

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Dokter yang terlalu pendiam, tidak sabaran, kurang ramah, kurang empati, bicara seadanya, kurang cukup waktu untuk mendengarkan keluhan pasien, pelit/minim informasi dll merupakan komentar-komentar yang sering dikeluhkan pasien terhadap dokternya. Sering ditemukannya beberapa kejadian di atas, memberikan dampak yang kurang baik bagi profesi dokter. Anggapan bagi sebagian orang yang menyatakan bahwa profesi ini adalah profesi yang sangat mulia, akan berubah menjadi kurang baik karena adanya kejadian-kejadian sebagaimana tersebut di atas . Andaikanpun seorang dokter memiliki beban yang sangat berat karena padatnya jadwal praktek yang dia jalani, yang mana terkadang hal ini menimbulkan kelelahan baik secara fisik maupun mental. Kondisi yang dialami seperti ini, tidak kemudian mengharuskan seorang pasien untuk bisa memahami, Bagi sebagian orang, hal ini sudah dianggap sudah menjadi resiko sebuah profesi.

Di samping adanya perbedaan dalam hal persepsi dalam berkomunikasi antara dokter-pasien, faktor lain yang sering ditemukan adalah faktor kurang siapnya dokter ketika menjalin komunikasi empatik dengan pasien yang sedang dalam perawatannya yang terkadang disebabkan oleh kurangnya waktu yang dimiliki oleh dokter pada saat melayani konsultasi pasiennya. Hal ini dibuktikan dari hasil salah satu penelitian yang dilakukan oleh Asdawati

(Asdawati, Sidin, & Kapalawi, 2014) yang menyebutkan bahwa 67% dari 200 responden atau sebanyak 134 pasien yang menjadi responden dalam penelitian diketahui menghabiskan waktu selama 6-10 menit ketika melakukan konsultasi atau sedang menjalani proses perawatan. Hal ini ternyata kurang sesuai dengan waktu yang ditetapkan oleh Ikatan Dokter Indonesia yang menetapkan waktu yang paling ideal digunakan dalam layanan konsultasi dan pengobatan oleh dokter terhadap pasien seharusnya berkisar 20 menit. Adanya fakta ini salah satunya disebabkan oleh adanya jumlah pasien yang kurangimbang dengan jumlah dokter yang ada. Selain itu, dokter yang melayani sering datang terlambat sehingga akan semakin mengurangi ketersediaan waktu melayani pasien.

Kurang baiknya pola komunikasi para dokter diakui oleh Sekretaris Jenderal Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI) Daeng Muhammad Faqih dalam tulisan Rosmha tentang Kasus dr. Ayu, Cermin Buruknya Pola Komunikasi Dokter (Romsha, 2013), yang mengatakan bahwa: “Dokter Indonesia memang kebanyakan pasif dan kurang mengkomunikasikan penyakit serta pengobatan yang harus dijalani pasien. Pasien juga mayoritas tidak aktif bertanya terkait kondisi dan pengobatan yang dijalani:.

Kurangnya komunikasi yang baik antara dokter dan pasien terkadang menjadi pemicu munculnya pengaduan malpraktik yang dilakukan oleh dokter. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDI) juga mengakui komunikasi yang gagal dilakukan antara dokter dengan pasien

menjadi permasalahan tersendiri (Dugaan Malpraktik Akibat Gagalnya Komunikasi Dokter dan Pasien, 2019). Hal ini membawa akibat meski dokter telah menjalankan tugas sesuai prosedur yang telah ditetapkan, namun pasien merasa dirugikan karena hasil terapi atau proses pengobatan tidak sesuai dengan yang diharapkannya.

Hingga bulan Maret 2019, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDI) telah melayani 127 pengaduan kasus pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh dokter yang ada di Indonesia, yang mana dijelaskan oleh MKDI bahwa sekitar 80% dari kasus yang dilaporkan tersebut akibat dari kurang adanya komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien yang sedang ditanganinya. Dokter Sabir yang juga merupakan salah satu anggota dari MKDI menerangkan bahwa 80% pengaduan yang diterima oleh MKDI berawal dari gagal komunikasi ini. Tak mengherankan dari 42 pengaduan yang masuk, hanya sekitar 50% saja yang diputuskan sebagai suatu pelanggaran yang dilakukan oleh dokter kepada pasiennya. Sebaliknya menurut dokter tersebut juga dijelaskan bahwa pasien terkadang tidak mempermasalahkan hasil terapi yang tidak memuaskan ketika dokter yang menangani pasien tersebut dapat berkomunikasi dengan baik (Dugaan Malpraktik Akibat Gagalnya Komunikasi Dokter dan Pasien, 2019).

Pusat dari permasalahan yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya (dan mungkin juga beberapa permasalahan lain yang sering ditemui dalam hubungan dokter-pasien) Inti dari permasalahan di atas (dan mungkin puluhan permasalahan lain yang ditemukan dalam hubungan

dokter dengan pasiennya) sebenarnya adalah pada masalah komunikasi. Adanya beberapa permasalahan komunikasi yang terjadi antara dokter-pasien yang sering ditemui lebih banyak disebabkan kurangnya pemahaman komunikasi yang terjadi antara kedua belah pihak, baik dari sisi dokter maupun sisi pasien.

Komunikasi memiliki peran yang sangat penting dalam kita berperilaku keseharian. Seseorang tidak akan dapat hidup tanpa berkomunikasi satu dengan yang lainnya. Berkomunikasi memiliki arti menyampaikan sebuah pesan dari sebuah sumber pesan kepada pihak lain sebagai penerima pesan dengan menggunakan media atau tata cara tertentu. Pada tingkat yang paling dasar, proses komunikasi diperlukan beberapa unsur, yaitu pengirim pesan, pesan yang akan dikirim, penerima pesan dan media yang digunakan untuk mengirimkan pesan. Namun, setiap peristiwa komunikasi yang kompleks, pengirim pesan juga berfungsi sebagai penerima pesan, dan pesan lain yang berbeda dikirim melalui media yang berbeda (Ganjar, 2009).

Dalam sebuah proses diagnosis, terapi maupun pencegahan dari suatu penyakit, adanya komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien adalah landasan yang paling utama. (Dewi, 2009). Komunikasi akan terjadi melalui penyampaian pesan dari pengirim kepada penerima. Pesan merupakan suatu arti (*idea* atau *feeling*) yang diperoleh seseorang dari orang lain, suatu kegiatan, ruangan atau apa saja yang berhubungan dengan orang tersebut. Komunikasi dokter-pasien harus dijaga dan dipelihara oleh kedua belah pihak

supaya terjalin dengan baik dalam rangka untuk memperoleh *meaning* tersebut (Ellis & Gates, 1999).

Komunikasi dalam konteks kesehatan dijelaskan sebagai sebagai aspek-aspek dari komunikasi antar individu yang dikaitkan dengan pesan kesehatan.. Rogers menjelaskan komunikasi dalam konteks ini sebagai komunikasi yang memiliki pesan-pesan kesehatan. (Rogers, 1996). Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa komunikasi jenis ini dibatasi pada pesan-pesan yang berkaitan dengan pesan-pesan kesehatan.dan faktor-faktor lain yang berpengaruh. Komunikasi kesehatan merupakan proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Individu-individu yang terlibat dalam komunikasi jenis ini diantaranya adalah dokter, pasien, perawat, profesional kesehatan, atau orang lain. Pesan khusus dikirim dalam komunikasi kesehatan atau jumlah peserta yang terbatas dengan menggunakan konteks komunikasi antarpribadi sebaliknya menggunakan konteks komunikasi massa dalam rangka mempromosikan kesehatan kepada masyarakat luas yang lebih baik, dan cara yang berbeda adalah upaya meningkatkan keterampilan kemampuan komunikasi kesehatan.

Praktek ragam tingkatan komunikasi seperti dijelaskan di atas dipahami juga bahwa komunikasi kesehatan secara sederhana menjelaskan hubungan antara dokter dan pasien. Komunikasi yang berlangsung secara positif atau efektif antara dokter dan pasien, memiliki peran yang tidak boleh diabaikan., baik untuk kepercayaan/kredibilitas dokter maupun untuk kepentingan pasien. Komunikasi yang berlangsung positif diantara keduanya, adalah sebagian

kunci keberhasilan seorang dokter pada saat memberikan pelayanan kesehatan. Apabila ditemukan adanya kegagalan pada dokter yang menyangkut medis, masih dapat dikomunikasikan secara baik-baik untuk menghindari adanya perselisihan, Hal sebaliknya akan terjadi apabila dalam melakukan tindakan medis seorang dokter kurang mengkomunikasikan dengan pasien yang menjadi orang yang menggunakan jasanya. Keberhasilan seorang dokter dalam tindakan medis kepada pasien akan tidak memiliki arti apabila pasien merasa tidak puas, yang mana hal ini disebabkan karena adanya kurang komunikasi antara dokter dan pasien.

Komunikasi dokter-pasien yang berlangsung positif akan berdampak pada para pelaku yang terlibat dalam komunikasi tersebut, yaitu dokter, pasien dan orang lain di luar mereka berdua yang terlibat dalam komunikasi ini. Diagnosis yang lebih akurat dan komprehensif untuk mendeteksi tekanan emosional pasien, adanya kepuasan pasien dengan perawatan yang diberikan, berkurangnya rasa cemas dan menindaklanjuti setiap saran yang diberikan akan dapat terjadi apabila ada komunikasi yang positif sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya. (Lloyd, 1996). Fakta lain juga menyebutkan, dokter yang memiliki ketrampilan komunikasi yang baik dapat meningkatkan Indeks Kesehatan dan meningkatkan Indeks Tingkat Pemulihan (H. Davis, 1993); (Greenfield, dkk. 1985; (Ong, 1995)

Dari penelitian yang dilakukan oleh Kliems et all (2019) dikatakan bahwa kepuasan pasien terhadap karakter komunikasi dokter diperkuat oleh ketrampilan interpersonal seperti: empati, keterpusatan pasien

(patient centered) dan pendekatan holistik. Dan tentunya karakter komunikasi dokter yang positif sangat tergantung pada ketersediaan waktu yang diberikan kepada pasien.

Sebagai komunikasi, peran dokter dalam hal ini lebih banyak mendengar dengan ketrampilan interpersonal yang dimilikinya. Mendengarkan apa yang ingin disampaikan pasien menurut (Loxterkamp, 2013) menunjukkan rasa hormat dan perhatiannya terhadap pasien, karena dokter dengan sengaja melibatkan saraf pendengarannya serta membutuhkan kontak mata, penafsiran bahasa tubuh, dan posisi diri diantara kedua mata pasien yang menatapnya.

Selain mendengarkan dengan sengaja, dokter berupaya untuk fokus pada keluhan pasien dan berempati atau merasakan apa yang dirasakan pasien. Menurut Arumsari (Arumsari, 2013) dikatakan bahwa:

“Sikap empati dokter sangat diperlukan untuk mengungkap keterbukaan pasien terhadap dokter. Dengan bersikap empati, dokter mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan pasien untuk masa mendatang”.

