

KARYA ILMIAH PARIPURNA

**KORELASI PEMBERIAN TERAPI TAMBAHAN
TERHADAP KOMPLIKASI FISIK DAN KUALITAS HIDUP
PADA PENDERITA KARSINOMA PAYUDARA
STADIUM II POST MASTEKTOMI**



Oleh :

dr. EDDY SUDARTO

Pembimbing :

dr. DJOKO HANDOJO, SpB, SpBOnk

**BAGIAN ILMU BEDAH
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2002**

Tulisan ini telah selesai diperiksa dan dikoreksi.

Semarang, September 2002

Pembimbing

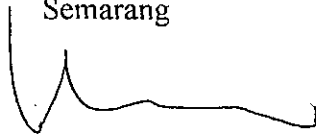


dr. Djoko Handojo, SpB, SpBOnk

NIP : 130 675 341

Mengetahui,

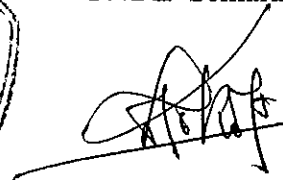
Kepala Bagian/SMF Bedah
FK UNDIP/RSUP Dr. Kariadi
Semarang



dr. H. Abdul Wahab, SpBO, FICS
NIP : 130 345 795



Ketua Program Studi
PPDS-1 Ilmu Bedah
FK UNDIP Semarang



dr. Djoko Handojo, SpB, SpBOnk
NIP : 130 675 341

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, hanya karena rahmat dan hidayah-Nya kami mampu menyelesaikan tugas penulisan Karya Tulis Akhir dalam upaya memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I dalam bidang Ilmu Bedah di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Kami menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna, walaupun kami telah berusaha semaksimal mungkin. Hal ini semata-mata karena ketidakmampuan kami, namun karena dorongan keluarga, teman-teman dan bimbingan dari Guru-guru kami sehingga tulisan ini dapat terwujud dengan memberikan kebanggaan bagi kami.

Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah kami menghaturkan rasa hormat dan terima kasih yang tulus kepada :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengikuti pendidikan spesialisasi.
2. Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang beserta staf yang telah memberikan kesempatan dan kerjasama yang baik selama menjalani pendidikan.
3. dr. H. Abdul Wahab, SpB, SpBO, FICS, selaku Ketua Bagian Ilmu Bedah FK UNDIP/Kepala SMF Bedah RSUP Dr. Kariadi Semarang yang telah berkenan memberikan bimbingan dan arahan selama menempuh pendidikan.
4. dr. Djoko Handoyo, SpB, SpBOnk, selaku Ketua Program Studi Ilmu Bedah FK UNDIP Semarang dan sekaligus sebagai pembimbing langsung dalam penulisan karya tulis akhir ini yang telah dengan susah payah mendidik kami.
5. Guru-guru kami di Bagian Ilmu Bedah FK UNDIP Semarang yang sangat kami hormati : dr. F. Sutoko, SpB, SpBP, dr. R. Saleh Mangunsudirdjo, SpB, SpBO, FICS (Alm), dr. Darsito, SpB, SpBD, dr. Rudy Yuwana, SpB, SpU, dr. H. Rifki

Muslim, SpB, SpU, dr. H. Abdul Wahab, SpB, SpBO, FICS, dr. Andy Maleachi, SpB, SpBD, Prof. DR. dr. Faik Heyder, SpB, SpBTV, Prof. DR. dr. I. Riwanto, SpB, SpBD, dr. Djoko Handoyo, SpB, SpBOnk, dr. Yulianto Suwardi, SpB, SpBA, dr. Sidharta Darsojono, SpB, SpU, dr. Karsono Mertowidjojo, SpB, SpBP, dr. Subianto, SpB, SpBOnk, dr. Johny Sjoeb, SpB, SpBD, dr. Bambang Sutedjo, SpB, SpBO, FICS, dr. Ardy Santosa, SpU, dr. Artisto Putro, SpB, SpBOnk (Alm), dr. M. Mulyono, SpB, SpBD, dr. Sahal Fatah, SpB, SpBTV, dr. Benny Issakh, SpB, SpBOnk.

6. Rekan-rekan Residen PPDS I Ilmu Bedah FK UNDIP, atas kerja samanya dalam suka dan duka selama menempuh pendidikan.
7. Ayahanda H. R. Sumarno dan Ibunda Hj. Harminingsih, orang tua tercinta serta keluarga yang dengan penuh kasih sayang dan pengorbanan telah mengasuh, membesarkan, mendidik dan menanamkan rasa disiplin dan tanggung jawab, sujud dan bakti kami haturkan.
8. Bapak Soeprapto dan Ibu Susiani, mertua yang dengan penuh perhatian memberikan dorongan semangat, moral maupun material, sujud dan bakti kami sampaikan.
9. Istriku tercinta dr. Melita Widyastuti serta Anakku M. Afrizal Kurniawan dan Safira Novia Brillianti, yang dengan tabah dan sabar mendampingi, memberikan dorongan dan semangat serta pengorbanan selama kami menjalani pendidikan.

Semoga Allah SWT selalu berkenan memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin.

Semarang, September 2002

Penulis

dr. Eddy Sudarto

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	2
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Stadium Klinik	4
B. Terapi Karsinoma Payudara Stadium II	5
C. Komplikasi	5
D. Jenis Terapi	8
E. Kualitas Hidup	9
BAB III KERANGKA TEORI	14
BAB IV HIPOTESA	15
BAB V METODA PENELITIAN	16
A. Desain Penelitian	15
B. Tempat dan Waktu	16
C. Subyek Penelitian	16
D. Cara Penelitian	17

E. Operasional Variabel	17
F. Besar Sampel	20
G. Identifikasi Variabel	20
H. Alur Penelitian	21
I. Analisa Data	22
BAB VI HASIL PENELITIAN	23
BAB VII PEMBAHASAN	29
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN	32
A. Kesimpulan	32
B. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA	33
LAMPIRAN	36

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasca bedah (terapi kuratif) pada penderita karsinoma payudara sering didapati komplikasi baik yang bersifat fisik, psikis maupun sosial. Selama ini komplikasi yang bersifat fisik ternyata masih tinggi (10 – 50%). Komplikasi fisik ini terutama dirasakan pada daerah bekas operasi lengan atas dan lengan bawah yang kadang-kadang sangat mengganggu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. ⁽¹⁾

