Jurnal Sains Farmasi & Klinis
p-ISSN: 2407-7062 | e-ISSN: 2442-5435
homepage: http://jsfk.ffarmasi.unand.ac.id

ORIGINAL ARTICLE Vol. 5 No. 2 (Agustus 2018) | pp. 126–133 |

Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr.M. Djamil Padang, Indonesia

(The Influence of Patient Characteristics on Health-Related Quality of LifeIn Breast Cancer Patients in Dr.M. Djamil Hospital Padang, Indonesia)

Dian Ayu Juwita*, **Almahdy, Rizka Afdhila**
Fakultas Farmasi, Universitas Andalas

ABSTRACT: Quality of life is an important part in the assessment of therapeutic results especially in chronic diseases. Individual characteristic factors in cancer patients can affect general health perception and overall quality of life. This study aims to determine the influence of demographic characteristics (age, educational level, length of diagnosis, type of chemotherapy) and clinical characteristics (chemotherapy cycle, chemotherapy settings) of breast cancer patients undergoing chemotherapy at Dr. M. Djamil Padang Hospital. Measurements were made using the EORTC QLQ-C30 questionnaire. Samples were taken by selecting all breast cancer patients in Dr. M. Djamil Padang who met the inclusion criteria during March - May 2018. The data obtained through questionnaires is rated in the range 0-100 using a linear transformation formula, then performed statistical analysis using *Mann-whitney* and Kruskall-wallis tests. The study showed that the demographic characteristics did not affect the quality of life of breast cancer patients (p> 0.05). While the clinical characteristics have a significant influence on the quality of life of breast cancer patients (p <0.05).

Keywords: patient characteristics; quality of life; breast cancer; demographic characteristics;clinical characteristics;EORTC QLQ-C30 questionnaire.

ABSTRAK: Kualitas hidup merupakan suatu bagian penting dalam penilaian hasil terapi terutama pada penyakit kronis. Faktor karakteristik individu pada pasien kanker dapat mempengaruhi persepsi kesehatan general dan kualitas hidup keseluruhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh karakteristik demografis (umur, tingkat pendidikan, lama terdiagnosa, jenis kemoterapi) dan karakteristik klinis (siklus kemoterapi, setting kemoterapi) pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner EORTC QLQ-C30. Sampel diambil dengan memilih semua pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang memenuhi kriteria inklusi selama bulan Maret – Mei 2018. Data yang diperoleh dari pengisian kuwsoner kemudian ditaransformasikan nilainya ke dalam rentang 0-100 menggunakan rumus transformasi linear, kemudian dilakukan analisa statistik menggunakan uji *Mann-whitney* dan Kruskall-wallis. Dari hasil penelitian didapatkan karakteristik demografi tidak berpengaruh terhadap terhadap nilai kualitas hidup pasien kanker payudara (p>0,05). Sedangkan karakteristik klinis mempunyai pengaruh bermakna terhadap nilai kualitas hidup pasien kanker payudara (p<0,05).

Kata kunci: karakteristik pasien;kualitas hidup;kanker payudara;karakteristik demografi;karakteristik klinis;kuesioner EORTC QLQ-C30.

Pendahuluan

Kualitas hidup terkait kesehatan/*health related quality of life* (HRQoL) adalah keadaan kesejahteraan (*well being*) yang merupakan gabungan dari dua komponen, yaitu kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang mencerminkan keadaan fisik, psikologis, dan sosial; dan kepuasan pasien terhadap tingkat fungsi dan pengendalian penyakit [1]. HRQoL merupakan suatu bagian penting dalam penilaian hasil terapi terutama pada penyakit kronis. Pengukuran kualitas hidup ini perlu dilakukan karena intervensi terapi seperti obat berpotensi untuk meningkatkan atau menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan. Dalam hal ini tenaga kesehatan harus berusaha untuk mencapai peningkatan kualitas hidup sebagai hasil terapi [2].