Berempati sangat diperlukan oleh seorang dokter untuk lebih memahami pasiennya terutama untuk mengetahui penyakitnya dan kondisi psikologis pasien yang diakibatkan karena situasi dan penyakit yang dideritanya terutama pasien yang tidak kunjung sembuh. Bagaimana dokter mendengar akan membantu pasien dari segi emosional pasien untuk lebih terbuka dan secara psikologis akan memulihkan semangatnya untuk berobat. Dengan berempati, dokter akan lebih mampu menyesuaikan

komunikasinya dengan pasien baik secara verbal maupun non verbal dapat terkelola dengan baik.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Arlina Dewi (Dewi, 2009) menyebutkan bahwa, adanya sikap *emphaty* dari dokter yang diwujudkan dalam bentuk menanyakan keluhan pasien, menanggapi keluhan pasien, memperhatikan pasien, dan mengerti apa yang dirasakan oleh pasien akan dapat menaikkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter tersebut. Hal ini sejalan dengan apa yang dikatakan oleh Feldman dan Christensen dalam bukunya bahwa tingkat *empathy* yang maksimal dapat menghasilkan keterbukaan pasien, bahkan dapat membantu dokter menembus ke jiwa pasien tersebut dimana pengobatan lain tidak ada yang dapat mencapainya, dengan kata lain *empathy* adalah alat terapi yang paling kuat untuk pasien (Feldman, 2003)

Seseorang yang memiliki dasar kemampuan komunikasi dan ketrampilan komunikasi yang baik akan diberikan keuntungan yang lebih pada saat dia menjalani kehidupannya. Kemampuan dan ketrampilan tersebut akan sangat membantu mereka pada saat mengatasi stress dan memudahkan bagi orang tersebut untuk menghindarkan dari kegelisahan, memudahkan dalam beradaptasi serta memudahkan dalam menjalani kehidupan dan terhindar dari depresi, rasa kesepian atau kecemasan. Dalam konteks komunikasi, penting bagi seorang profesional kesehatan untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik. Seperti dikemukakan oleh Blasi, dkk (2001) yang dikutip oleh Berry (Berry, 2007) bahwa “*In healthcare,*

*the importance of health professionals having good communication skills is being increasingly recognized”.*

Kemampuan komunikasi yang baik sangat diperlukan oleh seorang profesional di bidang kesehatan, yang dalam hal ini adalah dokter. Komunikasi yang terbangun dengan baik akan sedikit banyak akan membantu seorang pasien ketika sedang menjalani proses perawatannya, terlebih untuk pasien yang mengidap penyakit kanker.

Dalam masa perawatan, seseorang yang telah divonis menderita kanker akan menjalani berbagai macam terapi. Dalam masa terapi inilah akan menimbulkan berbagai macam dampak kepada penderita kanker. Seseorang yang telah divonis kanker, seringnya akan mengalami perubahan dalam bentuk fisik, baik yang terjadi secara permanen atau sementara. Penderitaan psikologis dan penderitaan sosial pada tingkat yang bervariasi terkadang juga ditemukan pada orang yang telah divonis kanker, disamping ada dampak secara fisik. Pada wanita penderita kanker, hal ini akan berkelanjutan sampai pada tingkat kecemasan dan ketakutan yang mendalam. Keadaan seperti ini dapat berkaitan dengan beberapa hal, seperti adanya tidaknya rasa nyeri atau stadium penyakit, faktor sosial dan emosional serta faktor psikologis penderita.

Lamanya pengobatan kemoterapi juga bisa berdampak pada perubahan suasana hati yang sangat ekstrim sehingga dapat menyebabkan seseorang yang telah divonis menderita penyakit kanker berada dalam kondisi keputusasaan terhadap penyakit yang sedang dideritanya.

Untuk pemahaman akan kondisi psikis yang terjadi bagi penderita penyakit berat ini perlu diketahui, bukan saja oleh penderita, tetapi juga oleh orang-orang disekeliling yang membantu proses perawatan penderita, termasuk di dalamnya adalah dokter yang sedang memberikan perawatan terhadap pasien penderita kanker tersebut. Kondisi emosi yang paling buruk yang paling sering didapati pada orang yang telah divonis kanker adalah munculnya rasa takut dari dalam dirinya. Hal ini tidak dapat dipungkiri dan memiliki alasan yang tepat serta dapat dipahami. Tumbuhnya rasa ketakutan yang melebihi dari rasa ketakutan terhadap penyakit lain sering menghinggapinya pada orang yang telah divonis kanker. Anggapan adanya kemungkinan hidup yang kecil dan adanya penderitaan fisik dan psikis berkepanjangan pada saat proses pengobatan sering menghinggapinya sebagian besar orang yang telah divonis. Fakta tersebut bagi sebagian besar orang telah divonis kanker akan memunculkan rasa takut dalam diri mereka. Bagi sebagian orang tentunya sering melihat bagaimana penderitaan secara fisik seseorang yang telah divonis kanker pada saat menjalani proses pengobatan, kemudian bagaimana proses yang sangat melelahkan dan menyakitkan pada saat perawatan, belum lagi timbulnya kekhawatiran akan biaya pengobatan yang sangat mahal dengan tidak adanya jaminan kesembuhan bagi mereka. Adanya hal tersebut apabila tidak dikomunikasikan dengan baik pada pasien yang sedang menjalani proses pengobatan akan menyebabkan pasien merasa tidak berdaya, dalam kondisi tertekan dan berpasrah atas segala bentuk tindakan medis yang

diberikan kepadanya. Situasi seperti ini tentunya berdampak merugikan bagi pasien dan bisa berakibat memperparah kondisi kesehatannya.

Dukungan sosial yang didapatkan oleh seseorang yang menderita sakit kronis akan dapat membantu turunnnya tingkat depresi penderita.(Utami dan Hasanat, 1998). Dukungan sosial dari lingkungan dalam bentuk pemberian motivasi pada saat dalam kondisi mental “jatuh”, adanya seseorang yang bersedia mendengarkan keluh kesah, memberikan informasi yang diperlukan, sebagai teman diskusi dan bertukar pikiran yang baik, akan dapat memberikan kenyamanan dan ada perasaan diperhatikan bagi orang yang sedang berhadapan pada masalah atau kesulitan hidup Hal ini akan dapat membantu mengurangi beban psikologis yang terasa berat akan menjadi lebih ringan.

Penyakit kanker bagi sebagian orang telah dianggap sebagai sebuah penyakit jelas memberikan pengaruh pada penderitanya. Tumbuhnya perasaan rendah diri dan tidak yakin akan kesembuhan merupakan beberapa-persoalan yang menjadikan pasien penderita kanker kurang memberi motivasi. Disinilah posisi strategis komunikasi antarpribadi dengan penderita kanker, baik dari staf medis seperti dokter dan perawat, juga dari orang-orang terdekatnya seperti keluarga penderita kanker sangat dibutuhkan.

Melihat adanya realita bahwa komunikasi dokter-pasien yang sangat baik diperlukan untuk dapat membantu dalam proses penyembuhan dari seseorang yang sedang menjalani perawatan penyakit kanker, maka peneliti merasa penting untuk melakukan penelitian ini.

## 1.2 Perumusan Masalah

Diagnosis yang ditegakkan oleh dokter dilakukan melalui komunikasi verbal dan non verbal (Alfitri, 2005). Komunikasi verbal mencakup komunikasi yang dilakukan secara tatap muka dan perbincangan antara dokter dan pasien untuk menyampaikan keluhan yang dirasakan oleh pasien. Komunikasi non verbal mencakup tanda-tanda fisik pasien, hasil laboratorium maupun pemeriksaan fisik missal rontgen, USG, dll. Tingginya kasus malpraktek menurut (Alfitri, 2005) ditimbulkan oleh kesalahan komunikasi.

Oleh sebab itu, menurut Djauli (2006) dokter dituntut untuk memiliki pemahaman dan mempraktekkan cara komunikasi yang baik khususnya komunikasi yang memiliki rasa empati. Masih banyak dokter yang belum mempraktekkan komunikasi empati (Alfitri, 2005). Lebih banyak dokter yang hanya memperhatikan aspek patologisnya. Padahal aspek psikologis dan sosial pasien juga memiliki peran penting. Studi Fourianalistryawati (Fourianalistryawati, 2012) juga mengungkapkan bahwa komunikasi terlebih komunikasi empati antara dokter dan pasien belum menjadi urusan utama. Dokter hanya berbincang-bincang dan bertanya seperlunya dengan pasien (Rusmana, 2009; Hardjodisastro, 2010). Melalui komunikasi empati akan diperoleh informasi yang memadai dalam kaitannya dengan penegakan diagnosis, perencanaan diagnosis berikutnya, terjalannya kedekatan dan emosi yang baik yang menunjang penyembuhan.

Uraian diatas menunjukkan bahwa faktanya, pasien tidak memperoleh komunikasi empati dari dokter dan dokter tidak melakukan komunikasi

empati kepada pasien (Alfitri, 2005; Fourianalistyawati, 2012; Rusmana, 2009; Hardjodisastro, 2010; Yusa, 2006). Berangkat dari fenomena yang telah dikaji maka masalah yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah “rendahnya komunikasi empati dokter-pasien”.

Dari rumusan masalah tersebut di atas, terdapat 2 (dua) pertanyaan penelitian yang akan coba dijawab oleh penelitian ini, yaitu :

- a. Bagaimana pengaruh komunikasi empathy dokter terhadap kualitas strategi coping pasien wanita penderita kanker ?
- b. Bagaimana pengaruh kualitas strategi coping terhadap kualitas hidup (*well being*) pasien penderita kanker ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dilakukannya penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui pengaruh komunikasi empathy dokter terhadap kualitas strategi coping pasien wanita penderita kanker
- b. Mengetahui pengaruh kualitas strategi coping terhadap kualitas hidup (*well being*) pasien wanita penderita kanker

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **a. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan rujukan terkait dengan komunikasi kesehatan

## **b. Manfaat Empiris**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi dokter dan pasien dalam membangun komunikasi empathy yang efektif yang membantu strategi coping dalam proses penyembuhan pasien.

## **1.5 Kerangka Teori**

### **1.5.1 *State of The Art***

Penelitian ini menggunakan pendekatan *explanatory research*. Oleh karenanya pengembangan model penelitian maupun hipotesis penelitian berpijak dari penelitian-penelitian terdahulu yang relevan dengan konsep yang diteliti. Berikut ini penelitian-penelitian terdahulu yang dikaji untuk menentukan *state of the art* dari penelitian ini.

1. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni, Tiara., Amel Yanis dan Erly (Wahyuni, 2013) pada variabel komunikasi dokter-pasien dan kepuasan pasien menemukan bahwa komunikasi dokter-pasien memiliki hubungan positif signifikan dengan kepuasan pasien. Penelitian ini melibatkan 107 pasien di Poliklinik RSUP dr. M. Djamil Padang. Desain penelitian ini adalah cross sectional dengan teknik pengambilan subjek yaitu proportionate stratified random sampling.
2. Penelitian Santoso, Daniel Budi., Esti Tjahjani dan Heriyanti Amalia K (Santoso, 2013) dengan menggunakan variabel komunikasi interpersonal dan kepuasan pasien menunjukkan

bahwa komunikasi interpersonal berpengaruh signifikan positif terhadap kepuasan pasien. Penelitian ini dilakukan dengan melibatkan 13 responden pasien dokter gigi di Klinik Prostodonsia RSGM Prof. Soedomo Fakultas Kedokteran Gigi UGM. Peneliti menggunakan kuesioner untuk mendapatkan jawaban dari para responden. Kuesioner yang dibuat merupakan skala sikap yang disusun berdasarkan skala Likert. Skala komunikasi interpersonal berisi 19 pernyataan yang terdiri dari 5 aspek yaitu keterbukaan, empati, sikap mendukung, sikap positif, dan kesetaraan. Skala kepuasan pasien berisi 18 pernyataan yang terdiri dari 3 aspek yaitu pengunyahan, bicara, dan estetik. Data dianalisis dengan uji normalitas, uji linearitas, uji regresi linear sederhana dan uji korelasi Product Moment.

3. Studi yang dilakukan oleh Rubbyana, Urifah (Rubbyana, 2012) pada variabel strategi coping dan kualitas hidup menunjukkan bahwa strategi coping memiliki hubungan positif signifikan dengan kualitas hidup pasien. Penelitian ini termasuk dalam penelitian korelasional. Untuk menentukan sampel dalam penelitian ini, digunakan teknik *accidental sampling*. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien penderita skizofrenia remisi symptom yang kebetulan sedang menjalani control rawat jalan. Penelitian melibatkan 20 orang pasien yang memiliki

rentang usia 21 – 60 tahun dengan komposisi 65% pasien laki-laki dan 35% pasien wanita.

4. Studi Mardiana, Dian., Atun Raudotul Ma'rifah, Arni Nur Rahmawati (Mardiana, 2013) dengan menggunakan variabel mekanisme coping dan kualitas hidup menunjukkan bahwa strategi coping memiliki hubungan positif signifikan dengan kualitas hidup pasien. Penelitian melibatkan 23 orang pasien penderita kanker serviks di RSUD Prof. dr Margono Soekarjo Purwokerto dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Jenis penelitian ini adalah korelasional dengan rancangan *cross sectional*.
5. Alfitri (Alfitri, 2005) dalam studinya yang menggunakan pendekatan kualitatif menunjukkan bahwa komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien menentukan kualitas diagnosis dan penghindaran perilaku emosional pasien. Dalam penelitian ini dipilih kasus diagnosis penyakit di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Mohammad Hosein Palembang. Informan dalam penelitian ini terdiri dari informan kunci yaitu 1 (satu) orang dokter spesialis penyakit dalam, dan 3 (tiga) dokter yang berstatus residen. Sedangkan informan pendukung sebanyak 40 orang pasien yang diambil secara acak (random). Data primer dari penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan wawancara yang didukung oleh kuesioner dan pedoman wawancara. Data yang

terkumpul kemudian dianalisis dengan pendekatan kualitatif melalui proses reduksi data, berupa pemilahan data dengan cara coding data.

6. Studi kualitatif yang dilakukan oleh Fourianalisyawati, Endang (Fourianalisyawati, 2012) menunjukkan bahwa komunikasi dokter-pasien menentukan perilaku pasien untuk menerima diagnosis dan menjalani pengobatan. Studi ini melibatkan responden dokter gigi beserta pasien yang sedang ditanganinya.

Berdasarkan penelitian-penelitian terdahulu yang telah dikaji, dapat ditentukan *state of the art* dari penelitian ini. Hasil kajian pada hasil-hasil penelitian terdahulu terpetakan bahwa penelitian yang mengkaji secara empiris mengenai pengaruh komunikasi dokter-pasien baik terhadap kepuasan pasien maupun kualitas hidup pasien telah dilakukan oleh beberapa peneliti terdahulu. Penelitian yang mengkaji komunikasi empati dokter-pasien terhadap strategi coping dan kualitas hidup pasien belum dilakukan penelitian secara empiris. Merujuk pada temuan tersebut maka penelitian ini akan menguji peubah komunikasi empati dokter-pasien sebagai kebaruan penelitian untuk diuji pengaruhnya terhadap strategi coping dan kualitas hidup pasien.

### **1.5.2 Paradigma Penelitian**

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan paradigma positivistik sebagai acuan dalam melakukan penelitian. Paradigma positivistik mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses linier atau proses komunikasi empati

dokter-pasien dalam *coping strategy* yang memberikan dampak pada kualitas hidup pasien wanita penderita kanker , yang mencerminkan pengiriman pesan (komunikator, *encoder*) untuk mengubah pengetahuan (sikap atau perilaku) penerima pesan (komunikasi, *decoder*) yang pasif. Batasan komunikasi pada paradigma ini berlangsung satu arah, yang mengisyaratkan penyampaian pesan searah dari seorang (atau lembaga) kepada seseorang lainnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi ini menurut Burgoon disebut definisi berorientasi sumber (*source oriented definition*). Ini berarti komunikasi terjadi secara sengaja dilakukan oleh seseorang untuk menyampaikan rangsangan dalam membangkitkan respons orang lain (Ardianto, 2007).

Dari apa yang telah diuraikan di atas, penelitian ini menggunakan paradigma positivistik penelitian dengan pendekatan kuantitatif. Paradigma positivistik penelitian dengan pendekatan kuantitatif dipilih karena dua alasan. *Pertama*, penelitian ini dilakukan untuk mendapat kesimpulan umum dan hasil penelitian yang didasarkan pada pengujian secara empiris. *Kedua*, penelitian ini bertujuan untuk menjawab pertanyaan bagaimana pengaruh komunikasi empati dokter-pasien terhadap kualitas strategi coping pasien wanita penderita kanker dan bagaimana yang penerapannya luas dengan obyek penelitian yang lebih luas.pengaruh kualitas strategi coping terhadap kualitas hidup pasien penderita kanker.

### 1.5.3 Empati

Menurut Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), seorang dokter harus memiliki kemampuan komunikasi efektif. Salah satu komunikasi efektif yang dimaksud di sini adalah seorang dokter memiliki kemampuan untuk berempati secara verbal dan nonverbal pada saat menggali permasalahan kesehatan secara holistik dan komprehensif, menyampaikan informasi terkait kesehatan, serta menunjukkan kepekaan terhadap aspek biopsikososiokultural dan spiritual pasien dan keluarga (KKI , 2012)

Empati sendiri dimaknai sebagai pengalaman emosional yang terjadi antara pengamat dan subjek, yang mana emosional subjek oleh pengamat diidentifikasi dan ditunjukkan berdasarkan penglihatan dan pendengaran (Hirsch E. , 2007). Empati secara umum dijelaskan sebagai kemampuan atau kapasitas mental untuk merasakan atau memahami keadaan emosional orang lain (Marcum, 2013). Ahli lain juga mendefinisikan empati sebagai kemampuan seseorang untuk mengerti perasaan, pikiran dan keinginan orang lain, tanpa memberi pengaruh objektivitas dalam menilai orang tersebut. Empati merupakan kemampuan menempatkan diri ke dalam diri orang lain untuk memahami pandangan dan perasaan orang tersebut, sesuai dengan latar belakang pendidikan, sosial, budaya, agama, ekonomi, etnik dan lain-lain. Empati yang dimaksud dalam penelitian ini adalah empati dari dokter yang sedang memberikan perawatan kepada pasien wanita penderita kanker.

Bylund membedakan pengertian empati berbeda dengan simpati. Simpati sebagai sebuah kecenderungan yang dirasakan perasaan, fikiran dan keinginan orang lain, namun karena adanya pelibatan perasaan, kecenderungan yang ada penilaiannya menjadi subjektif (Bylund, 2002). Empati disusun dengan memiliki pembatasan pengertian berikut ini :

1. Kebutuhan pasien yang dimengerti oleh kemampuan kognitif dari seorang dokter.
2. Afektifitas atau sensitifitas seorang dokter terhadap perasaan pasien
3. Empati dari seorang dokter yang diperlihatkan atau disampaikan kepada pasiennya.

Dari hasil penelitian neuropsikologi, dikenal dua sistem yang melibatkan empati. Sistem pertama adalah sistem emosional, sedangkan sistem kedua adalah sistem kognitif. Sistem emosional meliputi persepsi dan pengakuan emosi. Mekanisme neurokimia diperankan oleh neuromodulator oksitosin. Sedangkan sistem kognitif didalamnya terdiri atas kapasitas mental untuk mengerti dan memahami keadaan mental orang lain. Mekanisme neurokimia diperankan oleh neurotransmitter dopamin. Dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan secara profesional, empati merupakan salah satu bagian penting dalam menyediakan kualitas pelayanan kesehatan (Marcum, 2013).

Dalam studi ini, empati seorang dokter sangat dibutuhkan untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan, terutama pasien wanita penderita kanker yang menjadi responden. Empati dari seorang dokter,

diharapkan dapat sebagai salah satu pendorong kesembuhan dari pasien wanita penderita kanker. Adanya empati dari seorang dokter juga dapat menjadi salah satu variabel terciptanya kepuasan dari seorang pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyedia jasa kesehatan, yang dalam hal ini adalah rumah sakit tempat dimana pasien yang bersangkutan menjalani perawatan kesehatan.

#### **1.5.4 Komunikasi Dokter-Pasien**

Komunikasi dalam lingkup kesehatan memiliki peran yang sangat penting. Hasil konferensi tentang komunikasi kesehatan yang berlangsung di Toronto menghasilkan ‘Toronto Consensus’, menghasilkan 8 (delapan) point pernyataan hubungan antara praktek komunikasi dan kesehatan sebagai berikut (Berry, 2007):

- a. *Communication problems in medical practice are important and common.*
- b. *Patient anxiety and dissatisfaction are related to uncertainty and lack of information, explanation and feedback.*
- c. *Doctors often misperceive the amount and type of information that patients want to receive.*
- d. *Improved quality of clinical communication is related to positive health outcomes.*
- e. *Explaining and understanding patient concerns, even when they cannot be resolved, results in a fall in anxiety.*

- f. *Greater participation by the patient in the encounter improves satisfaction, compliance and treatment outcomes.*
- g. *The level of psychological distress in patients with serious illness is less when they perceive themselves to have received adequate information.*
- h. *Beneficial clinical communication is routinely possible in clinical practice and can be achieved during normal clinical encounters, without unduly*
- i. *prolonging them, provided that the clinician has learned the relevant techniques.*

Komunikasi kesehatan yang berlangsung positif membawa pengaruh penting dari pihak-pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Seorang dokter memiliki kecenderungan untuk membuat diagnosis yang memiliki akurasi yang lebih tepat dan komprehensif untuk melakukan pendekatan tekanan emosional pada pasien, hal ini menjadikan tumbuh perasaan puas dari dalam diri pasien atas perawatan dan mengurangi kecemasan yang ada dan pasien mengikuti setiap saran kesehatan yang disampaikan oleh dokter sebagai penasehat kesehatannya. (Lloyd, 1996). Selain itu, dokter yang menangani pasien yang dengan keterampilan komunikasi yang baik dapat memberikan dampak peningkatan Indeks Kesehatan dan Tingkat Pemulihan (Davis dan Fallowfield, 1994; Greenfield, dkk. 1985; Ong, dkk, 1995).

