**GAMBARAN KUALITAS KOMUNIKASI PASIEN DENGAN TENAGA KESEHATAN DITINJAU DARI PERSPEKTIF PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUD Dr. MOEWARDI, SURAKARTA**

**SKRIPSI**

Disusun untuk Memenuhi Persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

****

**Disusun Oleh :**

**MUTIARA AYU HAPSARI**

**NIM 22020111130103**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS DIPONEGORO**

**SEMARANG, AGUSTUS 2015**

**GAMBARAN KUALITAS KOMUNIKASI PASIEN DENGAN TENAGA KESEHATAN DITINJAU DARI PERSPEKTIF PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUD Dr. MOEWARDI, SURAKARTA**

**SKRIPSI**

Disusun untuk Memenuhi Persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

****

**Disusun Oleh :**

**MUTIARA AYU HAPSARI**

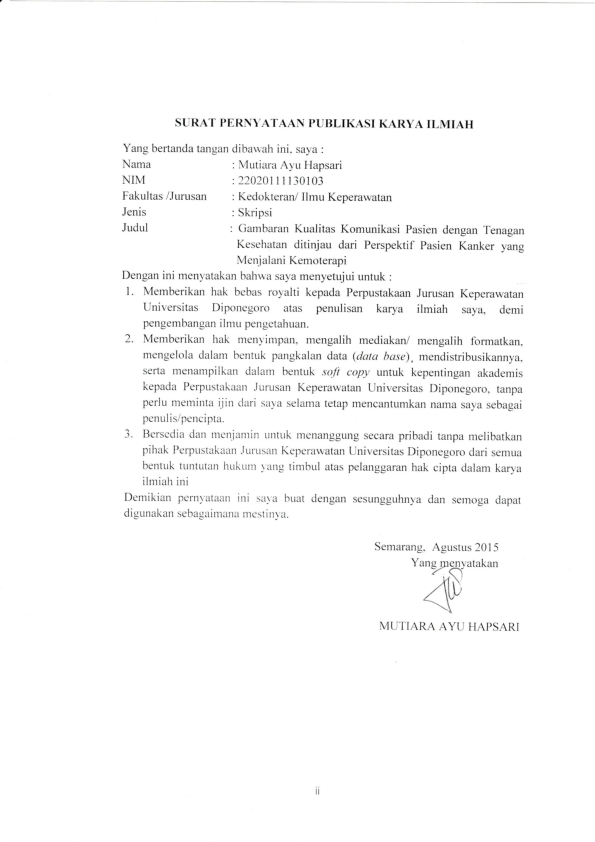
**NIM 22020111130103**

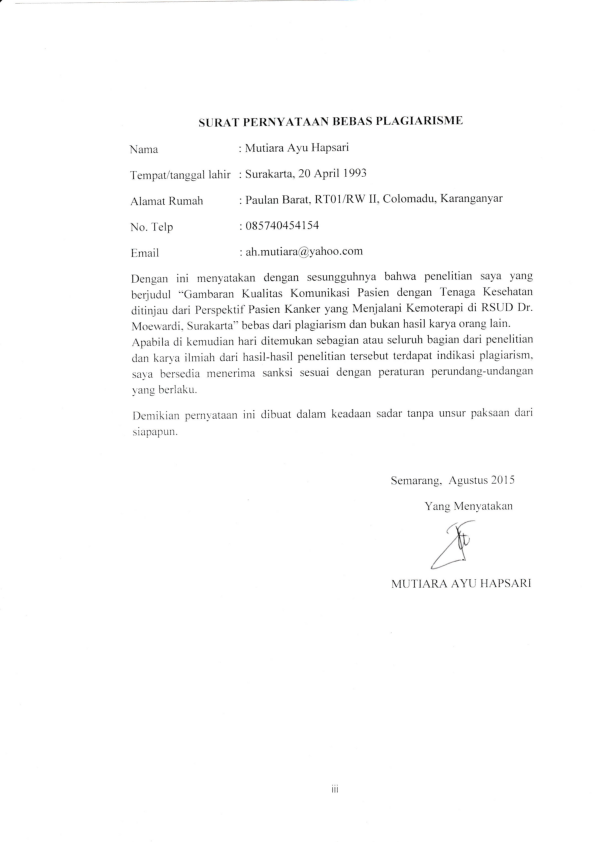
**JURUSAN KEPERAWATAN**

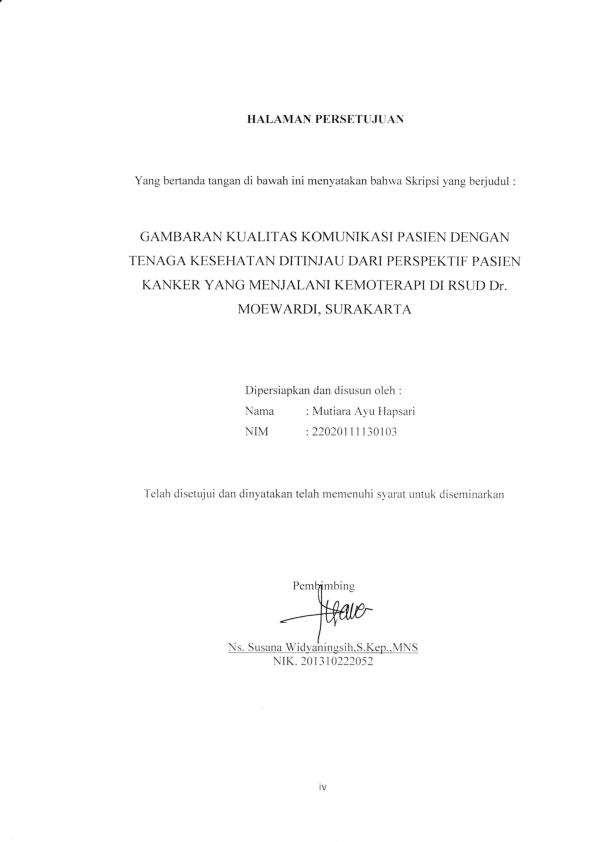
**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS DIPONEGORO**

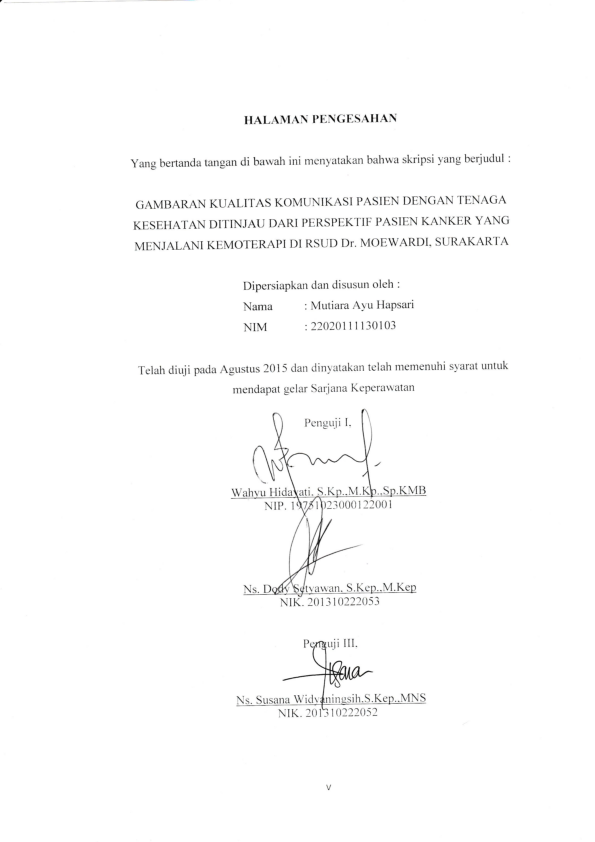
**SEMARANG, AGUSTUS 2015**

****

****



|  |
| --- |
|  |

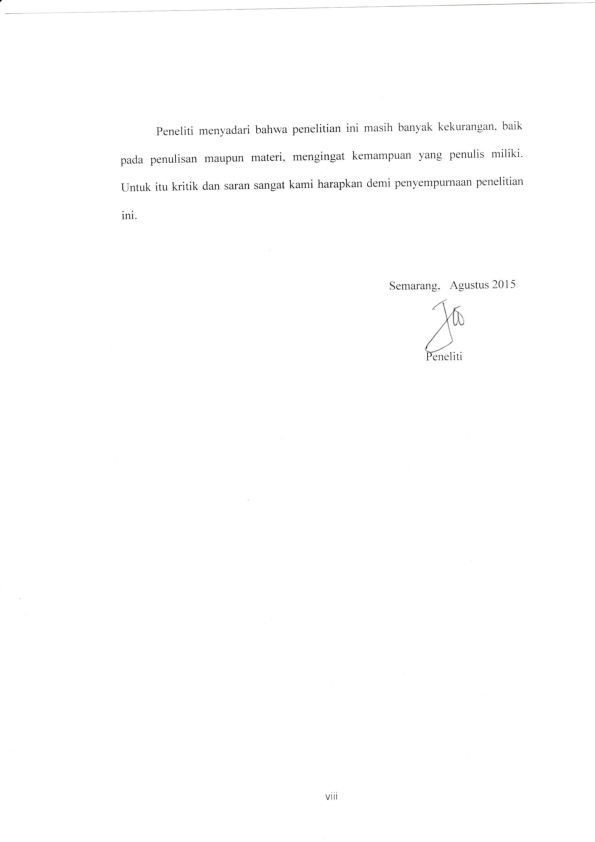
****

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta”. Penulisan Skripsi ini merupakan salah satu tugas mata kuliah Skripsi semester delapan di Universitas Diponegoro Semarang.

Keberhasilan penyusunan proposal ini tidak lepas dari arahan, bimbingan , bantuan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Dr. Untung Sujianto, S. Kep.,M. Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Sarah Ulliya, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Madya Sulisno, S.Kp.,M.Kes selaku dosen wali yang terus memberikan motivasi kepada penulis.
4. Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep.,MNS selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan selalu memotivasi peneliti hingga selesainya penelitian ini.
5. Wahyu Hidayati, S.Kp.,M.Kep.Sp.KMB selaku penguji I yang telah memberikan masukan kepada penulis.
6. Ns. Dody Setyawan, S.Kep.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan kepada penulis.
7. Seluruh civitas akademik PSIK FK UNDIP, RSUD Tugurejo, dan RSUD Dr. Moewardi yang telah membantu penulis.
8. Seluruh responden yaitu pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membantu proses penelitian ini.
9. Bapak Joko Sumarsono, Ibu Sri Supadmi, Eyang Putri, dan Kakakku Lia yang terus memberikan dukungan finansial dan moril serta doa yang tiada henti.
10. Kepada *Rainbow*Rara, Endah, Juju, Hana, Rinda Ciyus, Tika, Ela, Prima, Yesi, Nana, Anggi, Yuke, Nince, terimakasih telah mendorong disaat aku dibawah dan meranggul disaat aku diatas.
11. Shaila Ayu, Pratiwi Triandani, Maya Devor, teman kosan yang telah mengajariku banyak hal, dan tetap mendoakanku meski jarak memisahkan kita.
12. Tika Sanjaya, Mbak Runi, pengasuh masa kecilku Mas Lope, teman-teman KKN Besiti, dan mereka yang pernah mengisi hari-hariku, terimakasih pelajaran hidup dan doanya.
13. Endah, Ela, Naim, Aya, Juju, Hana, terimakasih karena telah bersedia aku repotkan selama proses penyusunan penelitian ini .

