

KUALITAS HIDUP KLIEN KANKER YANG MENERIMA PELAYANAN HOSPIS ATAU *HOMECARE*: SUATU ANALISIS KUANTITATIF

Murtiwi*, Elly Nurachmah, Tuti Nuraini******

Abstrak

Kualitas hidup menjadi masalah penting dalam pengalaman para pengidap penyakit kanker yang telah berhasil mengendalikan penyakitnya dan memperpanjang masa hidup yang harus dilaluinya (Ersek, Ferrel, Dow, & Melancon, 1997). Ironisnya, tidak banyak yang peduli dengan tingkat kualitas hidup mereka selama menghabiskan sisa hidupnya (Stetz, 1998). Pengalaman lapangan menunjukkan banyak klien mengeluh dan mengemukakan harapan yang ingin didapatkan selama klien diberikan pelayanan. Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan model intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup klien pengidap kanker.

Pengumpulan data dilaksanakan melalui dua pendekatan yaitu kuantitatif dan kualitatif. Pada penerbitan ini, hasil penelitian ditampilkan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan tiga kuesioner untuk mengidentifikasi profil demografik klien dan pengasuh, tingkat kualitas hidup klien pengidap kanker yang menerima pelayanan hospis, serta faktor yang mempengaruhi kualitas hidup klien. Melalui data ini, dikembangkan suatu model intervensi keperawatan. Responden yang telah berpartisipasi pada penelitian ini adalah 66 orang klien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, 63.7% responden didiagnosis sebagai kanker payudara dan kanker ginekologik. Sedangkan responden yang berada pada stadium III dan IV sebanyak 72.8%. Mayoritas (77.3%) responden menyatakan bahwa faktor yang sangat mempengaruhi kualitas hidup klien adalah keberadaan keluarga di samping klien. Pada uji *pearson chi-square*, variabel jenis kanker, stadium kanker, dan pekerjaan menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup ($p=0.04$; $p = 0.013$; $p = 0.018$ dengan $\alpha = 0.05$). Hasil uji regresi logistik ditemukan pekerjaan dan stadium penyakit telah berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup ($p = 0.025$ dan $p = 0.021$, $\alpha = 0.05$).

Kesimpulan dari penelitian, dukungan dan keberadaan keluarga sangat diperlukan oleh seseorang pengidap kanker dalam menjalani sisa-sisa hidupnya. Implikasi riset ditunjukkan untuk upaya meningkatkan kualitas hidup klien kanker dilihat dari aspek pemberdayaan klien, keluarga, tim kesehatan, dan fasilitas untuk mempertahankan kegiatan harian klien selama periode terminal penyakitnya.

Kata kunci: kualitas hidup, hospis, *homecare*.

Abstract

Quality of life is an important issue among clients with cancer who had succeeded to control their illness and extend their life trajectory (Ersek, Ferrel, Dow, & Melancon, 1997). However, not so many people concern with their quality of life during their terminal period (Stetz, 1998). Field experience showed many patients complain and express what they want to expect from the service provided. The purpose of the study was to develop a nursing intervention model that can improve the quality of life of the clients with cancer. Two approaches was utilized in collecting data includes quantitative and qualitative research methodes, but on this publication only the result of quantitative research which will be presented.

Three questionnaires were used in quantitative approach to identify the demographic profile of the clients and their caregiver, to identify the level of quality of life of the clients receiving hospice/ home care service, and factors that influenced the quality of life. Through this data, the development of nursing intervention model was developed.

The finding showed that 63.7% of respondents were diagnosed with breast and gynecologic cancers. The respondent who had advance cancer (stages III and IV) were 72.8%. Seventy seven point three percent of respondents stated that the most influencing factor to quality of life was the presence of their family. A pearson chi-square test showed significant relationships between the type of cancer, stages, job of the clients and quality of life ($p = 0.04$, 0.013 , 0.018 respectively with $\alpha = 0.015$). A logistic regression test demonstrated that job of the clients and stadium of illness had significant relationships with quality of life of clients ($p = 0.025$ & 0.02 , $\alpha = 0.05$). The conclusion of this study was the presence and supports of family were two important factors needed by clients with cancer. The nursing implication has directed to the efforts improving the quality of the life of client daily activities during their terminal period.