Komunikasi dokter-pasien adalah bagian terpenting pada sebuah proses perawatan dan pengobatan pasien. Hal ini karena dengan komunikasi, seorang dokter dapat menghasilkan diagnosa yang berasal dari proses komunikasi antara dokter dengan pasien yang sedang ditanganinya. Diagnosa ini memberikan pengaruh atas proses perawatan dan pengobatan yang akan ditempuh oleh pasien, yang semestinya akan memberikan pengaruh atas kesehatan pasien. Oleh karena itu, seorang dokter harus memiliki kemampuan komunikasi dokter-pasien yang efektif.

Komunikasi kesehatan yang terjadi diantara dokter dan pasien adalah bagian komunikasi yang dilangsungkan secara transaksional, *face to face*, dan berlangsung secara tanpa adanya penghalang. Bagian komunikasi ini melibatkan dua orang yang berbeda posisi, tidak sukarela, isi pesan yang penting, sehingga membutuhkan kerjasama yang baik sebagaimana yang dipaparkan oleh Ong, dkk dalam bukunya. (Ong, 1995) bahwa:

*“the doctor–patient relationship is one of the most complex interpersonal relationships. It involves the interaction between people in non-equal positions, is often non-voluntary, concerns issues of vital importance, is emotionally laden and requires close cooperation”.*

Komunikasi yang dilakukan antara dokter dengan pasien yang sedang dalam perawatannya adalah bentuk komunikasi kesehatan yang bersifat antar pribadi yang beragam. Proses komunikasi ini mengontrol bagaimana bentuk hubungan yang berlangsung dalam proses komunikasi tersebut. Dalam mengevaluasi pola kontrol komunikasi diantara kedua belah pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan menurut Roter (Roter, 1992)

digambarkan dalam empat dasar bentuk hubungan antara dokter dan pasien yaitu : bentuk standar (*default*), bentuk paternalistik (*paternalistic*), konsumtif (*consumerist*) dan mutualistik (*mutualistic*). Hubungan standar ditandai dengan adanya kurang kontrol di kedua pihak baik dokter maupun si pasien , dan jelas jauh disebut dari kata dari ideal. Dominasi dari seorang dokter dan kepasifan pasien pada saat berlangsungnya komunikasi menandai bentuk paternalistik., sedangkan adanya sebuah hubungan yang dikaitkan dengan “hak dan kewajiban” ada dalam bentuk hubungan bentuk konsumerisme. Pada akhirnya, suatu bentuk hubungan yang saling menguntungkan atau mutualistik yang ditandai dengan adanya konsep berbagi dalam pengambilan sebuah keputusan, dan sering menganjurkan jenis hubungan terbaik untuk saling memahami (Berry, 2007)

Adanya komunikasi yang berlangsung secara efektif antara dokter dan pasien selalu ditekankan dalam sebuah hubungan komunikasi. Hal ini diharapkan agar hubungan tersebut dapat memberikan sebuah manfaat . Edelman (Edelman, 2000) menjelaskan komunikasi antara dokter dan pasien yang dipengaruhi oleh sifat dan efektifitas sebagai berikut ::

- a. Karakteristik dokter (jenis kelamin dan pengalaman)
- b. Karakteristik pasien (jenis kelamin, kelas sosial, usia, pendidikan dan keinginan akan informasi)
- c. Perbedaan antara kedua belah pihak dalam hal kelas sosial dan pendidikan sikap, keyakinan dan harapan

- d. Faktor-faktor situasional (beban pasien, tingkat keparahan dan sifat masalah yang diajukan).

Komunikasi dapat dinilai efektif apabila ini salah satunya memiliki kemampuan untuk menggali dan saling tukar informasi secara verbal dan nonverbal dengan pasien pada segala tingkatan usia. Dalam standar kompetensi yang ada, seorang dokter diharuskan untuk memiliki kemampuan membangun relasi melalui komunikasi verbal dan nonverbal, berempati secara verbal dan nonverbal, memiliki kemampuan komunikasi dengan menggunakan kosakata yang santun dan mudah dipahami, mendengarkan dengan aktif untuk menggali akar masalah kesehatan secara holistik dan komprehensif, menyampaikan informasi yang berkaitan dengan kesehatan, serta menunjukkan kepekaan terhadap aspek biopsikososiokultural dan spiritual pasien dan keluarga (KKI , 2012). Empati memiliki hubungan langsung dengan proses perawatan untuk kesembuhan pasien, yaitu dengan cara mengurangi kecemasan pada pasien. Ketika pasien memiliki anggapan bahwa dokter tersebut memahami keadaan dan kekhawatiran yang menghinggapinya, pasien akan lebih nyaman dalam mempercayai sang dokter pada saat menjalani proses perawatan yang sedang dijalannya (Hirsch E. , 2007).

Adanya komunikasi yang baik dan efektif yang terjadi dokter dengan pasien, yang dalam hal ini adalah pasien wanita penderita kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini, secara tidak langsung akan dapat membantu dokter tersebut untuk menggali informasi penyakit kanker yang

saat ini sedang diderita oleh si pasien. Dengan adanya informasi yang lengkap tentang riwayat penyakit kanker dari pasien, akan dapat membantu dokter untuk mengambil tindakan medis apa saja yang bisa diberikan oleh dokter untuk membantu proses penyembuhan.

Menurut Uripni, komunikasi yang terjadi antara tenaga kesehatan dengan pasiennya, yang dalam hal ini adalah komunikasi yang terjadi antara dokter dengan wanita penderita kanker merupakan salah bentuk komunikasi interpersonal yang dilakukan secara sadar dimana kegiatan dan tujuan dari komunikasi tersebut dipusatkan untuk mencapai kesembuhan pasien (Uripni, 2003).

Kemampuan komunikasi yang dimiliki oleh seorang dokter untuk berkomunikasi yang baik dengan pasiennya memiliki tujuan yang bermacam-macam. Tujuan komunikasi dokter dan pasien menurut Dianne Berry (Berry, 2007) terdiri atas tiga hal yaitu :

- a. Menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*)
- b. Melakukan pertukaran informasi (*exchange of information*)
- c. Pengambilan keputusan medis (*medical decision making*)

#### **1.5.5 Komunikasi Empati Dokter-Pasien**

Empati dalam penyampaian pesan dokter kepada pasien menjadi bagian yang vital karena empati berhubungan langsung dengan terapi, dengan cara mengurangi kecemasan pada pasien (Harahap, 2018). Saat pasien merasa dokter tersebut dapat memahami keadaan dan kekhawatirannya, dia akan

lebih merasa nyaman dalam mempercayai sang dokter yang membantu proses perawatan untuk kesembuhannya (Hirsch E. , 2007). Berdasarkan analisis penelitian, empati dokter memiliki sumbangsiah yang unik terhadap perbaikan klinis dari seorang pasien, sehingga empati dokter merupakan faktor vital yang berhubungan dengan kompetensi klinis dan hasil pasien (Hojat et al, 2011).

Dalam dunia kedokteran, empati telah dikonsep sebagai kemampuan komunikasi antara dokter dan pasien, yang mana dokter menggunakan beberapa persepsi yang diarahkan kepada sikap yang berwujud perhatian dan rasa iba. Hal ini termasuk mengamati sensoris atau afektif untuk mengidentifikasi dan memahami pengalaman emosional subjek dan menggunakan kemampuan kognitif seperti perspektif untuk mengerti pengalaman pasien (Riess, 2014)

Secara umum, empati adalah kemampuan dokter untuk memahami kondisi, perspektif dan perasaan pasien yang digunakan pada saat terapi. Empati memiliki bagian-bagian diantaranya afektif, kognitif dan kepribadian. Empati dapat dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu sebagai suatu sikap (afektif), kemampuan (kognitif) dan *personality*. Sikap didasarkan atas standar moral pada pikiran dokter, seperti kepedulian, ketertarikan, sikap netral dan penerimaan. Hal ini diperoleh dari perkembangan *personality* dokter, proses sosialisasi, latihan kedokteran, pengalaman personal dengan pasien, membaca sumber-sumber referensi dan melihat film atau membaca buku.

Secara umum kompetensi dapat dipisahkan kedalam kemampuan empati, komunikasi dan membangun relasi dengan pasien berdasarkan kepercayaan. Kemampuan empati adalah sebuah metode yang dimiliki oleh dokter yang mana dapat menjadi bagian dari pasien dan dapat menggali informasi sedalam mungkin dari pasien, sementara pada saat yang sama memahami masalah pasien. Kemampuan komunikasi yang dimiliki oleh dokter dipergunakan pada saat memeriksa, mengklarifikasi, mendukung, mengerti dan merefleksikan persepsi pikiran dan perasaan pasien. Kemampuan membangun kepercayaan dan hubungan yang lama antara dokter-pasien yang dalam hal ini adalah pasien wanita penderita kanker, memacu dokter untuk berhubungan dengan pasien secara emosional. Seseorang yang telah didiagnosa secara media menderita kanker, pada fase awal akan mendapatkan tekanan psikologis sangat berat. Hubungan yang terjadi antara dokter sebagai orang memiliki tugas untuk membantu kesembuhan dari pasien wanita penderita kanker penting untuk menceritakan dan mendengarkan cerita riwayat penyakit kanker yang saat ini sedang dialaminya, baik yang datang dari faktor genetik ataupun dari pola hidup dari pasien wanita penderita kanker tersebut.

Kepribadian memiliki bagian kognitif dan afektif. Bagian kognitif terdiri dari kemampuan verbal dan non-verbal. Bagian afektif meliputi pengakuan dari situasi emosional pasien, dan mengakui perasaan identifikasi dengan seseorang yang menderita dengan kemarahan, kesedihan, dan kekecewaan. Setelah pengakuan ini, dokter, dalam perilaku

mereka, mencerminkan dan mengkomunikasikan pemahaman mereka kepada pasien (Derksen, Largo-Janseen, & Benzing, 2013)

### **1.5.6 Strategi Coping**

Menurut Lazarus dan Folkman (Lazarus, 1984), coping adalah suatu mekanisme tertentu yang melibatkan sebuah usaha untuk mengubah pikiran dan perilaku untuk mengendalikan dan mengatur tuntutan baik dari dalam ataupun luar. Menurut pengertian ini, coping termasuk salah satu cara atau upaya untuk mengelola stres, upaya diri secara maksimal untuk melepaskan diri dari masalah yang dihadapinya. Sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, seorang yang telah mendapatkan diagnosa menderita kanker, dia akan berhadapan pada sebuah situasi yang apabila tidak dikelola dengan baik akan memberikan dampak pada datangnya stres yang berkepanjangan. Apabila ini situasi stres yang terjadi pada pasien wanita penderita kanker berlangsung secara terus menerus, akan berdampak negatif pada proses penyembuhan yang sedang dijalannya.

Strategi coping melibatkan upaya untuk mengubah penyebab stres (*problem focused coping*) dan upaya untuk mengatur respon emosi ke stressors (*emotion focused coping*). Rasmun mengungkapkan bahwa coping adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami stres atau ketegangan psikologik dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari yang berakibat munculnya “tekanan”, sehingga diperlukannya suatu kemampuan untuk mengurangi “tekanan” yang dialaminya. Dengan kata lain, coping adalah

sebuah mekanisme yang dilalui oleh seseorang untuk menyelesaikan keadaan penuh “tekanan”. Koping tersebut adalah merupakan respon yang dilakukan individu ketika berhadapan dengan situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik.