****

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL** i

**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**.................................... ii

**LEMBAR PERSETUJUAN** iii

**LEMBAR PENGESAHAN** iv

**KATA PENGANTAR** v

**DAFTAR ISI** ix

**DAFTAR TABEL** xi

**DAFTAR GAMBAR**  xii

**DAFTAR LAMPIRAN** xiii

**ABSTRAK** xiv

**BAB I PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah 7
3. Tujuan 9
4. Manfaat Penelitian 9

**BAB II TINJAUAN TEORI**

1. Tinjauan Teori 11
2. Kanker...................................................................................... 18
3. Kemoterapi 19
4. Komunikasi 19
5. Komunikasi pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi 21
6. Kerangka Teori 30

**BAB III METODE PENELITIAN**

1. Kerangka Konsep 31
2. Jenis dan Rancangan Penelitian 31
3. Populasi dan Sampel Penelitian 32
4. Besar Sampel 32
5. Tempat dan Waktu Penelitian 34
6. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran 35
7. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data 36
8. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data 46
9. Etika Penelitian 49

**BAB IV HASIL PENELITIAN**

1. Karakteristik Perawat 50
2. Gambaran Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan 51

**BAB V PEMBAHASAN** 55

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

1. Kesimpulan ...... 64
2. Saran 64

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nomor Tabel** | **Judul Tabel** | **Halaman** |
| 1 | Stadium Kanker menurut AJCC | 12 |
| 2 | Stadium Kanker menurut FIGO | 14 |
| 3 | Definisi Operasional Komunikasi pada Pasien Kanker | 36 |
| 4 | Kisi – Kisi Kuesioner | 38 |
| 5 | Hasil Uji Validitas Isi Terhadap Kuesioner PHPCS | 40 |
| 6 | Koding Data | 47 |
| 7 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Kanker di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta Bulan Juli 2015 (n=70) | 50 |
| 8 | Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan Ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta Bulan Juli 2015 (n=70) | 51 |
| 9 | Distribusi Frekuensi Intensitas Jawaban Item Pernyataan Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan Ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta Bulan Juli 2015 (n=70) | 52 |

**DAFTAR GAMBAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nomor Gambar** | **Judul Gambar** | **Halaman** |
| 1 | Unsur-unsur Komunikasi | 20 |
| 2 | Kerangka teori | 30 |
| 3 | Kerangka Konsep | 31 |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nomor Lampiran** | **Judul Lampiran** |
|  | Jadwal Penelitian |
|  | Lembar Informed ( Permohonan Menjadi Responden) |
|  | Lembar Consent ( Persetujuan Menjadi Responden ) |
|  | Lembar Kuisioner |
|  | Lembar Konsultasi |
|  | Bukti balasan *email* perinjinan penggunaan kuesioner |
|  | Surat Permohonan Alih Bahasa |
|  | Surat Keterangan Telah Melakukan Alih Bahasa |
|  | Surat Keterangan Telah Melakukan *Back Translation* |
|  | Permohonan Uji *Expert*  Kuesioner Penelitian |
|  | Surat Keterangan Telah Melakukan Uji *Expert* Kuesioner Penelitian |
|  | Permohonan *Ethical Clearance* ke RSUD Dr. Moewardi, Surakarta |
|  | Surat *Ethical Clearance* dari RSUD Dr. Moewardi, Surakarta |
|  | Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas Ke RSUD Tugurejo Semarang |
|  | Jawaban Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisioner Penelitian dari RSUD Tugurejo Semarang |
|  | Permohonan Ijin penelitian Ke RSUD Dr. Moewardi Surakarta |
|  | Surat Pemberian Ijin Penelitian dari RSUD Dr. Moewardi Surakarta |
|  | Hasil Uji Statistik Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian |
|  | Hasil Uji Statistik Data Penelitian |

**Jurusan Ilmu Keperawatan**

**Fakultas Kedokteran**

**Universitas Diponegoro**

**Agustus, 2015**

**ABSTRAK**

**Mutiara Ayu Hapsari**

**Gambaran Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi**

**xv + 64 halaman + 3 gambar + 9 tabel + 18 lampiran**

Komunikasi antara pasien kanker dengan tenaga kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam perawatan kanker. Komunikasi yang berkualitas berguna sebagai dasar penentuan diagnosa, merencanakan terapi, dan meningkatkan pengetahuan pasien.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan dilihat dari perspektif pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi.

Studi deskriptif kuantitatif ini menggunakan kuesioner *Patient-Health Care Provider Communication Scale* (PHCPCS) yang memiliki 21 item pernyataan. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juli 2015. Pasien kanker yang berumur lebih dari 18 tahun, baru terdiagnosis atau kambuh, dan sedang menjalani kemoterapi diambil sebagai responden. Sebanyak 70 responden diambil dengan metode *purposive sampling*.

Sebanyak 36 responden (51.4%) mempersepsikan komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan berkualitas baik. Sebaliknya setengah jumlah responden lainnya (*n* = 24, 48.6%) mempersepsikan bahwa komunikasi berkualitas kurang baik.

Komunikasi yang berkualitas didukung oleh sikap tenaga kesehatan dan pasien pada waktu berkonsultasi yang baik dan keikutsertaan pasien dalam pengambilan keputusan terapi. Persepsi negatif pasien dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan membangun persepsi kualitas komunikasi yang kurang baik.

Perhatian yang lebih pada pasien yang baru terdiagnosis dan pasien usia lanjut serta daftar pertanyaan dari pasien sangat disarankan untuk membangun kualitas komunikasi yang lebih baik.

**Kata kunci : komunikasi pasien-tenaga kesehatan, kanker, kemoterapi**

**Daftar pustaka : 39 (2000-2014)**

**School of Nursing**

**Faculty of Medicine**

**Diponegoro University**

**August, 2015**

**ABSTRACT**

**Mutiara Ayu Hapsari  
Quality of patient-health care provider communication from the perspective of patients with cancer during chemotherapy at Moewardi Hospital, Surakarta**

**xv + 65 pages + 3 images + 9 tables + 18 attachments**

Communication between cancer patients and the health care provider is an important component in the cancer care. Good quality of communication is a basis to decide appropriate therapy, plan intervention, and enhance patients’ knowledge as well as coping skills.

The study aimed to measure the quality of patient communication with health care provider from the perspective of cancer patients.

This descriptive quantitative study used the *Health Care Patient-Provider Communication Scale* (PHCPC) comprising 21 statements. The data were collected in July 2015. Cancer patients who aged above 18 years old, were newly diagnosed or in reccurence, were receiving chemotherapy, were recruited in this study. Total 70 respondents enrolled using a purposive sampling method from Mawar 3 ward at Moewardi Hospital, Surakartaa.

There were 36 respondents (51.4%) perceived the communication had a good quality, while the rest (*n* = 34, 48.6%) perceived it as a low quality.

Good communication was supported by the behaviours of both the patients and the health care provider. In addition, adequate time for consultation and patient participation in the decision making are also influencing. On the other hand, negative perceptions in from both patient and contributed to low quality of communication.

More attention to newly diagnosed and/or elderly cancer patients, decent time of consultation and question list might help to establish better quality of communication.

**Keyword : patient-health care communication, cancer, chemotherapy**

**Bibliography : 39 (2000-2014)**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Kanker merupakan suatu penyakit yang berawal dari kerusakan gen. Kerusakan gen akan menimbulkan pertumbuhan sel menjadi abnormal sehingga sel akan tumbuh diluar kendali dan akhirnya terbentuk suatu jaringan baru yang disebut sebagai jaringan kanker(1). Sel-sel kanker ini dapat menyebar dan menyerang jaringan atau organ terdekat bahkan menyebar sangat jauh dari jaringan awal pertumbuhan kanker (metastasis). Metastasis sel kanker dapat membahayakan nyawa penderita kanker jika menyerang pada organ vital seperti paru-paru, hati, dan otak(2). Cepatnya proses metastasis pada kanker ganas membuat kanker menjadi pembunuh nomor dua di dunia setelah penyakit jantung(3).

*World Health Organisation* (WHO) dan *Union for International Cancer Control* (UICC) memperkirakan bahwa pada tahun 2030 akan terjadi peningkatan jumlah penderita kanker di seluruh dunia sebesar 300 %. Dari prosentase tersebut, sebanyak 70 % diantaranya terjadi di negara berkembang, seperti Indonesia. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada tahun 2012, prevalensi kanker di Indonesia mengalami peningkatan.Sebelumnya pada tahun 2008 prevalensi kanker adalah 1 : 1000 orang, pada 2012 meningkat menjadi 4,3 : 1000 orang(4).Jumlah kematian akibat penyakit kanker meningkat berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2007, sekitar 5,7% kematian pada semua usia disebabkan oleh kanker ganas(5).

Penderita kanker mengalami masalah terkait fisik,psikologis, spiritual dan sosial sejak mereka terdiagnosis kanker hingga selama menjalani terapi kanker(6,7). Masalah fisik sering ditemukan pada penderita kanker yaitu nyeri, kelelahan, penurunan berat badan, perdarahan pada penderita kanker, mual muntah, perubahan pada kulit dan kuku, anemia, serta kerontokan pada rambut(8). Masalah fisik yang muncul tersebut dapat mengganggu psikologis pasien kanker (6,7).Respon psikologis yang ditunjukkan pasien kanker antara lain sedih, tidak percaya diri, tertekan, takut terhadap stigma masyarakat dan takut menghadapi pengobatan.Penyakit kanker juga mengakibatkan penderita merasa takut, mudah marah, dan putus asa(9).Selain masalah yang muncul pada aspek fisik dan psikologis, pasien kanker juga menunjukkan gambaran yang berbeda pada aspek spiritual. Pasien kanker yang memiliki spiritual positif merasa menjadi lebih dekat dengan Tuhan dan yakin bahwa doa mampu membantu pengobatannya(7). Sementara, spiritual yang negatif membuat hidup penderita kanker menjadi tanpa makna dan tujuan hidup.Masalah fisik dan mental akibat penyakit kanker, dapat menimbulkan perubahan pada hubungan sosial antara penderita kanker dengan orang disekitarnya, seperti penderita kanker menjadi tidak bisa menunjukkan dirinya secara ekspresif, hingga menarik diri dari kehidupan sosialnya(6).

