Fungsional Pasien Kanker Payudara berdasarkan Intensitas Pasien dalam Mengikuti Perawatan Paliatif.....	69
Gambar 4.18	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Intensitas Pasien dalam Mengikuti Perawatan Paliatif	70
Gambar 4.19	Rata-rata Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan KDP.....	71
Gambar 4.20	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan KDP	72
Gambar 4.21	Rata-rata Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan <i>Gathering</i> Pasien.....	73
Gambar 4.22	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan <i>Gathering</i> Pasien.....	73
Gambar 4.23	Rata-rata Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan <i>Home Visit</i>	74
Gambar 4.24	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan <i>Home Visit</i>	74
Gambar 4.25	Rata-rata Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan Dokter Menjawab	75
Gambar 4.26	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan Dokter Menjawab	76
Gambar 4.27	Rata-rata Skor Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan Relaksasi	77
Gambar 4.28	Rata-rata Skor Skala Gejala Pasien Kanker Payudara berdasarkan Kegiatan Relaksasi	77

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	107
B. Penjelasan dan Prosedur Penelitian	108
C. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	110
D. Kuesioner Penelitian	111
E. Dokumentasi Penelitian Penelitian	117
F. Surat Ijin Penelitian Garwita Institute Jember	118
G. Surat Ijin Pengambilan Data Garwita Institute Jember	119
H. Hasil Analisis Data.....	120

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

BRCA	=	<i>Breast Cancer Susceptibility Gene</i>
DCIS	=	<i>Ductal Carcinoma In Situ</i>
Depkes	=	Departemen Kesehatan
D.I.	=	Daerah Istimewa
DNA	=	<i>Deoxyribose-Nucleic Acid</i>
EORTC QLQ-C30	=	<i>European Organization for the Research and Threatment of Cancer Quality of Life Quistionnaire C30</i>
HRT	=	<i>Hormon Therapy Replacement</i>
KB	=	Keluarga Berencana
KDP	=	Kelompok Dukungan Paliatif
Kemenkes	=	Kementerian Kesehatab Republik Indonesia
NCI	=	<i>National Cancer Institute</i>
Menkes	=	Menteri Kesehatan
PSYCOG	=	<i>Psychosocial Collaborative Oncology Group</i>
Q	=	<i>Question</i>
RISKESDAS	=	Riset Kesehatan Dasar
RS	=	Rumah Sakit
RSUD	=	Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	=	Rumah Sakit Umum Pusat
TNM	=	Tumor, <i>Node</i> , Metastatis
WHO	=	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	=	<i>World Health Organization Quality of Life-BREF</i>

Daftar Notasi

<	=	Kurang dari
>	=	Lebih dari
≤	=	Kurang dari sama dengan

\geq	=	Lebih dari sama dengan
%	=	Persen
\pm	=	Lebih kurang



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Kanker paru, hati, perut, kolorektal, dan kanker payudara adalah penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahunnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015:2). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah penyakit kanker serviks dan payudara. Prevalensi penyakit kanker serviks sebesar 0,8‰ dan kanker payudara sebesar 0,5‰. Jawa Timur merupakan provinsi kedua setelah Jawa Tengah dengan jumlah estimasi absolut penderita kanker payudara terbanyak yaitu sebesar 9.688 jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2016:7). Berdasarkan data dari Instalasi Deteksi Dini dan Promosi Kesehatan RS Kanker Dharmais, jumlah kasus baru penderita kanker dan jumlah kematian akibat penyakit kanker terbanyak merupakan kanker payudara selama empat tahun berturut-turut yakni mulai tahun 2010-2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2015:4).

Menurut Prastiwi (2012:25), penyakit kanker payudara memberikan perubahan signifikan secara fisik maupun psikis individu, antara lain: kesedihan, kekhawatiran dan ketakutan akan masa depan dan kematian. The *Psychosocial Collaborative Oncology Group* (PSYCOG) mengidentifikasi gangguan psikiatri pada penderita kanker sebesar 47% yang meliputi depresi dan ansietas (68%), depresi major (13%), gangguan mental organik (8%), dan gangguan kepribadian (7%) (Misgiyanto dan Susilawati, 2014:3). Hal yang sangat penting untuk diperhatikan bagi para penderita kanker payudara adalah adanya mental psikologis penderita yang bisa saja akan mengalami penurunan secara dramatis. Akibatnya, penderita akan mengalami depresi dan bahkan bisa menurunkan kualitas hidup. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik,

sosial dan emosional serta dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Husni *et al.*, 2015:79).

Dalam sebuah penelitian oleh Heydarnejad *et al.* (2011:267), mengenai kualitas hidup penderita kanker pasca kemoterapi pada 200 pasien kanker, didapatkan sebanyak 22 (11%) pasien tingkat kualitas hidupnya baik, 132 (66%) pasien tingkat kualitas hidupnya sedang, dan 46 (23%) pasien tingkat kualitas hidupnya buruk. Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (1996:5), kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di tengah masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Dimensi kualitas hidup tidak hanya mencakup dimensi fisik saja, namun juga mencakup kinerja dalam memainkan peran sosial, keadaan emosional, fungsi-fungsi intelektual dan kognitif serta perasaan sehat dan kepuasan hidup (Reno, 2010:2).

Yeh *et al.* (2005) dalam Prastiwi (2012:23), menyatakan bahwa kualitas hidup sebagai dampak dari penyakit dan aspek kepuasan yang diukur dengan skala fungsi fisik (status fungsional dalam kehidupan sehari-hari), disfungsi psikologis (tingkat distress emosional), fungsi sosial (hubungan antar pribadi yang berfungsi dalam kelompok), pengobatan (kecemasan atau kekhawatiran tentang penyakit dan program perawatan), fungsi kognitif (kinerja kognitif dalam pemecahan masalah). Saxton dan Daley (2010:1), *National Cancer Institute (NCI)* menggambarkan “*Cancer Survivor*” meliputi : kondisi fisik, psikososial, sejak proses diagnosis hingga akhir hidupnya berfokus pada kesehatan, kehidupan penderita kanker dan pada saat sedang menjalani pengobatan. Pengukuran mengenai kualitas hidup bagi pasien kanker sangat diperlukan untuk melihat sejauh mana pengobatan yang dilakukan mempengaruhi kehidupan pasien. Oleh sebab itu, kebutuhan pasien tidak hanya pada pemenuhan atau pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin. Hal inilah yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Manuaba, 2008).

Menurut *World Health Organization (WHO)* (2004:14), perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup

pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri serta masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual. Hal ini berarti bahwa perawatan paliatif diberikan sejak awal diagnosa ditegakkan tanpa mempedulikan stadium penyakit. Pendapat yang berbeda diungkapkan oleh *Australian Palliative Care*, yang menyatakan bahwa ketentuan perawatan paliatif tidak harus berdasarkan waktu, namun atas dasar kebutuhan fisik dan psikososial yang diidentifikasi dari pasien dan keluarga. Tidak semua orang dengan penyakit yang mengancam nyawa akan membutuhkan perawatan paliatif (Waller *et al.*, 2011:956).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Pradana *et al.* (2013) di RSUD Sanglah Denpasar, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dengan kebutuhan perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Sanglah Denpasar. Dalam penelitian tersebut disebutkan pula bahwa perawatan paliatif sebaiknya tetap diberikan pada pasien kanker dengan kualitas hidup baik bukan hanya pada pasien yang sudah dinyatakan tidak bisa disembuhkan atau pada fase terminal. Selain itu, pada penelitian yang dilakukan oleh Zimmermann *et al.* (2012) yang dilaksanakan di *Princess Margaret Cancer Centre* Kanada, didapatkan bahwa perawatan paliatif yang dilakukan secara lebih awal kepada pasien penyakit kanker dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Hasil ini didapatkan dengan mengkombinasikan lima skala pengukuran kualitas hidup dan empat diantara alat ukur kualitas hidup yang digunakan menunjukkan hasil yang signifikan setelah dilakukan penelitian selama empat bulan.

Garwita Institute merupakan kantor bersama Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat dan Nadia Associates yang merupakan kantor psikologi klinis yang berada di Kabupaten Jember. Salah satu program unggulan dari Garwita Institute tepatnya dibawah naungan Nadia Associates adalah perawatan paliatif. Saat ini program perawatan paliatif yang digagas oleh Garwita Institute berfokus pada perawatan yang diberikan untuk para pasien kanker. Perawatan paliatif yang digagas oleh Garwita berfokus pada penanaman nilai – nilai penerimaan diri

terhadap penyakit kanker yang diderita melalui pendekatan psikologis, medis, sosial dan spiritual yang dikemas dalam beberapa kegiatan rutin. Kegiatan tersebut antara lain *Gathering* Pasien, Kelompok Dukungan Paliatif, Dokter Menjawab, *Home Visit*, serta Relaksasi / Konsultasi. Menurut Pradana *et al.* (2013), diperlukan adanya penelitian terkait perawatan paliatif dan kualitas hidup penderita kanker dengan menggunakan sampel yang lebih homogen.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian tentang gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute perlu dilaksanakan. Penelitian tersebut dilakukan agar dapat mengetahui gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara yang telah mendapat perawatan paliatif. Selain itu, dengan sampel yang lebih homogen yaitu pasien kanker payudara sehingga dapat secara lebih spesifik mengetahui gambaran dari variabel yang diteliti.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah : “Bagaimana gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif oleh Garwita Institute?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan karakteristik pasien kanker payudara yang terdiri dari usia, jenis kelamin, stadium kanker dan lama menjalani pengobatan kanker payudara.

2. Menggambarkan metode perawatan paliatif pada pasien kanker payudara yang dilaksanakan oleh Garwita Institute.
3. Menggambarkan keikutsertaan pasien kanker payudara dalam perawatan paliatif oleh Garwita Institute.
4. Menggambarkan kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif oleh Garwita Institute berdasarkan status kesehatan global, skala fungsional dan skala gejala.
5. Menggambarkan kualitas hidup pasien kanker payudara dalam status kesehatan global, skala fungsional dan skala gejala berdasarkan karakteristik serta keikutsertaan pasien kanker payudara dalam perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti lain dalam perkembangan ilmu kesehatan masyarakat bidang epidemiologi penyakit tidak menular khususnya yang terkait dengan penyakit kanker payudara.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan mengenai kualitas hidup pasien kanker payudara yang telah mendapatkan perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

b. Bagi Masyarakat

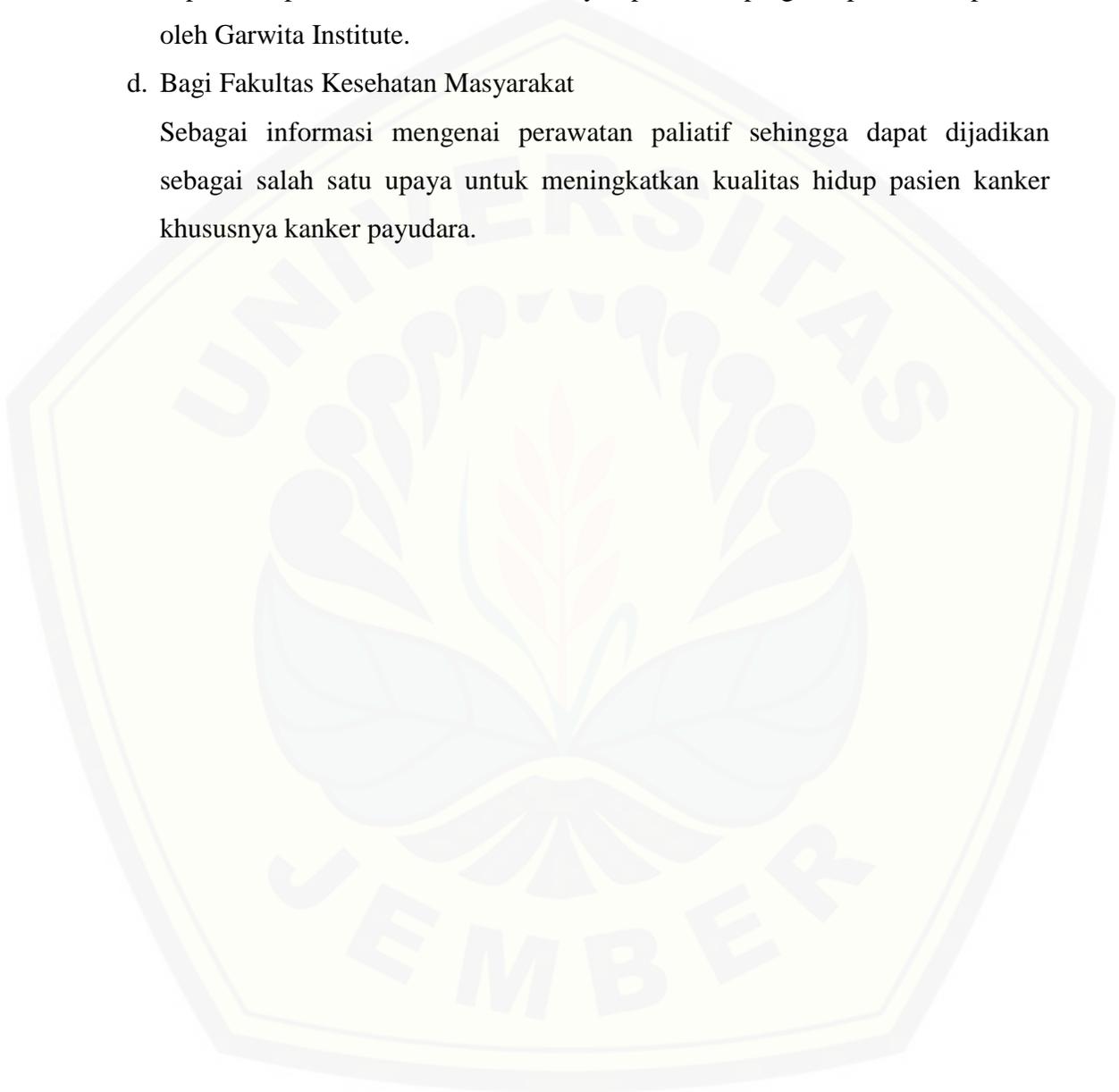
- 1) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan terkait program peningkatan kualitas hidup penderita kanker payudara.
- 2) Sebagai referensi mengenai kualitas hidup pasien kanker payudara dan mengenai perawatan paliatif.

c. Bagi Garwita Institute

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan tolak ukur keberhasilan program perawatan paliatif yang telah dilaksanakan sehingga dapat memperbaiki dan semakin menyempurnakan program perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Sebagai informasi mengenai perawatan paliatif sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker khususnya kanker payudara.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Payudara

2.1.1 Definisi Kanker Payudara

Kanker payudara adalah penyakit yang berasal dari sel – sel (kanker) ganas yang terdeteksi dalam jaringan payudara (Kartikawati, 2013:28). Kanker payudara menyerang kelenjar, saluran, dan jaringan penunjang payudara tetapi tidak termasuk kulit payudara (Mangan, 2005:16). Kanker payudara menyebabkan sel dan jaringan payudara berubah bentuk menjadi abnormal dan bertambah banyak secara tidak terkendali (Mardiana, 2006:11). Selain itu, kanker payudara didefinisikan sebagai suatu penyakit neoplasma yang ganas yang berasal dari parenchyma. Penyakit ini oleh WHO dimasukkan ke dalam *International Classification of Disease (ICD)* dengan kode nomor 17 (Kartikawati, 2013:49).

2.1.2 Epidemiologi Kanker Payudara

Angka kejadian kanker payudara berdasarkan hasil diagnosis di Indonesia tahun 2012 adalah sebesar 12%, angka tersebut merupakan tiga terbesar se-Asia Pasifik (Bhatia, 2016:1). Berdasarkan data dari *World Health Organization (WHO)* tahun 2014, angka kematian pada wanita di Indonesia akibat kanker payudara mencapai 21,4% dari total 92.200 kematian yang terjadi akibat kanker. Kanker payudara merupakan jenis kanker terbanyak yang menyebabkan kematian. Selain itu mulai tahun 2000 – 2012, rata – rata angka kematian kanker payudara di Indonesia berdasarkan standar umur adalah yang paling tinggi yaitu mencapai 20 per 100.000 kematian. Insiden kejadian penyakit kanker payudara di Indonesia hingga tahun 2014 mencapai 48.998 kasus dan merupakan jumlah kasus penyakit kanker terbanyak dibanding kanker serviks, colorectum, ovarium dan paru – paru pada wanita.

Menurut data *GLOBOCAN (IARC)* tahun 2012 (Kementerian Kesehatan RI, 2015), diketahui bahwa kanker payudara merupakan penyakit kanker dengan persentase kasus baru (setelah dikontrol oleh umur) tertinggi, yaitu sebesar 43,3%,

dan persentase kematian (setelah dikontrol oleh umur) akibat kanker payudara sebesar 12,9%. Sedangkan menurut data RISKESDAS 2013, penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah penyakit kanker serviks dan payudara. Prevalensi penyakit kanker serviks sebesar 0,8‰ dan kanker payudara sebesar 0,5‰. Prevalensi kanker payudara tertinggi terdapat pada Provinsi D.I. Yogyakarta, yaitu sebesar 2,4‰. Jawa Timur merupakan provinsi kedua setelah Jawa Tengah dengan jumlah estimasi absolut penderita kanker payudara terbanyak yaitu sebesar 9.688 jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2016:7). Berdasarkan data dari Instalasi Deteksi Dini dan Promosi Kesehatan RS Kanker Dharmais, jumlah kasus baru penderita kanker dan jumlah kematian akibat penyakit kanker terbanyak merupakan kanker payudara selama empat tahun berturut-turut yakni mulai tahun 2010-2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2015:4).

2.1.3 Etiologi Kanker Payudara

Menurut Hukom (2003:3), sekitar 5-10% dari kanker terjadi akibat adanya kelainan genetik yang diturunkan. Kanker payudara merupakan salah satu contoh kanker yang melibatkan faktor genetik sebagai pemeran penting, meskipun tidak eksklusif, dalam timbulnya kanker. Mutasi dua gen tertentu yang dinamakan gen BRCA1 dan BRCA2 ternyata mempunyai hubungan erat dengan risiko kanker payudara, kanker ovarium, atau keduanya. Artinya, sebagian besar (50-85%) wanita dengan mutasi gen BRCA1 dan BRCA2 akan terkena kanker payudara di kemudian hari (Saryono dan Pramitasari, 2008:18).