Adjuvan terapi yang berupa pemberian sitostatika siklofosfamid + Adriamisin + 5 Fluorourasil (CAF) atau siklofosfamid + Epirubicin + 5 Fluorourasil (CEF) 6 siklus, pemberian tablet Tamoksifen 20 mg/hari dan radioterapi 4.000 – 5.000 rad (cGy) pada *tumor bed* dan kelenjar getah bening regional dapat menurunkan komplikasi fisik sampai dengan 21 %, akan tetapi beban biaya yang dikeluarkan oleh penderita juga bertambah. ^(1,6)

Latihan fisik pada lengan dan bahu sesisi satu hari sesudah operasi dilanjutkan dengan beberapa hari selama perawatan di rumah sakit ternyata dapat menurunkan komplikasi. ^(5,6,11)

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan komplikasi fisik (morbiditas) antara lain dengan pemberian fisioterapi secara awal dan pemberian terapi adjuvan pasca bedah. Komplikasi yang minimal akan memberikan kualitas hidup penderita menjadi lebih baik. ⁽⁷⁾

UPT-PUSTAK-UNDIP

B. Rumusan Masalah

1. Apakah pemberian terapi tambahan yang lebih lengkap pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi akan mempengaruhi komplikasi fisik?
2. Apakah pemberian terapi tambahan yang lebih lengkap pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi akan mempengaruhi kualitas hidup ?
3. Apakah komplikasi fisik yang minimal akan memberikan kualitas hidup yang lebih baik pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi tambahan (fisioterapi, sitostatika, hormonal) terhadap komplikasi fisik dan kualitas hidup pasca bedah penderita karsinoma payudara stadium II.

Tujuan Khusus :

1. Untuk membuktikan hubungan antara pemberian terapi tambahan pasca bedah penderita karsinoma payudara stadium II dengan komplikasi fisik.
2. Untuk membuktikan hubungan antara pemberian terapi tambahan pasca bedah penderita karsinoma payudara stadium II dengan kualitas hidup.
3. Untuk membuktikan hubungan antara komplikasi fisik dengan kualitas hidup pasca bedah penderita karsinoma payudara stadium II.

D. Manfaat Penelitian

Dengan diketahuinya faktor-faktor yang berpengaruh terhadap komplikasi fisik secara valid maka faktor-faktor tersebut harap diperhatikan dalam pengelolaan penderita karsinoma payudara stadium II sehingga komplikasi fisik dapat ditekan seminimal mungkin, agar supaya dicapai kualitas hidup pasca bedah yang lebih baik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stadium klinik

Stadium klinik tumor payudara yang populer dipergunakan adalah klasifikasi TNM sistem dari *Union International Control Cancer (UICC)* ^(3,7,8).

Stadium klinik

Stadium IIA	: T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	: T2	N1	M0
	T3	N0	M0

Keterangan :

T0 : tanpa tumor primer

T1 : tumor diameter ≤ 2 cm

a) tumor diameter ≤ 0.5 cm

b) tumor diameter > 0.5 cm tapi ≤ 1 cm

c) tumor diameter > 1 cm tapi ≤ 2 cm

T2 : tumor diameter > 2 cm tapi ≤ 5 cm

T3 : tumor diameter > 5 cm

N0 : Tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional

N1 : Metastasis ke kelenjar limfe aksila ipsilateral dan mobil

M0 : tidak ada metastasis jauh

B. Terapi Karsinoma Payudara Stadium II

Menurut protokol PERABOI (1986), modalitas terapi karsinoma payudara adalah operasi, radioterapi dan kemoterapi adjuvan. Stadium I dan II tindakan bedah berupa mastektomi radikal atau mastektomi radikal yang dimodifikasi. Jika hasil pemeriksaan histopatologis kelenjar aksila negatif dilanjutkan observasi atau follow up, jika pada pemeriksaan histologis kelenjar getah bening aksila positif terdapat penyebaran, maka dilanjutkan dengan radioterapi pasca operasi kelenjar getah bening regional dan kemoterapi adjuvan CMF 6 siklus. Bila tindakan bedah berupa mastektomi simpel maka diberikan radioterapi pasca operasi pada *tumor bed* dan kelenjar getah bening regional. Pada tumor letak sentral dan medial diberikan radioterapi pasca operasi pada kelenjar mamaria interna walaupun histopatologis kelenjar aksila negatif. ^(4,9)

C. Komplikasi

De Koning, dkk (1990) dalam penelitiannya tentang karsinoma payudara menyimpulkan bahwa satu tahun sesudah terapi pembedahan (kuratif) masih terdapat berbagai problema fisik, psikis dan sosial. ⁽¹⁾ 10 – 50 % wanita masih menderita kekurangan tingkat aktifitasnya (kualitas hidupnya), problema pekerjaan, problema pada lengannya (kaku, edema, gerakan dan nyeri). ^(1,2) Komplikasi yang menetap ini terutama dirasakan pada dinding dada, anggota gerak atas sisi dan daerah jaringan parutbekas operasi. ⁽²⁾

Ganz dkk, (1996) pada penelitiannya mendapatkan adanya komplikasi yang menetap pasca mastektomi.

Komplikasi tersebut adalah :⁽¹²⁾

Dinding dada : Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

Payudara (pasca BCT) :

Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

Lengan atas : Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

Lengan bawah : Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

Daerah jaringan parut : Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

Komplikasi ini dirasakan sangat mengganggu aktivitas sehari-hari terutama pada penderita usia muda dengan pendidikan tinggi (tamat SMA atau lebih) yang dalam pekerjaan sehari-harinya banyak menggunakan tangan dan lengan, misalnya menulis atau pekerjaan halus lainnya. Tetapi hal ini mungkin kurang begitu dirasakan bila penderita usia relatif lebih tua dengan tingkat pendidikan sedang atau rendah atau pekerja kasar seperti buruh dan lain-lain. ^(7,16,25)

Komplikasi terapi selain yang bersifat fisik atau fungsional seperti tersebut di atas dapat juga bersifat psikologis seperti :

- Perubahan pada pandangan tentang badannya
- Takut tidak bisa menyesuaikan diri
- Merasa kewanitaannya berkurang
- Takut akan rekurensi dan mengenai payudara sebelah
- Problem seksual

Komplikasi sosio ekonomi dapat berupa :

- Kehilangan pekerjaan. ^(7,16,25)

D. Jenis Terapi

1. Mastektomi

a. Mastektomi radikal :

Membuang seluruh jaringan payudara dan mengangkat muskulus pektoralis mayor dan minor dilanjutkan dengan deseksi kelenjar getah bening aksila level I - III.

b. Mastektomi radikal yang dimodifikasi

Membuang seluruh jaringan payudara disertai dengan deseksi kelenjar getah bening aksila dan meninggalkan muskulus pektoralis mayor (cara Patey) atau minor (cara Madden).

c. Mastektomi simpel

Membuang seluruh jaringan payudara yang mengandung kanker.