Penderita kanker memilih menarik diri karena merasa takut menghadapi jawaban seperti vonis tidak dapat sembuh serta tidak memiliki harapan hidup yang panjang. Selain itu, persepsi pasien kanker bahwa penyakitnya akan membebani keluarga serta perubahan fisik akibat penyakit yang diderita menyebabkan pasien menjadi menarik diri dari kehidupan sosialnya(6). Kondisi menarik diri dapat dilihat dari kurangnya interaksi dalam berkomunikasi antara penderita kanker kepada orang disekitarnya seperti kepada tenaga kesehatan yang merawat mereka (dokter/perawat). Sedangkan, komunikasi yang efektif antara penderita kanker dan tenaga kesehatan sangat diperlukan selama proses perawatan hingga akhir terapi. Komunikasi yang efektif akan mengurangi efek samping terapi yang akan dilakukan karena dengan adanya komunikasi yang efektif mereka tidak hanya akan mendapat informasi tentang efek samping terapi namun juga cara mengatasinya (10).

Kemoterapi merupakan salah satu terapi medis yang sering digunakan pada pasien kanker. Kemoterapi membutuhkan waktu setidaknya 3 bulan untuk menyelesaikan keseluruhan proses terapi (8). Pada saat pasien melakukan kemoterapi, pasien perlu mengetahui hal-hal terkait terapi yang akan dia lakukan seperti, prosedur terapi, tujuan terapi, dan hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum menjalani kemoterapi (misalnya makan makanan yang sehat dan bergizi tinggi). Informasi tentang efek samping, cara menanggulangi efek samping yang muncul,serta rencana tindak lanjut apa yang harus dilakukan juga diperlukan oleh pasien kanker selama menjalani kemoterapi(11).Penelitian Debra menunjukkan bahwa komunikasi yang terjadi antara pasien kanker yang menjalani kemoterapi dengan tenaga kesehatan masih belum berjalan dengan baik, yaitu ditunjukkan dari pasien kanker payudara yang tidak aktif berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang merawatnya, sehingga sulit bagi pasien kanker payudara untuk ikut berpartisipasi dalam proses terapi (10). Tenaga kesehatan perlu menyampaikan informasi-informasi yang dibutuhkan pasien kanker selama menjalani proses terapi seperti efek samping yang muncul, risiko infeksi, tindakan pencegahan yang harus dilakukan untuk mengatasi efek samping saat dirumah, serta informasi tentang penjelasan kondisi pasien yang diharuskan untuk segera dibawa ke rumah sakit (14). Sehingga, komunikasi yang efektif selama menjalani kemoterapi sangat penting dilakukan oleh penderita kanker dengan tenaga kesehatan untuk mencapai target yang direncanakan.

Komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan dinilai sangat penting karena penderita kanker yang mengkomunikasikan kondisi mereka dapat membantu tenaga kesehatan untuk memahami kondisi penderita kanker tersebut dan membantu untuk merencanakan tindakan yang akan diberikan. Komunikasi yang efektif juga akan memicu sikap dan perilaku pasien untuk turut serta dalam pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan penderita kanker, meningkatkan kemampuan untuk koping selama dan setelah terapi, mengurangi dampak terapi, dan meningkatkan kepuasan dalam berinteraksi dengan tenaga kesehatan. Sedangkan komunikasi yang tidak berjalan dengan baik dapat menyebabkan masalah seperti kesulitan mendapatkan informasi yang penting, salah menafsirkan cara mengatasi efek samping terapi, dan tidak dapat terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan tenaga kesehatan (10).

Komunikasi yang berkualitas dapat dilihat dari efektif atau tidaknya komunikasi yang terjalin (12). Komunikasi yang efektif dapat ditunjukkan dari pasien yang mampu bersikap terbuka untuk mengungkapkan perasaannya(10). Sedangkan dampak apabila pasien tidak memiliki komunikasi yang efektif dapat mengakibatkan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan (13). Komunikasi yang efektif adalah kunci dari keberhasilan terapi dan meningkatkan kepuasan serta kemampuan pasien untuk mengurangi kecemasan dalam terapi (14).

Penelitian terkait komunikasi pada pasien pernah diteliti oleh Maly Rose (15). Penelitian tersebut mengidentifikasi bahwa sikap percaya diri pasien diperlukan untuk membangun komunikasi yang efektif. Penelitian lain tentang komunikasi antara pasien reumatoid artritis dengan tenaga medis pernah dilakukan oleh Elizabeth serta penelitian pada pasien kanker, Mira L pernah meneliti komunikasi antara pasien kanker kolon dengan tenaga kesehatan (16,17). Jenis informasi yang dibutuhkan saat pasien menjalani kemoterapi pernah diteliti oleh Julia yang menyatakan bahwa pasien membutuhkan informasi terkait efek samping terapi, risiko infeksi, dan gambaran kondisi klien yang harus segera mendapat pertolongan medis di rumah sakit (14).Komunikasi yang efektif tidak dapat dibangun jika hanya sikap pasien yang baik, namun sikap komunikasi tenaga kesehatan juga harus baik. Penelitian terkait komunikasi tenaga medis pernah dilakukan oleh Sutrisno yang meneliti tentang hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat (18).

Fenomena tentang komunikasi pada pasien kanker juga terjadi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. RSUD Dr. Moewardi, Surakarta merupakan salah satu rumah sakit rujukan kasus kanker di Jawa TengahyangpadabulanJuni 2014peneliti menemukan dua fenomena yang berbeda tentang komunikasi penderita kanker dengan tenaga kesehatan. Hasil observasi peneliti pada seorang pasien kanker dengan diagnosis *Acute Limpoblastic Leukemia* (ALL) yaitu pasien lebih cenderung menutup diri, sedangkan salah satu pasien lainnya dengan diagnosis *Chronic Myelogenous Leukemia* (CML) yaitu pasien lebih terbuka pada tenaga kesehatan yang merawatnya. Pada saat kedua pasien mengalami tanda gejala kanker yaitu nyeri maka pasien CML lebih cepat mendapat penanganan nyeri dari tenaga kesehatan sehingga nyerinya dapat segera hilang, sedangkan pasien dengan ALL yang menutup diri lebih memilih untuk tidak mengkomunikasikan keluhannya sehingga rasa nyeri yang ia rasakan tidak segera dapat diatasi.

Fenomena yang berbeda tersebut menunjukkan bahwa komunikasi yang baik akan bermanfaat bagi pasien dalam proses pengobatannya, sedangkan komunikasi yang kurang baik akan membuat keluhan pasien tidak segera diatasi karena tidak mengkomunikasikan keluhannya kepada tenaga kesehatan. Sikap komunikasi yang baik dapat dilihat dari sikap pasien dan sikap tenaga kesehatan. Sikap pasien yang terbuka dapat dibuktikan dengan aktif bertanya terkait penyakit maupun menyatakan apa yang dia rasakan/keluhkan, sedangkan sikap tenaga kesehatan yang baik seperti mendengarkan dengan penuh perhatian dan selalu memastikan bahwa pasien memahami informasi yang diberikan. Hal ini karena komunikasi berkualitas tidak dapat tercipta bila hanya salah satu pihak yang berusaha mewujudkannya. Perlu adanya sikap komunikasi yang baik dari kedua belah pihak yaitu pasien dan tenaga kesehatan sehingga mampu mewujudkan komunikasi yang efektif (10).

Melihat pentingnya komunikasi bagi pasien kanker saat menjalani kemoterapi dan masih adanya fenomena tentang komunikasi pada pasien kanker yang belum berjalan baik serta belum adanya studi di Indonesia terkait komunikasi pada pasien kanker,menjadi alasan pentingnya penelitian tentang“Gambaran Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta” penting dilakukan sebagai penelitian dasar mengenai komunikasi pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

1. **Rumusan Masalah**

Kanker merupakan penyakit dengan jumlah penderita terbanyak nomor dua di dunia (3). Penyakit kanker tidak hanya menimbulkan masalah fisik dan psikologis, namun juga masalah spiritual dan sosial (6,7). Dampak sosial berkaitan dengan ketidakmampuan pasien dalam mengekspresikan diri sehingga pasien kanker cenderung menarik diri (6). Kondisi menarik diri yang ditunjukkan pasien kanker dapat menyebabkan gangguan komunikasi.

Pasien kanker mendapat berbagai jenis terapi untuk mengatasi penyakitnya, salah satunya adalah kemoterapi (8). Kemoterapi merupakan terapi kanker dengan memberikan obat antikanker kedalam tubuh pasien.Saat menjalani terapi ini, pasien berhak untuk mendapat berbagai informasi tentang hal-hal terkait terapi yang akan dia lakukan seperti, prosedur terapi, tujuan terapi, hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum menjalani kemoterapi (misalnya makan makanan yang sehat dan bergizi tinggi), efek samping yang mungkin terjadi, bagaimana menanggulangi efek samping yang muncul, serta rencana tindak lanjut apa yang harus dilakukan (11).

Pasien memerlukan komunikasi yang berkualitas antara dirinya dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi terkait terapinya. Apabila komunikasi yang berjalan tidak baik maka akan menyebabkan pasien kanker kesulitan mendapatkan informasi yang penting, salah menafsirkan cara mengatasi efek samping terapi, dan tidak terbinanya hubungan saling percaya. Komunikasi yang efektif tidak dapat tercipta jika hanya dari tenaga medis saja yang memiliki sikap berkomunikasi yang baik, namun pasien juga perlu memiliki sikap berkomunikasi yang baik pula agar terwujud komunikasi yang efektif (10).

Berdasarkan penjelasan tersebut, pasien kanker seharusnya memiliki kualitas komunikasi yang baik dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi terkait kemoterapi yang akan dia lakukan. Melihat pentingnya komunikasi bagi pasien kanker saat menjalani kemoterapi serta kurangnya studi terkait komunikasi pada pasien kankerdi Indonesia,menjadi alasan pentingnya penelitian tentang“Gambaran Kualitas Komunikasi Pasien dengan Tenaga Kesehatan ditinjau dari Perspektif Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi, Surakarta” penting dilakukan sebagai penelitian dasar mengenai komunikasi pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

1. **Tujuan Penelitian**

Mengetahui kualitas komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan yang ditinjau dari perspektif pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi.

1. **Manfaat Penelitian**
   1. Bagi Pasien Kanker

Hasil penelitian dapat menjadi gambaran proses komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan. Selain itu, pasien dapat mengetahui bahwa komunikasi itu penting untuk kelangsungan program terapisertamengetahui sejauh mana kemampuan pasien dalam berkomunikasi.

* 1. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian dapat menjadi gambaran proses komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan.Tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas komunikasinya serta membantu meningkatkan kualitas komunikasi pada pasien dengan kualitas komunikasi yang kurang.

* 1. Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadikan pertimbangan bagi instritusi pendidikan untuk mempersiapkan mahasiswa dari segi pengetahuan dan ketrampilan agar dapat berkomunikasi dengan baik.