BRCA1 dan BRCA2 merupakan *tumor supressor gene*. BRCA1 berperan dalam tiga hal yaitu aktivasi respons terhadap kerusakan DNA, aktivasi *checkpoint* siklus sel dan/atau perbaikan kerusakan DNA tipe *double strand break* (DSB). Sehingga pada dasarnya, gen BRCA1 berperan agar sel yang mengalami kerusakan DNA tidak berlanjut ke siklus pembelahan sel. Peran BRCA2 terutama pada reparasi DNA dengan mekanisme rekombinasi homolog (*homologous recombinant* [HR]). Mutasi yang bersifat melemahkan atau inaktivasi gen BRCA1

dan BRCA2 ternyata juga mempunyai relevansi klinis terutama dengan keparahan kondisi klinis (Romadhon, 2013:787).

2.1.4 Tanda dan Gejala Kanker Payudara

Keluhan utama penderita adalah pembengkakan payudara. Awalnya benjolan ini berukuran kecil, tapi lama kelamaan membesar dan akhirnya melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau puting susu (Kartikawati, 2013:37). Besar kecilnya benjolan yang tumbuh tersebut sangat bervariasi, tergantung seberapa cepat penderita bisa mendeteksinya (Mardiana, 2006:13). Secara umum, tanda dan gejala penyerta kanker payudara adalah :

- a. Timbul rasa sakit atau nyeri pada payudara terutama apabila sudah memasuki stadium lanjut. Semakin lama benjolan semakin membesar (Mardiana, 2006:13). Bila benjolan / tumor sudah besar, rasa sakit yang ada akan hilang-timbul (Kartikawati, 2013:37).
- b. Payudara mengalami perubahan bentuk dan ukuran karena mulai timbul pembengkakan (Mardiana, 2006:13). Selain itu, terjadi perubahan warna atau tekstur kulit pada payudara, puting susu maupun *areola* (daerah berwarna coklat tua di sekeliling puting susu) (Rahayu, 2006:94).
- c. Kerutan pada kulit payudara (Setiati, 2009:51). Kerutan pada kulit payudara menyerupai kulit jeruk (Mardiana, 2006:13).
- d. Puting susu masuk ke dalam (retraksi) (Kartikawati, 2013:37). Serta terkadang menimbulkan rasa gatal (Rahayu, 2006:94).
- e. Puting susu mengeluarkan cairan (Saryono dan Pramitasari, 2008:18). Cairan abnormal yang keluar dari puting susu biasanya berdarah atau berwarna kuning sampai hijau, mungkin juga bernanah (Rahayu, 2006:94).
- f. Ada luka dan eksim (koreng) di payudara dan puting susu yang tidak dapat sembuh meskipun telah diobati (Mangan, 2005:17).
- g. Benjolan atau massa di ketiak (Rahayu, 2006:94)

2.1.5 Tipe Kanker Payudara

Menurut *American Cancer Society* (2016), terdapat beberapa jenis kanker payudara invasif. Klasifikasi sel kanker sangat penting karena tipe yang berbeda akan menyebabkan pertumbuhan dan metastatis sel kanker yang bervariasi. Tipe kanker payudara yang spesifik adalah sebagai berikut :

- a. *Invasive ductal cancer*. Sekitar 70% dari kanker payudara termasuk dalam kategori ini. Kanker jenis ini sangat cepat menyebar ke kelenjar getah bening, dan hal ini mengakibatkan prognosis yang jauh lebih buruk dibandingkan tipe lainnya.
- b. *Medullary carcinoma*. Tipe ini terjadi pada sekitar 7% kejadian kanker payudara. Sel kanker jenis ini terlihat seperti tumbuh di dalam kapsul tanpa duktus dan mempunyai prognosis yang lebih baik.
- c. *Comedocarcinomas*. Tipe jenis ini terjadi pada 5% kanker payudara. Prognosis secara umum baik.
- d. *Mucinous carcinoma*. Tipe kanker ini masih merupakan bentuk lain dari *ductal cancer*. Nama *mucinous* diberikan karena sel kankernya memproduksi mukus atau lendir. Tipe kanker ini terjadi pada 3% kejadian kanker payudara.
- e. *Tubular ductal cancer*. Tipe jenis ini merupakan tipe yang paling jarang terjadi, hanya sekitar 2% penderita kanker payudara menderita jenis ini. Prognosis tipe ini lebih baik dibanding tipe *invasive ductal cancer*.
- f. *Invasive lobular carcinoma*. Kanker tipe ini terjadi pada sekitar 3% penderita kanker payudara. Tipe kanker ini hampir sama dengan tipe *invasive ductal cancer* dengan prognosis yang juga buruk.
- g. *Lobular and ductal carsinomas in situ (DCIS)*. Ini adalah tipe kanker payudara non-invasif paling umum (Kartikawati, 2013:53). Beberapa kanker tipe ini akan berkembang menjadi *invasive ductal cancer*. Namun, sangat jarang ditemukan penyebaran kanker tipe ini sampai ke kelenjar getah bening.

2.1.6 Staging (Tahapan Stadium Kanker)

Cara untuk mengklasifikasikan tahapan stadium kanker yang paling banyak digunakan saat ini adalah stadium kanker dengan klasifikasi berdasarkan letak anatomis pada kelenjar getah bening primer, daerah tumor serta ada tidaknya metastasis. Oleh karena itu, dalam hal ini klasifikasi tahapan stadium kanker merupakan singkatan dari *Tumor Size, Node, and Metastasis* (TNM). Sistem TNM yang direkomendasikan oleh *International Union Against Cancer* (UICC) dari *World Health Organization / American Joint Committee On Cancer* (AJCC). Pada kanker payudara, penilaian TNM sebagai berikut (Kartikawati, 2013:39 - 40):

- a. T (tumor size) :
 - 1) T 0 : tidak ditemukan tumor primer
 - 2) T 1 : ukuran tumor diameter 2 cm atau kurang
 - 3) T 2 : ukuran tumor diameter antara 2-5cm
 - 4) T 3 : ukuran tumor berapa saja, tetapi sudah ada penyebaran ke kulit atau dinding dada atau pada keduanya, dapat berupa borok, edema atau bengkak, kulit payudara kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit di luar tumor utama.
- b. N (node), kelenjar getah bening regional (kgb) :
 - 1) N 0 : tidak terdapat metastatis pada kgb regional di ketiak / aksilla
 - 2) N 1 : ada metastatis ke kgb aksilla yang masih dapat digerakkan
 - 3) N 2 : ada metastatis ke kgb aksilla yang sulit digerakkan
 - 4) N 3 : ada metastatis ke kgb di atas tulang selangka (*supraclavícula*) atau pada kgb di *mammary interna* di dekat tulang *sternum*
- c. M (metastatis) :
 - 1) M x : metastatis jauh belum dapat dinilai
 - 2) M 0 : tidak terdapat metastatis jauh
 - 3) M 1 : terdapat metastatis jauh

Berikut ini merupakan klasifikasi stadium kanker payudara berdasarkan sistem TNM menurut *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) tahun 2002 dalam

Panduan Nasional Penanganan Kanker ‘Kanker Payudara’ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015:9) :

- a. Stadium 0 : T0 N0 M0
- b. Stadium I : T1 N0 M0
- c. Stadium IIA : T0-1 N1 M0 T2 N0 M0
- d. Stadium IIB : T2 N1 M0 T3 N0 M0
- e. Stadium IIIA : T0-2 N2 M0 T3 N1-2 M0
- f. Stadium IIIB : T4 N0-2 M0
- g. Stadium IIIC : Setiap T N3 M0
- h. Stadium IV : Setiap T Setiap N M1

2.1.7 Faktor Resiko Kanker Payudara

Secara umum, faktor risiko penyebab kanker payudara adalah :

- a. Usia
Sekitar 60% kanker payudara terjadi pada usia di atas 60 tahun. Resiko terbesar ditemukan pada wanita diatas 75 tahun (Rahayu, 2006:91).
- b. Obesitas
Obesitas sebagai faktor resiko kanker masih diperdebatkan. Beberapa penelitian menyebutkan obesitas sebagai faktor resiko kanker payudara kemungkinan karena tingginya kadar estrogen pada wanita yang mengalami obesitas (Rahayu, 2006:93).
- c. Konsumsi lemak
Konsumsi makanan berlemak dan berprotein tinggi, tetapi rendah serat meningkatkan resiko terjadinya kanker payudara. Contoh makanan berlemak dan berprotein tinggi adalah makanan tidak sehat seperti *junk food* (Setiati, 2009:44). Makanan seperti itu mengandung karsinogen yang dapat merangsang pertumbuhan kanker (Suyanti, 2008).
- d. Kontaminasi senyawa kimia secara berlebihan

Kontaminasi ini dapat bersifat langsung maupun tidak langsung. Wanita yang merokok memiliki resiko paling besar terserang kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok (Mardiana, 2006:12).

e. Pencemaran lingkungan

Pencemaran lingkungan bisa termasuk paparan di tempat kerja, pestisida dan cairan pembersih (Setiati, 2009:44).

Secara spesifik, faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya kanker payudara sebagai berikut (Mangan, 2005:16) :

a. Mendapat haid pertama (menarke) saat berumur kurang dari 10 tahun

Semakin dini menarke, semakin besar resiko menderita kanker payudara. Resiko menderita kanker payudara adalah 2-4 kali lebih besar pada wanita yang mengalami menarke sebelum usia 12 tahun (Rahayu, 2006:92).

b. Tidak pernah melahirkan anak (nullipara)

Menurut penelitian yang dilakukan Azamris (2006), pada wanita yang tidak memiliki riwayat kehamilan mempunyai resiko untuk menderita kanker payudara sebesar 6,3 kali. Hal ini menunjukkan faktor protektif dari kehamilan. Didapatkan bahwa kehamilan memang dapat memperkecil resiko kanker payudara melalui pengaruh penurunan perangsangan estrogen pada payudara (Oktavianisya, 2011:14).

c. Melahirkan anak pertama setelah berumur 35 tahun

Menurut Dixon dan Leonard (2002), wanita yang belum hamil sampai melebihi 30 tahun memiliki resiko yang lebih besar daripada mereka yang hamil pertama kali di usia belasan tahun.

d. Pernah mengalami operasi payudara disebabkan kelainan tumor jinak atau tumor ganas payudara.

e. Riwayat keluarga

Wanita yang ibu, saudara perempuan atau anaknya menderita kanker, memiliki resiko 3 kali lebih besar untuk menderita kanker payudara (Rahayu, 2006:92).

f. Pernah melakukan terapi sulih hormon (HRT)

Terapi sulih estrogen yang dijalankan selama lebih dari 5 tahun tampaknya juga sedikit meningkatkan resiko kanker payudara dan resikonya meningkat jika pemakaiannya lebih lama (Rahayu, 2006:93).

g. Pernah melakukan program KB dengan menggunakan alat kontrasepsi oral dalam jangka waktu yang lama

Pil KB bisa sedikit meningkatkan resiko terjadinya kanker payudara, yang tergantung pada usia, lamanya pemakaian dan faktor lainnya. Belum diketahui berapa lama efek pil akan tetap ada setelah pemakaian pil dihentikan (Rahayu, 2006:93).

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Kanker Payudara

Untuk memastikan gejala klinik yang dialami oleh penderita, maka pemeriksaan yang dapat dilakukan sebagai upaya skrining kanker payudara adalah pemeriksaan radiodiagnostik. Menurut Kardinah (2003:14) dalam Penatalaksanaan Kanker Payudara Terkini, terdapat tiga metode pemeriksaan radiodiagnostik antara lain :

a. Mamografi

Pemeriksaan mamografi adalah pemeriksaan yang sensitif untuk mendeteksi lesi yang tidak teraba (*unpalpable*). Pemeriksaan mamografi menggunakan sinar X yang dipaparkan pada payudara (Saryono dan Pramitasari, 2008:21). Dosis sinar X yang digunakan dalam pemeriksaan mamografi merupakan sinar X dosis rendah (Rahayu, 2006:95).

b. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ultrasonografi merupakan pemeriksaan yang sangat penting untuk menilai struktur lesi. Lesi solid atau kistik dapat dengan mudah diidentifikasi dengan USG, selain itu ukuran lesi lebih akurat dengan menggunakan USG. Pemeriksaan USG juga digunakan untuk membedakan *kista* (kantong berisi cairan) dengan benjolan padat (Rahayu, 2006:95).

c. Praoperatif limfoskintigrafi

Limfoskintigrafi adalah pemeriksaan yang menggunakan radio isotop Tc-99m yang dilabel dengan koloid. Menurut Suzanna (2003:23), pemeriksaan ini dilakukan untuk pemetaan limfatik yaitu suatu teknik pemetaan kelenjar getah bening di aksila pada pasien kanker payudara. Dengan melakukan pemeriksaan ini, dapat diketahui kelenjar getah bening yang akan dialiri oleh sel kanker apabila telah terdapat penyebaran melalui pembuluh limfe.

2.1.9 Pencegahan Kanker Payudara

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk menghindari kejadian kanker payudara antara lain yaitu (Kartikawati, 2013:45) :

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer pada kanker payudara dapat dilakukan dengan melakukan promosi kesehatan pada orang yang sehat melalui menghindari paparan dari berbagai faktor risiko dan melaksanakan pola hidup sehat. Pencegahan primer juga bisa dilakukan dengan pemeriksaan SADARI (pemeriksaan payudara sendiri) yang dilakukan secara rutin.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan terhadap individu yang memiliki resiko untuk terkena kanker payudara sebagai upaya deteksi dini. Beberapa metode deteksi dini terus mengalami perkembangan, salah satunya mamografi. Mamografi diklaim memiliki akurasi 90% dari semua penderita kanker payudara.

c. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier biasanya diarahkan pada individu yang telah positif menderita kanker payudara. Penanganan yang tepat penderita kanker payudara sesuai dengan stadiumnya akan dapat mengurangi kecacatan dan memperpanjang harapan hidup penderita. Tindakan pengobatan dapat berupa operasi, tindakan kemoterapi dengan sitostatika dan pada stadium

tertentu, pengobatan yang diberikan hanya berupa simptomatik dan dianjurkan untuk mencari pengobatan alternatif.

2.2 Perawatan Paliatif

2.2.1 Definisi Paliatif

National Institute for Health and Clinical and Excellence (NICE) mengatakan bahwa perawatan paliatif adalah perawatan secara holistik bagi pasien penyakit kronis. Hal yang terpenting dalam perawatan paliatif adalah manajemen rasa nyeri dan gejala lain serta penyediaan dukungan secara psikologis, sosial dan spiritual (Buckley, 2008:9). Apabila menurut *World Health Organization (WHO)* (2004:14), perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri serta masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual.

Perawatan paliatif merupakan perawatan kesehatan khusus untuk orang dengan penyakit serius. Perawatan ini berfokus pada memberikan bantuan untuk pasien agar pulih dari rasa sakit dan gejala, dan stres maupun akibat diagnosis penyakit yang diderita (Smith, *et al.*, 2012:881). Perawatan paliatif juga membantu pasien untuk menganggap kematian sebagai proses normal dan tidak berniat untuk mempercepat atau untuk memperpanjang kematian. Perawatan paliatif mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual untuk perawatan pasien, dan menawarkan dukungan untuk membantu pasien untuk tetap hidup produktif sampai menjelang kematian. Selain itu, perawatan paliatif juga memberi dukungan untuk keluarga pasien dalam merawat pasien selama sakit dan dukungan atas dukacita yang dirasakan oleh keluarga pasien saat pasien meninggal. Dengan pendekatan secara holistik, perawatan paliatif membahas kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk konseling dukacita jika diperlukan (Maria, 2015:9).

Perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup, dan dapat memberikan dampak positif bagi kemungkinan kesembuhan pasien. Hal ini dapat terjadi jika perawatan paliatif telah dilakukan sejak awal perjalanan penyakit yang dilakukan bersama – sama dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau radioterapi. Perawatan paliatif harus ditawarkan sebagai suatu kebutuhan yang diterapkan sejak awal penyakit, sebelum penyakit menjadi tidak terkendali. Perawatan paliatif tidak harus dilakukan secara khusus oleh tim perawatan paliatif. Layanan perawatan paliatif dapat juga ditawarkan ketika pengobatan lainnya sudah tidak dijalankan lagi. Hal tersebut harus terintegrasi dengan perawatan yang telah dijalani sebelumnya (Davies dan Higginson, 2004).

Secara umum, definisi perawatan paliatif adalah perawatan kesehatan terpadu yang bersifat aktif dan menyeluruh, dengan pendekatan multidisiplin yang terintegrasi, yaitu terkait bidang medis, psikologis, sosial, dan spiritual yang ditujukan untuk pasien dan keluarga pasien penyakit kronis. Seperti penyakit apapun yang diderita pasien dalam jangka waktu panjang, penyakit yang terus berkembang, penyakit yang membuat kondisi fisik pasien memburuk tanpa penanganan yang tepat serta mengancam keselamatan jiwa pasien (Maria, 2015:10).

2.2.2 Prinsip Paliatif

Perawatan paliatif berfokus kepada perawatan pada pasien yang menderita penyakit kronis. Perawatan dilakukan dengan cara menggunakan komunikasi yang terbuka dan jujur pada pasien dan keluarga pasien, memberikan penilaian dan kontrol atas gejala penyakit yang diderita secara tepat. Perawatan paliatif dapat dilakukan pada semua usia pasien dan semua stadium penyakit kronis dan dapat dilakukan secara bersama – sama dengan terapi kuratif yang sedang dijalankan (Smith, *et al.*, 2012:881). Secara garis besar, prinsip dari perawatan paliatif menurut *World Health Organization* (WHO) (2004:15) adalah sebagai berikut:

1. Mengurangi rasa nyeri dan meredakan tingkat *distress* pasien.
2. Menguatkan dan membuat pasien memandang kematian sebagai suatu proses normal.
3. Tidak berintensi memperpendek atau memperpanjang usia.
4. Mengintegrasikan aspek medis, psikologis, sosial, dan spiritual.
5. Menawarkan sistem *support* yang membantu pasien tetap hidup seaktif mungkin dan meningkatkan kualitas hidupnya sampai hari kematiannya tiba.
6. Memberi sistem *support* untuk membantu keluarga pasien.
7. Dapat diaplikasikan sejak awal penyakit dideteksi, sebagai pendamping terapi lainnya.