2. Radioterapi : yaitu pemberian radiasi 4000 – 5000 rad (cGy) yang diberikan selama 4 minggu dengan dosis setiap kali pemberian \pm 200 rad pada *tumor bed* dan kelenjar getah bening regional dengan tujuan utama mencegah kekambuhan di tempat semula dan mematikan sel-sel tumor di kelenjar getah bening aksila. Bila respon baik maka diberikan booster 1000 rad (cGy).^(2,6,7,8)

3. Kemoterapi : Pemberian Cyclofosfamid + Adriamisin + 5 Fluorouracil (CAF) atau Cyclofosfamid + Epirubisin + 5 Fluorouracil (CEF), diberikan setiap bulan selama enam bulan (6 siklus) dengan dosis sesuai dengan luas permukaan tubuh dengan tujuan utama untuk menghancurkan mikrometastasis di dalam tubuh.^(2,7,8)

4. Hormonal : Pemberian tablet Tamoksifen yang merupakan non steroid anti estrogen diberikan 20 mg tiap hari oleh karena $\pm 72\%$ penderita karsinoma payudara di Indonesia estrogen reseptornya (+).^(2,8)
5. Fisioterapi : Latihan fisik pada lengan dan bahu sisi satu hari sesudah operasi dilanjutkan dengan beberapa hari selama perawatan di rumah sakit dengan tujuan utama disamping memperlancar aliran getah bening juga memperluas ruang lingkup gerak sendi.^(2,5,6,11)

E. Kualitas hidup

1. Teori kualitas hidup

Seseorang didalam kehidupannya mempunyai rencana, adanya rencana dan tujuan memungkinkan seseorang memenuhi kebutuhannya, inilah yang menyebabkan seseorang merasa berarti. Kualitas hidup seseorang tercermin dari jurang perbedaan antara harapan dan rencana hidup dengan kenyataan yang dialami. Hal ini tergantung pada pengalaman sebelumnya, perilaku hidup saat ini dan harapan serta ambisi masa yang akan datang. Jurang perbedaan antara harapan dan kenyataan mungkin dapat diperkecil dengan perbaikan fungsi melalui terapi atau mengurangi pengharapan dengan memberikan penerangan tentang keterbatasan yang disebabkan penyakit dan resiko terapi dalam hubungannya dengan keuntungan yang diperoleh.⁽¹⁷⁾

2. Definisi kualitas hidup

Belum ada definisi yang disepakati banyak pihak mengenai kualitas hidup. Salah satu definisi kualitas hidup adalah derajat kepuasan hati karena terpenuhinya kebutuhan hidupnya baik kebutuhan eksternal maupun

persepsinya. ⁽¹⁹⁾ Kualitas hidup merupakan integrasi dari kapabilitas, keterbatasan, keluhan dan ciri-ciri psikologis, yang menunjukkan kemampuan seseorang untuk melakukan bermacam-macam peran kepuasan dalam melakukan sesuatu ⁽²⁰⁾.

3. Ruang lingkup kualitas hidup

Secara tradisional keberhasilan suatu tindakan terapi dengan mengukur angka morbiditas dan mortalitas dimana dalam pengukuran ini sebenarnya hanya secara kasar atau secara garis besar karena di sini keberhasilan diukur secara obyektif tanpa memperhatikan rasa atau subyektifitas dari penderita yang menjalani tindakan terapi, maka dibuatlah suatu cara pengukuran dengan kualitas hidup. Di dalam kualitas hidup menyangkut indikator subyektif dan indikator sosiomedis. Ruang lingkup kualitas hidup juga meliputi fungsi fisik, fungsi sosial, emosi atau status mental, beban keluhan dan penerimaan rasa nyaman/sehat ^(12,17,20).

4. Instrumen pengukur kualitas hidup

Instrumen untuk mengukur kualitas hidup selain yang digunakan secara umum juga ada yang spesifik. Hampir semua merupakan kuesioner yang harus diisi sendiri oleh penderita yang dirancang untuk mengurangi bias dari pengamat. Setiap pertanyaan dari instrumen kualitas hidup mengandung item dari ruang lingkup di atas dengan jawaban ya atau tidak (dichotomous) atau tingkatan (scale) : sangat, agak, sedikit atau visual analogue yang berupa garis lurus, kemudian penderita menentukan sendiri nilai tertingginya (extreme) dari keluhan. Garis lurus tersebut dibagi dalam 10 bagian dengan nilai antara 0 – 9 atau 1 – 10 tergantung berat ringannya keluhan, kemudian dijumlahkan. ^(18,20,21)

Indeks Karnofsky (menggambarkan status generalis dengan aktivitas sehari-hari) adalah salah satu instrumen untuk mengukur kualitas hidup yang mempunyai fungsi normal = 100 sampai dengan kematian = 0.^(1,19)

Instrumen kualitas hidup yang sering digunakan adalah yang dibuat oleh Spitzer dkk,1995 (Indeks Spitzer) oleh karena mudah dipahami penderita, mempunyai reliabilitas dan validitas yang cukup baik, sebagai berikut :

1. Aktivitas pada minggu terakhir

Dapat bekerja, belajar, aktivitas lain seperti atau mendekati normal
..... nilai : 2

Dapat bekerja, belajar atau aktivitas lain tetapi harus mendapat bantuan orang lain atau waktu/lama bekerjanya berkurang dengan nyata :
..... nilai : 1

Tak mampu bekerja, belajar dalam keadaan apapun
..... nilai : 0

2. Kehidupan sehari-hari selama minggu terakhir

Dapat makan, mencuci, ke kamar kecil, berpakaian sendiri, mampu mengendarai mobil sendiri atau naik kendaraan umum (bus, kereta) tanpa dibantu orang lain :
..... nilai : 2

Dapat makan, mencuci, ke kamar kecil, berpakaian tetapi harus dibantu orang lain, demikian juga dapat bepergian dengan kendaraan umum tetapi harus dibantu orang lain :
..... nilai : 1

Tidak mampu merawat diri sendiri atau tidak mampu bepergian sama sekali :