* 1. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi data awal bagi penelitian selanjutnya, khususnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi dan faktor-faktor yang menghambat komunikasi antara penderita kanker yang menjalani kemoterapi dengan tenaga kesehatan.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Tinjauan Teori**
2. **Kanker**
3. Patofisiologi kanker

Mutasi DNA merupakan awal terjadinya kanker. Mutasi ini dipengaruhi faktor endogen (dari dalam) dan faktor eksogen (dari lingkungan) yang dapat memicu terjadinya produksi sel secara berlebih. Pertumbuhan sel yang abnormal ini dapat terjadi di jaringan epitel (karsinoma), jaringan limfe (limfoma), jaringan ikat (sarkoma), dan darah (leukimia). Sel kanker dapat menyebar ke area lain (metastasis) melalui peredaran darah. Saat sel kanker tumbuh terus menerus, maka dapat membentuk jaringan baru. Tumbuhnya jaringan baru ini dapat menekan saraf disekitarnya sehingga menyebabkan nyeri pada area tersebut(8).

Sel kanker juga memerlukan energi untuk tetap tumbuh seperti sel normal lainnya sehingga sel kanker menggambil nutrien sel lain yang lama kelamaan dapat menyebabkan terjadinya penurunan berat badan. Selain itu sel kanker juga mengambil oksigen dari sel normal yang dapat menyebabkan keletihan ekstrem (8). Selain penurunan berat badan, nyeri, dan keletihan tanda gejala penyakit kanker tergantung dari organ tubuh/bagian yang diserang kanker. Benjolan dapat ditemukan pada kanker yang terdapat dipermukaan tubuh. Sementara pada kanker prostat, usus, atau organ dalam lain menyebabkan benjolan tidak tampak dari luar. Meskipun demikian, tidak semua benjolan dapat diartikan sebagai kanker (2). Penderita kanker umumnya mengalami penurunan status gizi seperti badan kurus, lemah, dan apatis (8). Rasa nyeri yang terus-menerus juga dapat menjadi salah satu tanda kanker.

1. Stadium kanker

Sistem penentuan stadium pada kanker bersidat spesifik untuk setiap jenis kanker. Sistem TNM (T=tumor, N=nodus/kelenjar, M=metastatis) merupakan sistem yang paling umum dipakai yang dikembangkan oleh *American Joint Committee on Cancer* (AJCC)(19).

Tabel 2.1 Stadium Kanker Menurut AJCC

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stadium** | **Keterangan** | |
| Stadium 0 | Tis, N0, M0 | *Carcinoma in situ,* tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional. |
| Stadium I | T1, N0, M0 | Tumor ≤ 2 cm, tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional, tidak ada metastasis. |
| Stadium II A | T0, N1, M0 | Tidak ada bukti adanya tumor primer*,* kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe pada sisi kepala atau leher dengan lokasi tumor primer, berukuran lebih kecil dari 3 cm, tidak ada metastasis. |
|  | T1, N1, M0 | Tumor ≤ 2 cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe pada sisi kepala atau leher dengan lokasi tumor primer, berukuran lebih kecil dari 3 cm, tidak ada metastasis. |
|  | T2, N0, M0 | Tumor berukuran antara 2-4 cm, tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional, tidak ada metastasis. |
| Stadium II B | T2, N1, M0 | Tumor berukuran antara 2-4 cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe pada sisi kepala atau leher dengan lokasi tumor primer, berukuran lebih kecil dari 3 cm, tidak ada metastasis. |
| **Stadium** | **Keterangan** | |
|  | T3, N0, M0 | Tumor > 4cm, tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional |
| Stadium III A | T0, N2, M0 | Tidak ada bukti adanya tumor primer, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe kepala atau leher pada sisi yang sama dengan lokasi tumor primer, berukuran 3-6cm, tidak ada metastasis. |
|  | T1, N2, M0 | Tumor ≤ 2 cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe kepala atau leher pada sisi yang sama dengan lokasi tumor primer, berukuran 3-6cm, tidak ada metastasis. |
|  | T2, N2, M0 | Tumor berukuran antara 2-4 cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe kepala atau leher pada sisi yang sama dengan lokasi tumor primer, berukuran 3-6cm, tidak ada metastasis. |
|  | T3, N1, M0 | Tumor > 4cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe pada sisi kepala atau leher dengan lokasi tumor primer, berukuran lebih kecil dari 3 cm, tidak ada metastasis. |
|  | T3, N2, M0 | Tumor > 4cm, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe kepala atau leher pada sisi yang sama dengan lokasi tumor primer, berukuran 3-6cm, tidak ada metastasis. |
| Stadium III B | T4, N0, M0 | Tumor dengan berbagai ukuran yang menginvasi ke struktur yang lebih dalam seperti tulang, jaringan ikat/otot, tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional, tidak ada metastasis. |
|  | T4, N1, M0 | Tumor dengan berbagai ukuran yang menginvasi ke struktur yang lebih dalam seperti tulang, jaringan ikat/otot, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe pada sisi kepala atau leher dengan lokasi tumor primer, berukuran lebih kecil dari 3 cm, tidak ada metastasis. |
|  | T4, N2, M0 | Tumor dengan berbagai ukuran yang menginvasi ke struktur yang lebih dalam seperti tulang, jaringan ikat/otot, kanker telah menyebar ke satu kelenjar limfe kepala atau leher pada sisi yang sama dengan lokasi tumor primer, berukuran 3-6cm, tidak ada metastasis. |
| Stadium III C | Any T, N3, M0 | kanker telah menyebar ke suatu kelenjar limfe dengan ukuran lebih dari 6 cm, tidak bermetastasis. |
| Stadium IV | Any T, Any N, M1 | Metastasis jauh |

Selain menggunakan sistem TNM, stadium kanker juga dapat digolongkan berdasarkan *Federation of Gynecology Oncology* (FIGO). FIGO mengklasifikasikan stadium kanker khususnya kanker pada organ reproduksi seperti kanker serviks. Berikut klasifikasi kanker menurut FIGO (20).

Tabel 2.2 Stadium Kanker Menurut FIGO

|  |  |
| --- | --- |
| **Stadium FIGO** | **Keterangan** |
| 0 | Karsinoma *in situ* |
| I | Proses terbabatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri |
| IA | Karsinoma mikroinvasif |
| IA1 | Kedalaman invasi stroma tidak lebih dari 3 mm dan perluasan horizontal tidak lebih dari 7 mm |
| IA2 | Kedalaman invasi stroma lebih dari 3 mm dan tidak lebih dari 5 mm, sedangkan perluasan horizontal 7 mm atau kurang |
| IB | Secara klinis sudah diduga adanya tumor mikroskopik lebih dari IA2 |
| IB1 | Secara klinis lesi berukuran 4 cm |
| IB2 | Secara klinis lesi berukuran lebih dari 4 cm |
| II | Tumor menyebar ke luar dari serviks, tetapi tidak sampai dinding panggul |
| IIA | Tanpa invasi perametrium |
| IIB | Dengan invasi perametrium |
| III | Tumor menyebar ke dinding panggul dan/atau sepertiga bawah vagina yang menyebabkan hidronefrosis |
| IIIA | Tumor menyebar sepertiga bawah vagina, tetapi tidak sampai ke dinding panggul |
| IIIB | Tumor menyebar ke dinding panggul menyebabkan penurunan fungsi ginjal |
| IVA | Tumor menginvasi mukosa buli-buli atau rektum dan ke luar panggul |
| IVB | Metastasis jauh |

1. Terapi kanker(8)

Terapi medis yang diberikan pada pasien kanker meliputi tiga jenis yaitu operasi, radiasi dan kemoterapi. Penjelasan dari ketiga terapi tersebut beserta efek samping adalah sebagai berikut.

1. Operasi/pembedahan

Pembedahan merupakan salah satu terapi kanker yang telah lama digunakan. Jika dilakukan sejak diagnosis dini, pembedahan dapat mencegah terjadinya metastasis. Terapi ini cukup efektif untuk meringankan nyeri akibat kanker yang menekan saraf disekitarnya. Selain itu, dengan mengeksisi bagian kanker, dapat meningkatkan respon terhadap kemoterapi atau radioterapi.

1. Radiasi

Terapi radiasi menggunakan radiasi ion yang bertujuan untuk membunuh sel tumor. Terapi radiasi mampu menstimulus apoptosis, menghentikan siklus sel, serta mengganggu pembelahan sel kanker. Meski demikian, terapi radiasi memiliki efek samping yaitu dapat menyebabkan kematian sel normal.

1. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker dengan menggunakan obat-obatan yang bertujuan untuk menghancurkan sel kanker (8). Pada umumnya, obat yang digunakan sangat toksis, sehingga penggunaannya harus dengan sangat hati-hati dan atas indikasi yang tepat (21).

1. Dampak kanker

Dampak atau masalah yang ditimbulkan penyakit kanker dapat timbul karena perkembangan penyakit dan efek samping dari terapi seperti operasi, radiasi, dan kemoterapi. Dampak tersebut meliputi dampak biologis (fisik), psikologis, spiritual, dan sosial.

1. Biologis (fisik)

Pada saat aspek biologis terganggu, maka akan ditemukan tanda gejala kanker seperti nyeri yang disebabkan karena perkembangan sel kanker yang menekan saraf, kelelahan, penurunan berat badan, perdarahan, serta dampak dari kemoterapi yang sering menyebabkan mual muntah, perubahan pada kulit dan kuku, anemia, serta kerontokan pada rambut(8).

1. Psikologis

Pada umumnya, respon psikologis individu setelah terdiagnosis kanker akan menjadi sedih, tertekan, takut terhadap stigma masyarakat dan takut mengahadapi pengobatan, penyakit kanker mengakibatkan rasa takut, mudah marah, dan putus asa (9). Rasa tidak percaya diri muncul karena perubahan fisik yang dialami penderita kanker setelah menjalani terapi, seperti rambut yang menjadi rontok, perubahan warna kulit kuku, serta penurunan berat badan (8,9). Kecemasan dapat pula timbul sebagai dampak psikologis setelah pasien terdiagnosis kanker. Kecemasan ini muncul karena pasien takut menghadapi vonis hidupnya yang tidak akan lama lagi. Efek negatif dari pasien yang cemas adalah pasien lebih berisiko tiga kali lipat menjadi tidak patuh berobat dibantingkan penderita yang tidak depresi. Ketidakpatuhan untuk berobat dapat berdampak buruk bagi kesehatan pasien bahkan dapat berakibat kematian (22).

1. Spiritual

Aspek spiritual merupakan aspek yang menggambarkan hubungan antara manusia dengan Tuhan. Penderita kanker justru merasa menjadi lebih dekat dengan Tuhan dan yakin bahwa doa mampu membantu pengobatannya.Sementara itu, spiritual yang negatif membuat hidup penderita kanker menjadi tanpa makna dan tujuan hidup (7).