Sedangkan menurut Chairn dan Yates (2003) dalam Suryani (2013), hal-hal yang merupakan prinsip dalam perawatan paliatif antara lain :

- a. Pasien dan keluarga merupakan *unit of care*.
- b. Penderita dilihat sebagai *whole person*.
- c. Menggunakan pendekatan interdisiplin.
- d. Memberikan dukungan dan *support* pada pasien dan keluarga termasuk melewati proses berduka seperti menghadapi kematian dengan damai.
- e. Spirit untuk menerima penyakit.
- f. Mengatasi nyeri dan keluhan fisik lainnya.
- g. Penggunaan terapi alternatif dimungkinkan.

2.2.3 Domain Perawatan Paliatif

Dalam sebuah laporan untuk orasi ilmiah yang ditulis oleh Suryani dalam rangka memperingati HUT PPNI Ke 39 (2013), terdapat beberapa aspek yang merupakan domain dari perawatan paliatif, antara lain :

1. Proses dan struktur pelayanan

Pelayanan *paliative care* bersifat komprehensif dan interdisipliner (Yates, 2007) *paliative care* berfokus pada pasien dan keluarga. Tim *paliative care* punya jaringan dengan pelayanan yang ada di masyarakat.

Lingkungan perawatan yang sehat serta petugas atau perawatnya yang bisa dihubungi kapan saja.

2. Perawatan fisik penderita

Sangat penting untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh penderita karena nyeri merupakan gejala utama (Seale and cartwright, 1994). Selain itu juga masalah pernafasan, anoreksia, insomnia, dan konstipasi. Masalah nyeri bisa diatasi dengan memberikan obat – obatan pereda nyeri.

3. Perawatan psikologis dan gangguan jiwa

Masalah psikologis yang dialami penderita penyakit terminal tidak bisa diabaikan karena bisa berlanjut menjadi gangguan jiwa berat. Untuk mengatasi masalah psikologis ini perlu pendekatan interdisiplin. Konseling perlu diberikan agar psikologis penderita bisa diatasi.

4. Aspek sosial

Walaupun penderita mengalami penyakit terminal, penderita sebaiknya tetap berinteraksi dengan lingkungannya. Jika perlu, penderita tetap berkontribusi di lingkungan sosial. Apabila penderita masih bisa bekerja maka sebaiknya tetap bekerja (Courtney, *et al.*, 2003).

5. Perawatan spiritual

Cara penderita memahami dan menerima keadaan penyakitnya akan mempengaruhi kesehatannya. Penerimaan penderita terhadap penyakitnya dipengaruhi oleh keadaan spiritualnya (Courtney, *et al.*, 2003). Oleh karena itu, perawat perlu peka terhadap sesuatu hal yang dianggap paling penting dalam kehidupan penderita dan siapa orang yang berpengaruh dalam hidup penderita. Perawat juga perlu mengetahui dan memeriksa penderita terhadap tanda - tanda spiritual *distress* yang dialami oleh penderita. Pengkajian spiritual secara reguler perlu dapat dilakukan. Hadirkan orang - orang yang bisa memberikan semangat bagi penderita termasuk jika diperlukan menghadirkan tokoh agama sesuai keyakinan yang dianut penderita.

6. Aspek budaya

Tim paliatif perlu mengkaji dan mencoba menemukan aspek budaya spesifik yang menjadi perhatian dari penderita dan keluarga. Berkomunikasilah dengan menghargai budaya penderita dengan menghargai cara berkomunikasi, diet dan praktek - praktek budaya dari penderita dan keluarganya (Leininger & McFarland, 2006).

7. Aspek medikolegal perawatan paliatif

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007, penderita penyakit terminal harus memahami pengertian, tujuan dan pelaksanaan perawatan paliatif *informed consent* perlu dilakukan. Meskipun pada umumnya hanya tindakan kedokteran (medis) yang membutuhkan *informed consent* tetapi pada perawatan paliatif sebaiknya setiap tindakan yang berisiko dilakukan *informed consent*. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diutamakan pasien sendiri apabila ia masih kompeten, dengan saksi anggota keluarga terdekatnya. Tim perawatan paliatif sebaiknya mengusahakan untuk memperoleh pesan atau pernyataan pasien pada saat ia sedang kompeten tentang apa yang harus atau boleh atau tidak boleh dilakukan terhadapnya. Pasien dapat menunjuk seseorang yang nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan pada saat ia tidak kompeten. Pada keadaan darurat, untuk kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan, dan informasi dapat diberikan pada kesempatan pertama.

2.2.4 Tempat untuk Melakukan Perawatan Paliatif

Menurut Keputusan Menkes Nomor 812 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif Tahun 2007, perawatan paliatif bisa dilakukan di berbagai tempat antara lain :

- a. Rumah penderita sendiri : untuk penderita yang tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengawasan.

- b. Puskesmas : untuk penderita yang tidak memerlukan perawatan tapi hanya pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah singgah (*hospice*) : untuk penderita yang tidak memerlukan tindakan khusus atau peralatan khusus, ataupun pengawasan ketat, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.
- d. Rumah sakit : untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus.

2.2.5 Tim Pelaksana Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang dilakukan secara holistik dari berbagai bidang, mulai dari psikologi hingga spiritual. Sehingga pihak yang dapat melaksanakan perawatan paliatif merupakan tim gabungan dari berbagai multidisiplin ilmu yang idealnya terdiri dari :

- a. Dokter
- b. Perawat
- c. Ahli gizi
- d. Relawan
- e. Terapis
- f. Pekerja sosial medis
- g. Pendamping atau pemimpin spiritual

Semua pihak tersebut hendaknya bekerja sama dan memiliki pola komunikasi yang efektif agar pelayanan memperoleh hasil yang optimal pada pasien (Suryani, (2013); Smith, *et al.*, (2012:818)).

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut Kempen dan Ormel (1997), kualitas hidup merupakan suatu konsep multidimensional yang luas meliputi domain fungsi sehari – hari dan pengalaman subjektif, seperti fungsi fisik, sensasi somatik, pemahaman terhadap kesehatan,

fungsi sosial dan peran, serta kesejahteraan subjektif. Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. Dimensi kualitas hidup tidak hanya mencakup dimensi fisik saja, namun juga mencakup kinerja dalam memainkan peran sosial, keadaan emosional, fungsi-fungsi intelektual dan kognitif serta perasaan sehat dan kepuasan hidup (Reno, 2010 dalam Yulianti 2013).

Kualitas hidup (*Quality of Life / QOL*) adalah persepsi individu berdasarkan penilaian subjektif mengenai posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (WHO, 1996:5).

Secara umum terdapat 5 domain yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (1996:7), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologi, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan. Berdasarkan hasil review literatur yang dilakukan oleh Felce dan Perry (1995) dalam Murti (2015:8), dihasilkan aspek – aspek kualitas hidup yang paling sering muncul ke dalam lima kelompok besar, yaitu :

- a. Aspek kesejahteraan fisik : kesehatan, kebugaran, keamanan fisik, dan mobilitas sebagai bagian dari kelompok aspek *physical wellbeing*.
- b. Aspek kesejahteraan material : pendapatan, kualitas lingkungan hidup, *privacy*, kepemilikan, makanan, transportasi, lingkungan tempat tinggal, keamanan dan stabilitas sebagai bagian dari kelompok aspek *material wellbeing* serta aspek keuangan dan ekonomi.
- c. Aspek kesejahteraan sosial : dimensi hubungan interpersonal (hubungan dengan keluarga atau kehidupan rumah tangga, hubungan dengan kerabat dalam keluarga besar, hubungan dengan teman atau rekan) dan dimensi keterlibatan dalam masyarakat (aktivitas individu dalam masyarakat, besarnya penerimaan atau dukungan masyarakat).

- d. Aspek pengembangan dan aktivitas : kepemilikan dan penggunaan keahlian baik hubungannya dengan *self-determination* (kompetensi atau kemandirian dan pilihan atau pengendalian) ataupun pencapaian aktivitas fungsional (pekerjaan, rekreasi, pekerjaan rumah tangga, pendidikan, dan produktivitas/kontribusi) serta hobi, sekolah, karir, dan olahraga.
- e. Aspek kesejahteraan emosional : afek dan *mood*, kepuasan atau pemenuhan kebutuhan, kepercayaan diri, agama, dan status/kehormatan, kebahagiaan, agama serta kesejahteraan psikologis.

2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup dapat menjadi suatu prediktor dari suatu keberhasilan perlakuan yang diberikan dan beberapa studi menemukan beberapa faktor pengukuran kualitas hidup secara umum seperti kesejahteraan fisik, *mood*, dan rasa nyeri merupakan beberapa faktor yang penting untuk diukur. Namun, pengukuran kualitas hidup juga tidak dapat dikatakan membentuk suatu persepsi pasien secara dini sebagai bentuk dari progres suatu penyakit atau status kualitas hidup merupakan suatu hal yang kemudian akan mempengaruhi perjalanan penyakit (Fayers dan Machin, 2013:92). Sampai saat ini terdapat dua metode pengukuran kualitas hidup, yaitu pengukuran kualitas hidup murni secara obyektif dan pengukuran kualitas yang dilakukan secara subjektif. Pengukuran kualitas hidup secara obyektif dilakukan menggunakan indikator – indikator yang terstandarisasi dalam alat ukur dan berdasarkan pada data – data yang diambil secara langsung dari individu terkait. Sedangkan pengukuran kualitas hidup pada pengukuran subjektif dinilai berdasarkan perspektif subjektif individu yang diukur kualitas hidupnya baik pada indikator kualitas hidup yang terstandarisasi maupun indikator subjektif yang ditentukan sendiri oleh individu terkait (Sitilonga, 2007:11).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (1996:7), pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan menilai domain – domain tertentu dalam hidup seseorang. Domain untuk pengukuran kualitas hidup seseorang yaitu domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Domain – domain

tersebut dapat memberikan kontribusi secara bersama – sama bagi kualitas hidup seseorang. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan, semua domain akan diukur dalam dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan dan perspektif sehat yang lebih subjektif. Menurut Ware dan Sherbourne (1992), kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula (Putri, 2013:9).

Secara garis besar, instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum dan instrumen khusus. Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan, dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita (Sitilonga, 2007:11). Contoh instrumen umum adalah seperti *Sickness Impact Profile (SIP)*, *36-item Short – Form Health Survey (SF – 36)*, *12–item Short – Form Health Survey (SF – 12)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-BREF)*, dan lain – lain (Putri, 2013:9). Sedangkan instrumen khusus adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur suatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional). Contoh instrumen khusus adalah *The Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI)* dan *The Epilepsy Surgery Inventory (ESI – 55)* (Sitilonga, 2007:11).

Beberapa instrumen pengukuran kualitas hidup diantaranya :

a. Instrumen *The World Health Organization Quality of Life-BREF*

World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) adalah instrumen pengukuran kualitas hidup dari WHO yang merupakan instrumen singkat dari WHOQOL-100. Instrumen ini dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit yang terdiri atas 24 facets yang mencakup 4 domain, yaitu : kesehatan fisik yang terdiri dari dua pertanyaan, psikologi terdiri dari enam pertanyaan, hubungan sosial terdiri

dari tiga pertanyaan, dan lingkungan yang terdiri dari delapan pertanyaan. WHOQOL-BREF juga mengukur dua facets dari kualitas hidup secara umum, yaitu : kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan secara umum (WHO, 1996:7).

- b. Instrumen *European Organization for the Research and Threatment of Cancer Quality of Life Quistionnaire C30* (EORTC QLQ – C30)

European Organization for the Research and Threatment of Cancer Quality of Life Quistionnaire C30 (EORTC QLQ – C30) adalah instrumen spesifik pengukuran kualitas hidup yang digunakan untuk pasien kanker. Instrumen ini merupakan versi terbaru dari sebelumnya yaitu QLQ – C36 yang dikembangkan pada tahun 1987. Kuesioner ini merupakan hasil studi lapangan internasional tentang pengaruh kanker terhadap kualitas hidup. Kuesioner EORTC QLQ – C30 didesain untuk pengukuran spesifik kanker, dalam struktur multidimensional, sesuai untuk administrasi diri dan dapat digunakan pada berbagai budaya. Instrumen EORTC QLQ – C30 berisi 30 pertanyaan, terdapat dua pertanyaan yang mengarah pada kepuasan status kesehatan dan keadaan kesehatan secara keseluruhan (status kesehatan global), terdapat 15 pertanyaan tentang keadaan emosional yang mencakup lima fungsi, yaitu fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosional, fungsi kognitif dan fungsi sosial, dan 13 pertanyaan mengenai skala gejala / permasalahan yang dirasakan (kelelahan, mual dan muntah, nyeri, sulit bernafas, sulit tidur, nafsu makan berkurang, sembelit, diare, dan kesulitan keuangan) (Fayers *et al.*, 2001:6-9).

2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara

Salah satu instrumen spesifik yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup penderita kanker yaitu *European Organization for the Research and Threatment of Cancer Quality of Life Quistionnaire C30* (EORTC QLQ-C30). EORTC QLQ-C30 adalah instrumen pengukuran kualitas hidup yang digunakan

untuk pasien kanker yang terdiri dari 30 pertanyaan yang mencakup status kesehatan global, skala fungsional dan skala gejala :

- a. Status kesehatan global, terdiri atas 2 pertanyaan yang termuat dalam nomor 29 dan 30. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada pendapat pasien terhadap kualitas kesehatan hidupnya.
- b. Skala fungsional, yang terdiri dari :
 - 1) Fungsi fisik terdiri dari 5 pertanyaan, termuat dalam nomor 1, 2, 3, 4, 5. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada gejala yang dirasakan tubuh seperti kesulitan – kesulitan saat melakukan aktivitas sehari – hari.
 - 2) Fungsi peran terdiri dari 2 pertanyaan, termuat dalam nomor 6 dan 7. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada keterbatasan melakukan kegiatan sehari – hari dan ketika melakukan kegiatan yang hanya dilakukan di waktu senggang.
 - 3) Fungsi emosional terdiri dari 4 pertanyaan, termuat dalam nomor 21, 22, 23, 24. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada masalah emosional seperti perasaan khawatir, tegang, mudah marah dan depresi.
 - 4) Fungsi kognitif terdiri dari 2 pertanyaan, termuat dalam nomor 20 dan 25. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada kesulitan berkonsentrasi dan mengingat.
 - 5) Fungsi sosial terdiri dari 2 pertanyaan termuat dalam nomor 26 dan 27. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada kehidupan dalam keluarga dan aktivitas sosial.
- c. Skala gejala terdiri dari 13 pertanyaan, termuat dalam nomor 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 dan 28. Berisikan pertanyaan yang mengarah pada keluhan kesehatan seperti bernafas, nyeri dan mual-mual.

Translasi dan validasi EORTC QLQ-C30 ke dalam Bahasa Indonesia juga telah dilakukan oleh Perwitasari, *et al.*, di Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2009. Dalam penelitian ini, disimpulkan bahwa EORTC QLQ-C30 dalam versi Bahasa Indonesia dapat digunakan sebagai kuesioner untuk mengukur

kualitas hidup pasien kanker di Indonesia yang sedang menjalani pengobatan kanker (Perwitasari, *et al.*, 2011:521).

2.3.4 Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup

Terdapat penelitian – penelitian ataupun argumen yang berkaitan dengan faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup :

a. Usia

Penelitian yang dilakukan oleh Moons *et al.*, (2004) dan Dalkey (2002) dalam Ningtyas (2013:18), bahwa sosiodemografi (salah satunya usia) dapat mempengaruhi kualitas hidup, terutama pada lanjut usia.

b. Jenis kelamin

Menurut Moons et al (2004) dan Fadda dan Jiron (1999), laki – laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan/hal – hal yang penting bagi laki – laki dan perempuan juga berbeda. Berdasarkan studi *cross sectional* yang dilakukan oleh Gautam et al., (2009), bahwa wanita mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan pasien laki – laki secara bermakna. Sehingga gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup (Ningtyas, 2013:19).

c. Tingkat Pendidikan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibanding perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2007 dalam Ningtyas, 2013:19). Dari hasil penelitian Ramadona (2011), didapatkan kesimpulan bahwa konseling dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien yang akan berpengaruh terhadap kepatuhan pasien terhadap pengobatannya yang mempengaruhi kualitas hidupnya.

d. Status pernikahan

Cambell *et al* (1998) dan Moons *et al* (2004), menyebutkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai atau janda, dan individu yang menikah atau kogaibasi. Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang menikah, bercerai ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal. Hal tersebut dapat disebabkan karena kurangnya dukungan atau motivasi untuk melakukan terapi non farmakologis maupun farmakologis pada pasien yang belum menikah ataupun janda/duda akibat bercerai/meninggal dunia (Ningtyas, 2013:20).

2.3.5 Faktor – faktor yang berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara

Terdapat penelitian-penelitian yang menunjukkan faktor-faktor tertentu dalam menentukan kualitas hidup pasien dengan kanker payudara. Faktor-faktor tersebut antara lain:

a. Pengobatan kanker yang dijalani

Pengobatan kanker pada stadium lanjut sangat sulit dan hasilnya kurang memuaskan (Manuaba, 2008). Pada stadium lanjut, pasien kanker tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik, tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Teori Avis (dalam Husni, *et al.*, 2015:82) mengemukakan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian yaitu sosio demografi dan medik. Medik yaitu meliputi lamanya menjalani terapi, stadium penyakit dan penatalaksanaan medis yang dijalani. Dalam sebuah penelitian oleh Heydarnejad, *et al* (2011:267), mengenai kualitas hidup penderita kanker pasca kemoterapi pada 200 pasien kanker, didapatkan sebanyak 22 (11%) pasien tingkat kualitas hidupnya baik, 132 (66%) pasien tingkat kualitas hidupnya sedang, dan 46 (23%) pasien tingkat kualitas hidupnya buruk.

b. Aspek psikologis

Penyakit kanker payudara memberikan perubahan signifikan secara fisik maupun psikis individu, antara lain kesedihan, kekhawatiran dan ketakutan akan masa depan dan kematian. Aspek dominan pembentukan kualitas hidup penderita kanker adalah aspek psikologis, meliputi spiritualitas, dukungan sosial dan kesejahteraan. Rasa cinta dan nyaman dari dukungan sosial memberi motivasi untuk sembuh dan kuat menjalani hidup. Akhirnya memberikan kesejahteraan yang menentukan kualitas hidup penderita (Prastiwi, 2012:25). Taylor dalam Hartati (2008) juga mengemukakan reaksi yang umumnya ditampilkan oleh mereka yang terdiagnosa menderita kanker payudara adalah terkejut, menyangkal, cemas, takut dan depresi. Banyak pasien yang diliputi oleh rasa takut akan sesuatu dapat mengubah kualitas hidupnya. The *Psychosocial Collaborative Oncology Group* (PSYCOG) mengidentifikasi gangguan psikiatri pada penderita kanker sebesar 47% yang meliputi depresi dan ansietas (68%), depresi major (13%), gangguan mental organik (8%), dan gangguan kepribadian (7%) (Misgiyanto dan Susilawati, 2014:3).