Pada pasien kanker payudara sering terjadi penurunan kualitas hidup [3,4]. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal,

Access this article

***Corresponding Author:** Dian Ayu Juwita
Fakultas Farmasi, Universitas Andalas, Jalan Universitas Andalas, Limau Manis, Pauh, Kota Padang, Sumatera Barat 25163| Email: dianayu121@gmail.com

seperti kekhawatiran tentang kelangsungan hidup, kelangsungan pekerjaan, citra tubuh, seksualitas, kekambuhan penyakit, serta proses pengobatan yang dijalani [5]. Keadaan mental psikologis pada penderita kanker payudara bisa saja mengalami penurunan secara dramatis, akibatnya penderita akan mengalami depresi, gangguan fungsi fisik dan aktivitas social [6]. 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, dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain [4,7].

Pada stadium lanjut, pasien kanker tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik, tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien [8]. Dalam sebuah penelitian 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 [9].

Pengukuran kualitas hidup diperlukan bagi tenaga kesehatan untuk mempermudah mencari permasalahan yang dialami oleh pasien selama menjalani terapi sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi dan melakukan edukasi pada pasien. Selain itu pengukuran ini juga diperlukan untuk membuat keputusan terkait terapi pengobatan, serta sebagai bahan evaluasi efektivitas biaya terapi jangka panjang [3,10].

Salah satu faktor yang mempengaruhui kualitas hidup terkait kesehatan adalah faktor karakteristik individu. Karakteristik individu/pasien dalam kualitas hidup berhubungan dengan status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan secara umum dan kualitas hidup keseluruhan. Karakteristik individu pada pasien kanker yang mempengaruhi persepsi kesehatan general dan kualitas hidup keseluruhan antara lain faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi [11]. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh karakteristik demografis (umur, tingkat pendidikan, lama terdiagnosa, jenis kemoterapi) dan karakteristik klinis (siklus kemoterapi, setting kemoterapi) pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner EORTC QLQ-C30 yang merupakan salah satu metode pengukuran kualitas hidup spesifik kanker [12]. Kualitas hidup merupakan konsep yang kompleks dengan berbagai aspek yang disebut dengan dimensi atau domain [13]. EORTC QLQ-C30 terdiri dari 30 pertanyaan yang digunakan dalam mengukur berbagai aspek dalam kualitas hidup. Pertanyaan tersebut diklasifikasikan menjadi 15 dimensi, yaitu: lima subskala fungsional (fisik, peran, emosional, kognitif, dan sosial), tiga subskala gejala (kelelahan, nyeri, dan mual atau muntah), satu subskala kesehatan atau kesehatan umum, dan enam item tunggal yang menangani berbagai gejala dan dampak keuangan yang dirasakan oleh pasien [14,15].

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan metode *cross sectional* yang dilakukan selama periode bulan Maret 2018 hingga Mei 2018 di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian dilakukan setelah diperoleh rekomendasi berupa lolos kaji etik dari tim etik penelitian RSUP DR. M. Djamil Padang dengan nomor surat PE.32.2018.

Pemilihan Sampel

Sampel diambil dengan memilih semua pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang memenuhi kriteria inklusi selama waktu pengambilan sampel. Kriteria inklusi meliputi pasien kanker payudara di Poliklinik Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada semua siklus kemoterapi yang mendapatkan kemoterapi neoadjuvan atau adjuvan, baik tunggal maupun kombinasi, pasien dewasa (umur diatas 18 tahun) saat penelitian dilakukan, dapat mengikuti dan memahami instruksi penilaian pada kuisioner EORTC QLQ-C30, serta bersedia untuk terlibat dalam penelitian dengan mengisi *informed consent*. Kriteria ekslusi meliputi pasien yang tidak menjalani kemoterapi, pasien yang tidak bersedia mengisi *informed consent*, dan memiliki penyakit kronis lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Pengumpulan Data

Kualitas hidup pasien kanker payudara diukur menggunakan kuesioner EORTC QLQ-C30 yang diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia tanpa mengubah makna aslinya (versi bahasa Indonesia) [14,16]. Kuisioner EORTC QLC-30 telah dilakukan uji reliabilitas dan validitas oleh Perwitasari et al. (2011) [14]. Pasien yang telah menyatakan bersedia untuk ikut sebagai responden penelitian selanjutnya diberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner. Kuisioner yang telah dicetak kemudian diberikan kepada pasien untuk diisi dengan didampingi oleh peneliti.