1. Hubungan Sosial

Dampak kanker pada aspek sosial adalah terganggunya proses aktualisasi diri penderita kanker tersebut (8). Proses aktualisasi diri yang terganggu dapat dilihat dari penderita kanker yang menarik diri untuk tidak berhubungan dengan keluarganya, teman, orang-orang di lingkungan sekitarnya, serta tenaga kesehatan yang merawatnya.Akibat dari penderita kanker yang menarik diri terhadap orang disekitarnya akan menyebabkan terganggunya proses komunikasi. Hal ini disebabkan karena penderita kanker memilih untuk tidak menanyakan tentang penyakit yang dideritanya. Mereka merasa takut menghadapi jawaban seperti vonis tidak dapat sembuh serta tidak memiliki harapan hidup yang panjang (6).

1. **Kemoterapi**
2. Definisi

Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker dengan menggunakan obat-obatan yang bertujuan untuk menghancurkan sel kanker (8). Hingga kini telah ditemukan lebih dari 40 jenis obat anti-kanker yang digunakan diseluruh dunia dan didapat digunakan untuk mengatasi tiga jenis kanker seperti leukemia, limphoma, choriocarcinoma. Sedangkan pada jenis kanker lainnya, kemoterapi hanya mampu menghentikan sementara pertumbuhan kanker tersebut (21).

1. Cara Kerja

Pada umumnya, obat yang digunakan sangat toksis, sehingga penggunaannya harus dengan sangat hati-hati dan atas indikasi yang tepat. Cara kerja obat anti kanker yang digunakan pada kemoterapi adalah dengan menghambat sintese DNA, merusak replikasi DNA, mengganggu transkripsi DNA oleh RNA, dan mengganggu kerja gen (21).

1. Dampak kemoterapi

Dampak dari kemoterapi antara lain keletihan, anemia, perdarahan, peningkatkan resiko infeksi, sesak nafas, kulit kering, sariawan, perubahan homon merupakan beberapa efek samping dari kemoterapi(8,23). Dampak kemoterapi muncul karena obat kemoterapi sangat kuat dan tidak hanya menyerang sel kanker namun juga sel yang sehat. Tidak hanya dari aspek fisik, namun aspek psikologis dan sosial juga berubah akibat kemoterapi. Pasien kanker payudara yang sedang menjalani kemoterapi merasa cemas dengan bayangan kematian dan dampak sosial terlihat dari harga diri pasien yang mulai rendah akibat perubahan fisik yang dialaminya setelah kemoterapi (22).

1. **Komunikasi**
2. Pengertian

Komunikasi merupakan suatu hal yang tidak dapat dipisahkan dalam kehidupan manusia. Sebagai makhluk sosial, tentu manusia akan berinteraksi satu sama lain sehingga akan terjalin komunikasi seperti komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi publik, bahkan komunikasi massa (24).

Komunikasi merupakan proses pengiriman/pertukaran (stimulus, signal, simbol, informasi) dalam bentuk verbal dan non verbal yang disampaikan dari pengirim ke penerima pesan dengan tujuan adanya perubahan(25).

1. Fungsi komunikasi dalam kehidupan (25, 26)

Komunikasi memiliki beberapa fungsi seperti sosialisasi, intruksi, persuasi, pendidikan, dan hiburan. Fungsi sosialisasi menjadikan komunikasi sebagai media dalam menyampaikan informasi kepada orang lain.Komunikasi berfungsi intruksi karena komunikasi dapat menjadi media memberikan perintah.Komunikasi juga bersifat persuatif atau mempengaruhi sehingga dapat dijadikan sebagai penggerak semangat.Proses pengalihan ilmu pengetahuan dan teknologi dapat dilakukan dengan komunikasi yang baik dan efektif merupakan fungsi komunikasi dalam pendidikan.Informasi yang ingin disampaikan dapat pula dipadukan dengan unsur hiburan seperti lewat nyanyian, lawak, drama, sehingga komunikasi dapat berfungsi sebagai hiburan.

1. Unsur dan tahapan komunikasi(25)

Komunikan

*Tahap 5 memberi Umpan balik*

*Tahap 4 Decoding:memahami isi pesan yang diterima*

Komunikator

Pesan

Media penyampaian pesan

Gangguan dalam menyampaikan pesan

Sumber pesan : buku, orang, dokumen

*Tahap 2 Encoding:ide yang diciptakan diubah menjadi kode/lambang komunikasi untuk dapat dikirmkan*

*Tahap 3 Penyampaian pesan*

*Tahap 1 munculnyagagasan/ide*

Gambar 2.3 Unsur-unsur Komunikasi

1. Tingkatan komunikasi (25, 26)
2. Intrapersonal yakni komunikasi yang berlangsung dalam diri komunikan itu sendiri.
3. Interpersonal adalah interaksi tatap muka antara dua atau beberapa orang yang hampir setiap hari sering kita lakukan.
4. Kelompok yakni komunikasi yang terjadi antara sejumlah orang dalam suatu kelompok (dalam kelompok kecil terdapat 4-20 orang, kelompok besar 20-50 orang).
5. Selain komunikasi kelompok, terdapat juga komunikasi publik, organisasi, dan massa yang memiliki jumlah komunikan yang banyak.
6. **Komunikasi Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi**
7. Informasi yang diperlukan pasien kanker saat menjalani kemoterapi

Pasien yang menjalani kemoterapi perlu mengetahui hal-hal terkait terapi yang akan dia lakukan seperti, prosedur terapi, tujuan terapi, hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum menjalani kemoterapi (misalnya makan makanan yang sehat dan bergizi tinggi), efek samping yang mungkin terjadi, bagaimana menanggulangi efek samping yang muncul, serta rencana tindak lanjut apa yang harus dilakukan (11). Informasi lain yang ingin didapatkan pasien kanker yang menjalani kemoterapi adalah risiko infeksi selama terapi, pencegahan untuk mengatasi efek samping setelah pulang, serta waktu yang tepat untuk menghubungi rumah sakit terkait penyakitnya (14).

1. Pentingnya komunikasi bagi pasien kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi kanker dengan memberikan obat antikanker yang tidak hanya mampu membunuh sel kanker, namun sel sehat juga dapat terkena dampaknya sehingga timbul permasalahan fisik, psikologis dan sosial pada penderita kanker yang menjalani kemoterapi (8, 19). Dampak kemoterapi dapat dikurangi dengan adanya komunikasi yang berkualitas antara pasien dengan tenaga medis (10). Pasien yang memiliki komunikasi yang berkualitas akan mendapatkan infomasi yang dia inginkan seperti informasi tentang efek samping yang mungkin terjadi dan bagaimana menanggulangi efek samping yang muncul, sehingga pasien dapat lebih siap menghadapi terapi yang akan dia lakukan (11). Sedangkan komunikasi yang tidak efektif menyebabkan masalah seperti kesulitan mendapatkan informasi yang penting, salah menafsirkan cara untuk mengatasi efek samping, dan tidak terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan tenaga kesehatan. Hal ini terjadi karena pasien perlu ikut serta dalam pengambilan keputusan dan bekerja sama selama proses perawatan sehingga tidak hanya perawat yang dituntut untuk memiliki sikap komunikasi yang baik, namun pasien juga dituntut untuk memiliki sikap komunikasi yang baik agar mampu menciptakan komunikasi yang efektif dan berkualitas (11).

1. Komunikasi berkualitas

Kualitas komunikasi antara pasien reumatoid artritis dengan tenaga medis pernah diteliti oleh Elizabeth dengan menggunakan alat ukur *Patient Health Care Provider Communication Scale* (PHCPCS). Elizabeth mendefinisikan kualitas komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan sebagai persepsi pasien untuk bertukar informasi antara tenaga kesehatan dan pasien (17). Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi pasien dalam berkomunikas, yaitu :

1. Nilai

Nilai adalah keyakinan yang dianut seseorang yang menjadi standar dalam bertingkah laku (27).Nilai ini akan dianggap penting oleh orang tersebut bahkan dijadikan pedoman dirinya dalam bertingkah laku. Nilai yang dianutini akan mempengaruhi ekspresi pemikiran, ide dan interprtasi pesan seseorang tersebut.

Seorang pasien dapat memiliki nilainya sendiri, seperti pasien kanker memiliki nilai bahwa dia merasa tidak sopan jika berbincang dengan tenaga kesehatan terkait penyakitnya dan menganggap bahwa tenaga kesehatan yang merawatnya adalah sosok yang patut dihormati (28). Selain contoh tersebut, penelitian dari Inge menjelaskan bahwa pasien kanker esofagus memiliki nilai bahwa dengan terus bertanya kepada tenaga kesehatan, maka akan membuatnya dinilai sebagai pasien yang mengganggu (29).

1. Latar belakang sosial dan budaya

Budaya merupakan kondisi yang menunjukkan seseorang melalui tingkah laku (27). Budaya dapat tercermin dari bahasa, pembawaan, nilai, dan gerakan tubuh yang merefleksikan asal budaya tersebut. Budaya seseorang akan mempengaruhi caranya dalam berinteraksi dengan orang lain.

Budaya dapat mempengaruhi cara pasien berkomunikasi dengan perawat, misalnya pasien Amerika dan Eropa lebih terbuka untuk mengemukakan informasi pribadi, sedangkan pasien Amerika Latin, Afrika, dan Asia enggan untuk mengemukakan informasi pribadi. Contoh lainnya dari penelitian tentang pengalaman komunikasi antara dokter dengan pasien kanker yang memiliki keterbatasan komunikasi dalam bahasa Inggris menunjukkan bahasa dapat mempengaruhi proses komunikasi. Lebih dari setengah dari jumlah sampel dokter yang diteliti menyatakan bahwa mereka kesulitan membahas pilihan pengobatan dan prognosis. Mereka juga mengakui bahwa intensitas diskusi terkait terapi menjadi rendah karena adanya keterbatasan kemampuan berbahasa Inggris (30).

1. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang berbeda antara dua orang yang saling berkomunikasi dapat mempengaruhi proses komunikasi. Pasien dan tenaga kesehatan memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Tenaga kesehatan yang sering menggunakan bahasa medis akan sulit dipahami oleh pasien. Pasien akan lebih mudah jika tenaga kesehatan mengganti bahasa medis tersebut dengan bahasa yang mudah dipahami oleh orang awam seperti “Ulkus Diabetikum bersih tanpa ada cairan abnormal” sama artinya dan akan lebih mudah dipahami pasien jika diganti dengan “Luka Diabetes bersih dan akan segera sembuh” (27).

Selain terkait bahasa medis yang digunakan tenaga kesehatan, penelitian lain menunjukkan bahwa pasien memiliki kesulitan untuk menyusun pertanyaan (tidak tahu harus bertanya apa) dan pasien tidak tahu bagaimana caranya untuk memotong pembicaraan tenaga kesehatan (29).