1) Spiritualitas

Kecerdasan spiritualitas menuntun subjek untuk memiliki penerimaan diri yang sangat baik terhadap penyakitnya. Subjek mengalami peningkatan dalam hal spiritual dibanding saat sebelum menderita kanker. Subjek lebih dekat dengan Tuhan dan tidak menyalahkan Tuhan karena keadaanya, melainkan menganggap apa yang terjadi padanya sebagai sebuah anugerah dari Tuhan (Prastiwi, 2012:25).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Endiyono dan Herdiana (2016:22) pada pasien kanker payudara di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan spiritual dengan kualitas hidup pasien kanker payudara ($p = 0.012$). Penelitian oleh Balboni, *et al* (2007:558) menunjukkan bahwa dukungan spiritual oleh komunitas agama atau sistem medis secara bermakna dikaitkan dengan kualitas hidup pasien ($p=0,0003$). Balboni juga menyebutkan dukungan spiritual yang dilakukan berhubungan

dengan kualitas hidup yang baik dan religius seseorang lebih sering dijadikan untuk memperpanjang harapan hidup (2007:560).

2) Dukungan sosial

Pada penderita kanker payudara kebutuhan akan dukungan sosial sangatlah tinggi dukungan tersebut menurut Keliat (1998) dalam Endiyono dan Herdiana (2016:24) termasuk pasangan, orangtua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan, konselor dan sebagainya. Dukungan keluarga pada pasien kanker payudara terdiri dari dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan materi dan dukungan informasi (Husni, et al., 2015:79). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Endiyono dan Herdiana (2016:23) terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien kanker payudara ($p = 0,028$). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Husni, *et.al* (2015:83) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. Mohammad Hosein Palembang ($p = 0,013$).

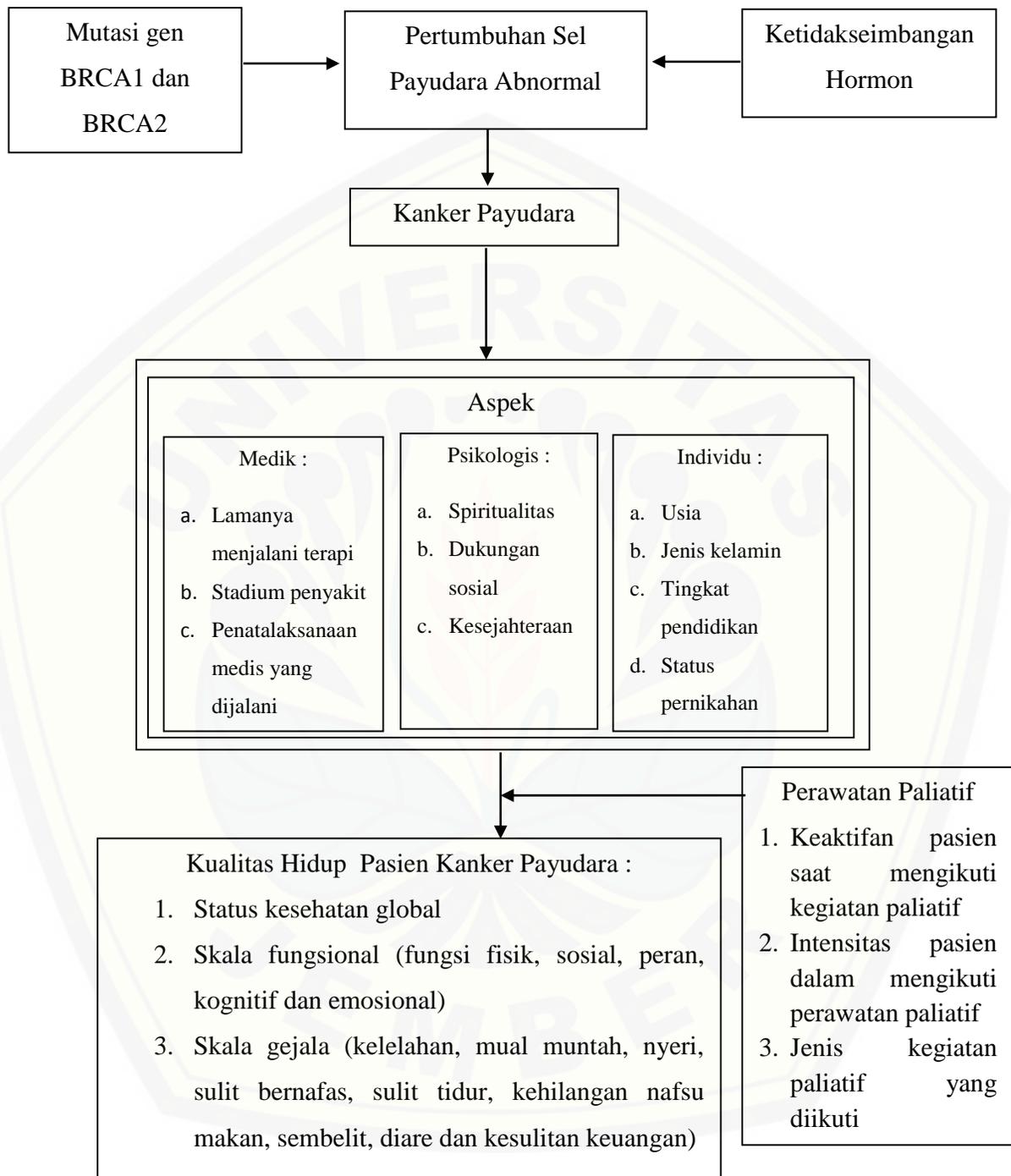
3) Kesejahteraan

Setiap orang pasti menginginkan hidupnya sejahtera. Usaha kesejahteraan sosial adalah usaha yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia kearah kehidupan sosial yang lebih baik. Peningkatan kualitas hidup itu sendiri dapat dilakukan melalui kehidupan keluarga, kesehatan, kemampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial (*social adjustment*), pemanfaatan waktu luang, standart hidup maupun relasi sosial (Rukminto (1994) dalam Prastiwi (2012:26)).

c. Faktor ekonomi

Perihal ekonomi tidak bisa dipandang sebelah mata dalam pembentukan kualitas hidup seorang penderita kanker, hal ini dikarenakan keadaan penyakitnya membutuhkan banyak biaya yang secara langsung mengubah ekonomi keluarga penderita kanker. Pengobatan kanker yang relatif mahal dan berlangsung lama menimbulkan kecemasan tersendiri bagi penderita kanker (Prastiwi, 2012:25).

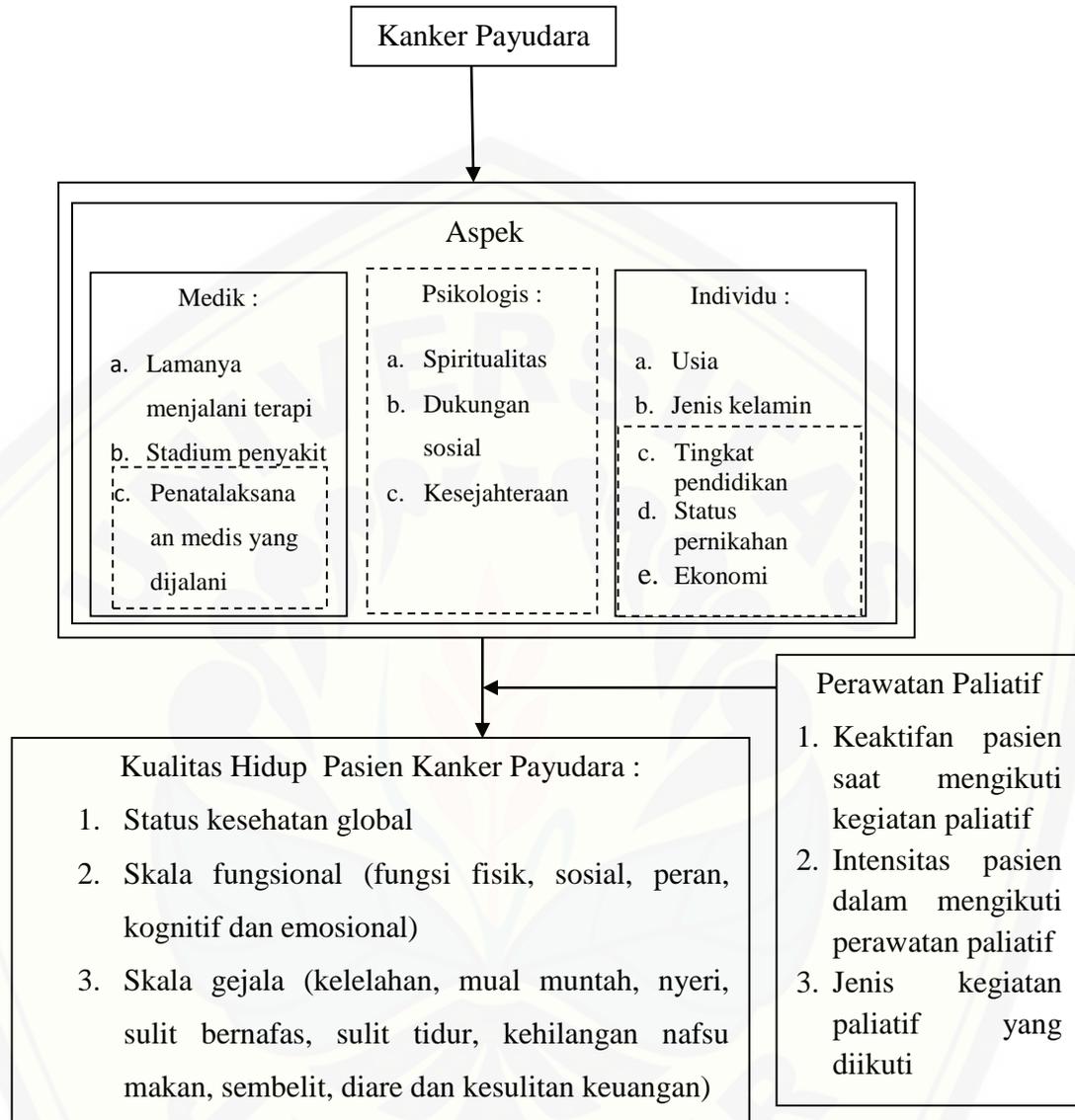
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Kerangka teori di atas adalah modifikasi dari teori Fayers, *et al* (2001), Manuaba (2008), Prastiwi (2012), Pradana, *et al.* (2013), Husni, *et al.* (2015), Endiyono dan Herdiana (2016).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :



= variabel yang diteliti



= variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan kerangka teori tersebut dapat dijelaskan bahwa kanker payudara dapat terjadi karena kerusakan gen BRCA1 dan BRCA2 serta ketidakseimbangan hormon terutama hormon estrogen. Kanker payudara akan menyebabkan suatu perubahan pada pasien, yang diakibatkan oleh beberapa aspek yaitu dari aspek medis yang terdiri dari lama menjalani pengobatan, stadium penyakit dan penatalaksanaan medis yang dijalani. Aspek psikologis yang terdiri dari spiritualitas, dukungan sosial dan kesejahteraan. Aspek individu pasien yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan ekonomi. Masing – masing dari aspek tersebut yang kemudian akan mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker payudara dari berbagai aspek, antara lain status kesehatan global, skala fungsional dan skala gejala. Untuk aspek psikologis, tidak diteliti karena dalam kuisioner yang digunakan tidak dapat mengukur secara mendalam terkait aspek psikologis dalam teori. Selain itu, aspek tersebut tidak diteliti karena sudah banyak penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa aspek psikologis mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien kanker payudara. Perawatan paliatif merupakan perawatan dengan pendekatan multidisiplin ilmu yakni medis, spiritual, sosial dan psikologi yang diberikan untuk pasien penyakit kronis seperti kanker payudara yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dari berbagai aspek kualitas hidup. Pada penelitian yang dilakukan oleh Pradana, *et al.*, (2013) di RSUP Sanglah Denpasar, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dengan kebutuhan perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Sanglah Denpasar. Dalam penelitian tersebut disebutkan pula bahwa perawatan paliatif sebaiknya tetap diberikan pada pasien kanker dengan kualitas hidup baik bukan hanya pada pasien yang sudah dinyatakan tidak bisa disembuhkan atau pada fase terminal. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (variabel independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain (Sugiyono, 2015:35). Adapun penelitian kuantitatif adalah pendekatan penelitian dengan data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Sugiyono, 2015:7). Penelitian ini juga melakukan studi observasional yaitu melaksanakan pengamatan saja tanpa dilakukan sebuah intervensi (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:105).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Unit Onkologi Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Selain itu, penelitian juga dilakukan dengan mengunjungi rumah responden. Perawatan paliatif yang diberikan pada pasien kanker payudara di Kabupaten Jember digagas oleh sebuah lembaga bernama Garwita Institute yang merupakan kantor bersama Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM) dan Nadia Associates yang menyediakan jasa konsultasi di bidang psikologi klinis. Kantor Garwita Institute bertempat di Kertabumi VI No. 20, Talangsari, Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan selama dua bulan yang dimulai dari pengumpulan data sampai penelitian selesai yaitu sejak bulan Juli sampai dengan bulan Agustus 2017.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

Dalam penelitian kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/ subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker payudara yang telah mendapatkan perawatan paliatif dari Garwita Institute. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 45 orang dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif Garwita Institute sebanyak minimal 1 kali pada semua kegiatan perawatan paliatif.
- b. Pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif Garwita Institute sebanyak minimal 2 kali pada 1-4 kegiatan perawatan paliatif.
- c. Sadar dan mampu berkomunikasi dengan baik.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif dari Garwita Institute berdasarkan status kesehatan global, skala fungsional (fungsi fisik, fungsi sosial, fungsi peran, fungsi kognitif dan fungsi emosional) dan skala gejala (kelelahan, mual dan muntah, nyeri, sulit bernafas, insomnia, kehilangan nafsu makan, sembelit, diare dan kesulitan keuangan). Variabel lain adalah karakteristik penderita (jenis kelamin, umur, stadium kanker payudara yang diderita serta lama menjalani pengobatan) dan keikutsertaan dalam program perawatan paliatif (keaktifan pasien, intensitas pasien dalam mengikuti kegiatan paliatif dan jenis kegiatan paliatif yang diikuti).

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud mengenai sesuatu yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoadmojo, 2012:112). Definisi operasional penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Kategori dan Skala Data