Penilaian jawaban kuisoner EORTC QLQ C-30

Cara menghitung skor kualitas hidup dengan menggunakan EORTC QLQ-C30 terdiri dari dua tahap, yaitu tahap menghitung *raw score* (nilai mentah) dan tahap transformasi linear. Rumus untuk menghitung *raw score*

untuk setiap skala:

Raw score = (I1 + I2 + ... + In) / n

Keterangan: I = nilai untuk setiap item pertanyaan dan n = jumlah item pertanyaan

Tahap transformasi linear dilakukan untuk menstandarkan *raw score* sehingga rentang skor menjadi antara 0 – 100. Terdapat persamaan yang digunakan, masing-masing untuk skala fungsional, skala gejala dan status kesehatan secara umum.

Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkatan respon yang lebih baik pada skala fungsional dan status kesehatan umum (QoL), namun lebih buruk pada skala gejala (tabel 2) [14].

Analisa Data

Data hasil pengisian kuisoner kemudian ditaransformasikan nilainya ke dalam rentang 0-100 menggunakan rumus pada tabel 1, selanjutnya dianalisis dengan SPSS for Windows. Hubungan rata-rata kualitas hidup pasien dengan karakteristik pasien dianalisa menggunakan uji *Mann-whitney* dan *Kruskall-wallis*. Nilai $p < 0,05$ menunjukkan terdapat perbedaan bermakna antara variabel yang dihubungkan. Jika nilai $p > 0,05$ menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara variabel yang dihubungkan

Tabel 1. Rumus transformasi linier untuk memperoloh Skor [16]

Skala	Tansformasi Linear
Fungsional	$S = \left\{1 - \left(\frac{RS-1}{range}\right)\right\} x\ 100$
Gejala	$S = \left\{\frac{RS-1}{range}\right\} x\ 100$
Status kesehatan secara umum	$S = \left\{\frac{RS-1}{range}\right\} x\ 100$

Keterangan :

S = Skor, RS = raw score, dan range = perbedaan antara nilai mungkin maksimum dari raw score dan nilai mungkin minimum. Karena skor untuk semua item antara 1-4, maka range = 3, kecuali pada item yang berkontribusi terhadap status kesehatan umum (QoL), yaitu pertanyaan dengan 7 poin, maka range = 6

Hasil dan Diskusi

Dari hasil penelitian diperoleh 34 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang paling banyak berada pada rentang umur dewasa (≤60 tahun) yaitu berjumlah 32 orang (91,4%) (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 3). Penyakit kanker payudara biasanya dapat terdiagnosis pada perempuan berusia lebih dua puluh tahunan dan pada saat remaja, perkembangan risiko kanker payudara mulai meningkat setelah umur 25 tahun dan meningkat pada wanita usia 35–50 [4].

Tabel 2. Skor Interpretasi Kualitas Hidup [17]

Skor (S)	Interpretasi
≤33,3	Buruk
33,4-66,5	Sedang
>66,6	Baik

Penilaian kualitas hidup berdasarkan kategoti umur pasien ternyata didapatkan bahwa kategori umur lansia (>60tahun) memiliki nilai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan kategori umur dewasa (<60tahun) pada semua skala (tabel 4). Rendahnya nilai kualitas hidup pasien kanker payudara dengan kategori umur lebih muda disebabkan adanya pengaruh emosi yang lebih buruk, keterbatasan fisik, dan gangguan aktivitas sosial [8,18,19].

Penurunan fungsi fisik selama kemoterapi dapat terjadi karena perempuan yang lebih muda cenderung memiliki harapan yang lebih tinggi terhadap kesehatan mereka, sehingga lebih sulit dalam mengatasi penyakitnya. Mereka sangat terpengaruh dengan standar penampilan tubuh dan perspektif masa depan terutama terkait ekonomi dan keluargasehingga mempengaruhi emosi dan aktivitas sosial. Sedangkan pasien yang lebih tua diketahui memiliki fungsi emosional yang lebih baik dan tidak mempermasalahkan gangguan fungsi fisik [5,19-21]. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa umur pasien kanker payudara tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (p>0,05) (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 4). Beberapa penelitian juga mendapatkan hal yang sama bahwa variabel umur tidak terkait dengan kualitas hidup secara signifikan [9,18].