1. Kondisi lingkungan

Ruangan yang hangat, bersih, dan bebas dari kebisingan maupun gangguan lain merupakan lingkungan yang kondusif. Lingkungan yang kondusif akan membuat orang merasa nyaman untuk berkomunikasi. Sebaliknya, lingkungan yang bising dan kurang kebebasan dapat mengakibatkan ketegangan, kebingungan dan ketidaknyamanan yang akan membuat komunikasi berjalan tidak optimal. (27)

Pasien kanker akan merasa keberatan untuk mendiskusikan penyakitnya atau masalah pribadi lainnya diruang tunggu yang ramai dan sibuk. Kondisi ini menunjukkan bahwa seorang pasien akan lebih nyaman dan akan mudah berkomunikasi tentang masalah pribadinya dilingkungan yang membuatnya nyaman/tempat pribadi (29).

1. Persepsi

Persepsi merupakan pandangan pribadi terhadap sesuatu yang terjadi (27). Persepsi merupakan refleksi dari perasaan seseorang terhadap suatu stimulus tertentu yang terjadi dilingkungannya. Setiap individu akan menginterpretasikan lingkungannya dengan cara yang berbeda-beda. Perbedaan persepsi tiap individu dapat menjadi hambatan untuk mencapai komunikasi yang efektif.

Persepsi pasien dapat berupa persepsi negatif dan postif. Persepsi positif seperti pasien memiliki persepsi bahwa dia sudah memahami isi informasi yang didapat dari tenaga kesehatan. Persepsi negatif seperti persepsi bahwa tenaga kesehatan hanya memiliki sedikit waktu/terkesan terburu-buru saat pasien ingin berkonsultasi, persepsi bahwa tenaga kesehatan akan memberikan reaksi yang kurang menyenangkan saat pasien bertanya, persepsi bahwa hal yang ingin ditanyakan adalah sesuatu yang tidak penting (29). Persepsi pasien yang negatif dapat menghambat proses komunikasi, sehingga persepsi pasien terhadap komunikasi yang dilakukan tenaga medis harus positif agar tercipta komunikasi yang efektif (14).

1. Sikap penderita kanker dan sikap tenaga medis yang merawat

Sikap yang baik dalam berkomunikasi perlu ditunjukkan oleh pasien dan tenaga kesehatan agar tercipta komunikasi yang efektif. Sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh budaya yang dimilikinya, seperti sikap terbuka yang dimiliki oleh sebagian besar pasien Amerika dan Eropa sedangkan sikap tertutup lebih sering ditunjukkan orang Amerika Latin, Afrika dan Asia (27).

Komunikasi yang baik akan tercipta jika pasien sikap terbuka. Sikap terbuka pasien dapat ditunjukkan dengan pasien mampu bertanya untuk mendapatkan penjelasan terkait kondisi kesehatan maupun terapi, pasien mampu menjelaskan kondisi kesehatannya, serta pasien mampu ikut serta memberikan keputusan terkait manajemen proses penyembuhannya seperti progam terapi yang akan diterima (15,16,17). Fenomena di rumah sakit masih mendapati pasien yang tidak terbuka, hal ini dapat ditunjukkan dari sikap pasien yang takut mendengar jawaban/vonis dari tenaga kesehatan. Kondisi ini merupakan kondisi yang wajar, karena berdasarkan teori Kulber-Ross menyatakan bahwa terdapat lima fase berduka yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression*, dan *acceptance*. Pasien akan berorientasi pada diri sendiri pada fase *denial* dan *anger*, sedangkan pada fase *bargaining* pasien akan berusaha mencara pengobatan. Lamanya setiap individu dalam melalui satu fase ke fase lainnya akan berbeda satu dan yang lainnya, sehingga tidak ada patokan yang pasti. Bahkan setiap individu akan berbeda saat melewati fase-fase tersebut. Misalnya individu pertama akan melewati fase *denial* kemudian *anger* dan dapat kembali lagi ke *denial*, sedangkan individu kedua melewati fase *denial* kemudian langsung menuju fase *bargaining* tanpa melewati fase *anger* (38).

Komunikasi yang berkualitas tidak akan tercapai jika hanya pasien yang memiliki sikap berkomunikasi yang baik. Tenaga kesehatan juga perlu menunjukkan sikap yang baik saat berkomunikasi agar dapat tercipta komunikasi yang berkualitas. Sikap baik dapat ditunjukkan dengan tenaga kesehatan selalu memberikan waktu untuk pasien berkonsultasi/tidak terburu-buru saat bertemu pasien, memperhatikan pasien saat berkomunikasi, menjelaskan kondisi pasien secara detail, merawat dengan sabar dan penuh perhatian, memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas, memahami masalah kesehatan pasien hingga mampu mendorong pasien untuk ikut serta dalam proses pengobatannya (15,16,17). Sikap yang baik dari pasien dan tenaga kesehatan dalam berkomunikasi akan menciptakan komunikasi yang berkualitas (11).

1. Faktor lainnya

Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan, seperti pengetahuan dokter, keterampilan komunikasi, karakteristik individu, kehadiran keluarga, dan sistem rumah sakit. Faktor-faktor tersebut dapat menimbulkan hambatan komunikasi atau justru dapat membantu menciptakan komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan (31).

1. **Kerangka Teori**

Dampak Sosial

Kemoterapi

Tenaga Kesehatan

Pasien Kanker

Komunikasi berkualitas

Komunikasi antara pasien kanker dengan tenaga kesehatan

Dipengaruhi :

1. Nilai
2. Latar belakang sosial dan budaya
3. Pengetahuan
4. Lingkungan
5. Persepsi
6. Sikap pasien dalam berkomunikasi
7. Sikap tenaga kesehatan dalam berkomunikasi

Gambar 2.2 Kerangka Teori (2,6,7,8,9,10,11,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31)

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

**Variabel Bebas**

Kualitas komunikasi pasien kanker dengan tenaga kesehatan

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

1. **Jenis Dan Rancangan Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menjelaskan, memberi suatu nama, situasi, atau fenomena/peristiwa yang terjadi pada masa kini. Metode penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran kualitas komunikasi yang dilakukan oleh pasien kanker kepada tenaga kesehatan yang ditinjau dari perspektif pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan *surveys* dimana pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner pada sampel yang ingin diteliti. Rancangan penelitian survei mengumpulkan informasi tentang tindakan seseorang, pengetahuan, kemauan, pendapat, perilaku, dan nilai (32).

1. **Populasi Dan Sampel Penelitian**
2. Populasi

Populasi merupakan subjek penelitian yang telah memenuhi kriteria yang ditetetapkan (32).Populasidalampenelitianiniadalahsemua pasien kanker yang sedang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Data dari rekam medik pada bulan April-Mei 2015 jumlah pasien yang menjalani kemoterapi adalah 170 pasien selama dua bulan atau sekitar 85 pasien setiap bulan.

1. Sampel

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi supaya mampu mewakili populasi. Dalam proses pengambilan data untuk mengambil sampel, peneliti menggunakan *nonprobability sampling* jenis *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan sesuai kriteria inklusi yang dikehendaki peneliti (33).

1. **Besar Sampel**

Pada penelitian ini, penentuan besar sampel dapat dilakukan dengan menggunakan rumus *Slovin*(32) :

Keterangan :

N = Besar Populasi

N = Besar Sampel

d = Error yang ditoleransi

Dengan demikian, jika besar populasi (N) = 85, maka besar sampelnya adalah :

dibulatkan menjadi 70 pasien.

Pasien *dropout*(DO) bila kondisi pasien tiba-tiba memburuk/mengalami tanda gejala kanker yang tidak dapat ditoleransi (nyeri, sesak nafas, mual, muntah, penurunan kesadaran) dan tidak menghendaki untuk melanjutkan pengisian kuesioner kembali.

Untuk mengantisipasi kemungkinan sampel *dropout*(DO)*,* maka perlu dilakukan koreksi terhadap sampel yang dipilih, dengan rumus:

Keterangan:

n’ = jumlah *dropout* (DO)

f = perkiraan proporsi dropout sebesar 10%

dibulatkan menjadi 78

Pada saat dilakukan pengambilan data, peneliti telah membuat daftar calon responden dan didapatkan 78 pasien sebagai calon responden. Pada pelaksanaannya 8 pasien mengalami tanda gejala kanker dan efek kemoterapi yaitu nyeri, mual, dan kelelahan. Kedelapan pasien tersebut dikeluarkan (DO) dari daftar responden sehingga hasil akhir sampel didapatkan sebanyak 70 responden.

1. Kriteria Inklusi dan Ekslusi

Dalam penelitian ini kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian yang akan diteliti dari suatu populasi target dan terjangkau yang diteliti. Kriteriaeksklusiadalahmenghilangkanataumengeluarkansubyek yang memenuhi kriteria inklusi(32).Kriteria inklusi dan ekslusi dalam penelitian ini yaitu :

1. Kriteria inklusi
2. Pasien yang baru didiagnosis kanker stadium I-IV atau pasien *recurrence*/kambuh.
3. Pasien kanker rawat inap yang sedang menjalani kemoterapi di RSUD Dr Moewardi.
4. Pasien kanker dengan usia ≥ 18 tahun.
5. Kriteriaeksklusi dalam penelitian ini adalah pasien kanker yang mendapat/mengalami tanda gejala kanker yang sulit ditoleransi pada waktu pengambilan data.
6. **Tempat dan Waktu Penelitian**
7. Tempat penelitian

Penelitianinidilakukan di ruangrawatinap RSUD Dr. Moewardi, Surakarta. Hal ini dikarenakan rumah sakit tersebut merupakan salah satu rumah sakit rujukan penyakit kanker di Jawa Tengah. Bangsal rawat inap yang digunakan sebagai tempat penelitian adalah Mawar 3 karena bangsal ini adalah pusat perawatan untuk pasien kanker.

1. Waktu Penelitian

Waktupenelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2015.

1. **Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**
2. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati oleh peneliti yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatnya (32).

Variabel penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu kualitas komunikasi antara pasien kanker yang menjalani kemoterapi dengan tenaga kesehatan yang merawat.

1. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel (32).

Tabel 3.2 Definisi Operasional Komunikasi Pasien Kanker

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Definisi Operasional** | **Alat dan cara ukur** | **Hasil ukur** | **Skala** |
|  | Kualitas komunikasi | Persepsi pasien kanker yang sedang menjalani kemoterapi terhadap proses pertukaran informasi dengan tenaga kesehatan(17). | *Patient Health Care Provider Communication Scale* (PHCPCS)  Pengukuran menggunakan kuesioner menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari 12 pertanyaan *favorable* dengan jawaban  Sangat setuju= 4  Setuju= 3  Tidak setuju= 2  Sangat tidak setuju=1  Dan 9 pertanyaan *unfavorable* dengan jawaban  Sangat setuju= 1  Setuju= 2  Tidak setuju= 3  Sangat tidak setuju= 4 | Hasil ukur ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing item.  Uji normalitas menunjukkan data tidak terdistribusi normal  Baik : ≥ Median  Kurang baik : < Median  Nilai median sebesar = 79 | Ordinal |

1. **Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data**
2. Instrumenpenelitian

Alat yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah suatu cara pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengedarkan suatu daftar pertanyaan berupa formulir(32).