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
Aspek Kualitas Hidup				
a. Status kesehatan global	Tanggapan mengenai kondisi kesehatan tubuh yang dirasakan dan kualitas hidup berdasarkan penilaian responden.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
b. Skala fungsional				
1) Fungsi fisik	Tanggapan responden mengenai kesulitan yang dialami dalam mengangkat beban berat, berjalan dalam jarak pendek maupun jarak jauh serta kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi dan berpakaian.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
2) Fungsi sosial	Tanggapan responden mengenai keterbatasan yang dialami dalam kehidupan keluarga dan melakukan aktivitas	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
	sosial.			
3) Fungsi peran	Tanggapan responden mengenai keterbatasan yang dialami dalam melakukan kegiatan sehari-hari maupun kegiatan santai seperti melakukan hobi.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
4) Fungsi kognitif	Tanggapan responden mengenai kesulitan yang dialami responden dalam berkonsentrasi dan mengingat sesuatu.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
5) Fungsi emosional	Tanggapan responden mengenai perasaan yang dialami berupa tegang, khawatir, mudah tersinggung dan merasa depresi.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
c. Skala gejala	Kepuasan terhadap status kesehatan			
1) Kelelahan (fatigue)	Tanggapan responden mengenai rasa lelah, lemah dan rasa perlu beristirahat yang dialami responden.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
2) Mual dan muntah	Tanggapan responden mengenai perasaan mual dan muntah	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
	yang dialami (Fayers <i>et al</i> , 2001).			
3) Nyeri	Tanggapan responden mengenai gejala nyeri yang dialami (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
4) Sulit bernafas	Tanggapan responden mengenai kesulitan bernafas yang dialami (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
5) Sulit tidur	Tanggapan responden mengenai kesulitan tidur yang dialami.	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
6) Nafsu makan berkurang	Tanggapan responden mengenai gangguan nafsu makan yang dialami (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
7) Konstipasi	Tanggapan responden mengenai kesulitan buang air besar yang dialami (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
8) Diare	Tanggapan responden mengenai keluhan diare (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
9) Kesulitan keuangan	Tanggapan responden mengenai kesulitan keuangan (Fayers <i>et al</i> , 2001).	Wawancara menggunakan kuesioner EORTC QLQ – C30	Mean ± SD	Rasio
Aspek Karakteristik Individu				
a. Jenis Kela min	Perbedaan antara perempuan	Wawancara menggunakan kuesioner	Dikategorikan menjadi : 1. Laki - laki	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
	dan laki laki secara biologis sejak seseorang lahir		2. Perempuan	
b. Usia	Usia adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Umur dibedakan berdasarkan kategori remaja akhir, dewasa awal, setengah baya dan lansia.	Wawancara menggunakan kuesioner	Dikategorikan menjadi : 1. Remaja akhir : 18-21 tahun 2. Dewasa awal : 22-40 tahun 3. Setengah baya : 41-60 4. Lansia : >60 tahun (Depkes, 2000)	Ordinal
Stadium kanker	Tingkat keparahan penyakit ganas yang menyerang sel jaringan payudara manusia.	Wawancara menggunakan kuesioner dan Dokumentasi	Dikategorikan menjadi : 1. Stadium I 2. Stadium IIA 3. Stadium IIB 4. Stadium IIIA 5. Stadium IIIB 6. Stadium IIIC 7. Stadium IV (Kemenkes RI, 2012)	Ordinal
Lama menjalani pengobatan	Durasi pasien dalam tahun berupa mendapat tindakan dan perawatan medis di rumah sakit.	Wawancara menggunakan kuesioner	Pasien menyebutkan durasi pengobatan penyakit kanker payudara dalam hitungan bulan dan tahun.	Rasio
Aspek Perawatan Paliatif				
Keikutsertaan dalam program perawatan paliatif	Keaktifan, frekuensi dan jenis kegiatan paliatif yang diikuti oleh pasien dalam setiap program perawatan paliatif selain medis yang diberikan tim khusus.			
a. Keaktifan pasien	Tingkat partisipasi pasien kanker payudara dalam mengikuti kegiatan perawatan paliatif	Observasi	Dikategorikan menjadi : 1. Sangat aktif = 4-5 2. Aktif = 2-3 3. Kurang aktif = 1 4. Pasif = 0 Pembagian poin : a. Pasien bertanya : 1 b. Pasien memberikan	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
			materi : 1 c. Pasien menjawab pertanyaan pasien lain/ audiens : 1 d. Pasien memberikan pendapat : 1 e. Pasien menjadi relawan (bermain games, membantu persiapan kegiatan, atau mengajak pasien/orang lain dalam perawatan paliatif) : 1 f. Pasien hanya mengikuti kegiatan paliatif / tidak melakukan apapun : 0	
b. Intensitas pasien dalam mengikuti kegiatan paliatif	Frekuensi pasien dalam mengikuti kegiatan paliatif	Wawancara	Dikategorikan menjadi: 1. Pernah mengikuti: 1 - Pasien pernah mengikuti salah satu kegiatan paliatif, dan atau - Kegiatan paliatif diikuti sebanyak $1 - \leq 3$ kali 2. Sering mengikuti: 2 - Pasien pernah mengikuti lebih dari satu kegiatan paliatif, dan atau - Kegiatan tersebut diikuti sebanyak $4 - \leq 6$ kali 3. Selalu mengikuti: 3 - Pasien pernah mengikuti semua kegiatan paliatif, dan atau - Kegiatan tersebut diikuti sebanyak > 6 kali	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kategori dan Parameter	Skala Data
c. Jenis kegiatan paliatif yang diikuti	Macam kegiatan perawatan paliatif yang pasien ikut berpartisipasi didalamnya	Wawancara	Pasien menyebutkan satu atau lebih jenis kegiatan paliatif yang pernah diikuti, antara lain : 1. Kelompok Dukungan Paliatif (KDP) 2. Gathering Pasien 3. <i>Home Visit</i> 4. Dokter Menjawab 5. Relaksasi	Nominal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang langsung didapat dari sumber pertama, baik dari individu ataupun perseorangan yang biasa dilakukan oleh peneliti. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, jajak pendapat dan lain – lain (Nazir, 2011:153). Pengumpulan data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui observasi dan wawancara terhadap penderita kanker payudara yang mengetahui perawatan paliatif oleh Garwita Institute. Data primer dari penelitian ini adalah keikutsertaan pasien kanker payudara dalam mengikuti kegiatan perawatan paliatif serta kualitas hidup pasien kanker payudara yang mengikuti perawatan paliatif oleh Garwita Institute.

3.5.2 Data Sekunder

Sumber sekunder adalah sumber data yang diperoleh dengan cara membaca, mempelajari dan memahami melalui media lain yang bersumber dari literatur, buku-buku, serta dokumen instansi (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dari penelitian ini didapat dari dokumentasi yang dimiliki Garwita Institute mengenai data penderita kanker payudara yang mengikuti kegiatan perawatan paliatif berdasarkan survey yang pernah dilakukan oleh pihak Garwita Institute.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Perolehan Data

Pengumpulan data merupakan prosedur sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Kualitas pengumpulan data berkenaan dengan ketepatan cara – cara yang digunakan untuk mengumpulkan data (Sugiyono, 2015:137). Data pada penelitian ini diperoleh dengan cara sebagai berikut :

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, yaitu peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari responden atau bercakap-cakap bertatap muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2005:102). Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan metode wawancara terpimpin (*structured or interviewed*) yaitu wawancara yang dilakukan berdasarkan pedoman-pedoman berupa kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya. Sehingga *interviewer* tinggal membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut kepada *interviewee*. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk mengetahui karakteristik responden berupa usia, jenis kelamin, stadium kanker, dan lama menjalani pengobatan serta keikutsertaan dan pengetahuan penderita kanker payudara mengenai kegiatan perawatan paliatif oleh Garwita Institute. Selain karakteristik responden, wawancara juga dilakukan untuk mengetahui tingkat kualitas hidup penderita kanker payudara.

b. Observasi

Pengumpulan data dengan observasi langsung atau pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standart lain untuk keperluan tersebut (Nadzir, 2009). Secara metodologis, penggunaan pengamatan adalah untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan,

perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan dan sebagainya (Moleong, 2009). Pengamatan dilakukan pada pasien kanker payudara saat mengikuti kegiatan paliatif untuk mengetahui tingkat partisipasi penderita kanker selama mengikuti program perawatan paliatif.

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal – hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006:134). Dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data yang berasal dari dokumentasi perawatan paliatif dari Garwita Institute.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat perolehan data atau instrumen pada penelitian ini adalah kuesioner serta lembar observasi. Kuesioner A digunakan untuk mengetahui karakteristik responden yang mendapatkan perawatan paliatif. Kuesioner B digunakan untuk mengetahui kualitas hidup responden. Kuesioner yang digunakan berupa kuesioner Bahasa Indonesia dari assesmen EORTC QLQ-C30 dengan 30 pertanyaan. Kuesioner EORTC QLQ-C30 merupakan suatu sistem terintegrasi untuk menilai kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan pasien-pasien kanker yang berpartisipasi dalam uji klinik internasional. Penelitian uji validitas dan uji reliabilitas EORTC QLQ-C30 di Indonesia dilakukan oleh Perwitasari, *et al.*, (2011:512) di Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta. Dalam penelitian ini, disimpulkan bahwa EORTC QLQ-C30 dalam versi Bahasa Indonesia dapat digunakan sebagai kuesioner untuk mengukur kualitas hidup pasien kanker di Indonesia yang sedang menjalani pengobatan kanker. Lembar observasi digunakan untuk mengetahui tingkat partisipasi penderita kanker payudara terhadap kegiatan perawatan paliatif yang diberikan.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini meliputi *editing*, *scoring* dan *tabulating*.

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing dilakukan terhadap data yang telah diperoleh dari hasil wawancara yang tertera pada lembar kuesioner (Bungin, 2010:164). Pemeriksaan data dilakukan dengan mengelompokkan domain kualitas hidup untuk mempermudah proses *scoring*.

b. Pemberian Skor (*Scoring*)

Peneliti melakukan skoring pada setiap item yaitu pertama dihitung dalam bentuk *raw score* dengan cara menjumlahkan dan mengurangi nilai yang didapatkan berdasarkan jawaban responden. *Raw score* untuk masing – masing domain dihitung sebagai berikut :

- 1) Status kesehatan global : $(Q29+Q30)/2$
- 2) Skala fungsional, terdiri dari :
 - a) Fungsi fisik : $(Q1+Q2+Q3+Q4+Q5)/5$
 - b) Fungsi peran : $(Q6+Q7)/2$
 - c) Fungsi emosional : $(Q21+Q22+Q23+Q24)/4$
 - d) Fungsi kognitif : $(Q20+Q25)/2$
 - e) Fungsi sosial : $(Q26+Q27)/2$
- 3) Skala gejala, terdiri dari :
 - a) Multi item :
 - (1) Fatigue : $(Q10+Q12+Q18)/3$
 - (2) Nausea and Vomiting : $(Q14+Q15)/2$
 - (3) Pain : $(Q9+Q19)/2$
 - b) Single item :
 - (1) *Dyspnoea* : Q8
 - (2) *Insomnia* : Q11
 - (3) *Appetite loss* : Q13
 - (4) *Constipation* : Q16

(5) *Diarrhoea* : Q17

(6) *Financial difficulties* : Q28

“Q” pada *raw score* di atas adalah jawaban pertanyaan pada, misal “Q1”, berarti skor jawaban pada pertanyaan nomor satu yang tercantum pada instrumen EORTC QLQ-C30. Semua skala dan single item yang diukur memiliki skor antara 0 – 100. Skor yang tinggi menunjukkan level respon yang tinggi, skor tersebut diperoleh melalui tahapan berikut :

- a. Memperkirakan rata-rata item yang berkontribusi pada setiap skala *raw score* (data mentah).
- b. Menggunakan transformasi linier untuk standarisasi *raw score* (data mentah), sehingga skor berkisar dari 0 hingga 100. Berikut adalah rumus yang digunakan untuk transformasi skor pada EORTC QLQ-C30 :
 - 1) Skala fungsional : $Score = \{ 1 - (Raw\ score - 1 / range) \} \times 100$
 - 2) Skala gejala : $Score = \{ (Raw\ score - 1) / range \} \times 100$
 - 3) Status kesehatan global : $Score = \{ (Raw\ score - 1 / range) \} \times 100$

Tabel 3.2 Scoring EORTC QLQ –C30

	Skala	Jumlah Item	Item Range*	Nomor Item	Skala Fungsi
Status Kesehatan Global / QOL					
Status kesehatan global	QL2	2	6	29, 30	
Skala Fungsional					
Fungsi fisik	PF2	5	3	1 – 5	F
Fungsi peran	RF2	5	3	6, 7	F
Fungsi emosional	EF	4	3	21 – 24	F
Fungsi kognitif	CF	2	3	20, 25	F
	Skala	Jumlah Item	Item Range*	Nomor Item	Skala Fungsi
Fungsi sosial	SF	2	3	26, 27	F
Skala Gejala					
Kelelahan	FA	3	3	10, 12, 18	
Mual dan muntah	NV	2	3	14, 15	
Nyeri	PA	2	3	9, 19	
Sulit bernafas	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Kehilangan nafsu makan	AP	1	3	13	
Sembelit	CO	1	3	16	
Diare	DI	1	3	17	
Kesulitan keuangan	FI	1	3	28	

Sumber : *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, 2001

* Item Range adalah perbedaan antara kemungkinan respon maksimum dan minimum dari setiap item individu.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Pada tahap ini data yang sudah lengkap ditabulasi kemudian di klasifikasikan ke dalam masing-masing variabel kemudian dimasukkan di tabel sehingga mempermudah dalam menganalisis dan pembahasan selanjutnya dan menggunakan SPSS.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan tekstual. Penyajian dalam bentuk tabel banyak digunakan pada penulisan laporan penelitian dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan (Notoadmodjo, 2010:188).

Kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan tabel frekuensi dan grafik kemudian dianalisis.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Data yang telah terkumpul dan yang telah diolah dengan menggunakan komputer maupun secara manual tidak akan berarti bila tidak dilakukan analisis terhadap hasil pengolahan data tersebut. Oleh karena itu, analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti sempit dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2009). Statistik deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Setelah itu, penyajian data

dilakukan melalui tabel dan diagram, perhitungan penyebaran data melalui perhitungan rata – rata dan standar deviasi serta perhitungan presentase yang disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian (Sugiyono, 2015:147).

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen penelitian perlu diuji validitas dan reliabilitasnya agar dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian. Pertanyaan yang tidak sesuai dengan nilai yang telah ditentukan (tidak valid) harus diganti atau direvisi atau dihilangkan (Notoadmojo, 2012:164).

3.8.1 Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar – benar mengukur variabel yang diukur. Uji validitas bertujuan untuk mengetahui alat ukur yang telah disusun mampu mengukur variabel yang akan diukur (Notoadmojo, 2012:164). Translansi dan validasi kuesioner EORTC QLQ-C30 versi 3.0 ke dalam Bahasa Indonesia telah dilakukan oleh Perwitasari, dkk., pada tahun 2009 di Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kuesioner EORTC QLQ-C30 dalam bahasa indonesia valid untuk digunakan sebagai instrumen penelitian di Indonesia dengan nilai validitas kedua kuesioner yang digunakan $r = < 0,40$ (Perwitasari, *et al.*, 2011:523).

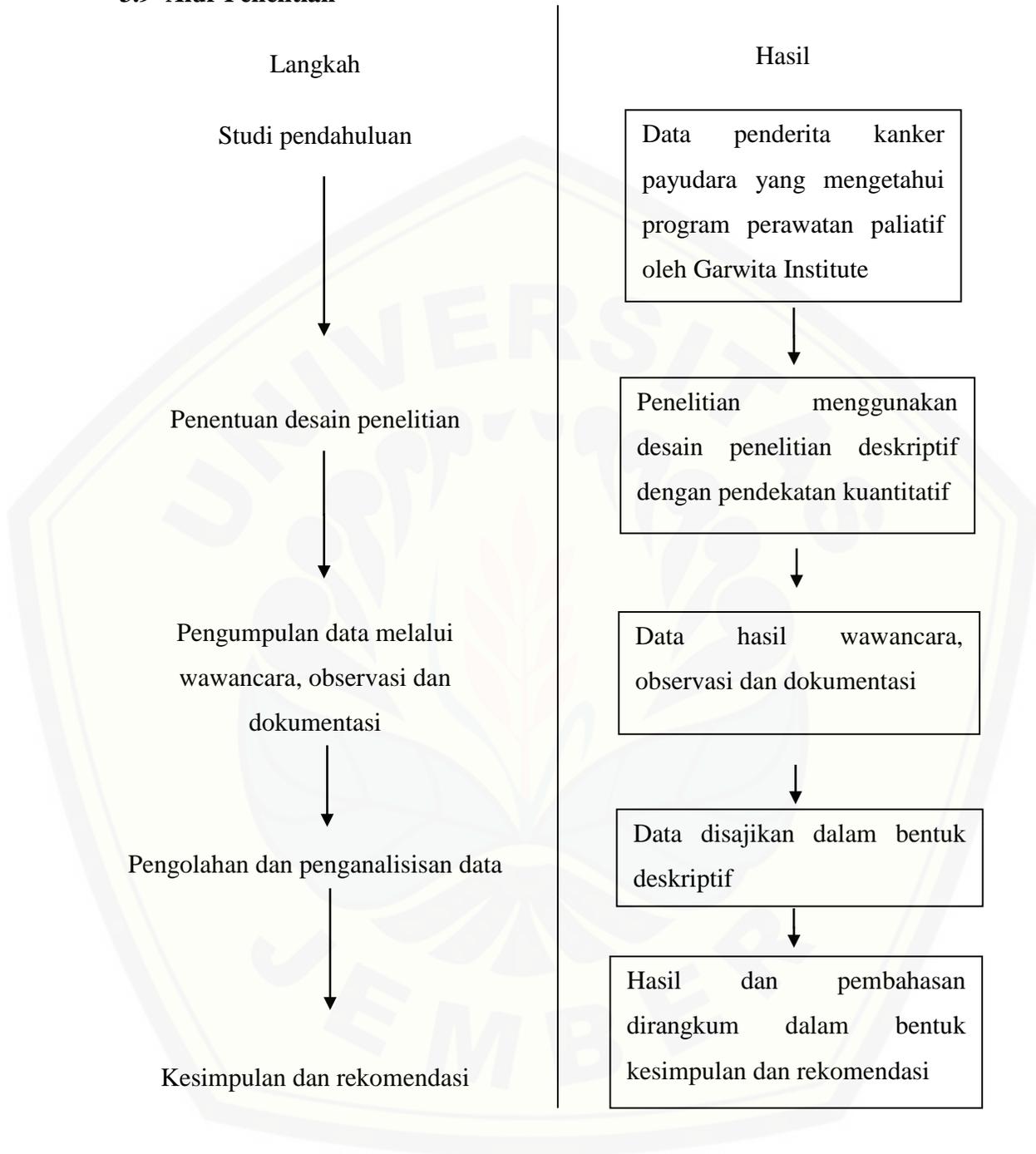
3.8.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan kelayakan suatu alat pengukur untuk dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoadmojo, 2012:168). Pengujian reliabilitas kuesioner EORTC QLQ-C30 versi 3.0 dilakukan oleh Perwitasari pada tahun 2009 di Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta dengan cara mencobakan kuesioner kepada pasien kanker di Poli

Onkologi Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai Cronbach's α kuesioner EORTC QLQ-C30 dapat diterima disemua skala pengukuran berupa aspek kualitas hidup dalam kuesioner ini. Kuesioner EORTC QLQ-C30 dapat dinyatakan reliabel dengan nilai Cronbach's $\alpha = 0,80$ (Perwitasari, *et al.*, 2011:523).



3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- a. Seluruh responden dengan jenis kelamin adalah wanita berusia 41-60 tahun, berada pada stadium I dan lama menjalani pengobatan rata-rata 12 bulan.
- b. Metode perawatan paliatif yang dilakukan Garwita Institute terdiri dari lima kegiatan rutin yang terdiri dari Kelompok Dukungan Paliatif (KDP) yang diikuti oleh seluruh responden penelitian yaitu sebanyak 43 orang (100%), *Gathering* Pasien diikuti oleh 15 orang responden (34,9%), *Home Visit* diikuti oleh 3 orang responden (7%), Dokter Menjawab diikuti oleh 3 orang responden (7%), dan Relaksasi diikuti oleh 5 orang responden (11,6%).
- c. Sebagian besar responden pasif saat mengikuti kegiatan paliatif, intensitas pasien dalam mengikuti kegiatan paliatif mayoritas berada pada kategori pernah mengikuti semua kegiatan paliatif, dan Kelompok Dukungan Paliatif merupakan jenis kegiatan paliatif yang diikuti oleh semua responden.
- d. Kualitas hidup pasien kanker payudara yang mengikuti perawatan paliatif berdasarkan status kesehatan global dan skala fungsional, skor nilai rata-rata tertinggi terdapat pada fungsi sosial dan skor nilai rata-rata terendah pada skala gejala terdapat pada gejala diare dan skor nilai rata-rata tertinggi pada skala gejala terdapat pada gejala nyeri dengan demikian perawatan paliatif belum mampu menekan gejala nyeri pasien.
- e. Kualitas hidup pasien kanker payudara dalam status kesehatan global, skala fungsional dan skala gejala berdasarkan karakteristik serta keikutsertaan pasien kanker payudara dalam perawatan paliatif oleh Garwita Institute, didapatkan hasil semakin tua usia responden, semakin lama responden menjalani pengobatan, semakin aktif pasien saat mengikuti kegiatan paliatif dan semakin sering intensitas pasien dalam mengikuti perawatan paliatif semakin tinggi skor kualitas hidupnya.