Berdasarkan status pekerjaan, responden penelitian dibagi kedalam kategori bekerja dan tidak bekerja. Dari data yang didapatkan pasien dengan kategori tidak bekerja lebih banyak yaitu 23 orang (67,6%) dan pasien dengan kategori bekerja sebanyak 11 orang (32,4%) (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 3). Hasil penelitian serupa juga didapatkan pada penelitian sebelumnya [19,22]. Pasien dengan kategori bekerja memiliki nilai kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien dengan kategori tidak bekerja, namun analisis statistik menunjukkan tidak adanya pengaruh pekerjaan terhadap kualitas hidup pasien kanker

payudara (tabel 4).

Perempuan yang tidak bekerja mereka akan lebih cenderung mengalami depresi sehingga menyebabkan kualitas hidup yang rendah, sedangkan pasien yang bekerja akan lebih banyak berinteraksi secara sosial [5]. Hubungan sosial merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup, dimana perempuan yang jarang melakukan hubungan sosial atau cenderung sendiri akan memiliki kualitas hidup yang buruk pada setiap skala fungsi [8,20].

Dari 34 responden, kelompok pasien dengan kategori pendidikan terakhir SMA merupakan responden yang paling banyak yaitu 16 orang (47,1%) dan pendidikan terakhir Perguruan Tinggi menempati urutan paling sedikit yaitu 2 orang (5,9%) (tabel 3). Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya bahwa semakin bertambahnya tingkat pendidikan akan meningkatkan kejadian kanker payudara sekitar 2% [3,22].

Tabel 3. Data Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n=34)

Data Responden	n (jumlah)	% (persentase)
Umur		
Dewasa (≤60 tahun)	32	94,1%
Lansia (>60 tahun)	2	5,9%
Pekerjaan		
Bekerja	11	32,4%
Tidak Bekerja	23	67,6%
Pendidikan terakhir		
SD	11	32,4%
SMP/sederajat	5	14,7%
SMA/sederajat	16	47,1%
PT/sederajat	2	5,9%
Lama terdiagnosa		
≤ 1 tahun	12	35,3%
> 1 tahun	22	64,7%
Jenis kemoterapi		
Tunggal	3	8,8%
Docetaxel	3	100%
Kombinasi	31	91,2%
5-fluorouracil, Adriamycin (Doxorubicin), Cyclophos-phamide (FAC)	28	90,32%
Paclitaxel-Ciplastin	1	3,2%
Paclitaxel-Doxorubicin	1	3,2%
Docetaxel-Doxorubicin	1	3,2%
Siklus kemoterapi		
I	1	2,9%
II	1	2,9%
III	2	5,9%
IV	9	26,5%
V	4	11,8%
VI	17	50,0%
Setting Kemoterapi		
Neoadjuvant	8	23,5%
Adjuvant	26	76,5%

Tabel 4. RNilai rata-rata setiap domain EORTC QLQ-C30 berdasarkan karakteristik pasien (n= 34)