Kuesioner yang digunakan terdiri dari dua bagian :

1. Bagian A berisi tentang karakteristik demografi pasien kanker yang terdiri dari inisial, jenis kelamin, usia, dan jenis kanker.
2. Bagian B meliputi kuesioner tentang komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan. Dalam penelitian ini kuesioner yang dipakai adalah kuesioner *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients’Perspevtive* (PHCPC) dari Elizabeth Salt dengan 21 item pertanyaan untuk mengukur kualitas komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan. Peneliti telah mendapatkan ijin dari pembuat kuesioner melalui *e-mail* (lampiran). Kuesioner ini menggunakan skala*Likert* yang terdiri dari 12 pernyataan *favorable* dengan skor Sangat Setuju= 4, Setuju= 3, Tidak Setuju= 2, Sangat Tidak Setuju= 1. Sedangkan pada pertanyaan *unfavorable* terdiri dari 9 pertanyaan yaitu dengan skor Sangat Setuju= 1, Setuju= 2, Tidak Setuju= 3, Sangat Tidak Setuju= 4. Uji validitas dan reliabilitas telah dilakukan peneliti dengan hasil uji validitas kuesioner yaitu nilai r hitung lebih besar dari r tabel (0,361) pada rentang 0,380-0,606 dan hasil uji reliabilitas memiliki nilai alfa sebesar 0,736.

Tabel 3.3 Kisi-Kisi Kuesioner

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Item | Nomor pertanyaan | |
| *Favorable* | *Unfavorable* |
| Komunikasi pada pasien dengan | * Dokter/perawat menangani masalah kesehatan pasien dengan serius | 1 |  |
| tenaga kesehatan | * Dokter/perawat tidak memahami masalah kesehatan pasien |  | 2 |
|  | * Pasien merasa dianggap mengganggu apabila bertanya kepada dokter/perawat |  | 3 |
|  | * Pasien memahami informasi yang dibicarakan dokter | 4 |  |
|  | * Dokter/perawat bersikap kasar |  | 5 |
|  | * Dokter/perawat mengetahui kondisi pasien | 6 |  |
|  | * Pasien berusaha mendapatkan informasi | 7 |  |
|  | * Mampu membuat keputusan | 8 |  |
|  | * Merasa tidak nyaman saat menjelaskan masalah kesehatan |  | 9 |
|  | * Takut mendengar penjelasan yang disampaikan dokter/perawat |  | 10 |
|  | * Tidak memperhatikan pasien saat berkomunikasi |  | 11 |
|  | * Merawat dengan penuh perhatian | 12 |  |
|  | * Tidak menjelaskan kondisi pasien secara detail |  | 13 |
|  | * Merawat pasien dengan sabar | 14 |  |
|  | * Menjawab pertanyaan pasien | 15 |  |
|  | * Tidak menjelaskan pilihan terapi lain |  | 16 |
|  | * Berkata jujur tentang kondisi pasien | 17 |  |
|  | * Fokus mengevaluasi pemahaman pasien terkait informasi yang telah diberikan | 18 |  |
|  | * Menayakan tentang masalah kesehatan pasien | 19 |  |
|  | * Merawat pasien dengan humanistik | 20 |  |
|  | * Tidak mengkaji masalah kesehatan pasien |  | 21 |

1. UjiValiditasdan Reliabilitas

Sebelum kuesioner digunakan sebagai alat ukur, terlebih dahulu kuesioner diujivaliditasdan reliabilitasnya agar hasil penelitian valid, reliabel, serta dapat dipertanggung jawabkan.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang dapat menunjukkan sejauh mana alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur (34). Peneliti menggunakan dua cara uji validitas dalam penelitianini, antara lain :

1. Uji validitas isi (*content validity*)

Validitasisi bertujuanuntuk mengukur sejauh mana kuesioner yang digunakan mampu mewakili semua aspek yang dianggap sebagai kerangka konsep. Penelitimelakukanvalidasiisikuesioner komunikasi pada pasien kanker dengan mengkonsultasikan kepada tiga ahli di bidangnya yaitu perawat di RSUP Dr. Kariyadi Semarang Ns. Agus Widodo,S. Kep, dosen DKKD (Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar) PSIK FK Undip Ns. Muhammad Rofii, S.Kep., M.Kep dan Dr. Luky Dwiantoro, S.Kep., M.Kep. Item pertanyaan dalam kuesioner yang dinyatakan gugur oleh expert tidak diikutsertakan dalam penelitian, dengan nilai 1 = tidak relevan,2 = tidak dapat dikaji relevansinya tanpa merevisi, 3 = relevan dibutuhkan sedikit revisi, 4 = sangat relevan.

1. Menghitung *Content Validity Ratio*

Perhitungan *Content Validity Ratio* (CVR) menggunakan rumus:

Dengan hasil, -1≤CVR≤1.

Keterangan :

ne : jumlah expert yang menyatakan item tersebut relevan (nilai 3 atau 4)

N : jumlah expert yang melakukan uji validitas

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Isi Terhadap Kuesioner PHPCS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Nilai CVR** | **Ket.** |
|  | Dokter/perawat menangani masalah kesehatan saya dengan serius. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat tidak sepenuhnya memahami masalah kesehatan saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya merasa jika saya sering bertanya terkait terapi maka saya akan mengganggu dokter/perawat. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya memahami apa yang dibicarakan dokter/perawat tentang masalah kesehatan saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat bersikap kasar atau tidak sopan pada saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat mengetahui kondisi kesehatan saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya berusaha untuk mendapatkan penjelasan dari dokter/perawat terkait terapi yang diberikan pada saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya mampu memberikan keputusan terkait terapi yang saya jalani karena saya telah mendapat cukup informasi dari dokter/perawat. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya merasa tidak nyaman saat menjelaskan masalah/keluhan yang muncul akibat terapi kepada dokter/perawat. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Saya tidak ingin menceritakan masalah kesehatan saya kepada dokter/perawat karena saya takut mendengar penjelasan mereka. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat tidak memperhatikan saya saat berkomunikasi. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat merawat saya dengan penuh perhatian. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat tidak menjelaskan kondisi kesehatan saya secara detail. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat merawat saya dengan sabar. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat menjawab setiap pertanyaan saya terkait terapi yang saya. | 1 | Sangat sesuai |
| **No** | **Pertanyaan** | **Nilai CVR** | **Ket.** |
|  | Dokter/perawat tidak menjelaskan pilihan-pilihan terapi lain (selain terapi saat ini) yang bisa saya jalani. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat berkata jujur tentang kondisi kesehatan saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat selalu memastikan apakah pemahaman saya terkait terapi yang saya jalani sudah baik. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat menanyakan tentang masalah kesehatan saya. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat merawat saya selayaknya mereka ingin dirawat. | 1 | Sangat sesuai |
|  | Dokter/perawat tidak mengkaji masalah kesehatan saya secara detail*.* | 1 | Sangat sesuai |
| Jumlah | | 21 |  |

1. Menghitung *Content Validity Index*

Setelah mengidentifikasi item pada kuesioner dengan menggunakan *CVR* maka peneliti menghitung *Content Validity Index* (*CVI*) dengan menggunakan rumus diperoleh hasil :

(sangat sesuai)

Kategori hasil perhitungan *CVI* :

0-0,33 : tidak sesuai.

0,34-0,67 : sesuai.

0,68-1 : sangat sesuai.

1. Uji Konstruk (*construct validity*)

Uji validitas konstruk dilakukan dengan menguji cobakan kuesioner kepada responden lain untuk mencari suatu instrumen yang valid (*content validity*). Uji coba instrumen pada penelitian ini dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang dengan jumlah 30 responden pasien kanker pada bulan Juni 2015 yang menjalani kemoterapi di ruang Dahlia 1. Ruang Dahlia 1 merupakan ruang khusus perawatan pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

Peneliti memilih RSUD Tugurejo Semarang karena berada di Jawa Tengah dan memiliki tipe B yang sama dengan RSUD Dr. Moewardi, Surakarta. Pada bulan Mei 2015 terdapat sejumlah 35 pasien kanker yang menjalani kemoterapi di bangsal Dahlia 1 RSUD Tugurejo.

Setelah melakukan uji coba instrumen peneliti melakukan tabulasi data. Peneliti melakukan analisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item instrumen. Analisa faktor pada uji validitas ini menggunakan *pearson product moment* denganrumusberikut :

Keterangan:

: Koefisien korelasi product moment

N : Jumlahresponden

*x* : Jumlahtiap item

*y* : Jumlah total item

*x2*: Jumlahskorkuadratskor item

*y2* : Jumlahskorkuadratskor total item

Hasil perhitungan pada setiap item pertanyaan menunjukkan bahwa nilai *r* hitung lebih besar dari nilai *r* tabel (> 0,361), yaitu pada rentang 0,380-0,606 sehingga kuesioner dengan jumlah 21 item pertanyaan yang digunakan dinyatakan valid.

1. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan peneliti setelah uji validitas. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (32). Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. *Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients’Perspevtive* (PHCPC) telah diuji reliabilitas oleh penulis jurnal tersebut dengan menggunakan uji *Cronbach’s Alpha coefficient* yang hasilnya 0,89. Namun karena penelitiannya dilakukan diluar negeri, maka perlu dilakukan uji reliabilitas kembali. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan peneliti pada bulan Juni 2015 dengan 30 responden diperoleh nilai alfa sebesar 0,736 yang dihitung dengan menggunakanuji*Cronbach’s Alpha coefficient*:

r1=

Keterangan :

*r1* : Koefisien uji reliabilitas

*k* : mean kuadrat antara subjek

*Si²* : mean kuadrat kesalahan

*St²* : varians total

Kuesioner dikatakan reliabel karena memiliki nilai *alpha* lebih dari 0.7 (33).