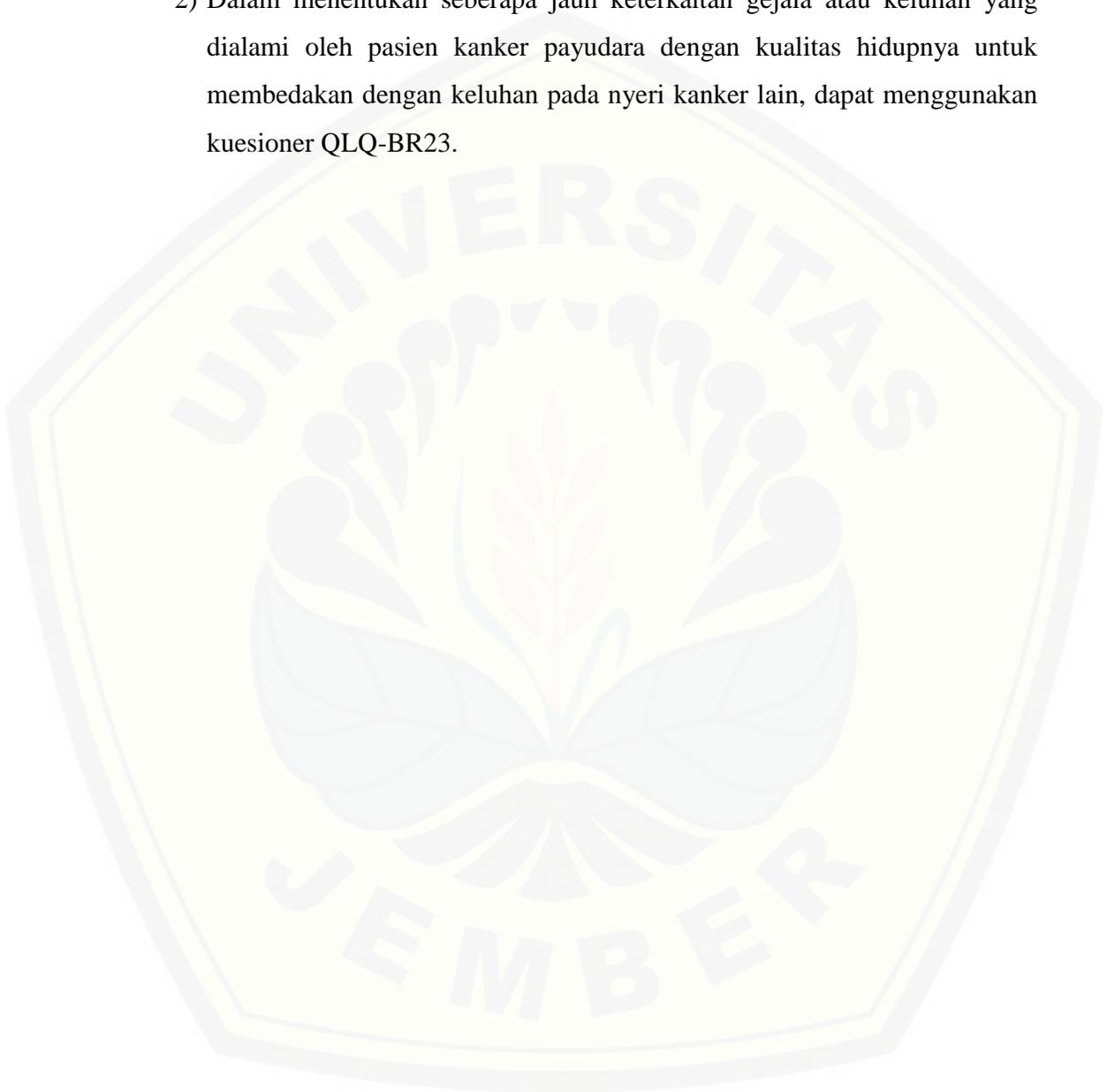
5.2 Saran

Adapun saran yang ditawarkan oleh peneliti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker payudara adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan Kesehatan
 - 1) Hendaknya perawatan paliatif sudah dapat diterapkan oleh rumah sakit sebagai salah satu bagian dari terapi pengobatan bagi para pasien penyakit kronis, khususnya kanker, di berbagai pelayanan kesehatan yang terintegrasi dalam kesatuan sistem penatalaksanaan pengobatan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga sampai hari kematian pasien tiba.
- b. Garwita Institute
 - 1) Hendaknya pihak administrasi Garwita Institute memiliki arsip/dokumentasi pasien yang pernah mendapatkan perawatan paliatif sehingga mempermudah identifikasi keikutsertaan pasien.
 - 2) Melakukan pertemuan dengan pihak rumah sakit tempat diselenggarakannya perawatan paliatif agar dapat meningkatkan efektifitas kegiatan paliatif untuk pasien kanker sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup pasien kanker terutama yang berkaitan dengan pengobatan medis yang dijalani pasien.
- c. Bagi Pasien Kanker Payudara dan Keluarga
 - 1) Memanfaatkan setiap layanan dari perawatan paliatif yang diberikan oleh Garwita Institute seperti mengikuti kegiatan rutin dan menggunakan jasa konsultasi saat kegiatan Kelompok Dukungan Paliatif untuk menyampaikan segala keluhan yang dialami selama menjalani pengobatan.
 - 2) Jika pasien tidak memungkinkan untuk mengikuti kegiatan paliatif, maka keluarga bisa menjadi pihak yang mewakili agar mendapat kebermanfaatan dari perawatan paliatif sehingga hal tersebut menjadi salah satu bentuk dukungan pada pasien untuk mencapai kesembuhannya.
- d. Bagi Peneliti Kesehatan Masyarakat
 - 1) Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapat perawatan paliatif dengan metode analitik

dan kualitatif sehingga diketahui hubungan yang erat dan informasi yang lebih mendalam antara variabel kualitas hidup dengan variabel karakteristik responden dan perawatan paliatif.

- 2) Dalam menentukan seberapa jauh keterkaitan gejala atau keluhan yang dialami oleh pasien kanker payudara dengan kualitas hidupnya untuk membedakan dengan keluhan pada nyeri kanker lain, dapat menggunakan kuesioner QLQ-BR23.



DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry, K., Effendy, C., dan Setiyarini, S. 2016. Pelayanan Paliatif pada Pasien Kanker di RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta. *Tesis*. Yogyakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Gadjah Mada. [serial online]. http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?act=view&buku_id=95916&mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&typ=html. [25 November 2015].
- Alatas, Karyomanggolo, Musa, dan Boediarso. 2014. *Dasar - dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Arikunto, S., 2006. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- American Cancer Society. 2016. *Understanding a Breast Cancer Diagnosis*. New York: American Cancer Society. [serial online]. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8580.00.pdf>. [7 Juni 2017].
- Aziza, A. I., 2016. Hubungan antara Dukungan Sosial dan Resiliensi dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks di RSD. dr. Soebandi Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet, dan Prigerson. 2007. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *J Clin Oncol*, 25(5): 555-560. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/pdf/nihms58578.pdf>. [7 Juni 2017].
- Bhatia, H., 2016. *Breast Cancer in Asia*, Asia: Gen Re. [serial online]. <http://media.genre.com/documents/ri16-4-en.pdf>. [3 Oktober 2016].
- Bennett, B.T.M dan Purushotham A.D. 2009. Understanding Breast Cancer-Related Lymphoedema. *The Surgeon*, 7(2): 120-124. [serial online]. [http://www.thesurgeon.net/article/S1479-666X\(09\)80027-9/pdf](http://www.thesurgeon.net/article/S1479-666X(09)80027-9/pdf). [10 September 2017]
- Buckley, J. 2008. *Palliative Care An Integrated Approach*. New York : Wiley Blackwell.
- Bungin, B. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana.

- Fitria, C. 2010. Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal. *Gaster*, 7(1): 527-535. [serial online].
- Davies dan Higginson, J., 2004. *Better Palliative Care for Older People*. Geneva: World Health Organization.
- Economou, D. 2014. Palliative Care Needs of Cancer Survivors. *Semin Oncol Nurs*, 30(4): 262-267. [serial online]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208114000680?via%3Dihub>. [10 September 2017].
- Endiyono dan Herdiana, W., 2016. Hubungan Dukungan Spiritual dan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 14(2): 17-25.
- Fayers, P. dan Machin, D. 2013. *Quality of Life The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes Second Edition*. New York: John Wiley & Sons. [serial online]. https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=pqX6WKgHKJsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=quality+of+life&ots=z4eVFkdca3&sig=T2H5mEavNjiq0OIKIDF05Jp9bRM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. [7 Juni 2017].
- Ghazali, M. V., Sastromihardjo, S., dan Soedjarwo, R. 2014. *Dasar - dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-5*. Jakarta: Sagung Seto.
- Ghofar, A., 2009. *Cara Mudah Mengenal dan Mengobati Kanker*. Yogyakarta: Flamingo.
- Greer, J.A., Jackson, V.A., Meier, M.D., dan Temel, J.S. 2013. Early Integration of Palliative Care Services with Standard Oncology Care for Patients with Advanced Cancer. *CA Cancer J Clin*, 63(5): 350-363. [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21192/pdf>. [3 Oktober 2017].
- Hariato, Mutiara, R., dan Surachmat H. 2005. Risiko Penggunaan Pil Kontrasepsi Kombinasi Terhadap Kejadian Kanker Payudara Pada Reseptor KB di Perjan RS DR Cipto Mangunkusumo. *Majalah Ilmu Kefarmasian*, 2(1):84-99.
- Hartati, A, S. 2008. Konsep Diri dan Kecemasan Wanita Penderita Kanker Payudara di Poli Bedah Onkologi Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *Skripsi*. Sumatera Utara: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Hanifah, M. 2015. Kualitas Hidup Pada Penderita Kanker Dengan Status Sosial Ekonomi Rendah. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta. [serial online].

- <http://eprints.ums.ac.id/34738/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>. [3 Oktober 2017].
- Heydarnejad M.S., Hassanpour D.A., Solati D.K., 2011. Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2): 266-270. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158510/pdf/AFHS1102-0266.pdf>. [7 Juni 2017].
- Hopwood, Haviland, Sumo, Mills, Bliss dan Yarnold. 2010. Comparison Of Patient-Reported Breast, Arm, and Shoulder Symptoms And Body Image After Radiotherapy For Early Breast Cancer: 5-Year Follow-Up In The Randomised Standardisation Of Breast Radiotherapy (START) Trials. *Lancet Oncol*, 11(3): 231-240. [serial online]. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(09\)70382-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(09)70382-1.pdf). [10 September 2017].
- Hukom, R. A., 2003. *Penatalaksanaan Kanker Payudara Terkini*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Husni, M., Romadoni, S., dan Rukiyati, D., 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Di Instalasi Rawat Inap Bedah Rsup Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2012. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2): 77-83. [serial online]. http://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/download/2334/1197. [5 Januari 2017].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 812 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [serial online]. <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/593/3/KMK812-0707-G.pdf>. [5 Januari 2017].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Infodatin Situasi Penyakit Kanker*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf>. [8 Februari 2017].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Infodatin Bulan Peduli Kanker Payudara*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [serial online]. http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin%20Bulan%20Peduli%20Kanker%20Payudara_2016.pdf. [8 Februari 2017]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Panduan Nasional Penanganan Kanker*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [serial online].

- <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PNPKPayudara.pdf>. [4 November 2016].
- Kardinah, 2003. *Penatalaksanaan Kanker Payudara Terkini*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Kartikawati, E., 2013. *Awas! Bahaya Kanker Payudara dan Kanker Serviks*. Bandung: Buku Baru.
- Kreidler, Peleg, Dina, dan Ehrenfeld. 2007. Stress, Self-efficacy and Quality of Life in Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 16(8): 329-341. [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1063/epdf>. [10 September 2017].
- Larantukan, L. 2017. *Prof. Sunaryadi Sepenggal Kisah Bapak Paliatif Indonesia*. Kupang: Penerbit Gita Kasih.
- Mangan, Y., 2005. *Cara Bijak Menaklukkan Kanker*. Jakarta: AgroMedia Pustaka.
- Manuaba, T.W. 2008. *Masalah Penanganan Kanker di Indonesia*. Orasi Ilmiah. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Mardiana, L., 2006. *Kanker Pada Wanita Pencegahan dan Pengobatan dengan Tanaman Obat*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Maria, N. 2015. *Modul Pendampingan Paliatif dari Sudut Pandang Psikologi*. Jember : Garwita Institute
- Mauliddah, N. 2014. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Kanker Serviks yang Telah Melakukan Terapi di RSUD dr. Soetomo Surabaya. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Misgiyanto dan Susilawati, D., 2014. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Kanker Serviks Paliatif. *Jurnal Keperawatan*, 5(1): 1-15. [serial online]. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/1855/3179>. [6 Februari 2017].
- Moleong, J., 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Murti, D. H. R., 2015. Kualitas Hidup Anak dengan Down Syndrome di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Trenggalek. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

- Nadzir, M., 2005. *Metodologi Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M., 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.
- Ningtyas, D. W., 2013. Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Tidak Dibulikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Notoadmojo, S., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oktaviana, DN., Damayanthi, E., dan Kardinah. 2012. Faktor Risiko Kanker Payudara Pada Pasien Wanita di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. *Indonesia Journal of Cancer*, 6(3):105-111.
- Oktavianisya, N., 2011. Pengaruh Penggunaan Alat Kontrasepsi Hormonal Terhadap Kejadian Kanker Payudara di RSD dr. Soebandi Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Park, Lee, Lee, Lee dan Hwang. 2011. Quality of Life Differences between Younger and Older Breast Cancer Patients. *J Breast Cancer*, 14(2): 112-118. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148538/>. [3 Oktober 2017].
- Perwitasari, Thobari, Dwiprahasto, Hakimi, Gelderblom, Putter, Nortier, Guchelaar, dan Kaptein. 2011. Translation and Validation of EORTC QLQ-C30 into Indonesian Version for Cancer Patients in Indonesia. *Jpn J Clin Oncol*, 41(4): 519-529. [serial online]. https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/jjco/41/4/10.1093/jjco/hyq243/2/hyq243.pdf. [10 Maret 2017].
- Pradana, Nuryani, BoN, dan Surasta. 2013. *Hubungan Kualitas Hidup Dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker di RSUP Sanglah Denpasar*. Denpasar: Universitas Udayana. [serial online]. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/6122/4613>. [10 Maret 2017].
- Prafitri, A. A. N. 2013. *Pengaruh Supportive Expressive Group Therapy*. Semarang: Universitas Sebelas Maret. [serial online].

<http://jurnalwacana.psikologi.fk.uns.ac.id/index.php/wacana/article/view/76/76>. [10 April 2017].

- Prastiwi, T. F. 2013. Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Developmental and Clinical Psychology*, 1(1): 21-27. [serial online]. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/dcp/article/view/2630>. [10 April 2017].
- Putri, D. I. 2013. Kualitas Hidup Wanita Menopause (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember). Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Peuckmann, Ekholm, Rasmussen, Groenvold, Christiansen, Moller, Eriksen, Sjogren. 2008. Chronic Pain and Other Sequelae in Long-term Breast Cancer Survivor: Nationwide Survey in Denmark. *Eur J Pain*, 13(3): 1-8. [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2008.05.015/epdf>. [10 September 2017].
- Rahayu, W. 2006. *Mengenal, Mencegah dan Mengobati 35 Jenis Kanker*. Jakarta: Victory Inti Cipta.
- Ramadona, A. 2011. Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Tipe2 di Poliklinik Khusus RSUD. Dr. M. Djamil Padang. *Tesis*. Padang: Universitas Andalas Padang.
- Reno, R.B., 2010. Hubungan Status Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta. *Skripsi*. Surakarta:Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. [serial online]. <http://eprints.ums.ac.id/10444/3/J210060095.PDF>. [24 Oktober 2017].
- Romadhon, Y. A., 2013. *Gangguan Siklus Sel dan Mutasi Gen pada Kanker Payudara*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah. [serial online]. http://www.kalbemed.com/Portals/6/1_25_209Opini-Gangguan%20Siklus%20Sel%20dan%20Mutasi%20Gen%20pada%20Kanker%20Payudara.pdf. [2 Oktober 2016].
- Sapri, A. (2008). *Asuhan Gagal Ginjal Kronik Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam Mengurangi Asupan Cairan pada Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung*. <http://www.docstoc.com/docs/6849068/ASUHAN-GAGAL-GINJAL-KRONIK>
- Sari, W. 2006. Hubungan Jenis Histologi dan Ketahanan Hidup 5 Tahun Penderita Kanker Payudara. *Maj Kedok Nusantara*, 39(1):1-5.

- Saryono dan Pramasari, R. D., 2008. *Perawatan Payudara*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Sasmita. 2016. *Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Di RSUP DR. M. Djamil Padang*. Padang: Universitas Andalas.
- Sastroasmoro, S., 2014. *Dasar - dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Saxton, J., dan Daley, A., 2010. *Exercise and Cancer Survivorship: Impact on Health Outcomes and Quality of Life*. London: Springer. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?id=2oF0rbIsfvYC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=Saxton,J.+and+Daley,A.+2010.+Exercise+and+Cancer+Survivorship:+Impact+on+Health+Outcomes+and+Quality+of+Life&source>. [5 November 2015].
- Setiati, E., 2009. *Waspada 4 Kanker Ganas Pembunuh Wanita*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Setiyawati, Y. 2014. Hubungan lama kemoterapi dengan kualitas hidup pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. *Skripsi*. Semarang: STIKES Ngaudi Waluyo Ungaran.
- Seven, Sahin, Yilmaz, dan Akyuz. 2016. Palliative Care Needs of Patients With Gynaecologic Cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(2): 3152–3159. [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13280/epdf>. [10 September 2017].
- Sihombing, M., Sapardin, A. 2014. Faktor Risiko Tumor Payudara Pada Perempuan Umur 25-65 Tahun Di Lima Kelurahan Kecamatan Bogor Tengah. *Jurnal Kesehatan*. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/viewFile/3895/3740>. [25 November 2017].
- Sihombing, M. Dan Sirait, NM. 2007. Angka Ketahanan Hidup Penderita Kanker Ovarium di RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Maj Kedokt Indon*, 57(10): 346-352. [serial online]. http://mki.idionline.org/index.php?uPage=mki.mki_dl&smod=mki&sp=public&key=MTc1LTIz. [25 November 2017].
- Smith, Temin, Alesi, Abernethy, Balboni, Basch, Ferrell, Loscalzo, Meier, Paice, Peppercorn, Somerfield, Stovall, dan Roenn. 2012. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *J Clin Oncol*, 30(8): 880-887. [serial online].