Menurut MacArthur & MacArthur (MacArthur, 1999) memberikan pengertian bahwa strategi koping sebagai usaha-usaha khusus, baik yang diwujudkan secara perilaku maupun psikologis, yang digunakan orang untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalkan pengaruh yang dapat menimbulkan “tekanan”. Sedangkan Davison dalam Rahman (Rahman, 2013) menjelaskan strategi coping sebagai salah satu bentuk usaha yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi atau menangani emosi negatif yang muncul dari dalam dirinya. Strategi koping juga dapat dijelaskan sebagai upaya yang melibatkan pikiran dan melibatkan perilaku yang dilakukan oleh individu tersebut, yaitu usaha untuk mengelola tuntutan tersebut meliputi upaya untuk mengurangi, meminimalkan, dan juga menahan sumber “tekanan” yang sedang dihadapinya (Rustiana, 2003).

Strategi koping dijelaskan sebagai usaha atau teknik yang dilakukan tiap individu untuk mengatasi dan mengendalikan keadaan atau permasalahan yang dialami dan dipandang sebagai penghambat, tantangan yang bersifat meyakinkan serta ancaman yang berdampak merugikan (Kertamuda, 2009). Strategi coping ini sangat dibutuhkan sebagai salah satu sarana atau media bagi pasien wanita penderita kanker yang menjadi

responden penelitian ini untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang sedang dideritanya.

Menurut Lazarus dan Folkman (Lazarus, 1984) terdapat dua strategi coping, yaitu:

a. *Emotional Focused Coping*

Strategi ini digunakan untuk mengelola respon emosional terhadap “tekanan”. Pengelolaan ini dapat dilakukan melalui perilaku individu, seperti penggunaan alkohol, bagaimana menghilangkan kenyataan yang tidak menggembirakan melalui strategi yang melibatkan pikiran. Bila individu terhambat untuk mengubah kondisi yang penuh dengan “tekanan” maka individu akan cenderung untuk mengatur emosinya.

b. *Problem Focused Coping*

Strategi ini digunakan untuk mengurangi penyebab “tekanan” atau mengatasi “tekanan” dengan cara mempelajari beberapa cara atau kemampuan-kemampuan yang baru. Individu akan cenderung memilih strategi ini apabila dirinya memiliki keyakinan dapat mengubah situasi yang mendatangkan “tekanan”. Metode ini lebih sering dipilih oleh orang dalam rentang usia yang dewasa.

### **1.5.7 Kualitas Hidup**

Menurut World Health Organization (1998), Kualitas Hidup memiliki arti sebagai anggapan individu dalam hidupnya yang menyangkut pada kebudayaan dan sistem yang ada dimana mereka hidup dan hubungan pada ekspektasi, standard dan ketertarikan pada lingkungan. Pengertian ini

mencerminkan pandangan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial dan lingkungan. Dengan demikian, kualitas hidup tidak bisa disamakan hanya dengan istilah "status kesehatan", "gaya hidup", "kepuasan hidup", "mental" atau "kesejahteraan". Felce and Perry (Felce, 1995) menyatakan kualitas hidup sebagai kesejahteraan umum secara keseluruhan yang terdiri dari deskriptor objektif dan evaluasi subjektive fisik, material, sosial dan kesejahteraan sosial dan kesejahteraan emosional bersama-sama dengan tingkat pengembangan pribadi dan aktivitas terarah.

Cohen dan Lazarus dalam Sarafino (Sarafino, 1994) mengatakan Kualitas Hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dinilai dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan menurut Fayers & Machin dalam Kreitler & Ben (Ben, 2004) kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan, lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu. Berdasarkan paparan diatas dapat di simpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam menilai hidupnya. Persepsi individu tersebut adalah apa yang dirasakan individu dalam kehidupan

sehari-hari individu, seperti suatu penilaian atas kesejahteraan yang mereka rasakan. Hal ini mencakup seluruh aspek emosi, sosial, dan fisik dalam kehidupan individu.

Kualitas hidup yang dimaksud di sini adalah kualitas hidup dari para wanita penderita kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini. Dengan peningkatan kualitas hidup yang baik, akan dapat membantu proses penyembuhan dari para wanita penderita kanker.

Raebun dan Rootman (Mabsusah, 2016) menjelaskan bahwa terdapat delapan faktor yang dapat memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, yaitu:

- a. Kontrol, berhubungan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
- b. Kesempatan yang potensial, berhubungan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat potensi yang dimilikinya.
- c. Keterampilan, berhubungan dengan kompetensi seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang memberikan dampak ia dapat melakukan pengembangan pada dirinya, seperti mengikuti suatu aktivitas atau pelatihan tertentu.
- d. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang bersumber dari lingkungan sekelilingnya maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang pantas dan fasilitas-fasilitas yang mencukupi sehingga dapat mendukung kehidupan

- e. Kejadian dalam hidup, hal ini berhubungan dengan tugas perkembangan dan “tekanan” yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berkaitan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan berakibat tekanan tersendiri.
- f. Sumber daya, berhubungan dengan kemampuan dan situasi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah sesuatu yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- g. Perubahan lingkungan, berhubungan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- h. Perubahan politik, berhubungan dengan masalah kenegaraan seperti krisis keuangan sehingga memberikan dampak seseorang kehilangan pendapatan dan mata pencaharian

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup memiliki beberapa faktor. Faktor tersebut dibagi kedalam dua macam, yaitu faktor eksternal yang meliputi: Sistem dukungan, perubahan lingkungan, perubahan politik. Faktor internal yaitu: kontrol, kesempatan yang potensial, keterampilan, kejadian dalam hidup dan sumber daya.

Domain Kualitas Hidup dilihat dari seluruh Kualitas Hidup dan kesehatan secara umum (WHOQOL Group, 1998):

- a. Kesehatan fisik: seseorang yang memiliki kesehatan fisik biasanya jauh dari suatu penyakit dan kegelisah, memilii pola tidur yang cukup serta beristirahat dengan baik dan tidak ketergantungan pada obat maupun bantuan medis serta memiliki kapasitas pekerjaan yang baik

- b. Psikologis: perasaan positif dalam berfikir, belajar, mengingat, dan konsentrasi. Memiliki self-esteem yang baik, percaya diri pada penampilan dan gambaran jasmani, kurangnya perasaan negatif dan memiliki kepercayaan individu yang besar.
- c. Tingkat kemandirian: kemampuan umum seseorang untuk melakukan sesuatu tanpa bantuan orang lain terlepas dari cara yang digunakan untuk melakukannya
- d. Hubungan sosial: hubungan pribadi yang baik, dukungan sosial yang mencukupi dan aktivitas seksual.
- e. Lingkungan: lingkungan meliputi kebebasan yang dimiliki seseorang, keselamatan fisik dan merasa aman, lingkungan rumah yang baik, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang dalam memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dalam berekreasi, aktivitas di lingkungan sekitar dan transportasi yang memadai.
- f. Spiritual/religious/personal belief: keyakinan pribadi seseorang dan bagaimana hal ini mempengaruhi Kualitas Hidup.

## **1.6 Pengaruh Antar Variabel**

### **16.1 Pengaruh Komunikasi Empati Dokter-Pasien terhadap Strategi Coping Pasien**

Komunikasi yang baik telah membuktikan berdampak memberikan keuntungan, sebaliknya komunikasi yang kurang baik sebaliknya justru dapat memberikan dampak yang kurang baik untuk dokter maupun

pasiennya. Misalnya, komunikasi yang buruk menyebabkan pasien tidak terlibat dengan layanan kesehatan selanjutnya yang mana menyebabkan penolakan untuk mengikuti perilaku kesehatan sebagaimana yang dianjurkan dan menjalani perawatan yang dibutuhkan, serta gagal untuk mematuhi resep yang diberikan dalam proses perawatan, atau gagal untuk menyembuhkan penyakit. Komunikasi yang dijelaskan di sini adalah komunikasi yang melibatkan dokter yang memberikan layanan kesehatan dengan pasien wanita penderita kanker.

Dalam kejadian yang paling buruk, komunikasi yang kurang baik berdampak pada gangguan psikologis, gangguan fisik, litigasi atau, paling buruk, kematian. Singkatnya, seperti ditulis oleh Pettigrew dan Logan (1987), komunikasi dalam konteks kesehatan itu mengenalkan kesehatan dan penyakit yang ada di masyarakat, dan membuat sistem untuk dijalankan secara efektif dan optimal.

Kemampuan komunikasi yang baik atau keterampilan sosial memberikan kelebihan dalam kehidupan antarmanusia manusia. Mereka yang memiliki tingkat kemampuan dan keterampilan tinggi dapat digunakan untuk mengatasi “tekanan” atau kegelisahan lebih mudah serta lebih mudah untuk beradaptasi dan menyesuaikan hidup lebih baik dan menjadi lebih kecil kemungkinannya untuk menderita depresi, kesepian atau kecemasan. Dalam konteks komunikasi, penting bagi seorang profesional dalam bidang kesehatan untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik sebagaimana dijelaskan pada bagian sebelumnya.

Komunikasi kesehatan yang positif tidak hanya sesuai dengan interaksi yang berkaitan dengan pasien dalam pengaturan kesehatan, seperti dokter umum praktik, *General Practitioner* (GP) rumah sakit, puskesmas dan klinik, tetapi juga mendasar pada tingkat kesehatan yang lebih luas masyarakat. Menurut Perancis dan Adams, penentu utama dari kesehatan adalah kondisi sosial, ekonomi, dan yang bisa diabaikan adalah perilaku kesehatan individu (Perancis dan Adams, 2002). Dari hal tersebut, dapat disarankan untuk lebih memfokuskan pada usaha yang lebih luas dalam berkampanye yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan masyarakat daripada berusaha untuk memberikan pengaruh perilaku pada tingkat individu. Memfokuskan diri untuk berkomunikasi dengan publik yang lebih luas dalam rangka untuk mempromosikan kesehatan yang lebih baik. Hal ini tentunya dengan mempertimbangkan pendekatan yang berbeda dan strategi yang telah diambil, serta mengevaluasi efektivitas yang telah dilakukan. Hal berikutnya yang dapat dilakukan adalah menjalin sejumlah media komunikasi yang akan digunakan untuk menyebarkan informasi kepada masyarakat luas (Berry, 2007)

Dalam beberapa kasus yang berkaitan dengan komunikasi dalam konteks kesehatan, yang sering kali terjadi adalah ditemukan pasien yang mengalami peningkatan derajat kecemasan pada saat mengunjungi dokter, dan berpengaruh pada interaksi di antara mereka. Mengunjungi rumah sakit dapat menjadi sebuah pengalaman yang sangat mengganggu. Pasien sering menemukan diri mereka di lingkungan yang tidak dikenal,

terpisah dari orang-orang terdekat, dengan kehilangan ruang pribadi, privasi dan kemandirian, serta sering menemukan ketidakpastian tentang masalah kesehatan dan pengobatan yang sedang dijalannya. Beberapa faktor ini sering menyebabkan sebagian besar dari mereka merasa sangat rentan, dan cenderung berpengaruh pada cara mereka melakukan komunikasi dengan dokter atau profesional kesehatan lainnya (Berry, 2007)

Berdasarkan penjelasan kutipan di atas dapat diketahui bahwa dokter yang baik adalah dokter yang mampu berkomunikasi dengan pasien dan menunjukkan sikap peduli, menjelaskan mekanisme medis atau teknis dengan cara yang lebih bisa dipahami dan mendengarkan serta memberikan waktu untuk mengajukan pertanyaan. Sebaliknya, aspek yang paling diberikan penilaian tinggi oleh dokter adalah jumlah tahun praktek dan apakah dokter telah menempuh pendidikan kedokteran di perguruan tinggi yang populer.