Domain	Jumlah (n)	QoL	Fungsi Fisik	Fungsi Peran	Fungsi Emosional	Fungsi Kognitif	Fungsi Sosial	Kelelahan	Mual & Muntah	Nyeri	Dyspnea	Insomnia	Penurunan Nafsu Makan	Konstipasi	Diare	Kesulitan Keuangan	Total Skala Fungsi	Total Skala Gejala
Umur (tahun)																		
Dewasa (≤60)	32	13,41	16,98	17,09	17,13	17,39	16,88	17,89	17,47	17,06	16,81	17,64	17,59	17,66	16,91	17,94	17,00	17,23
Lansia (>60)	2	18,23	25,75	24,00	23,50	19,25	27,50	11,25	18,00	24,50	28,50	15,25	16,00	15,00	27,00	10,50	25,50	21,75
p-value		0,60	0,22	0,33	0,37	0,79	0,12	0,35	0,94	0,29	0,09	0,73	0,81	0,69	0,13	0,26	0,24	0,53
Pekerjaan																		
Bekerja	11	13,67	21,36	19,27	16,55	18,64	19,23	15,27	16,50	14,77	17,59	16,09	17,27	20,23	19,86	17,45	19,59	17,45
Tidak bekerja	23	16,29	15,65	16,65	17,96	16,96	16,67	18,57	17,98	18,80	17,46	18,17	17,61	16,20	16,37	17,52	16,50	17,52
p-value		0,37	0,11	0,46	0,69	0,63	0,46	0,36	0,68	0,25	0,97	0,55	0,92	0,23	0,30	0,98	0,40	0,99
Pendidikan terakhir																		
SD	11	21,82	20,91	19,86	19,91	16,91	18,23	16,45	13,68	15,23	16,50	13,50	14,09	16,41	18,55	22,50	19,82	16,14
SMP	5	9,90	9,20	12,80	15,80	10,50	14,60	18,80	15,50	18,90	17,50	16,80	16,60	17,60	18,20	16,70	11,40	16,20
SMA	16	16,41	17,09	17,00	15,63	19,44	16,66	19,31	21,63	19,53	18,69	21,91	19,44	18,53	16,91	15,19	17,00	20,03
PT	2	21,50	22,75	20,25	23,50	22,75	27,50	5,50	10,50	10,25	13,50	6,00	23,00	15,00	14,75	10,50	24,00	8,00
p-value		0,12	0,14	0,57	0,55	0,27	0,41	0,28	0,12	0,46	0,86	0,04	0,39	0,92	0,94	0,13	0,34	0,37
Lama terdiagnosa (tahun)																		
≤ 1	12	16,96	15,29	15,92	14,42	17,96	15,79	16,79	16,21	18,54	15,17	16,54	16,25	15,71	16,79	19,54	15,08	15,63
> 1	22	17,80	18,70	18,36	19,18	17,25	18,43	17,89	18,20	16,93	18,77	18,02	18,18	18,48	17,89	16,39	18,82	18,52
p-value		0,81	0,33	0,48	0,18	0,84	0,44	0,75	0,56	0,64	0,29	0,66	0,56	0,40	0,74	0,33	0,30	0,42
Jenis kemoterapi																		
Tunggal	3	15,67	15,17	18,83	14,67	17,67	13,00	19,83	5,50	21,17	18,50	14,50	18,33	17,33	32,00	20,83	15,83	18,67
Kombinasi	31	17,68	17,73	17,37	17,77	17,48	17,94	17,27	18,66	17,15	17,40	17,79	17,42	17,52	16,10	17,18	17,66	17,39
p-value		0,73	0,67	0,80	0,60	0,98	0,34	0,66	0,02	0,49	0,85	0,56	0,87	0,97	0,00	0,50	0,76	0,83

Siklus Kemoterapi																		
I	1	26,00	30,50	31,00	21,00	24,00	27,50	8,00	15,00	24,50	28,50	24,50	23,00	22,00	32,00	10,50	29,50	26,00
II	1	26,00	30,50	23,50	21,00	31,00	27,50	3,00	10,50	6,00	19,50	6,00	23,00	22,00	7,50	10,50	29,50	8,00
II	2	13,00	25,75	27,25	32,50	22,75	27,50	5,50	15,75	6,00	7,50	10,25	9,00	8,00	7,50	10,50	31,00	3,25
IV	9	10,11	11,78	11,17	9,00	15,17	14,33	22,33	21,89	23,89	22,94	21,17	20,56	20,50	19,89	19,11	10,61	23,89
V	4	24,25	22,25	25,63	23,00	23,38	22,00	9,88	11,63	14,88	10,50	8,13	19,50	11,50	20,88	18,25	24,50	10,25
VI	17	19,35	16,91	16,65	18,53	15,56	15,76	19,56	17,32	16,35	16,68	18,88	15,76	17,91	16,35	18,12	16,50	17,56
p-value		0,08	0,11	0,05	0,02	0,34	0,22	0,04	0,55	0,09	0,11	0,11	0,51	0,38	0,18	0,73	0,02	0,04
Setting kemoterapi																		
Neo adjuvant	8	12,13	15,56	15,13	12,50	13,38	12,63	23,75	21,94	24,88	24,63	20,75	19,50	24,88	22,69	20,06	13,50	25,94
Adjuvant	26	19,15	18,10	18,23	19,04	18,77	19,00	15,58	16,13	15,23	15,31	16,50	16,88	15,23	15,90	16,71	18,73	14,90
p-value		0,07	0,52	0,43	0,10	0,17	0,10	0,04	0,14	0,13	0,01	0,26	0,48	0,01	0,07	0,36	0,19	0,00