- <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2011.38.5161>. [12 April 2017].
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani. 2013. *Palliative Care : Improving Quality of Life Patients with Terminal Illness*. Orasi Ilmiah. Pidato HUT PPNI Ke 39 Tanggal 30 Maret 2013. Ketapang. [serial online]. <http://repository.unpad.ac.id/21501/1/Palliative-care.pdf>. [12 April 2017].
- Suyanti, A., 2008. Pengaruh Faktor Genetik dan Hormonal Terhadap Kejadian Kanker Payudara di Rumah Sakit Onkologi Surabaya Tahun 2007. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Suzanna, E., 2013. *Penatalaksanaan Kanker Payudara Terkini*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Wahyuni, T. 2015. Hubungan antara Frekuensi Kemoterapi dengan Kualitas Hidup Perempuan dengan Kanker Payudara yang Menjalani Kemoterapi di Ruang Kemoterapi RSUD. A.M Parikesit Tenggarong. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2): 1-13. [serial online]. <http://ojs.stikesmuda.ac.id/index.php/ilmukesehatan/article/download/13/1>. [24 Oktober 2017].
- Waller, Girgis, Currow, dan Lecathelinais. 2008. Development of the Palliative Care Needs Assessment Tool (PC-NAT) for Use by Multi-Disciplinary Health Professionals. *Palliat Med*, 22(8): 956-964. [serial online]. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216308098797#articleShareContainer>. [24 Oktober 2017].
- World Health Organization. 1996. *WHOQOL BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment*. Geneva: World Health Organization. [serial online]. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. [12 April 2017].
- World Health Organization. 2004. *Better Palliative Care for Older People*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2014. *Cancer Country Profile Indonesia*. Geneva: World Health Organization. [serial online]. http://www.who.int/cancer/country-profiles/idn_en.pdf. [3 Oktober 2016].
- Yuliati, Baroya, dan Ririanty. 2014. Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 2(1): 87-94. [serial online].

<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=160540&val=5039&title>. [24 Oktober 2017].

Zimmermann, Swami, Krzyzanowska, Hannon, Leighl, Oza, Moore, Rydall, Rodin, Tannock, Donner, dan Lo. 2014. Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *Lancet*, 383(5): 1721-1730 . [serial online]. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62416-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62416-2.pdf). [15 April 2017].



LAMPIRAN

Lampiran A. Pengantar Kuesioner

PENGANTAR KUISIONER

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif Oleh Garwita Institute

Dengan Hormat,

Dalam rangka untuk penulisan skripsi yang merupakan tugas akhir untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) maka peneliti mohon kesediaan anda untuk dapat mengisi kuesioner ini. Kuesioner penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara yang mendapat perawatan paliatif oleh Garwita Institute. Oleh karena itu, peneliti dengan hormat meminta kesediaan anda untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang peneliti berikan dengan sejujur-jujurnya. Setiap jawaban yang anda berikan mempunyai arti yang sangat penting bagi peneliti. Penelitian ini tidak akan berjalan jika peneliti tidak mendapat informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini. Atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti mengucapkan terimakasih.

Jember,.....2017

Peneliti,

(Miranda Natasya)

Lampiran B. Penjelasan dan Prosedur Penelitian

PENJELASAN DAN INFORMASI PENELITIAN

Berkenaan dengan dilakukannya penelitian tentang gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute, maka akan kami jelaskan hal-hal sebagai berikut :

1. Penelitian ini berdasarkan bahwa kualitas hidup pasien merupakan hal yang perlu diperhatikan oleh petugas kesehatan, karena dengan mengetahui kualitas hidup seseorang maka dapat diketahui status kesehatan orang tersebut baik dari segi fisik, psikis, dan sosial. Hal tersebut dapat membantu petugas kesehatan dalam memberikan tindakan kepada pasien untuk memberikan penanganan yang tepat sesuai dengan kondisi pasien serta untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, termasuk pasien kanker payudara.
2. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kualitas hidup pasien kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute. Sehingga dengan mengetahui hal tersebut, maka dapat diketahui kualitas hidup pasien.
3. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien yang mendapat perawatan paliatif sehingga kegiatan perawatan paliatif bisa dikembangkan dan digunakan sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.
4. Subjek yang mengikuti penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan, yaitu :
 - a. Kriteria Inklusi :
 - 1) Pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif Garwita Institute sebanyak 1 kali pada semua kegiatan perawatan paliatif.
 - 2) Pasien kanker payudara yang mendapatkan perawatan paliatif Garwita Institute sebanyak minimal 2 kali pada 1-4 kegiatan perawatan paliatif.
 - 3) Berusia 21 – 70 tahun.

- 4) Sadar dan mampu berkomunikasi dengan baik.
5. Urutan prosedur penelitian adalah :
 - a. Subjek penelitian yang memenuhi kriteria dan diwakili oleh keluarga akan diberi penjelasan oleh peneliti, bila setuju maka surat persetujuan harus ditandatangani.
 - b. Apabila subjek penelitian setuju untuk mengikuti penelitian, maka akan dilakukan wawancara dengan yang telah disiapkan oleh peneliti kepada subjek penelitian.
 - c. Waktu wawancara kurang lebih 60 menit.
 - d. Pengolahan data/ hasil wawancara pada subjek penelitian dilakukan dengan kode rahasia, sehingga tidak mengungkapkan identitas subjek penelitian.
6. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dirahasiakan.
7. Bila subjek bersedia, subjek dapat mengikuti penelitian ini tanpa mempengaruhi pemeriksaan selanjutnya.
8. Subjek penelitian berhak untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan penelitian tanpa mempengaruhi perawatan selanjutnya.

Jember,.....

Pemberi Penjelasan

Penerima Penjelasan

Miranda Natasya

(.....)

Lampiran C. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. Telp / HP :

Menyatakan bersedia menjadi responden dari :

Nama : Miranda Natasya

NIM : 132110101190

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif Oleh Garwita Institute

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun terhadap saya. saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti. Saya telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,2017

(Responden)

Lampiran D. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif Oleh Garwita Institute

KETERANGAN PENGUMPUL DATA	
Nama Pengumpul Data	:
Tanggal Pengumpulan Data	:

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
No. Telpon :			
No.	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Usia saat ini :		
	Tanggal kelahiran :		
2.	Jenis kelamin	1. Laki – laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
Kanker Payudara			
3.	Apa stadium kanker payudara yang diderita (bapak/ibu) saat ini?	1. Stadium I 2. Stadium IIA 3. Stadium IIB 4. Stadium IIIA 5. Stadium IIIB 6. Stadium IIIC 7. Stadium IV	<input type="checkbox"/>

4.	Berapa lama (bapak/ibu) menjalani pengobatan kanker payudara?	.....(bulan/tahun)	
Perawatan Paliatif			
5.	Apa saja jenis perawatan paliatif yang (bapak/ibu) ikuti?	1. Kelompok Dukungan Paliatif (KDP) 2. Gathering Pasien 3. <i>Home Visit</i> 4. Dokter Menjawab 5. Relaksasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Berapa kali (bapak/ibu) mengikuti perawatan paliatif ?	Kelompok dukungan paliatif : 1. 1- ≤ 3 kali 2. 4 - ≤ 6 kali 3. 6 kali	<input type="checkbox"/>
		Gathering Pasien : 1. 1- ≤ 3 kali 2. 4 - ≤ 6 kali 3. 6 kali	<input type="checkbox"/>
		<i>Home Visit</i> 1. 1- ≤ 3 kali 2. 4 - ≤ 6 kali 3. 6 kali	<input type="checkbox"/>
		Dokter Menjawab 1. 1- ≤ 3 kali 2. 4 - ≤ 6 kali 3. 6 kali	<input type="checkbox"/>
		Relaksasi : 1. 1- ≤ 3 kali 2. 4 - ≤ 6 kali 3. 6 kali	<input type="checkbox"/>

BAGIAN B (KUALITAS HIDUP RESPONDEN)**PETUNJUK PENGISIAN**

Berikan tanda checklist atau centang (v) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang anda alami.

No.	Kondisi/ Situasi saat ini	Tidak sama sekali	Sedikit atau 1-2 kali seminggu	Sering atau 3-4 kali seminggu	Sangat Sering atau 5 – 7 kali seminggu
1.	Apakah Anda mengalami kesulitan saat melakukan kegiatan yang berat, seperti membawa barang belanjaan atau koper yang berat?	1	2	3	4
2.	Apakah Anda mengalami kesulitan jika berjalan kaki dalam jarak yang jauh?	1	2	3	4
3.	Apakah Anda mengalami kesulitan saat berjalan kaki meskipun dalam jarak yang pendek, misalnya di sekitar rumah Anda?	1	2	3	4
4.	Apakah setiap hari Anda harus berbaring di tempat tidur atau duduk di kursi ?	1	2	3	4
5.	Apakah Anda memerlukan bantuan orang lain saat makan, berpakaian, mandi atau buang air?	1	2	3	4
Dalam seminggu terakhir:					
6.	Apakah Anda mengalami keterbatasan saat bekerja atau melakukan kegiatan sehari-hari lainnya?	1	2	3	4
7.	Apakah Anda mengalami keterbatasan saat melakukan kegiatan santai atau kegiatan yang merupakan hobi Anda?	1	2	3	4
8.	Apakah Anda merasa sesak nafas?	1	2	3	4

No.	Kondisi/ Situasi saat ini	Tidak sama sekali	Sedikit atau 1-2 kali seminggu	Sering atau 3-4 kali seminggu	Sangat Sering atau 5 – 7 kali seminggu
9.	Apakah Anda merasa nyeri?	1	2	3	4
10.	Apakah Anda perlu beristirahat?	1	2	3	4
11.	Apakah Anda sulit tidur?	1	2	3	4
12.	Apakah Anda merasakan badan Anda lemah?	1	2	3	4
13.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?	1	2	3	4
14.	Apakah Anda merasa mual?	1	2	3	4
15.	Apakah Anda muntah?	1	2	3	4
16.	Apakah Anda sulit buang air besar?	1	2	3	4
	Dalam seminggu terakhir :				
17.	Apakah Anda diare?	1	2	3	4
18.	Apakah Anda kelelahan?	1	2	3	4
19.	Apakah nyeri yang dirasakan mengganggu aktivitas Anda sehari-hari?	1	2	3	4
20.	Apakah Anda sulit berkonsentrasi pada sesuatu hal, seperti membaca koran atau menonton televisi?	1	2	3	4
21.	Apakah Anda merasa tegang?	1	2	3	4
22.	Apakah Anda merasa khawatir?	1	2	3	4
23.	Apakah Anda merasa mudah tersinggung?	1	2	3	4
24.	Apakah Anda merasa depresi?	1	2	3	4
25.	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengingat	1	2	3	4

No.	Kondisi/ Situasi saat ini	Tidak sama sekali	Sedikit atau 1-2 kali seminggu	Sering atau 3-4 kali seminggu	Sangat Sering atau 5 – 7 kali seminggu
26.	Apakah kehidupan keluarga Anda terganggu oleh kondisi fisik atau terapi medis yang Anda jalani?	1	2	3	4
27.	Apakah aktivitas sosial Anda terganggu oleh kondisi fisik atau terapi medis yang Anda jalani?	1	2	3	4
28.	Apakah Anda mengalami kesulitan keuangan akibat kondisi fisik atau terapi medis yang dialami?	1	2	3	4

Untuk pertanyaan-pertanyaan berikut ini, lingkari angka yang paling sesuai :

No.	Kondisi/ Situasi saat ini	Sangat buruk						Sangat baik
29.	Bagaimanakah Anda menilai kondisi kesehatan Anda secara keseluruhan selama seminggu yang lalu?	1	2	3	4	5	6	7
30.	Bagaimanakah Anda menilai kualitas hidup Anda selama seminggu yang lalu?	1	2	3	4	5	6	7

Sumber : EORTC QLQ – C30

BAGIAN C (LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN)

LEMBAR PENGAMATAN (OBSERVASI)
TINGKAT KEAKTIFAN PASIEN KANKER PAYUDARA DALAM
MENGIKUTI PERAWATAN PALIATIF

Nama Responden :	
Perawatan Paliatif yang diikuti :	

NO.	Komponen yang Dilihat	Kriteria	Bobot	Nilai
1.	Pasien bertanya	Melakukan	1	
		Tidak Melakukan	0	
2.	Pasien memberikan materi	Melakukan	1	
		Tidak Melakukan	0	
3.	Pasien menjawab pertanyaan pasien lain/ audiens	Melakukan	1	
		Tidak Melakukan	0	
4.	Pasien memberikan pendapat	Melakukan	1	
		Tidak Melakukan	0	
5.	Pasien menjadi relawan (bermain games, membantu persiapan kegiatan, atau mengajak pasien/orang lain dalam perawatan paliatif)	Melakukan	1	
		Tidak Melakukan	0	
TOTAL NILAI				

Keterangan :

Kriteria Penilaian

- 5. Sangat aktif = 4-5
- 6. Aktif = 2-3
- 7. Kurang aktif = 1
- 8. Pasif = 0

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara di rumah responden penelitian



Gambar 2. Wawancara di rumah responden penelitian



Gambar 3. Pelaksanaan KDP: membuat kerajinan tangan berupa membuat bunga dari kain



Gambar 4. Konsultasi bersama pasien saat pelaksanaan KDP

Lampiran F. Surat Ijin Penelitian Garwita Institute Jember



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan 37 Kampus 1, Gedung 1001, Kota Pro. 68131 Jember
Telepon (0311) 337078, 337093, 337500, 337741 Faksimili (0311) 337095
Email: rkt@unijember.ac.id

Nomor : 2497 / UN25.1.12 / SP / 2017
Lampiran : Satu bendel
Hal : Permohonan Ijin Penelitian
19 JUN 2017

Yth. Ketua Garwita Institute
Kabupaten Jember
Jember

Dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon dengan hormat ijin bagi mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini, untuk melaksanakan penelitian :

Nama : Miranda Natasya
NIM : 132110101190
Judul penelitian : Gambaran Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara dengan Perawatan Paliatif Oleh Garwita Institute
Tempat penelitian : Garwita Institute Jember
Lama penelitian : Juli – September 2017

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan proposal penelitian.
Atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terima kasih.



Dr. Fanda Wahyu Ningtyias, M.Kes.
NIP. 198010092005012002

Lampiran G. Surat Ijin Pengambilan Data Garwita Institute Jember

	<p>TIM PANGKAT GARWITA INSTITUTE Jl. Kamboji VI No. 20 Talanghari, Jember Telp : (0331) 486-700 Fax : (0331) 436-371 - adn.garwita@gmail.com</p>	
---	--	---

Nomor : 27MGWT/SBPI/XI/2017
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Kepada
Yth. Dekan FKM Universitas Jember
Jls. Kalimantan 1/83

Di-
JEMBER

Mesindaklanjuti surat permohonan Ibu Nomor 2997/UN25.1.12/SP/2017 perihal izin pengambilan data untuk penyusunan skripsi kami sampaikan, bahwa kami menyetujui permohonan tersebut untuk Mahasiswa :

Nama	: Miranda Natasya
Fakultas	: FKM- UNEJ
NIM	: 132110101190
Judul Penelitian	: Gambaran kualitas hidup penderita kanker payudara dengan perawatan paliatif oleh Garwita Institute

Atas perhatian Ibu kami sampaikan terima kasih.