..... nilai : 0

3. Kesehatan selama minggu terakhir

Tampak sehat atau penderita merasa sehat pada sebagian besar waktu :

..... nilai : 2

Penderita sering kali merasa lesu, kurang tenaga atau sering kali merasa tidak sehat :

..... nilai : 1

Badan selalu terasa sakit, lemah atau penderita dalam keadaan tidak sadar :

..... nilai : 0

4. Dukungan (*Support*) selama minggu terakhir

Penderita mempunyai hubungan baik dengan orang lain dan memperoleh dukungan kuat paling tidak dari satu anggota keluarga dan / atau dari teman :

..... nilai : 2

Penderita menerima dukungan terbatas dari keluarga dan teman-teman oleh karena kondisi penderita :

..... nilai : 1

Jarang mendapat dukungan dari keluarga, sahabat atau hanya kalau betul-betul diperlukan, atau penderita dalam keadaan tidak sadar :

..... nilai : 0

5. Harapan hidup selama minggu terakhir

Penderita mempunyai harapan yang positif dapat menyesuaikan dengan keadaan lingkungan sekitarnya :

..... nilai : 2

Kadang-kadang merasa sedih karena tidak dapat sepenuhnya menyesuaikan dengan keadaan dirinya dan lingkungan sekitarnya atau merasa cemas dan tertekan perasaannya :

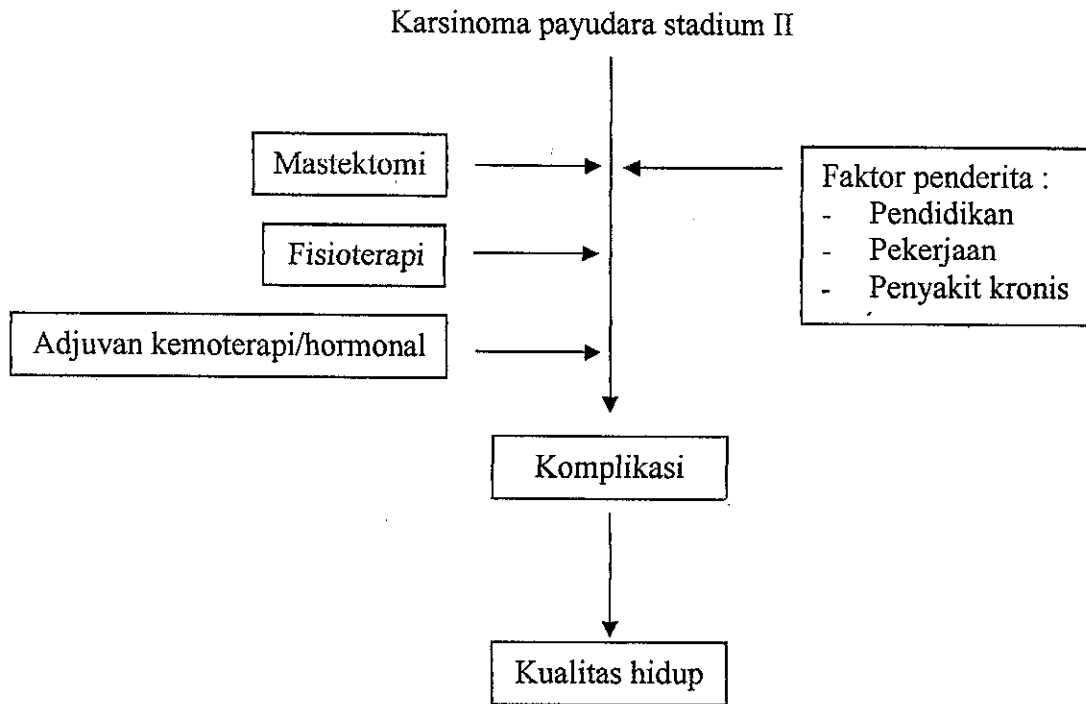
..... nilai : 1

Betul-betul bingung atau sangat takut atau kecemasan atau depresi yang menetap atau penderita dalam keadaan tidak sadar :

..... nilai : 0

Untuk mendapatkan nilai kualitas hidup maka nilai tersebut harus dijumlahkan. Indeks kualitas hidup mempunyai nilai antara 0 – 10, makin tinggi nilainya berarti kualitas hidup penderita makin baik.

BAB III
KERANGKA TEORI



BAB IV

HIPOTESA

Melihat penelitian-penelitian terdahulu yang masih individual/secara monofaktor/belum valid dan setelah faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap komplikasi fisik dianalisa, maka dirumuskan hipotesa sebagai berikut :

1. Ada korelasi antara pemberian terapi tambahan yang lebih lengkap dengan komplikasi fisik pada penderita karsinoma payudara stadium II, post mastektomi.
2. Ada korelasi antara pemberian terapi tambahan yang lebih lengkap dengan kualitas hidup pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi.
3. Komplikasi fisik yang minimal akan memberikan kualitas hidup yang lebih baik pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi..

BAB V

METODA PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian dilakukan dengan studi Kohort terhadap penderita karsinoma payudara stadium II yang dilakukan mastektomi baik dilanjutkan dengan pemberian terapi adjuvan (tambahan) atau tidak, maupun pemberian fisioterapi atau tidak, mulai Maret 2001 (6 bulan post operasi).

B. Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di bagian Bedah rumah sakit Dr. Kariadi Semarang, waktu dimulai bulan Maret 2001 sampai dengan tercapainya jumlah sampel yang ditentukan.

C. Subyek Penelitian

Semua penderita karsinoma payudara stadium II yang dilakukan mastektomi 6 bulan sebelum September 2001 yang memenuhi kriteria inklusi.

- Kriteria inklusi : Semua penderita karsinoma payudara stadium II yang dilakukan mastektomi 6 bulan sebelum September 2001, mendapat terapi tambahan atau tidak.
- Kriteria eksklusi :
 - penyakit kronis (DM, Serosis hepatitis)
 - siklus terapi tak teratur
 - penderita sudah meninggal
 - alamat tidak ditemukan lagi/pindah
 - menolak diwawancarai/mengisi kuisioner
 - mastektomi < 6 bulan

D. Cara Penelitian

Ditelusuri penderita karsinoma payudara stadium II yang dilakukan mastektomi 6 bulan sebelum September 2001 dari catatan medik, dilanjutkan dengan wawancara secara langsung maupun pemeriksaan fisik di Poliklinik Bedah Onkologi terhadap pasien yang kontrol secara teratur atau kunjungan rumah bila perlu atau berkirim surat bila alamat penderita jelas. Dikumpulkan data dengan menggunakan kuisisioner mengenai hal-hal yang berkaitan dengan variabel dalam penelitian ini.