Berdasarkan faktor tingkat pendidikan, pasien dengan pendidikan terakhir SD memiliki nilai yang paling baik pada skala fungsi, sedangkan pada skala gejala nilai kualitas hidup paling baik berada pada pendidikan terakhir PT (tabel 4). Pasien dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kepatuhan yang tinggi dalam pencegahan penyakit dan menjalankan pengobatan, sehingga gejala dan akibat dari kanker dapat diatasi dengan lebih baik [23]. Namun hasil statistik menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terakhir pasien yang berbeda-beda tidak mempengaruhi secara bermakna pada kualitas hidup pasien kanker payudara (tabel 4). Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang sama dimana pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien [7,9].

Pasien kanker payudara terlihat yang terdiagnosa kanker payudara selama > 1 tahun lebih banyak yaitu 22 orang (64,7%) dibandingkan pasien yang terdiagnosa selama ≤ 1 tahun yaitu 12 orang (35,3%) (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 3). Dari nilai rata-rata nilai kualitas hidup menunjukkan bahwa pasien yang terdiagnosa kanker payudara selama > 1 tahun memiliki nilai kualitas hidup lebih baik pada status kesehatan umum dan skala fungsi dibanding pasien yang terdiagnosa selama ≤ 1 tahun (tabel 4). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya [18,19]. Hal ini karena pada awal didiagnosis kanker payudara, pasien sering merasakan kecemasan yang disebabkan adanya kekhawatiran sel kanker akan menyebar ke organ lain, adanya persepsi masyarakat bahwa kanker merupakan penyakit ganas yang dapat menimbulkan kematian, sehingga mempengaruhi kualitas hidup [18,8]. Namun secara statstik tidak terdapat pengaruh lama terdiagnosa terhadap kualitas hidup pada keseluruhan skala (Tabel 4).

Berdasarkan jenis kemoterapi, responden penelitian lebih banyak menggunakan kemoterapi kombinasi yaitu sebanyak 31 orang (91,2%) (tabel 3). Kombinasi kemoterapi pada pasien kanker telah terbukti dapat meningkatkan kelangsungan hidup pasien, dengan memperkecil angka kemungkinan terjadinya resistensi obat antikanker [24,25]. Kombinasi obat-obat antikanker dengan mekanisme kerja dan tokisistas yang berbeda diharapkan dapat memperbaiki kemampuan membunuh sel-sel kanker, respon obat menjadi lebih tinggi dan menghasilkan sinergisme yang baik dimana efek dua obat akan lebih besar. Obat yang berbeda menyerang sel-sel kanker pada berbagai tahap siklus pertumbuhan sel kanker yang berbeda pula [5, 24,25]. Monoterapi lebih direkomendasikan sebagai pilihan pada penyakit lanjut, dengan tidak adanya perkembangan klinis yang cepat, metastasis viseral yang mengancam jiwa, atau kebutuhan cepat akan pengendalian penyakit [26].

Pasien kanker payudara yang menerima kemoterapi

kombinasi memiliki nilai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pasien yang menerima jenis kemoterapi tunggal pada status kesehatan umum dan skala gejala, sedangkan pada skala fungsi lebih baik pada pasien kanker payudara yang menerima jenis kemoterapi kombinasi (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 4). Rendahnya nilai kualitas hidup ini dapat disebabkan oleh tingginya intensitas mual dan muntah yang disebabkan oleh penggunaan kombinasi obat kemoterapi [22, 24]. Selain itu rendahnya nilai kualitas hidup pada pasien dengan kemoterapi kombinasi bisa disebabkan karena lebih banyaknya toksisitas terkait pengobatan dibandingkan pasien yang mendapat kemoterapi tunggal [21,25]. Namun dari analisa statistik tidak terdapat pengaruh bermakna jenis kemoterapi terhadap nilai kualitas hidup pasien kanker payudara.