Key words: quality of life, hospice, *homecare*.

LATAR BELAKANG

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang kesehatan telah menjadikan penyakit kanker tidak lagi merupakan penyakit fatal apabila terlambat diobati namun telah dianggap tergolong penyakit kronis yang memiliki potensi untuk mengubah pola kehidupan para pengidapnya. Dengan perkembangan ini terjadi penurunan angka kematian yang merupakan hasil dari keberhasilan terapi kanker sehingga dapat memperpanjang hidup klien. Namun demikian, keefektifan terapi ini hanya diukur dari hasil keluaran secara fisik seperti sembuh dari penyakit, kematian, angka kesakitan, dan angka kekambuhan. Oleh karena itu, pada dua dekade terakhir, tim kesehatan telah menyadari bahwa keberhasilan terapi harus dinilai juga dari pengalaman klien baik secara kualitatif maupun kuantitatif (King, et al, 1997).

Penurunan angka kematian akibat penyakit kanker dan sifat kronik dari penyakit ini telah menimbulkan kecenderungan banyak klien tidak dirawat di rumah sakit melainkan pada pelayanan hospis atau *homecare*. Perawatan hospis dan *home care* diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya. Para klien pengidap kanker yang dirawat di hospis atau *homecare* masih tetap menjadi populasi berisiko dimana kebutuhan akan kesehatannya memerlukan perhatian jangka panjang (Ferrel & Dow, 1997). Ironisnya, tidak banyak yang peduli dengan tingkat kualitas hidup mereka yang menghabiskan sisa hidupnya di hospis atau *homecare* ini (Stetz, 1998).

Kualitas hidup merupakan masalah yang penting dalam pengalaman para pengidap penyakit kanker yang telah berhasil mengendalikan penyakitnya dan memperpanjang masa hidup yang harus dilaluinya (Ersek, Ferrel, Dow, & Melancon, 1997). Masalah kualitas hidup bagi klien dengan penyakit kanker meliputi efek fisiologis, masalah keluarga dan sosial, pekerjaan atau aktifitas harian serta distress spiritual (Dow, Ferrel, Haberman, & Eaton, 1999). Kualitas hidup juga dilihat dari berbagai aspek dalam tujuh kategori yaitu gejala fisik seperti nyeri; kemampuan fungsional seperti aktifitas; kesejahteraan keluarga; kesejahteraan emosi; kepuasan akan terapi meliputi

masalah finansial; seksualitas dan keintiman termasuk citra tubuh; dan fungsi sosial (Cella, 1998).

Perawatan klien yang dilaksanakan di rumah atau *homecare* adalah pelayanan kesehatan kepada klien pengidap kanker yang pada umumnya bersifat paliatif dan berfokus pada kesejahteraan klien. Pendekatan holistik merupakan aspek yang paling penting dalam pelayanan ini dimana tiga komponen individual yang terdiri dari tubuh, jiwa, dan semangat hidup saling mendukung. Oleh karena itu, jika salah satu komponen tubuh terganggu maka akan terjadi ketidak harmonisan pada dua komponen yang lain.

Asuhan fisik adalah pelayanan yang diberikan untuk mempertahankan kesejahteraan fisik. Rasa nyeri, status cairan dan nutrisi merupakan dimensi penting dalam asuhan fisik dimana klien pengidap kanker sering mengalami gejala kaheksia, dan serostomia sebagai akibat ketidak seimbangan status cairan dan nutrisi (Brant, 1998). Asuhan psikososial termasuk pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan dan komunikasi dengan keluarga. Selain itu, terjadinya depresi sebagai manifestasi ketidak seimbangan psikososial termasuk dalam asuhan psikososial.

Perawatan di hospis atau *homecare* bertujuan untuk mempertahankan konsep paripurna dan individualistik meliputi perawatan fisiologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual. Jenis pelayanan ini diharapkan dapat mempertahankan pola hidup klien sebelumnya sehingga dapat mempertahankan kondisi kualitas hidup klien sesuai dengan harapannya (McMillan & Weitzner, 2000). Pengukuran kualitas hidup sangat tergantung pada penelitinya, namun pada umumnya, kualitas hidup diukur berdasarkan kepuasan klien terhadap domain kehidupan meliputi fisik, fungsional, sosial, spiritual, psikologis, dan ekonomi (Cohen et al, 1997).