E. Operasional Variabel

1. Karsinoma payudara : Apabila klinis didapatkan tanda-tanda keganasan dan dibuktikan dengan pemeriksaan histopatologis.
2. Mastektomi : Berupa mastektomi simpel yang dikerjakan oleh residen bedah tahap III dan IV.
3. Terapi tambahan : Fisioterapi yaitu (latihan fisik pada lengan dan bahu sesisi satu hari sesudah operasi, dilanjutkan dengan beberapa hari selama perawatan di rumah sakit) sitostatika CAF atau CEF 6 siklus dan hormonal (tablet Tamoksifen 20 mg/hari)
4. Komplikasi pasca terapi (berupa skoring) :
 - Dinding dada :
 - Nyeri
 - Kesemutan
 - Tebal
 - Kulit hipersensitif
 - Bengkak

- Lengan atas :

Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

- Lengan bawah :

Nyeri

Kesemutan

Tebal

Kulit hipersensitif

Bengkak

→ nilai 0; bila (-) } data berskala numerik
1; bila (+)

5. Instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup adalah dari Spitzer dkk (1995).

- Yang dimaksud dengan kualitas hidup adalah : aktivitas pada minggu terakhir, kehidupan sehari-hari pada minggu terakhir, kesehatan selama minggu terakhir, dukungan keluarga dan teman-teman selama minggu terakhir, harapan hidup selama minggu terakhir

→ data berskala numerik

- Yang dimaksud dengan mastektomi adalah : mastektomi simpel yang dilanjutkan dengan pemberian radioterapi pada *tumor bed* dan kelenjar getah bening regional
→ data berskala ordinal
- Yang dimaksud dengan adjuvan kemoterapi adalah pemberian kemoterapi CAF atau CEF 6 siklus selama 6 bulan (tiap bulan)
→ data berskala ordinal
- Yang dimaksud dengan adjuvan hormonal terapi adalah pemberian tablet Tamoksifen 20 mg/hari
→ data berskala numerik
- Yang dimaksud dengan fisioterapi adalah pemberian latihan fisik pada lengan dan bahu sisi satu hari sesudah operasi dilanjutkan dengan beberapa hari selama perawatan di rumah sakit.
→ data berskala nominal
- Yang dimaksud dengan komplikasi adalah ada tidaknya komplikasi pada : dinding dada, lengan atas, lengan bawah.
→ data berskala numerik.
- Tingkat pendidikan sesuai dengan pendidikan formal.
→ data berskala ordinal.
- Pekerjaan dikelompokkan dalam pekerjaan halus, dan pekerjaan kasar (buruh/ibu rumah tangga)
→ data berskala nominal.

F. Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan rumus ⁽²⁴⁾ :

$$n = \frac{Z_1^2 \cdot \frac{1}{2}P(1-P)}{d^2}$$

Z = galat baku

d = presisi

P = proporsi populasi

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,09}{(0,1)^2}$$

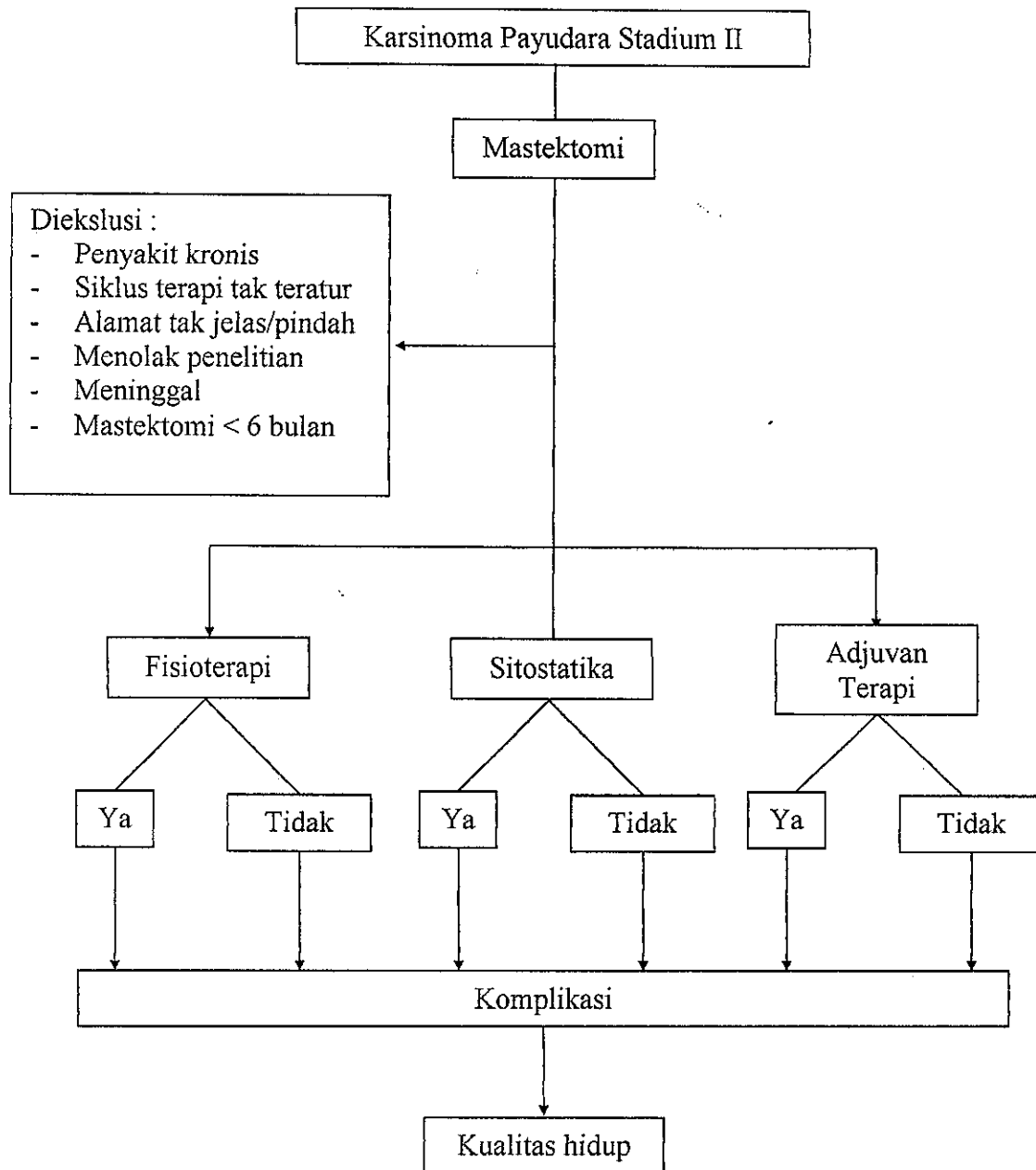
$$= 34,57$$

jadi besar sampel minimal = 35 penderita

G. Identifikasi Variabel ^(22,23)

1. Variabel tergantung : kualitas hidup
2. Variabel bebas : terapi tambahan dan komplikasi
3. Variabel perancu : tingkat pendidikan, pekerjaan