Berdasarkan siklus kemoterapi, pasien terbanyak adalah yang menjalani siklus kemoterapi ke-VI yaitu sebanyak 17 orang dari 34 orang pasien kanker payudara (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 3). Rata-rata kualitas hidup yang diperoleh pada siklus kemoterapi menunjukkan bahwa pasien dengan siklus kemoterapi ke-V memiliki nilai kualitas hidup yang paling baik pada setiap skala (tabel 4). Hasil analisis statistik menunjukkan nilai kualitas hidup pada setiap siklus memiliki perbedaan yang signifikan pada setiap skala ($p<0,05$). Pasien akan mengalami keluhan yang semakin meningkat terhadap terapi pada setiap siklusnya terutama domain mual dan muntah, dyspnea dan kesulitan keuangan. Selain itu fungsi peran, fungsi fisik, dan fungsi kognitif pasien juga akan terganggu selama menjalani kemoterapi [3,7].

Berdasarkan setting kemoterapi, pasien kanker payudara dibagi menjadi 2 kategori yaitu pasien dengan setting kemoterapi neoadjuvan (sebelum bedah) dan pasien dengan setting kemoterapi adjuvan (setelah bedah). Responden penelitian lebih banyak yang menjalani setting kemoterapi adjuvan (76,5%) dibandingkan setting kemoterapi neoadjuvan (23,5%) (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 3). Pada penelitian, responden yang tidak melakukan bedah sebelum kemoterapi menyatakan alasan mereka tidak dibedah karena tidak setuju untuk dibedah dan merasa takut, sementara sisanya tidak bisa untuk dibedah karena telah terlalu besar dan membusuk. Kemoterapi neoadjuvan diberikan pada pasien untuk mengecilkan masa tumor dan mengurangi lokasi yang akan. Status ER (*estrogen receptor*) juga mempengaruhi pemilihan kemoterapi, dimana pasien dengan ER negatif dapat diberikan kemoterapi neoadjuvant [27]. Kemoterapi dilakukan secara rutin dimulai dalam waktu enam minggu setelah pembedahan jika diindikasikan, penggunaan kemoterapi setelah bedah ini bertujuan untuk mencegah datang atau adanya kekambuhan klinis yang mengancam jiwa [9,27].

Pasien kanker payudara dengan kemoterapi adjuvan memiliki nilai kualitas hidup lebih baik pada setiap skala dibanding pasien dengan kemoterapi neoadjuvant (sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 4). Hasil analisis statistik menunjukkan terdapatnya pengaruh setting kemoterapi pada skala gejala dengan domain nyeri, dyspnea, dan konstipasi.

Kesimpulan

Karakteristik demografi (umur, tingkat pendidikan, lama terdiagnosa, dan jenis kemoterapi) tidak berpengaruh terhadap terhadap nilai kualitas hidup pasien kanker payudara ($p>0,05$). Sedangkan karakteristik klinis (siklus kemoterapi, setting kemoterapi) mempunyai pengaruh bermakna terhadap nilai kualitas hidup pasien kanker payudara ($p<0,05$).

References

[1] Bottomley A. The cancer patient and quality of life. The Oncologist. 2002; 7: 120-25.

[2] Wells B, Dipiro J, Schwinghammer T, Dipiro C. Pharmacoterapy Handbook (9th edition). New York: McGraw-Hill; 2014.

[3] Agustini DD, Surahman E, Abdullah R. Kualitas hidup pasien kanker payudara dengan terapi kombinasi Fluorouracil, Doxorubicin, dan Cyclofosfamide. Jurnal Farmasi Klinik Indonesia. 2015; 4(3): 175-85.

[4] Tunas IK, Sagung CY, Putu AI, Rini N, Nyoman DB. Penilaian Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks dengan Kemoterapi Paklitaksel–Karboplatin di RSUP Sanglah. Jurnal Farmasi Klinik Indonesia. 2016;5(1):35-46.

[5] Alvis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. Journal of Clinical Oncology. 2005; 23(15): 3322-30.