Hal yang telah dijelaskan di atas menuntut kemampuan dari seorang dokter untuk memiliki kemampuan berkomunikasi dengan baik terhadap pasiennya untuk mencapai sejumlah tujuan yang berbeda. Sejalan dengan hal ini, menurut Ong, dkk yang sebagaimana yang dikutip oleh (Berry, 2007) dijelaskan bahwa ada 3 (tiga) tujuan yang berbeda dalam komunikasi antara dokter dan pasien, yaitu : (1) menciptakan hubungan antar pribadi yang baik (*creating a good interpersonal relationship*), (2) pertukaran informasi (*exchange of information*), dan (3) pengambilan keputusan medis (*medical decision making*).

Menciptakan hubungan antar pribadi yang baik (*creating a good interpersonal relationship*) antara dokter dengan pasien wanita penderita kanker merupakan prasyarat untuk perawatan medis. Sejumlah penelitian di bidang komunikasi kesehatan telah menunjukkan bahwa hubungan dokter dan pasien yang memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi dan komunikatif serta memberikan dampak positif bagi pasien seperti, kepuasan pengetahuan dan pemahaman, kepatuhan terhadap pengobatan dan hasil kesehatan yang terukur. Kualitas afektif dari hubungan dokter dan pasien wanita penderita kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah tolak ukur utama dari kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap pengobatan. Secara khusus, keakraban, perhatian, hal positif, berkurangnya ketegangan dan ekspresi non-verbal menjadi bagian utama ketika membangun dan memelihara hubungan kerja yang baik. Secara khusus hubungan antar pribadi dokter dan pasien wanita penderita kanker yang baik dan meningkat ketika konteks komunikasi antar pribadi berlangsung dengan sikap ramah dokter, perilaku yang santun, perbincangan sosial, perilaku mendorong dan empatik, dan membangun kemitraan, dan ekspresi empati selama konsultasi.

### **1.6.2 Pengaruh *Coping Strategy* terhadap Kualitas Hidup Pasien**

Penyakit yang diderita seseorang dapat menurunkan kualitas hidupnya. Terlebih pada wanita (Mardiana, 2013). Penurunan kualitas hidup tersebut dapat berlangsung secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, akan terjadi penurunan kesehatan sedangkan secara tidak

langsung, pasien akan mengalami turunnya kondisi psikososial. Penurunan kualitas hidup tersebut akan menimbulkan gejala dalam diri pasien yang seringkali memunculkan pertanyaan-pertanyaan besar yang kemudian akan menjadi isu besar yang muncul dalam diri pasien. Namun, perubahan kualitas hidup yang diakibatkan oleh penyakit akan menimbulkan makna yang berbeda apabila pasien memiliki strategi coping yang baik pula. Hal ini demikian karena menurut Taylor (Taylor, 2007), mekanisme coping pasien merupakan cara-cara yang dilakukan oleh pasien untuk mencari upaya penyelesaian yang baik, menyesuaikan diri pada perubahan serta untuk memberikan respon yang baik pada situasi yang tidak menguntungkan.

### 1.6.3 Visualisasi Pengaruh Antar Variabel

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui keterpengaruhannya antar variabel. Berikut ini dikembangkan kerangka teori yang menunjukkan keterpengaruhannya antar konsep yang akan diuji dalam studi ini.

**Gambar 1**  
**Kerangka Teori**



Sumber: Dikembangkan dalam Studi ini, 2019

## 1.7 Hipotesis

Berdasarkan uraian di atas maka hipotesis yang dikembangkan adalah sebagai berikut:

H1: Komunikasi empati dokter-pasien berpengaruh positif terhadap *coping strategy* pasien

H2: Strategi coping berpengaruh positif terhadap kualitas hidup pasien

Variabel-variabel yang diteliti dalam penelitian ini merupakan *variable unobserved*. Oleh sebab itu untuk dapat mengukur variabel-variabel tersebut diperlukan indikator. Indikator yang digunakan dalam pengukuran variabel penelitian diadopsi dan dikembangkan dari teori dan penelitian-penelitian terdahulu yang relevan.

Pengukuran variabel komunikasi empati dokter-pasien dilakukan dengan menggunakan lima indikator yang diadopsi dari penelitian Harahap dan Graharti (Harahap, 2018) yang meliputi:

1. Menyatakan emosi
2. Memahami emosi
3. Memuji pasien
4. Mendukung pasien
5. Mendalami emosi pasien

Pengukuran variabel strategi coping dilakukan dengan menggunakan indikator yang dikembangkan dari (Folkman, 1988), yaitu:

1. Konfrontasi
2. Mencari dukungan sosial

3. Merencanakan pemecahan permasalahan
4. Kontrol diri
5. Membuat jarak
6. Penilaian kembali secara positif
7. Menerima tanggung jawab
8. Lari dari penghindaran

Pengukuran variabel kualitas hidup pasien dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator yang dikembangkan dari WHOQOL Group (Resmiya, 2019) yang meliputi:

1. Kesehatan fisik, yang meliputi:
  - a. Gelisah
  - b. Pola tidur tidak teratur
  - c. Ketergantungan obat
2. Kesehatan psikologis meliputi:
  - a. Perasaan positif dalam berfikir, belajar, mengingat, dan konsentrasi
  - b. Self esteem yang baik
  - c. Kepercayaan diri
3. Kemandirian
4. Kualitas hubungan sosial
5. Kualitas spiritual

## **1.8 Definisi Konsep**

### **1.8.1 Komunikasi Empati Dokter-Pasien**

Empati dalam penyampaian pesan dokter kepada pasien menjadi bagian yang vital karena empati berhubungan langsung dengan terapi, dengan cara mengurangi kecemasan pada pasien (Harahap, 2018). Saat pasien merasa dokter tersebut dapat memahami keadaan dan kekhawatirannya, dia akan lebih merasa nyaman dalam mempercayai sang dokter yang membantu proses perawatan untuk kesembuhannya (Hirsch E. , 2007). Berdasarkan analisis penelitian, empati dokter memiliki sumbangsih yang unik terhadap perbaikan klinis dari seorang pasien, sehingga empati dokter merupakan faktor vital yang berhubungan dengan kompetensi klinis dan hasil pasien (Hojat et al, 2011).

Dalam dunia kedokteran, empati telah dikonsep sebagai kemampuan komunikasi antara dokter dan pasien, yang mana dokter menggunakan beberapa persepsi yang diarahkan kepada sikap yang berwujud perhatian dan rasa iba. Hal ini termasuk mengamati sensoris atau afektif untuk mengidentifikasi dan memahami pengalaman emosional subjek dan menggunakan kemampuan kognitif seperti perspektif untuk mengerti pengalaman pasien (Riess, 2014)

Secara umum, empati adalah kemampuan dokter untuk memahami kondisi, perspektif dan perasaan pasien yang digunakan pada saat terapi. Empati memiliki bagian-bagian diantaranya afektif, kognitif dan kepribadian. Empati dapat dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu sebagai suatu

sikap (afektif), kemampuan (kognitif) dan *personality*. Sikap didasarkan atas standar moral pada pikiran dokter, seperti kepedulian, ketertarikan, sikap netral dan penerimaan. Hal ini diperoleh dari perkembangan *personality* dokter, proses sosialisasi, latihan kedokteran, pengalaman personal dengan pasien, membaca sumber-sumber referensi dan melihat film atau membaca buku.

Secara umum kompetensi dapat dipisahkan kedalam kemampuan empati, komunikasi dan membangun relasi dengan pasien berdasarkan kepercayaan. Kemampuan empati adalah sebuah metode yang dimiliki oleh dokter yang mana dapat menjadi bagian dari pasien dan dapat menggali informasi sedalam mungkin dari pasien, sementara pada saat yang sama memahami masalah pasien. Kemampuan komunikasi yang dimiliki oleh dokter dipergunakan pada saat memeriksa, mengklarifikasi, mendukung, mengerti dan merefleksikan persepsi pikiran dan perasaan pasien. Kemampuan membangun kepercayaan dan hubungan yang lama antara dokter-pasien yang dalam hal ini adalah pasien wanita penderita kanker, memacu dokter untuk berhubungan dengan pasien secara emosional. Seseorang yang telah didiagnosa secara media menderita kanker, pada fase awal akan mendapatkan tekanan psikologis sangat berat. Hubungan yang terjadi antara dokter sebagai orang memiliki tugas untuk membantu kesembuhan dari pasien wanita penderita kanker penting untuk menceritakan dan mendengarkan cerita riwayat penyakit kanker yang saat

ini sedang dialaminya, baik yang datang dari faktor genetik ataupun dari pola hidup dari pasien wanita penderita kanker tersebut.

Kepribadian memiliki bagian kognitif dan afektif. Bagian kognitif terdiri dari kemampuan verbal dan non-verbal. Bagian afektif meliputi pengakuan dari situasi emosional pasien, dan mengakui perasaan identifikasi dengan seseorang yang menderita dengan kemarahan, kesedihan, dan kekecewaan. Setelah pengakuan ini, dokter, dalam perilaku mereka, mencerminkan dan mengkomunikasikan pemahaman mereka kepada pasien (Derksen, Largo-Janseen, & Benzing, 2013)

### **1.8.2 Strategi Coping**

Menurut Lazarus dan Folkman (Lazarus, 1984), coping adalah suatu mekanisme tertentu yang melibatkan sebuah usaha untuk mengubah pikiran dan perilaku untuk mengendalikan dan mengatur tuntutan baik dari dalam ataupun luar. Menurut pengertian ini, coping termasuk salah satu cara atau upaya untuk mengelola stres, upaya diri secara maksimal untuk melepaskan diri dari masalah yang dihadapinya. Sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, seorang yang telah mendapatkan diagnosa menderita kanker, dia akan berhadapan pada sebuah situasi yang apabila tidak dikelola dengan baik akan memberikan dampak pada datangnya stres yang berkepanjangan. Apabila ini situasi stres yang terjadi pada pasien wanita penderita kanker berlangsung secara terus menerus, akan berdampak negatif pada proses penyembuhan yang sedang dijalannya.

Strategi koping melibatkan upaya untuk mengubah penyebab stres (*problem focused coping*) dan upaya untuk mengatur respon emosi ke stressors (*emotion focused coping*). Rasmun mengungkapkan bahwa koping adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami stres atau ketegangan psikologik dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari yang berakibat munculnya “tekanan”, sehingga diperlukannya suatu kemampuan untuk mengurangi “tekanan” yang dialaminya. Dengan kata lain, koping adalah sebuah mekanisme yang dilalui oleh seseorang untuk menyelesaikan keadaan penuh “tekanan”. Koping tersebut adalah merupakan respon yang dilakukan individu ketika berhadapan dengan situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik.