H. Alur Penelitian



I. Analisa data

Data hasil penelitian dinyatakan dalam bentuk tabel dan grafik. Korelasi masing-masing variabel dianalisa dengan uji Korelasi Kendall's tau-b. Semua analisa dilakukan menggunakan bantuan komputer dengan software SPSS 10.05 for Window. Korelasi dinyatakan signifikan bila $p < 0,05$.

BAB VI
HASIL PENELITIAN

Selama periode Maret 2001 – Agustus 2002 diperoleh sampel sebanyak 37 subyek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian dapat dilihat dalam bentuk tabel dan grafik sebagai berikut :

A. Distribusi berdasarkan kelompok usia

Tabel 1. Distribusi penderita berdasarkan kelompok usia

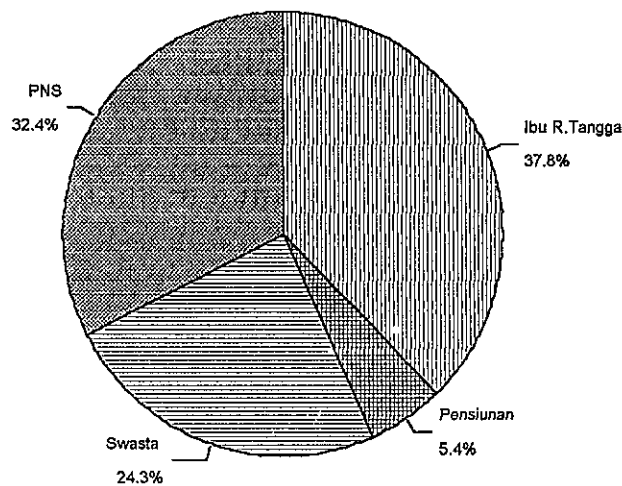
Kelompok Umur (tahun)	Frekuensi	Prosentase (%)
≤ 30	2	5,4
31 – 40	12	32,4
41 – 50	13	35,2
51 – 60	6	19,2
61 – 70	2	5,4
> 70	2	5,4

Mean = 46,92

SD = 11,60

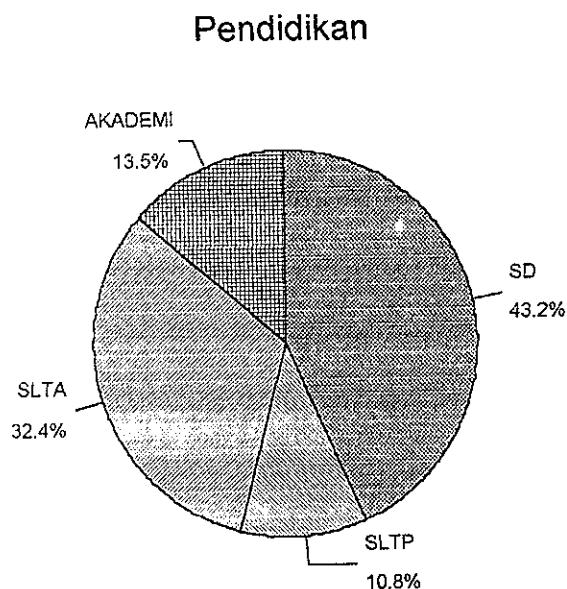
B. Distribusi berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan



Gambar 1. Diagram lingkaran penderita berdasarkan pekerjaan

C. Distribusi berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 2. Diagram lingkaran penderita berdasarkan tingkat pendidikan

D. Distribusi berdasarkan jenis terapi yang didapat post mastektomi

Tabel 2. Distribusi penderita berdasarkan jenis terapi yang didapat setelah mastektomi

Macam Terapi	Frekuensi	Prosentase (%)
Tidak mendapat terapi	8	21,6
Fisioterapi	4	10,8
Hormonal	7	18,9
Fisioterapi + hormonal	3	8,1
Kemoterapi + hormonal	4	10,8
Fisioterapi + kemoterapi + hormonal	11	29,7
Total	37	100,0

Dari 37 subyek penelitian menunjukkan bahwa penderita post mastektomi yang mendapat fisioterapi + kemoterapi + hormonal sebanyak 29,7%, tidak mendapat

terapi 21,6% terapi hormonal saja 18,9%, kemoterapi + hormonal 10,8%, fisioterapi saja (10,8%) dan fisioterapi + hormonal 8,1 %.

E. Evaluasi Komplikasi pada dinding ,dada lengan atas dan lengan bawah (Gans dkk)

Tabel 3. Distribusi penderita berdasarkan komplikasi pada dinding dada

Skor	Frekuensi	Prosentase (%)
2	19	51,4
3	18	48,6
Total	37	100,0

Mean = 2,49

SD = 0,51

Komplikasi pada lengan atas pada subyek penelitian didapatkan skor 1 yang berupa rasa seperti kesemutan.

Tabel 4. Komplikasi pada lengan bawah

Skor	Frekuensi	Prosentase (%)
1	35	94,6
2	2	5,4
Total	37	100,0

Mean = 1,05

SD = 0,23

Evaluasi mengenai komplikasi pada dinding dada kebanyakan penderita mengeluh kulit menjadi hipersensitif, rasa tebal dan nyeri. Sedang pada lengan atas keluhannya berupa kesemutan. Pada lengan bawah penderita banyak mengeluh kesemutan dan terasa tebal.