[6] Husni M, Romadoni S, Rukiyati D. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara di instalasi rawat inap bedah RSUP DR. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2012. Jurnal Keperawatan Sriwijaya. 2015; 2(2): 77-83

[7] Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fateh D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Oman Medical Journal. 2009; 24(3): 204-207.

[8] Sanders JB, Loftin A, Seda JS, Ehlenbeck C. Psychosocial distress affecting patients with carcinoma in situ comapred to patients with early invasive breast cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing; 2014: 18(6): 48-57

[9] Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. African Health Sciences. 2011; 11(2): 266-70.

[10] Sutrisno H, Dharmayuda TG, Rena RA. Gambaran kualitas hidup pasien kanker limfomanon hodgin yang dirawat di RSUP Sanglah Denpasar. J Peny Dalam. 2010; 11(2): 96-103.

[11] Peterson, S.J., Bredow, T.S. 2004. Middle range theoriest: Aplication Nursing Research. Philadelphia.

[12] Perwitasari DA. Pengukuran kualitas hidup pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi dengan EORTC QLQ C30 di RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta. Majalah Farmasi Indonesia. 2009;20(2):68-72.

[13] Walters SJ. Quality of Life Outcomes in Clinical Trials and Health-Care

Evaluation: A Practical Guide to Analysis and Interpretation. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
[14] Perwitasari DA, Jarir A, Iwan D, Mohammad H, Hans G, Hein P, Johan WR, Henk-Jan G. Translation and validation of EORTC QLQ-C30 into Indonesian version for cancer patients in Indonesia. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2011;41(4):519–29.
[15] Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, realibility and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(2): 352-363.
[16] Noviyani R, Ketut T, Ayu I, Nyoman GB. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner EORTC QLQ C-30 untuk Menilai Kualitas Hidup Pasien Kanker Ginekologi di RSUP Sanglah Denpasar. Jurnal Farmasi Klinik Indonesia. 2016;5(2):106-114.
[17] Tan ML, Idris DB, Teo LW, Loh SY, Seow GC, Chia YY, Tin AS. Validation of EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires in the measurement of quality of life of breast cancer patients in Singapore. Asia-Pasific Journal of Oncology Nursing. 2014;1(1):22-32.
[18] Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, Van De Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. Eur J Cancer. 2005; 41, 2613-9.
[19] Graelss-Sans A, Serral G, Puigpinos-Riera R. Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barecelona (DAMA cohort). Cancer Epidemiology. 2018; 54: 38-47.
[20] Watters JM, Yau JC, O'rourke K, Tomiak E, Gertler SZ. Functional status is well maintained in older women during adjuvant chemotherapy for breast cancer. Ann Oncol. 2003; 14: 1744 – 1750.
[21] Sharma R, Tobin P, Clarke SJ. Management of chemotherapy-induced nausea, vomiting, oral mucositis, and diarrhoea. Lancet Oncol. 2005; 6; 93-102.
[22] Chean DC, Zang WK, Lim M, Zulkefle N. Health Related Quality of Life (HRQoL) among breast cancer patients receiving chemotherapy in Hospital Melaka: Single Centre Experience. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2016; 17(12): 5121–5126.
[23] Manhert A & Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. Journal of Psychosonatic Research. 2008; 64: 383-391.
[24] Katzung, Bertram. G, Salmon, S.E, Sartorelli, A. C. Kemoterapi Kanker: Farmakologi Dasar dan Klinik..Salemba Medica.Jakarta;2004
[25] National Comprehensive Cancer Network. Small Cell Lung Cancer, version 2.2014, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Available at : www.nccn.org
[26] Cardoso F, Bedard PL, Winer EP, Pagani O, Senkus-Konefka E, Fallowfield LJ, Kyriakides LJ, Kyriakides S, Costa A, Cufer T, Albain KS. International guidelines for management of metastatic breast cancer: Combination vs Sequential Single-Agent Chemotherapy. J Natl Cancer Inst. 2009; 101: 1174–1181.
[27] Mauri D, Pavlidis N, Ioannidis JP. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer: a meta-analysis. Journal of the National Cancer Institute. 2005; 97(3): 188 – 94

Copyright © 2018 The author(s). You are free to share (copy and redistribute the material in any medium or format) and adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially) under the following terms: Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use; ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)