Menurut MacArthur & MacArthur (MacArthur, 1999) memberikan pengertian bahwa strategi koping sebagai usaha-usaha khusus, baik yang diwujudkan secara perilaku maupun psikologis, yang digunakan orang untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalkan pengaruh yang dapat menimbulkan “tekanan”. Sedangkan Davison dalam Rahman (Rahman, 2013) menjelaskan strategi coping sebagai salah satu bentuk usaha yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi atau menangani emosi negatif yang muncul dari dalam dirinya. Strategi koping juga dapat dijelaskan sebagai upaya yang melibatkan pikiran dan melibatkan perilaku yang dilakukan oleh individu tersebut, yaitu usaha untuk mengelola tuntutan tersebut meliputi upaya untuk mengurangi, meminimalkan, dan juga menahan sumber “tekanan” yang sedang dihadapinya (Rustiana, 2003).

Strategi koping dijelaskan sebagai usaha atau teknik yang dilakukan tiap individu untuk mengatasi dan mengendalikan keadaan atau permasalahan yang dialami dan dipandang sebagai penghambat, tantangan yang bersifat meyakinkan serta ancaman yang berdampak merugikan (Kertamuda, 2009). Strategi coping ini sangat dibutuhkan sebagai salah satu sarana atau media bagi pasien wanita penderita kanker yang menjadi responden penelitian ini untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang sedang dideritanya.

Menurut Lazarus dan Folkman (Lazarus, 1984) terdapat dua strategi coping, yaitu:

c. *Emotional Focused Coping*

Strategi ini digunakan untuk mengelola respon emosional terhadap “tekanan”. Pengelolaan ini dapat dilakukan melalui perilaku individu, seperti penggunaan alkohol, bagaimana menghilangkan kenyataan yang tidak menggembirakan melalui strategi yang melibatkan pikiran. Bila individu terhambat untuk mengubah kondisi yang penuh dengan “tekanan” maka individu akan cenderung untuk mengatur emosinya.

d. *Problem Focused Coping*

Strategi ini digunakan untuk mengurangi penyebab “tekanan” atau mengatasi “tekanan” dengan cara mempelajari beberapa cara atau kemampuan-kemampuan yang baru. Individu akan cenderung memilih strategi ini apabila dirinya memiliki keyakinan dapat mengubah situasi

yang mendatangkan “tekanan”. Metode ini lebih sering dipilih oleh orang dalam rentang usia yang dewasa.

### **1.8.3 Kualitas Hidup**

Menurut World Health Organization (1998), Kualitas Hidup memiliki arti sebagai anggapan individu dalam hidupnya yang menyangkut pada kebudayaan dan sistem yang ada dimana mereka hidup dan hubungan pada ekspektasi, standard dan ketertarikan pada lingkungan. Pengertian ini mencerminkan pandangan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial dan lingkungan. Dengan demikian, kualitas hidup tidak bisa disamakan hanya dengan istilah "status kesehatan", "gaya hidup", "kepuasan hidup", "mental" atau "kesejahteraan". Felce and Perry (Felce, 1995) menyatakan kualitas hidup sebagai kesejahteraan umum secara keseluruhan yang terdiri dari deskriptor objektif dan evaluasi subjektive fisik, material, sosial dan kesejahteraan sosial dan kesejahteraan emosional bersama-sama dengan tingkat pengembangan pribadi dan aktivitas terarah.

Cohen dan Lazarus dalam Sarafino (Sarafino, 1994) mengatakan Kualitas Hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dinilai dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan menurut Fayers & Machin dalam Kreitler & Ben (Ben, 2004) kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai

keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan, lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu. Berdasarkan paparan diatas dapat di simpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam menilai hidupnya. Persepsi individu tersebut adalah apa yang dirasakan individu dalam kehidupan sehari-hari individu, seperti suatu penilaian atas kesejahteraan yang mereka rasakan. Hal ini mencakup seluruh aspek emosi, sosial, dan fisik dalam kehidupan individu.

Kualitas hidup yang dimaksud di sini adalah kualitas hidup dari para wanita penderita kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini. Dengan peningkatan kualitas hidup yang baik, akan dapat membantu proses penyembuhan dari para wanita penderita kanker.

Raebun dan Rootman (Mabsusah, 2016) menjelaskan bahwa terdapat delapan faktor yang dapat memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, yaitu:

- i. Kontrol, berhubungan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
- j. Kesempatan yang potensial, berhubungan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat potensi yang dimilikinya.

- k. Keterampilan, berhubungan dengan kompetensi seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang memberikan dampak ia dapat melakukan pengembangan pada dirinya, seperti mengikuti suatu aktivitas atau pelatihan tertentu.
- l. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang bersumber dari lingkungan sekelilingnya maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang pantas dan fasilitas-fasilitas yang mencukupi sehingga dapat mendukung kehidupan
- m. Kejadian dalam hidup, hal ini berhubungan dengan tugas perkembangan dan “tekanan” yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berkaitan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan berakibat tekanan tersendiri.
- n. Sumber daya, berhubungan dengan kemampuan dan situasi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah sesuatu yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- o. Perubahan lingkungan, berhubungan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- p. Perubahan politik, berhubungan dengan masalah kenegaraan seperti krisis keuangan sehingga memberikan dampak seseorang kehilangan pendapatan dan mata pencaharian

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup memiliki beberapa faktor. Faktor tersebut dibagi kedalam dua macam, yaitu faktor eksternal yang meliputi: Sistem dukungan, perubahan lingkungan,

perubahan politik. Faktor internal yaitu: kontrol, kesempatan yang potensial, keterampilan, kejadian dalam hidup dan sumber daya.

Domain Kualitas Hidup dilihat dari seluruh Kualitas Hidup dan kesehatan secara umum (WHOQOL Group, 1998):

- g. Kesehatan fisik: seseorang yang memiliki kesehatan fisik biasanya jauh dari suatu penyakit dan kegelisah, memiliki pola tidur yang cukup serta beristirahat dengan baik dan tidak ketergantungan pada obat maupun bantuan medis serta memiliki kapasitas pekerjaan yang baik
- h. Psikologis: perasaan positif dalam berfikir, belajar, mengingat, dan konsentrasi. Memiliki self-esteem yang baik, percaya diri pada penampilan dan gambaran jasmani, kurangnya perasaan negatif dan memiliki kepercayaan individu yang besar.
- i. Tingkat kemandirian: kemampuan umum seseorang untuk melakukan sesuatu tanpa bantuan orang lain terlepas dari cara yang digunakan untuk melakukannya
- j. Hubungan sosial: hubungan pribadi yang baik, dukungan sosial yang mencukupi dan aktivitas seksual.
- k. Lingkungan: lingkungan meliputi kebebasan yang dimiliki seseorang, keselamatan fisik dan merasa aman, lingkungan rumah yang baik, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang dalam memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dalam berekreasi, aktivitas di lingkungan sekitar dan transportasi yang memadai.

1. Spiritual/religious/personal belief: keyakinan pribadi seseorang dan bagaimana hal ini mempengaruhi Kualitas Hidup.

## **1.9 Definisi Operasional**

### **1.9.1 Komunikasi Empati Dokter-Pasien**

Komunikasi antara dokter dengan pasien pada dasarnya terbentuk karena adanya kondisi saling membutuhkan. Pasien membutuhkan dokter karena kondisi kesehatan yang tidak baik sedangkan dokter dibutuhkan pasien selaku pihak yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan. Meskipun didasarkan pada adanya kondisi saling membutuhkan namun komunikasi yang terjalin antara dokter dan pasien bukanlah sekedar komunikasi kesehatan. Komunikasi ini diperlukan untuk dapat memahami kondisi psikis pasien, memberikan semangat dan dorongan untuk melanjutkan hidup dan menjalani proses pengobatan. Komunikasi dari hati ke hati antara dokter dan pasien yang disebut dengan komunikasi empati dokter-pasien. Komunikasi empati dokter-pasien yang dimaksud dalam studi ini adalah suatu bentuk komunikasi efektif yang harus dimiliki dokter untuk membina hubungan dokter-pasien yang efektif, tidak selalu membutuhkan waktu yang lama, menunjukkan pemahaman, pengertian yang diberikan dokter atas situasi dan kondisi kesehatan yang dialami pasien.

### **1.9.2 Coping Strategy**

Strategi berkaitan dengan cara-cara yang dilakukan individu untuk mencapai sesuatu yang diinginkan. Sedangkan *coping* sendiri merupakan bentuk upaya yang dilakukan oleh individu untuk mengubah kognitif

menjadi berbagai bentuk luaran seperti perilaku dan psikologis untuk mengendalikan dan mengatur dampak yang ditimbulkan dari perubahan yang terjadi baik dari luar maupun dari dalam. Berangkat dari penjelasan tersebut maka yang dimaksud dengan strategi coping yang diteliti dalam studi ini adalah upaya-upaya khusus, baik behavioral maupun psikologis, yang digunakan orang untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalkan dampak kejadian yang menimbulkan stres.

### **1.9.3 Kualitas Hidup Pasien**

Kualitas hidup berkaitan dengan “kesejahteraan” secara umum seperti kepuasan hidup, gaya hidup, kondisi kesehatan fisik, mental, dan emosional yang dirasakan termasuk juga di dalamnya tingkat kemampuan pengembangan pribadi dan aktivitas oleh individu yang dalam studi ini adalah pasien. Kualitas hidup juga menjadi indikasi yang membedakan individu satu dengan individu lainnya serta menjadi indikasi ada atau tidaknya masalah dalam kehidupan seseorang dibandingkan standar hidup normal individu. Kualitas hidup yang diteliti dalam penelitian ini berkaitan dengan keberfungsian kembali organ-organ tubuh untuk menjalankan fungsinya secara normal serta kemampuan individu untuk menjalani aktivitas kehidupan secara normal tanpa gangguan kesehatan.

## **1.10 Metode Penelitian**

### **1.10.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan *explanatory research* dengan pendekatan kausalitas, yaitu penelitian yang ingin mencari penjelasan dalam bentuk

hubungan komunikasi empati dokter-pasien dalam kaitannya dengan coping strategy yang memberikan dampak kepada kualitas hidup pasien wanita penderita kanker sebagai responden.

### **1.10.2 Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien wanita penderita kanker yang sedang menjalani pengobatan yang menjadi anggota atau yang saat ini sedang dalam pendampingan beberapa komunitas atau yayasan yang bergerak di dalam penanggulangan penyakit kanker, yaitu meliputi Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Kanker Payudara Indonesia, Himpunan Masyarakat Peduli ELGEKA dan *Indonesian Cancer Information and Support Center Association (CISC)* untuk wilayah Provinsi Jawa Tengah.

#### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian dari populasi yang memiliki karakteristik yang relatif sama dan dianggap bisa mewakili populasi (Singarimbun, 1991). Hair dkk menemukan bahwa ukuran yang sampel sesuai untuk penelitian yang menggunakan *Structural Equation Modelling (SEM)* adalah antara 100 – 200 sampel. (Hair, Black, & Babin, 2013).