Jember, 03 Juli 2017

Mengetahui,
Direktur Garwita Institute


Nadia Maria, M. Pd, Psi

Lampiran H. Hasil Analisis Data

1. Distribusi Karakteristik Responden

a. Uji Frekuensi Usia

Usia Responden (dalam Tahun)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22-40 Tahun	10	23,3	23,3	23,3
	41-60 Tahun	28	65,1	65,1	88,4
	>60 Tahun	5	11,6	11,6	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

b. Uji Frekuensi Stadium Kanker

Stadium

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stadium I	15	34,9	34,9	34,9
	Stadium IIA	6	14,0	14,0	48,8
	Stadium IIB	7	16,3	16,3	65,1
	Stadium IIIA	5	11,6	11,6	76,7
	Stadium IIIB	2	4,7	4,7	81,4
	Stadium IIIC	4	9,3	9,3	90,7
	Stadium IV	4	9,3	9,3	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

c. Uji Frekuensi Lama Pengobatan

Lama Menjalani Pengobatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-12 bulan	25	58,1	58,1	58,1
	13-24 bulan	10	23,3	23,3	81,4
	25-36 bulan	4	9,3	9,3	90,7
	37-48 bulan	1	2,3	2,3	93,0
	49-60 bulan	3	7,0	7,0	100,0
Total		43	100,0	100,0	

d. Uji Tabulasi Silang Usia dan Stadium Kanker

Usia Responden (dalam Tahun) * Stadium Crosstabulation

			Stadium						Total	
			Stadium I	Stadium IIA	Stadium IIB	Stadium IIIA	Stadium IIIB	Stadium IIIC		Stadium IV
Usia Responden (dalam Tahun)	22-40 Tahun	Count	2	4	0	1	0	1	2	10
		% of Total	4,7%	9,3%	0,0%	2,3%	0,0%	2,3%	4,7%	23,3%
	41-60 Tahun	Count	10	2	7	4	1	3	1	28
		% of Total	23,3%	4,7%	16,3%	9,3%	2,3%	7,0%	2,3%	65,1%
	>60 Tahun	Count	3	0	0	0	1	0	1	5
		% of Total	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,3%	11,6%
Total		Count	15	6	7	5	2	4	4	43
		% of Total	34,9%	14,0%	16,3%	11,6%	4,7%	9,3%	9,3%	100,0%

e. Uji Tabulasi Silang Usia dan Lama Menjalani Pengobatan

Usia Responden (dalam Tahun) * Lama Menjalani Pengobatan Crosstabulation

			Lama Menjalani Pengobatan					Total
			1-12 bulan	13-24 bulan	25-36 bulan	37-48 bulan	49-60 bulan	
Usia Responden (dalam Tahun)	22-40 Tahun	Count	6	3	0	0	1	10
		% of Total	14,0%	7,0%	0,0%	0,0%	2,3%	23,3%
	41-60 Tahun	Count	16	7	3	0	2	28
		% of Total	37,2%	16,3%	7,0%	0,0%	4,7%	65,1%
	>60 Tahun	Count	3	0	1	1	0	5
		% of Total	7,0%	0,0%	2,3%	2,3%	0,0%	11,6%
Total		Count	25	10	4	1	3	43
		% of Total	58,1%	23,3%	9,3%	2,3%	7,0%	100,0%

2. Distribusi Keikutsertaan Pasien dalam Perawatan Paliatif

a. Uji Frekuensi Kegiatan KDP

KDP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah Mengikuti	15	34,9	34,9	34,9
	Sering Mengikuti	11	25,6	25,6	60,5
	Selalu Mengikuti	17	39,5	39,5	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

b. Uji Frekuensi Kegiatan *Gathering Pasien*

Gathering Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah Mengikuti	15	34,9	100,0	100,0
Missing	System	28	65,1		
Total		43	100,0		

c. Uji Frekuensi Kegiatan *Home Visit*

Home Visit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah Mengikuti	3	7,0	100,0	100,0
Missing	System	40	93,0		
Total		43	100,0		

d. Uji Frekuensi Kegiatan Dokter Menjawab

Dokter Menjawab

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah Mengikuti	3	7,0	100,0	100,0
Missing System	40	93,0		
Total	43	100,0		

e. Uji Frekuensi Kegiatan Relaksasi

Relaksasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah Mengikuti	5	11,6	100,0	100,0
Missing System	38	88,4		
Total	43	100,0		

f. Uji Frekuensi Keaktifan Pasien

Keaktifan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pasif	26	60,5	60,5	60,5
Tidak Aktif	3	7,0	7,0	67,4
Aktif	14	32,6	32,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

g. Uji Frekuensi Partisipasi Pasien

Pasien Bertanya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan	9	20,9	100,0	100,0
Missing	System	34	79,1		
Total		43	100,0		

h. Uji Frekuensi Partisipasi Pasien

Pasien Menjawab Pertanyaan Pasien Lain/Audiens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan	15	34,9	100,0	100,0
Missing	System	28	65,1		
Total		43	100,0		

i. Uji Frekuensi Partisipasi Pasien

Pasien Menyampaikan Pendapat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan	7	16,3	100,0	100,0
Missing	System	36	83,7		
Total		43	100,0		

j. Uji Frekuensi Partisipasi Pasien

Pasien Menjadi Relawan Kegiatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melakukan	7	16,3	100,0	100,0
Missing	System	36	83,7		
Total		43	100,0		

k. Uji Frekuensi Partisipasi Pasien

Pasien Hanya Mengikuti Kegiatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	27	62,8	100,0	100,0
Missing	System	16	37,2		
Total		43	100,0		

3. Distribusi Kualitas Hidup Pasien

a. Uji Statistik Status Kesehatan Global dan Usia Responden

Report

Status Kesehatan Global

Usia Responden (dalam Tahun)	Mean	N	Std. Deviation
22-40 Tahun	74,1700	10	24,04806
41-60 Tahun	70,8393	28	18,90507
>60 Tahun	59,7400	5	13,07241
Total	70,3233	43	19,67210

b. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Usia Responden

Report

Usia Responden (dalam Tahun)		Fungsi Fisik	Fungsi Sosial	Fungsi Peran	Fungsi Kognitif	Fungsi Emosional
22-40 Tahun	Mean	93,3200	96,6600	91,6600	86,6600	81,4800
	N	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	7,69802	7,04134	16,20091	20,48909	17,91851
41-60 Tahun	Mean	92,3786	93,8786	92,8536	90,0071	87,3000
	N	28	28	28	28	28
	Std. Deviation	12,14018	14,35601	14,63718	21,78052	13,35601
>60 Tahun	Mean	75,4600	90,0000	73,4000	96,6600	84,0800
	N	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	25,84488	22,36068	38,24657	7,46847	14,65902
Total	Mean	90,6302	94,0744	90,3140	90,0023	85,5721
	N	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	14,22033	13,94011	19,28928	20,20327	14,49772

c. Uji Statistik Skala Gejala dengan Usia Responden

Kelelahan Mual dan Muntah Nyeri Sesak Nafas Insomnia Nafsu Makan Konstipasi Diare Kesulitan Keuangan * Usia Responden (dalam Tahun)

Usia Responden (dalam Tahun)		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
22-40 Tahun	Mean	13,9600	,0000	26,8000	3,0000	10,0300	,0000	3,3300	3,3300	,0000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	12,84940	,00000	29,55481	9,48683	22,58781	,00000	10,53038	10,53038	,00000
41-60 Tahun	Mean	14,9964	3,4393	19,7107	4,4036	4,8786	5,9536	3,6893	1,0714	4,5107
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28
	Std. Deviation	21,45059	10,12274	23,79534	10,99820	15,45767	18,51569	14,43733	5,66947	11,26809
>60 Tahun	Mean	25,8600	6,6600	42,6000	,0000	53,3400	6,0000	12,6600	6,0000	13,2600
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	16,56194	14,89221	25,50970	,00000	38,80436	13,41641	17,37464	13,41641	18,15731
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849

d. Uji Statistik Status Kesehatan Global dengan Stadium Kanker

Status Kesehatan Global * Stadium

Status Kesehatan Global

Stadium	Mean	N	Std. Deviation
Stadium I	63,3533	15	18,85387
Stadium IIA	87,5000	6	15,60807
Stadium IIB	70,2286	7	17,22979
Stadium IIIA	55,0000	5	7,46291
Stadium IIIB	85,0000	2	21,21320
Stadium IIIC	81,2500	4	23,93568
Stadium IV	71,7500	4	20,79062
Total	70,3233	43	19,67210

e. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Stadium Kanker

Report						
Stadium		Fungsi Fisik	Fungsi Sosial	Fungsi Peran	Fungsi Kognitif	Fungsi Emosional
Stadium I	Mean	90,4800	93,3067	90,0400	89,1267	85,7800
	N	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	17,84478	13,82226	22,43683	15,92893	17,14827
Stadium IIA	Mean	91,1000	100,0000	94,4333	94,4333	85,2833
	N	6	6	6	6	6
	Std. Deviation	9,10516	,00000	8,62384	8,62384	13,56030
Stadium IIB	Mean	86,7143	92,7571	85,7143	92,8571	84,5429
	N	7	7	7	7	7
	Std. Deviation	18,85660	9,03398	24,39750	18,89822	13,13949
Stadium IIIA	Mean	90,6000	86,0000	93,2600	70,0000	78,0000
	N	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	13,10725	31,30495	9,22973	44,72136	17,23209
Stadium IIIB	Mean	90,0000	100,0000	75,0000	100,0000	95,8500
	N	2	2	2	2	2
	Std. Deviation	14,14214	,00000	35,35534	,00000	5,86899
Stadium IIIC	Mean	96,5750	91,5750	100,0000	91,6500	89,4250
	N	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	3,95675	9,72912	,00000	9,64175	8,15613
Stadium IV	Mean	91,7500	100,0000	87,5000	100,0000	87,5000
	N	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	9,94569	,00000	25,00000	,00000	15,84298
Total	Mean	90,6302	94,0744	90,3140	90,0023	85,5721
	N	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	14,22033	13,94011	19,28928	20,20327	14,49772

f. Uji Statistik Skala Gejala dengan Stadium Kanker

Kelelahan Mual dan Muntah Nyeri Sesak Nafas Insomnia Nafsu Makan Konstipasi Diare Kesulitan Keuangan * Stadium

Stadium		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
Stadium I	Mean	11,5267	2,0000	23,4000	,0000	11,1133	,0000	2,2200	,0000	6,2000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	13,49791	7,74597	23,31027	,00000	24,48950	,00000	8,59802	,00000	12,85190
Stadium IIA	Mean	8,8333	,0000	13,4500	10,0000	,0000	5,0000	,0000	,0000	,0000
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Std. Deviation	17,20949	,00000	11,58857	15,49193	,00000	12,24745	,00000	,00000	,00000
Stadium IIB	Mean	19,0000	4,7571	41,0000	9,0429	4,7571	9,5286	,0000	,0000	4,7571
	N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	Std. Deviation	21,05461	12,58622	34,97566	15,47297	12,58622	25,21023	,00000	,00000	12,58622
Stadium IIIA	Mean	17,4000	,0000	13,4600	,0000	13,3200	14,0000	13,3200	6,0000	,0000
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	33,59762	,00000	13,97347	,00000	18,23916	31,30495	18,23916	13,41641	,00000
Stadium IIIB	Mean	21,5000	,0000	15,0000	,0000	,0000	15,0000	15,0000	15,0000	,0000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Std. Deviation	30,40559	,00000	21,21320	,00000	,00000	21,21320	21,21320	21,21320	,00000
Stadium IIIC	Mean	25,0000	8,2500	12,5750	7,5000	17,5000	,0000	17,5000	,0000	8,2500
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	22,19610	16,50000	15,97255	15,00000	35,00000	,00000	35,00000	,00000	16,50000
Stadium IV	Mean	24,9750	8,3250	41,6500	,0000	41,7500	,0000	,0000	8,3250	8,3250
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	13,73156	16,65000	41,94794	,00000	50,05580	,00000	,00000	16,65000	16,65000
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849

g. Uji Statistik Status Kesehatan Global dengan Lama Menjalani Pengobatan

Status Kesehatan Global * Lama Menjalani Pengobatan

Status Kesehatan Global

Lama Menjalani Pengobatan	Mean	N	Std. Deviation
1-12 bulan	71,0240	25	21,25410
13-24 bulan	66,6700	10	20,04318
25-36 bulan	69,5750	4	7,87755
37-48 bulan	70,0000	1	.
49-60 bulan	77,7667	3	25,45512
Total	70,3233	43	19,67210

h. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Lama Menjalani Pengobatan

Report

Lama Menjalani Pengobatan		Fungsi Fisik	Fungsi Sosial	Fungsi Peran	Fungsi Kognitif	Fungsi Emosional
1-12 bulan	Mean	88,4080	94,6240	88,6760	97,9960	87,2640
	N	25	25	25	25	25
	Std. Deviation	17,30510	11,55106	22,37916	5,53876	13,03127
13-24 bulan	Mean	97,3600	98,3300	96,6600	81,9900	82,3000
	N	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	4,58359	5,28100	7,04134	19,70073	18,20153
25-36 bulan	Mean	93,3250	91,5750	91,7500	75,0750	81,2500
	N	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	5,31249	9,72912	16,50000	21,46988	10,32037
37-48 bulan	Mean	80,0000	100,0000	50,0000	100,0000	91,7000
	N	1	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.	.
49-60 bulan	Mean	86,6667	76,6667	94,3333	66,6667	86,1000
	N	3	3	3	3	3
	Std. Deviation	11,54701	40,41452	9,81495	57,73503	24,07551
Total	Mean	90,6302	94,0744	90,3140	90,0023	85,5721
	N	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	14,22033	13,94011	19,28928	20,20327	14,49772

i. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Lama Menjalani Pengobatan

Report

Lama Menjalani Pengobatan		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
1-12 bulan	Mean	13,2920	1,3320	27,4920	3,7320	10,6800	2,6680	1,3320	,0000	3,8520
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	Std. Deviation	17,13031	6,66000	29,75648	10,32936	23,26945	13,34000	6,66000	,00000	10,65939
13-24 bulan	Mean	12,3300	6,3000	15,1300	,0000	6,6600	,0000	6,6600	,0000	6,3000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	18,25925	13,30038	16,58554	,00000	14,04051	,00000	14,04051	,00000	13,30038
25-36 bulan	Mean	22,4750	8,3250	29,3250	7,5000	42,5000	,0000	17,5000	,0000	8,3250
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	9,55977	16,65000	28,56027	15,00000	50,57997	,00000	35,00000	,00000	16,65000
37-48 bulan	Mean	43,0000	,0000	30,0000	,0000	,0000	30,0000	30,0000	30,0000	,0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.	.	.	.	.	.
49-60 bulan	Mean	33,4333	,0000	15,6667	10,0000	,0000	33,3333	,0000	21,1000	,0000
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Std. Deviation	39,48751	,00000	15,04438	17,32051	,00000	35,11885	,00000	18,34748	,00000
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849

j. Uji Statistik Status Kesehatan Global dengan Keaktifan Pasien

Status Kesehatan Global * Keaktifan

Status Kesehatan Global

Keaktifan	Mean	N	Std. Deviation
Pasif	69,7111	27	19,73054
Tidak Aktif	50,0000	2	,00000
Aktif	74,4071	14	19,73343
Total	70,3233	43	19,67210

k. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Keaktifan Pasien

Report

Keaktifan		Fungsi Fisik	Fungsi Sosial	Fungsi Peran	Fungsi Kognitif	Fungsi Emosional
Pasif	Mean	89,9074	93,0444	90,1185	90,2556	83,2741
	N	27	27	27	27	27
	Std. Deviation	11,89573	14,64491	16,82167	22,15497	16,50903
Tidak Aktif	Mean	90,0000	100,0000	75,0000	91,6500	91,5000
	N	2	2	2	2	2
	Std. Deviation	14,14214	,00000	35,35534	11,80868	12,02082
Aktif	Mean	92,1143	95,2143	92,8786	89,2786	89,1571
	N	14	14	14	14	14
	Std. Deviation	18,74566	13,77946	22,28812	18,03284	9,62439
Total	Mean	90,6302	94,0744	90,3140	90,0023	85,5721
	N	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	14,22033	13,94011	19,28928	20,20327	14,49772

l. Uji Statistik Skala Gejala dengan Keaktifan Pasien

Kelelahan Mual dan Muntah Nyeri Sesak Nafas Insomnia Nafsu Makan Konstipasi Diare Kesulitan Keuangan * Keaktifan

Keaktifan		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
Pasif	Mean	17,3667	2,4667	24,1556	2,3444	8,5185	6,1741	2,3444	2,2222	3,6889
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	Std. Deviation	20,77926	8,88711	21,02896	8,45915	23,61431	18,83090	8,45915	8,00641	10,63262
Tidak Aktif	Mean	33,5000	16,5000	50,0000	,0000	33,5000	,0000	,0000	,0000	16,5000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Std. Deviation	33,23402	23,33452	70,71068	,00000	47,37615	,00000	,00000	,00000	23,33452
Aktif	Mean	10,9214	2,1429	20,0500	6,4286	14,7571	2,1429	9,7571	2,3786	4,2857
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Std. Deviation	13,03187	8,01784	27,74451	12,77446	26,26632	8,01784	21,09494	8,89980	10,89410
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849

m. Uji Statistik Status Kesehatan Global dengan Intensitas Pasien Mengikuti Perawatan Paliatif

Status Kesehatan Global * Frekuensi Pasien

Status Kesehatan Global

Frekuensi Pasien	Mean	N	Std. Deviation
Pernah Mengikuti	70,8200	25	19,39070
Sering Mengikuti	69,3176	17	21,19025
Selalu Mengikuti	75,0000	1	.
Total	70,3233	43	19,67210

n. Uji Statistik Skala Fungsional dengan Intensitas Pasien Mengikuti Perawatan Paliatif

Report

Frekuensi Pasien		Fungsi Fisik	Fungsi Sosial	Fungsi Peran	Fungsi Kognitif	Fungsi Emosional
Pernah Mengikuti	Mean	93,0720	95,9680	91,3400	92,8080	84,9400
	N	25	25	25	25	25
	Std. Deviation	10,28026	7,32329	15,28692	13,40311	15,79884
Sering Mengikuti	Mean	86,4882	90,9412	88,2353	88,2294	86,1412
	N	17	17	17	17	17
	Std. Deviation	18,41914	20,28383	24,78036	26,19801	13,19138
Selalu Mengikuti	Mean	100,0000	100,0000	100,0000	50,0000	91,7000
	N	1	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.	.
Total	Mean	90,6302	94,0744	90,3140	90,0023	85,5721
	N	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	14,22033	13,94011	19,28928	20,20327	14,49772

o. Uji Statistik Skala Gejala dengan Intensitas Pasien Mengikuti Perawatan Paliatif

Kelelahan Mual dan Muntah Nyeri Sesak Nafas Insomnia Nafsu Makan Konstipasi Diare Kesulitan Keuangan * Frekuensi Pasien

Frekuensi Pasien		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
Pernah Mengikuti	Mean	11,3040	1,3320	18,7320	3,7320	5,3320	3,8680	3,8640	1,2000	2,5320
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	Std. Deviation	16,48870	6,66000	17,83351	10,32936	15,75319	14,39742	10,69369	6,00000	8,77642
Sering Mengikuti	Mean	22,5235	5,6647	29,2706	3,5294	21,7824	5,8824	6,0765	3,7235	7,6059
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	Std. Deviation	21,95081	12,63027	33,00354	9,96317	33,75637	18,04814	18,33915	10,52732	14,14976
Selalu Mengikuti	Mean	23,3000	,0000	67,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849

y. Uji Statistik Skala Gejala berdasarkan Kegiatan Relaksasi

Report

Relaksasi		Kelelahan	Mual dan Muntah	Nyeri	Sesak Nafas	Insomnia	Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan
Tidak Mengikuti	Mean	16,0237	2,5342	24,0947	4,0342	9,7447	5,1763	4,3842	1,5789	4,1921
	N	38	38	38	38	38	38	38	38	38
	Std. Deviation	20,20879	8,78242	25,96191	10,51440	22,20737	16,54699	14,03410	6,78883	10,92862
	% of Total N	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%	88,4%
Pernah Mengikuti	Mean	15,9800	6,6600	23,4600	,0000	26,6600	,0000	6,6600	6,6600	6,6600
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	10,62859	14,89221	27,99568	,00000	43,46007	,00000	14,89221	14,89221	14,89221
	% of Total N	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%	11,6%
Total	Mean	16,0186	3,0140	24,0209	3,5651	11,7116	4,5744	4,6488	2,1698	4,4791
	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Std. Deviation	19,24931	9,53212	25,85471	9,95509	25,38587	15,62134	13,97052	8,02741	11,26849
	% of Total N	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