1. Cara pengumpulan data
2. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian kepada ketua JurusanKeperawatanFakultasKedokteranUniversitasDiponegoro
3. Setelah mendapatkan surat ijin, peneliti kemudian mengajukan surat *ethical clearance* dan rekomendasi penelitiankepadaDirektur RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
4. Setelah mendapatkan surat *ethical clearance* dan perijinan masuk ruang dari pihak rumah sakit, kemudian peneliti melakukan penelitian untuk pengambilan data.
5. Peneliti melakukan review status medis pasien di Ruang Mawar 3 dan membuat list pasien yang memenuhi kriteria.
6. Pada saat melakukan penelitian, peneliti dibantu oleh seorang asisten peneliti yaitu seorang mahasiswi tingkat 4 Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro. Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah terlebih dahulu menjelaskan kepada asisten peneliti tentang latar belakang penelitian, tujuan penelitian, kriteria pasien dalam penelitian, cara pengambilan data/pengisian kuesioner kepada asisten peneliti.
7. Peneliti meminta ijin dan bantuan kepala ruang atau perawat di bangsal untuk mendekati pasien calon responden penelitian untuk mendapatkan *informed consent* secara verbal.
8. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada calon responden.
9. Peneliti meminta calon responden untuk membaca lembar *informed consent* dan calon responden yang setuju kemudian menandatangani surat persetujuan responden.
10. Penelitimembagikankuesioneruntukdiisiresponden kemudian menjelaskan cara pengisian kuesioner.
11. Peneliti memberikan waktu selama ±10 menit kepada responden untuk mengisi kuesioner dan mempersilahkan responden bertanya apabila responden kurang memahami pernyataan pada kuesioner.
12. Pada saat penelitian terdapat 8 pasien yang mengalami tanda gejala kanker serta efek dari kemoterapi seperti nyeri, mual, lemas sehingga penelitian dihentikan lalu peneliti meminta bantuan perawat untuk menolong pasien. Pengambilan data tidak bisa dilanjutkan karena pasien tidak bersedia sehingga kedelapan pasien ini dikeluarkan sebagai sampel (DO).
13. Kuesioner yang telah diisi kemudian dikembalikan kembali kepada peneliti kemudian peneliti mengecek ulang kelengkapan isi kuesioner.
14. **Teknik Pengolahan dan Analisis Data**
15. Teknik Pengolahan Data
16. *Editing*

Setelah data terkumpul, peneliti melakukan proses *editing*, yang meliputi :

1. Peneliti menyeleksi kuesioner yang masuk.
2. Semua kuesioner layak diproses.
3. Peneliti memberi nomor pada kuesioner yang telah diisi responden dimulai dari nomor 1 hingga nomor 70.
4. Peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban. Kuesioner yang telah disebar menunjukkan bahwa semua jawaban terisi oleh responden.
5. Peneliti memeriksa jawaban antar relevansinya. Pemeriksaan yang dilakukan didapatkan semua jawaban sudah relevan dengan pernyataan.
6. Koding

Koding data merupakan mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (32). Peneliti mengklasifikasikan jawaban dari responden kedalam kategori dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban untuk dapat dipindahkan kedalam sarana penyimpanan, misalnya komputer dan analisis berikutnya.

1. Kuesioner A (karakteristik responden)

Tabel 3.5 Koding Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poin yang dinilai | Koding | |
| Jenis kelamin | Pria  Wanita | 1  2 |
| Usia | Menurut teori Hurlock dikategorikan menjadi :  Usia 18-40 tahun  Usia 41-59 tahun  Usia ≥60 tahun | 1  2  3 |
| Jenis Kanker | Ca Mammae | 1 |
|  | Ca Vulva | 2 |
|  | Ca Paru | 3 |
|  | Ca Cervix | 4 |
|  | Ca Ovarium | 5 |
|  | Cisti carcinoma | 6 |
|  | Ca epidemoid | 7 |
|  | Adeno ca tiroid | 8 |
|  | Tumor mediastinum | 9 |
|  | Choriocarsinoma | 10 |
|  | PTG | 11 |
|  | KNF | 12 |
|  | Liposarcoma | 13 |
|  | Adeno ca sublingual | 14 |
|  | Malignan fibroma | 15 |
|  | Ca testis | 16 |
|  | Ca endometrium | 17 |
|  | Ca cell squam | 18 |
|  | NHL | 19 |

1. Kuesioner B

Kuesioner tentang komunikasi pada pasien kanker terdiri dari total 21 pernyataan. Hasil akhir yang menunjukkan komunikasi baik diberi kode = 1 dan kurang baik = 2.

1. Skoring

Setelahsemua variabel diberikodeselanjutnyamasing-masingdijumlahkan.Skala*Likert*terbagimenjadiduabentukyaitupertanyaan*favorable* dengan skor Selalu= 4, Sering= 3, Jarang= 2, Tidak Pernah= 1. Sedangkan pada pertanyaan *unfavorable* dengan skor Selalu= 1, Sering= 2, Jarang= 3, Tidak Pernah= 4.

1. Memproses data

Padatahapaninipeneliti memproses data denganmemasukkan data – data yang telahdikumpulkandarilembarkuesionerkedalamkomputer (32). Pada tahap ini peneliti menggunakan program komputer.

1. Pengecekan kembali

Pengecekan kembali merupakan kegiatan pengecekan kembali data-data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak (32). Pada tahap ini tidak terdapat kesalahan pada data yang dimasukkan.

1. Analisa Data

Penelitimenggunakananalisaunivariat untuk menganalisa data yang sudah terkumpul. Analisa univariat digunakan untuk menjelaskan data secara sederhana dan bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel penelitian(33). Peneliti melakukan uji normalitas pada variabel penelitian. Variabel pada penelitian ini adalah komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan. Uji normalitas dilakukan terhadap skor jawaban dari variabel komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan yang diolah menggunakan uji Kolmogorof-Smirnov, karena jumlah responden sebanyak 70 orang (*n* > 50). Hasil pengolahan menghasilkan data tidak terdistribusi normal karena p < 0,05 maka digunakan regresi logistik (median), yaitu 79. Skor responden lebih atau sama dengan 79 termasuk dalam kategori komunikasi baik dan jika skor kurang dari 79 termasuk dalam kategori komunikasi kurang.

1. **Etika Penelitian**
2. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan dibuatolehpeneliti yang berisi kesediaan responden untuk mengikuti penelitian dibuktikan dengan tandatangan responden. Pada pelaksanaannya peneliti memberikan lembar persetujuan responden. Saat responden bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Peneliti tetap menghormati hak responden yang tidak bersedia untuk ikut serta dalam penelitian.

1. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti hanya mencantumkan inisial nama responden pada lembar kuesioner (34).

1. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi dari responden (34). Peneliti tidak akan menampilkan data personal responden seperti nama, alamat, nomor telepon serta peneliti akan menghancurkan data-data yang telah peneliti peroleh.

1. Sukarela (*Volunteer*)

Penelitian bersifat sukarela, tidak ada unsur paksaan dan konsekuensi jika responden menolak atau mengundurkan diri.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Shirley E. Buku saku keperawatan onkologi. Jakarta: EGC; 2005.

2. Yellia M. Solusi sehat mencegah dan mengatasi kanker. Jakarta: Agro Media; 2009.

3. Namora L. Hubungan beberapa faktor demografi dengan tingkat kecemasan pasien pasca diagnosis kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Medica Hosp. 2012;1:127–9.

4. Kartika U. Penderita Kanker di Indonesia Meningkat. Kompas [Internet]. 2013; Available from: . http://health.kompas.com/read/2013/03/21/19425358/Penderita.Kanker.di.Indonesia.Meningkat

5. Yayasan Kanker Indonesia. Latar belakang kanker [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 1]. Available from: http://yayasankankerindonesia.org/2012/yki-jakarta-race/

6. Atika D. Penanganan masalah sosial dan psikologis pasien kanker stadium lanjut dalam perawatan paliatif. Indones J Cancer. 2008;1:30–4.

7. Dwi D. Pengalaman spiritual perempuan dengan kanker serviks. J Keperawatan Indones. 2011;12:15–22.

8. Elizabeth J. Buku saku patofisiologi. Jakarta: EGC; 2009.

9. Ratih N. Ketahanan psikologis pada perempuan penderita kanker payudara. 2015;3.

10. Debra B. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the prespective of women with breast cancer. Patient Educ Couns. 2001;43:61–71.

11. Yayasan Pelayanan Kasih. Sebelum kemoterapi atau radioterapi, apa yang harus anda ketahui. [Internet]. Available from: http://ypkasih.org/web/read/2114/sebelum.kemoterapi.atau.radioterapi.apa.yang.harus.anda.ketahui

12. Inge H. Participation of chronic patients in medical consultations: patients’ perceived efficacy, barriers and interest in support. Heal Expect. 2014;

13. Maliski S. Confidence in the ability to communicate with physicians among low-income patients with prostate cancer. J Urol. 2004;

14. Julia R. QUOTEchemo: A patient-centred instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient’s eyes. Eur J Cancer. 2009;45:2967–76.

15. Peter ten K. Further validation of the 5-item Perceived Efficacy in Patient–Physician Interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. Patient Educ Couns. 2012;87:125–30.

16. Mira L. Colorectal cancer screening among African American church members: A qualitative and quantitative study of patient-provider communication. Bio Med Cent. 2004;4.

17. Elizabeth G. Development of A Quality Patient-Health Care Provider Communication Scale Based On Patients’ Perspective. Arthritis Rheum. 2011;63.

18. Sutrisno. Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien di instalasi gawat darurat RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. J Keperawatan. 2015;3.

19. American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual 6th ed. New York: Springer; 2002.

20. Federation of Gynecology Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. Int J Gynaecol Obs. 2014;125:97–8.

21. I Gedhe D. Onkologi Klinik. Surabaya: Airlangga University Press; 2000.

22. Misgiyanto. Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan penderita kanker serviks paliatif. 2014;5:1–15.

23. Setiawan S. The effect of chemotherapy in cancer patient to anxiety. 2015;4(4).

24. Raharho M. Bahasa Indonesia di perguruan tinggi. Jakarta: Grasindo; 2007.

25. Mundakir. Komunikasi Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2006.

26. Liliweri A. Dasar-dasar komunikasi kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar;

27. Potter. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. 4th ed. Jakarta: EGC; 2005.

28. National Coalition For CancerSurvivorship. Barriers for the doctor and the patient [Internet]. 2014. Available from: http://www.canceradvocacy.org/resources/communicating-with-your-doctor/barriers-for-the-doctor-and-the-patient/

29. Inge H, Marc J, Mark I, Hanneke C.J.M, Mirjam A.G EM. Postoperative information needs and communication barriers of esophageal cancer patients. 2012;88:138–46.

30. Leah S. Language barriers and patient-centered breast cancer. J Patient Educ Couns. 2011;84:223–8.

31. Robyn O. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. Int J Lang Commun Disord. 2011;46(1):30–47.

32. Notoadmojo S. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2005.

33. Ridiwiko H. Statistik kesehatan 4th ed. Yogyakarta: Nuhamedika; 2012.

34. Soekidjo N. Konsep & penulisan riset keperawatan edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.

35. Laura A, Gregory C, Nahida H. Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviours. patient education and counseling. 2006;62:355-360.

36. Heri D.J. Promosi kesehatan. Jakarta: EGC; 2009.

37. Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Kode Etik [Internet]. 2015. Available from: http://www.inna-ppni.or.id/index.php/kode-etik.

38. Al-Qutab, et all. Educational intervention to improve breast health knowledge among women in jordan. Asian Pasific J Cancer Prev. 2011;2:1167-1173.

39. Julie A. Chronic illness: Healing the wounded heart. USA: Wellness Institute; 2000.

40. Tommy S. Pengantar teori dan manajemen komunikasi. Yogyakarta: Media Perssindo; 2009