F. Evaluasi kualitas hidup (Spitzer dkk)

Tabel 5. Evaluasi kualitas hidup penderita post mastektomi

Skor	Frekuensi	Prosentase (%)
6	1	2,7
7	16	43,2
8	12	32,4
9	8	21,6
Total	37	100,0

Mean = 7,73

SD = 0,84

G. Korelasi antara jumlah terapi dengan komplikasi (dinding dada)

Tabel 6. Korelasi antara jumlah terapi dengan komplikasi (dinding dada)

Jumlah terapi	Komplikasi dinding dada (skor)		Total
	2	3	
Tidak mendapat terapi	-	8	8
Mendapat 1 jenis terapi	5	6	11
Mendapat 2 jenis terapi	3	4	7
Mendapat 3 jenis terapi	11	-	11
Total	19	18	37

Kendall's tau-b

$r = -0,624$

$p = 0,000$

H. Korelasi antara jumlah terapi dengan komplikasi pada lengan bawah

Tabel 7. Korelasi antara jumlah terapi dengan komplikasi pada lengan bawah

Jumlah terapi	Komplikasi lengan bawah (skor)		Total
	1	2	
Tidak mendapat terapi	8	-	8
Mendapat 1 jenis terapi	10	1	11
Mendapat 2 jenis terapi	6	1	7
Mendapat 3 jenis terapi	11	-	11
Total	35	2	37

Kendall's tau-b

$r = 0,011$

$p = 0,893$

I. Korelasi antara jumlah terapi dengan kualitas hidup

Tabel 8. Korelasi antara jumlah terapi dengan kualitas hidup

Jumlah terapi	Kualitas hidup (skor)				Total
	6	7	8	9	
Tidak mendapat terapi	-	8	-	-	8
Mendapat 1 jenis terapi	1	5	5	-	11
Mendapat 2 jenis terapi	-	3	3	1	7
Mendapat 3 jenis terapi	-	-	4	7	11
Total	1	16	12	8	37

Kendall's tau-b

$r = 0,668$

$p = 0,000$

J. Korelasi antara komplikasi dinding dada dengan kualitas hidup

Tabel 9. Korelasi antara komplikasi dinding dada dengan kualitas hidup

Komplikasi dinding dada (skor)	Kualitas hidup (skor)				Total
	6	7	8	9	
2	1	4	6	8	19
3	-	12	6	-	18
Total	1	16	12	8	37

Kendall's tau-b

$r = -0,443$

$p = 0,001$

K. Korelasi antara komplikasi lengan atas dengan kualitas hidup

Tabel 10. Korelasi antara komplikasi lengan atas dengan kualitas hidup

Komplikasi lengan atas (skor)	Kualitas hidup (skor)				Total
	6	7	8	9	
1	1	16	12	8	37
Total	1	16	12	8	37

L. Korelasi antara komplikasi lengan bawah dengan kualitas hidup

Tabel 11. Korelasi antara komplikasi lengan bawah dengan kualitas hidup

Komplikasi lengan bawah (skor)	Kualitas hidup (skor)				Total
	6	7	8	9	
1	1	15	11	8	35
2	-	1	1	-	2
Total	1	16	12	8	37

Kendall's tau-b

$r = -0,056$

$p = 0,633$

BAB VII

PEMBAHASAN

Dari 37 subyek penelitian yang berhasil dihimpun rerata umurnya subyek penelitian adalah $(46,92 \pm 11,60)$ tahun dengan umur termuda 30 tahun dan tertua 74 tahun, dimana distribusi terbanyak pada umur 41 – 50 tahun. Hal ini sesuai dengan Tjindarbumi dkk (1995) yang pada penulisannya mendapatkan insidens terbanyak pada umur 40 – 44 tahun. ⁽⁹⁾

Data mengenai pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar subyek penelitian bekerja sebagai ibu rumah tangga (37,8%) kemudian diikuti PNS (32,4%), swasta (24,3%) dan pensiunan (5,4%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Aryandono dkk (1993) dimana sebagian besar subyek penelitian bekerja sebagai ibu rumah tangga (32,7%). ⁽²⁵⁾

Sebagian besar penderita berpendidikan lulus SD (43,2%), kemudian lulus SLTA (32,4%), lulus akademi (13,5%) dan lulus SLTP (10,8%). Hal ini hampir sama dengan hasil penelitian Ramli dkk (1995) dimana terbanyak penderita berpendidikan lulus SD (36,4%). ⁽⁹⁾

Data mengenai macam dan jumlah terapi yang didapat menunjukkan bahwa sebagian besar mendapat terapi fisioterapi + kemoterapi + hormonal (29,7%), tetapi yang tidak mendapat terapi tambahan sama sekali juga cukup banyak (21,6%). Hal ini sebagian besar beralasan masalah biaya dan faktor usia penderita yang sudah tua.

Komplikasi pada dinding dada sebagian besar berupa kulit menjadi hipersensitif, terasa tebal dan nyeri dengan nilai rata-rata pada lengan atas berupa kesemutan, sedang

komplikasi pada lengan bawah berupa kesemutan dan terasa tebal dengan nilai rata-rata $1,05 \pm 0,23$ dari rentang skor 0 – 5. Hal ini terjadi oleh karena terputusnya cabang saraf interkostobrachialis saat operasi, fibrosis penyembuhan luka dan komplikasi radiasi.

Data mengenai kualitas hidup pada 1 minggu terakhir yang terdiri dari kehidupan sehari-hari, aktivitas, kesehatan, dukungan dan harapan hidup mempunyai nilai rata-rata $7,73 \pm 0,84$ dari rentang skor 0 – 10. Ini berarti bahwa sebagian besar subyek masih mempunyai kualitas hidup yang baik yaitu masih dapat menjalankan aktivitas fisik sehari-hari seperti biasanya.

Uji korelasi Kendall's tau-b antara jumlah terapi dengan komplikasi pada dinding dada menunjukkan korelasi negatif yang kuat ($r = - 0,624$) dan bermakna ($p = 0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa jika subyek mendapatkan jenis terapi yang lebih lengkap maka komplikasi yang dikeluhkan akan menjadi lebih sedikit.

Analisa korelasi antara jumlah terapi dengan komplikasi pada lengan bawah tidak ada korelasi ($r = 0,011$) dan tidak bermakna ($p = 0,893$). Berarti rasa tebal dan kesemutan pada lengan bawah yang merupakan akibat operasi maupun radiasi tidak begitu dihiraukan oleh subyek dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Analisa korelasi antara jumlah terapi dengan kualitas hidup menunjukkan korelasi yang kuat ($r = 0,668$) dan bermakna ($p = 0,000$), ini berarti bahwa pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi dengan mendapatkan jenis terapi yang lebih lengkap akan lebih meningkatkan kualitas hidup penderita. Karena dengan mendapatkan jenis terapi yang lebih lengkap, komplikasi fisik yang terjadi menjadi sedikit, sehingga dalam menjalankan kegiatan sehari-harinya tidak mendapatkan hambatan yang berarti.