#### **3. Teknik Pengambilan Sampel**

Pengambilan sampel penelitian dilakukan dengan menggunakan *non probability sampling* dengan pendekatan *judgement sampling*. Pendekatan pengambilan sampel ini dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria-

kriteria tertentu yang dianggap relevan dan memiliki informasi yang lengkap mengenai tujuan penelitian. Adapun kriteria yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Responden merupakan penderita kanker stadium 1-4
2. Responden merupakan penderita kanker yang terdaftar atau sedang dalam pendampingan komunitas atau yayasan yang saat ini bergerak dalam penanggulangan penyakit kanker.
3. Apabila responden dalam kondisi yang tidak memungkinkan saat kunjungan penelitian maka wawancara dapat digantikan oleh keluarga terdekat yang mendampingi responden dalam proses pengobatan.

### **1.10.3 Metode Pengumpulan Data**

Untuk mengumpulkan data penelitian yang berasal dari pasien wanita penderita kanker yang menjadi responden dalam penelitian ini, kuesioner dipilih sebagai metode pengumpulan data. Kuesioner adalah daftar pertanyaan tertulis yang telah dirumuskan sebelumnya yang akan dijawab oleh responden yang dalam hal ini adalah pasien wanita penderita kanker (Sekaran U. , 2006). Tipe pertanyaan dalam kuesioner adalah pertanyaan tertutup dimana responden diminta untuk membuat pilihan diantara serangkaian alternatif yang diberikan oleh peneliti (Sekaran U. , 2006). Skala data jawaban responden atas pertanyaan penelitian dengan menggunakan *Agree-Disagree Scale* yang menghasilkan jawaban sangat

tidak setuju – jawaban sangat setuju dalam rentang nilai 1 s/d 10 (Ferdinand A. , 2006).

#### 1.10.4 Analisis Deskriptif

Analisis ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai jawaban responden mengenai variabel-variabel penelitian yang digunakan. Responden yang dimaksud di sini adalah pasien wanita penderita kanker yang saat ini menjadi anggota atau sedang dalam pendampingan komunitas atau yayasan yang bergerak dalam penanggulangan penyakit kanker yang berkedudukan di wilayah Provinsi Jawa Tengah. Analisis ini dilakukan dengan menggunakan teknik Analisis Indeks, untuk menggambarkan persepsi responden atas item-item pertanyaan yang diajukan.

Teknik skoring yang dilakukan dalam penelitian ini adalah minimum 1 dan maksimum 10, maka perhitungan indeks jawaban responden dilakukan dengan rumus sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Nilai Indeks} = & \\ & ((\%F1x1)+(\%F2x2)+(\%F3x3)+(\%F4x4)+(\%F5x5) \\ & +(\%F6x6)+(\%F7x7)+(\%F8x8)+(\%F9x9)+(\%F10x10))/10 \end{aligned}$$

Dimana:

F1 = frekuensi responden yang menjawab 1

F2 = frekuensi responden yang menjawab 2

Dst, F10 = frekuensi responden yang menjawab 10

Oleh karena itu angka jawaban tidak berangkat dari angka 0 (nol) tetapi mulai angka 1 hingga 10, maka indeks yang dihasilkan akan

berangkat dari angka 10 hingga 100 dengan rentang sebesar 90, tanpa angka 0 (nol). Dengan menggunakan kriteria tiga kota (*three box method*) maka rentang sebesar 90 dibagi tiga yang menghasilkan rentang sebesar 30 yang akan digunakan sebagai dasar interpretasi nilai indeks. Adapun kategori nilai indeks yang dihasilkan adalah :

10.00 – 40.00 = rendah

40.01 – 70.00 = sedang

70.01 – 100.00 = tinggi

#### **1.10.5 Analisis Inferensial**

Untuk menguji model dan pengaruh variabel komunikasi empati dokter-pasien dengan kualitas hidup yang dimediasi dengan *coping strategy*, diperlukan suatu teknik analisis. Adapun teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Structural Equation Modeling* (SEM) yang dioperasikan melalui program AMOS.

Untuk membuat permodelan SEM yang lengkap perlu dilakukan langkah-langkah berikut ini (Ferdinand A. , 2006):

##### 1. Pengembangan model berbasis teori

Dalam pengembangan model teoritis diperlukan pencarian atau pengembangan sebuah model yang mempunyai justifikasi yang kuat untuk model yang dikembangkan. Penggunaan SEM bukan untuk menghasilkan sebuah model melainkan untuk mengkonfirmasi model teoritis melalui data empiris.

## 2. Pengembangan diagram alur (Path Diagram)

Pada langkah ini peneliti menggambarkan sebuah diagram alur yang dapat mempermudah dalam melihat hubungan-hubungan kausalitas yang ingin diuji. Konstruk-konstruk yang diuji dalam model penelitian ini meliputi:

### a. Konstruk Eksogen

*Konstruk eksogen pertama* adalah komunikasi dokter-pasien yang dipostulasikan mempunyai pengaruh positif terhadap strategi coping.

### b. Konstruk Endogen

*Konstruk endogen pertama* adalah strategi coping yang dipengaruhi oleh komunikasi dokter-pasien.

*Konstruk endogen kedua* adalah kualitas hidup yang dipengaruhi oleh komunikasi dokter-pasien.

## 3. Mengubah alur diagram kedalam persamaan model struktural dan model pengukuran

Pada langkah ini, model yang dinyatakan adalah path diagram diatas, dinyatakan dalam dua kategori dasar persamaan, yaitu (Ferdinand, 2005):

### a. Persamaan pengukuran (*measurement model*)

Spesifikasi model pengukuran (*measurement model*) dilakukan pada konstruk eksogen dan endogen.

### b. Persamaan Struktural

Dirumuskan untuk menyatakan hubungan kausalitas antara berbagai konstruk, dan biasanya disusun dengan pedoman sbb:

$$\text{Variabel endogen} = \text{Variabel eksogen} + \text{Variabel Endogen} + \text{Error}$$

4. Memilih jenis matriks input dan estimasi model

Penelitian ini akan menguji hubungan kausalitas, maka matriks input yang digunakan adalah matriks kovarians (Hair, dkk, 1995 dalam Ferdinand, 2005). Teknik estimasi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *Maximum Likelihood Estimation Method* yang telah menjadi default dari program ini.

5. Meneliti munculnya masalah identifikasi

Masalah identifikasi pada prinsipnya adalah masalah mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi yang unik. Problem identifikasi dapat muncul melalui gejala-gejala berikut ini (Ferdinand A. T., 2006):

- a. Standard error untuk satu atau beberapa koefisien adalah sangat besar
- b. Program tidak mampu menghasilkan matrik informasi yang seharusnya disajikan
- c. Muncul angka-angka yang aneh seperti adanya varians error yang negatif
- d. Munculnya korelasi yang sangat tinggi antar koefisien estimasi yang didapat (misalnya  $> 0,9$ )

6. Evaluasi kriteria *Goodness of Fit* Pada langkah ini dilakukan pengujian terhadap kesesuaian model melalui telaah terhadap berbagai kriteria *goodness of fit*. Adapun langkah-langkah yang dilakukan adalah (Ferdinand A. T., 2006):

a. Asumsi SEM

- Ukuran sampel, ukuran sampel minimum adalah 100 dan selanjutnya menggunakan perbandingan lima observasi untuk setiap estimated parameter.
- Normalitas dan Linieritas, normalitas dapat diuji dengan melihat histogram data atau dengan metode-metode statistik. Uji normalitas dilakukan baik untuk data tunggal maupun multivariate. Sedangkan uji linieritas dapat dilakukan dengan mengamati scatter plots dari data yaitu dengan memilih pasangan data dan dilihat pola penyebarannya untuk menduga ada tidaknya linieritas.
- Outliers, merupakan observasi yang muncul dengan nilai-nilai ekstrim baik secara univariate maupun multivariate yang muncul karena kombinasi karakteristik unik yang dimilikinya dan terlihat sangat jauh berbeda dari observasi-observasi lainnya.
- *Multicollinearity* dan *singularity*, multikolinieritas dapat dideteksi dari determinan matriks kovarians. Nilai determinan matriks kovarians yang sangat kecil (*extremely small*) memberi indikasi adanya problem multikolinieritas atau singularitas. Perlakuan data yang dapat diambil adalah mengeluarkan variable yang menyebabkan singularitas tersebut.

b. Uji kesesuaian dan uji statistik

Pengujian dengan menggunakan fit indeks dilakukan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan. Beberapa *fit indeks* dan *cut off value*-nya yang digunakan dalam menguji apakah model dapat diterima atau ditolak adalah sbb (Ferdinand A. T., 2006):

**Tabel 1**  
**Tabel Goodness of Fit Index**

<b>Goodness of Fit Index</b>	<b>Cut off Value</b>
Chi Square	Diharapkan kecil
Significant Probability	$\geq 0.05$
CMIN/DF	$\leq 2.00$
GFI	$\geq 0.90$
AGFI	$\geq 0.90$
TLI	$\geq 0.95$
CFI	$\geq 0.95$
RMSEA	$\leq 0.08$

c. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah ukuran mengenai konsistensi internal dari indikator-indikator sebuah konstruk yang menunjukkan derajat sampai dimana masing-masing indikator itu mengindikasikan sebuah konstruk/faktor laten yang umum. Dengan kata lain, bagaimana hal-hal yang spesifik saling membantu dalam menjelaskan sebuah fenomena yang umum. Sebelum reliabilitas dapat dinilai, dilakukan uji unidimensionalitas terhadap semua konstruk-konstruk multiindikator. Adapun pendekatan yang digunakan adalah dengan menilai besaran *Composite Reliability*

dan *Variance Extracted* dari masing-masing konstruk (Ferdinand, 2005).

Composite Reliability diperoleh dengan rumus:

$$\text{Construct Reliability} = \frac{(\sum \text{Std.Loading})^2}{(\sum \text{Std.Loading})^2 + \sum \varepsilon_j}$$

Variance Extracted diperoleh dengan rumus:

$$\text{Variance Extracted} = \frac{\sum \text{Std.Loading}^2}{\sum \text{Std.Loading}^2 + \sum \varepsilon_j}$$

Dimana:

- Std. Loading diperoleh langsung dari standardized loading untuk tiap-tiap indikator (diambil dari perhitungan komputer)
- $\varepsilon_j$  adalah measurement error dari tiap indikator

#### 7. Interpretasi dan modifikasi model

Langkah terakhir dalam SEM adalah menginterpretasikan dan memodifikasi model, khususnya model yang tidak memenuhi syarat dalam proses pengujian yang dilakukan. Perlunya suatu model dimodifikasi dapat dilihat dari jumlah residual yang dihasilkan dari model. Modifikasi perlu dipertimbangkan bila jumlah residual lebih dari 5% dari semua residual kovarians yang dihasilkan oleh model. Hair mengungkapkan bahwa apabila ditemukan nilai residual > 2,58, maka cara modifikasi adalah dengan mempertimbangkan untuk menambah sebuah alur baru terhadap model yang diestimasi (Ferdinand A. T., 2006).