Analisa korelasi antara komplikasi dinding dada dengan kualitas hidup diperoleh korelasi negatif yang cukup ($r = - 0,443$) dan bermakna ($p = 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa semakin sedikit komplikasi yang dikeluhkan, maka kualitas hidupnya semakin baik. Sedangkan analisa korelasi antara komplikasi lengan bawah dengan kualitas hidup tidak ada korelasi ($r = - 0,056$) dan tidak bermakna ($p = 0,633$). Pada kenyataannya subyek dengan keluhan kesemutan dan rasa tebal pada lengan bawah dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti biasanya.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Ada korelasi antara jumlah terapi tambahan dengan komplikasi fisik pada penderita karsinoma payudara stadium II post mastektomi, semakin lengkap jenis terapi tambahan yang diberikan (fisioterapi, kemoterapi, hormonal) semakin sedikit komplikasi fisik yang dikeluarkan.

Didapatkan juga adanya korelasi antara jumlah jenis terapi tambahan yang diberikan post mastektomi dengan kualitas hidup (Indeks Spitzer). Semakin lengkap jenis terapi tambahan yang diberikan, semakin baik kualitas hidupnya.

Demikian juga ada korelasi antara komplikasi fisik pada dinding dada dengan kualitas hidup. Semakin sedikit komplikasi yang dikeluarkan, semakin baik kualitas hidupnya. Sedangkan korelasi antara komplikasi pada lengan atas dan lengan bawah dengan kualitas hidup tidak ada korelasinya.

B. Saran

Perlunya penjelasan yang baik dan benar mengenai pentingnya mendapatkan terapi tambahan yang lengkap pasca bedah penderita karsinoma payudara stadium II, agar supaya mendapat komplikasi fisik yang minimal (menurun) dan kualitas hidup yang lebih baik.

KEPUSTAKAAN

1. Van de Velde CJH, Bosman FT, Wagener DJ Th. Onkologi, alih bahasa Aryono. Edisi ke 5. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press; 1999: 467 – 491, 739 – 768
2. Murphy KC, Christopher ML, Coppin BM. Follow up after treatment for breast cancer. Supplement CMAJ. Vol 158. Issue 3; July 1997 : 1 – 15.
3. Schwartz MD, Seimour I. Breast in Principles of surgery. 7th ed. Vol 1. New York. Mc Graw-Hill; 1994: 533 – 598
4. Handoyo D, Wiratma HL. Pengelolaan karsinoma payudara, dalam keganasan kulit, kepala dan leher. Cetakan pertama. Semarang. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.; 1991: 23 – 30
5. Le Vu B, Dumartier A, Guillaume MV, et al. Physiotherapy after surgery for breast cancer. Bulletin du cancer. Vol. 84. Issue 10; October 1997.
6. Robbyn B, Bullock SJ. Determination of objective criteria for early identification of secondary arm lymphoedema after breast cancer surgery in Encouraging research into lymphoedema. Physiotherapy Department University of Queensland. St. Lucia; November 2000.
7. Sukardja IDG. Onkologi klinik. Cetakan Pertama. Surabaya. Airlangga University Press; 1996: 127 – 133, 229 – 241
8. Rosato FE, Gillum DR. Breast in surgery. 3rd ed. Hongkong – Tokyo. Awaverly Comp; 1996 : 419 – 430.
9. Tjindarbumi D, Ramli M, Watana BS, et al., Medical journal of Indonesia. vol 4. No 3. Jakarta. Faculty of Medicine University of Indonesia ; 1995: 148 – 175

10. Haagdoorn J, Oldhoff W, bender W.D. et al. Essetial Oncology for Health Professionals. Netherlands. Var Gorcum & Comp.; 1994 : 53 – 70
11. Coilliet R. Shoulder Pain. 5th ed. Philadelphia. FA Davis Comp; 1996 : 39 – 52.
12. Ganz PA, Cosscarelli A, Fred C, et al. Breast Cancer Survivor, Psychosocial and Quality of Life, in Breast Cancer Research and Treatment. Cancer Supplement. Vol 74. No 4 ; 1996 : 1445 - 1463
13. Henderson IC, Harris JR, Kinne DW, et al. Cancer of the breast in cancer principles & practice of oncology. 4th ed. Philadelphia. JB. Lippin Cott' Comp; 1994 : 1197 – 1261.
14. Lindner HH. The Breast, in Clinical Anatomy. Appleton & Lange, Norwalk-California ; 1992: 201 – 207
15. Sabiston DC, Lyerly HK. The Breast, in Text Book of Surgery the Biological Basic Modern Surgical Practice. 15th ed. Philadelpia-Toronto. WB Saunderss Company ; 1997: 555 – 593
16. Ramli M, Armand M. Breast Cancer Rehabililitation, Work Shop Reach to Recovery International. Jakarta; 1996
17. Boyle O CA. Assesment of Quality of Life in Surgery. Br J Surg. Vol 79; 1992: 395 – 398
18. Spitzer L, Kroenkek, Linzer M, et al. Health – Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders. JAMA. Vol 274; 1995: 1511-1519
19. Brennan JC, Steele RJ. Measurment of Quality of Life in Surgery in Quality of Life of Early-Stage Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast

- Concerning Procedure. Dundee UK. University Department of Surgery Nine Wells Hospital and Medical School ; 1997.
20. Muldoon MF, Barger SP, Flory JD, et al. What are quality of life measurement measuring. *BMJ* vol 316; 1998.
 21. Fraser SCA. Quality of life measurement in Surgical practice. *Br J Surg*. Vol 80; 1993 : 163 – 169
 22. Sastroasmoro S, Ismael S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi I. Jakarta. Bina rupa Aksara ; 1995 : 8-41, 66 – 77
 23. Pratiknya AW. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi I. Jakarta. Raja Grafindo Persada ; 1993: 189-203
 24. Lemeshow S, Hosmer DW Jr, Klar J, et al. *Besar sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Terjemahan Dibyong Pramono. Edisi I. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press ; 1997: 1-20
 25. Aryandono T, Rubiyanto, Yuwono SB. *Problem penanganan kanker payudara di Yogyakarta*. Simposium Onkologi. Yogyakarta; 1993.