Di Indonesia, perawatan hospis atau *homecare* merupakan hal yang baru bagi klien pengidap kanker. Di Jakarta khususnya, pelayanan hospis telah diberikan pada klien pengidap kanker yang sedang menghadapi fase terminal namun masih menjadi suatu pengalaman yang jauh dari harapan klien itu sendiri. Hal ini terlihat pada kenyataan dimana klien mengeluh minimnya upaya untuk memenuhi harapan mereka.

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model intervensi keperawatan yang dapat diberikan di rumah sakit, hospis atau *homecare* yang berorientasi pada kebutuhan dan harapan klien melalui pencarian makna penyakit bagi klien pengidap kanker. Pengembangan model perawatan ini dilakukan dengan mengukur kualitas hidup, adaptasi, penyesuaian, atau perubahan kehidupan sebagai hasil atau keluaran dari aspek psikososial (Zebrack, 2000).

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif eksploratif secara kuantitatif maupun kualitatif untuk mengembangkan model intervensi keperawatan pada pelayanan hospis yang dapat memenuhi harapan klien pengidap kanker. Responden yang berpartisipasi berjumlah 66 orang dan dari jumlah ini, yang memenuhi syarat inklusif dalam penelitian ini sebanyak 64 responden dan telah dilibatkan dalam analisis kuantitatif. Responden diperoleh dengan cara mendatangi klien yang sedang berobat jalan dan rawat inap di rumahsakit Kanker Dharmais dan RSUPN Cipto Mangunkusumo serta mendatangi rumah klien untuk partisipan kualitatif.

Pada riset kuantitatif, responden yang berpartisipasi dibantu perawat pengumpul data, diminta untuk mengisi 4 macam kuesioner meliputi data demografik, data tentang 4 aspek utama kapasitas fungsional yang menetapkan tingkat kualitas hidup klien yang ada saat ini. Aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Disamping itu, data tentang keberadaan keluarga, lingkungan, ketersediaan dana dan status psikologis yang mempengaruhi kualitas hidup klien pengidap kanker, serta harapan klien pengidap kanker tentang pelayanan hospis yang diinginkannya.

Data pada pendekatan kuantitatif dianalisis secara univariat untuk melihat distribusi dan persentase profil demografik, komponen kualitas hidup, faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan harapan tentang pelayanan hospis. Pada uji bivariat, dianalisis hubungan antara komponen kualitas hidup, faktor yang berpengaruh dengan harapan klien pengidap kanker tentang pelayanan

hospis menggunakan uji *chi square (pearson)*. Hasil analisis lanjutan diperoleh faktor yang signifikan dan yang paling berhubungan kualitas hidup klien pengidap kanker melalui regresi logistik.

HASIL

Hasil penelitian ini diuraikan mulai dengan data demografik responden, mengidentifikasi faktor yang berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup klien dan harapan klien selama mendapatkan asuhan keperawatan hospis atau *homecare*. Pada data demografik (n=66), menunjukkan jumlah responden terbanyak berada pada usia produktif (68.2%). Lebih dari separuh responden (53%) memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar, sedangkan responden yang memiliki pendidikan tinggi hanya 15.2%. Pekerjaan responden terbanyak adalah ibu rumah tangga, bertani, dan tidak bekerja (72.7%). Sedangkan distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik penyakit (n = 66), menunjukkan jumlah responden terbanyak mengidap penyakit kanker kelompok ginekologik (47.0%), stadium penyakit lanjut (III dan IV) sebanyak 72.8%, dan umumnya mendapatkan radioterapi.

Berikut ini ditampilkan tabel-tabel hasil analisis penelitian:

Tabel 1.
Distribusi frekuensi responden berdasarkan kapasitas fungsional (n = 66)

Kapasitas Fungsional		Frekuensi	%
Fisiologis	Tinggi	28	42.4
	Rendah	36	54.5
	Data hilang	2	3.0
Psikologis	Tinggi	32	48.5
	Rendah	32	48.5
	Data hilang	2	3.0
Sosial	Tinggi	28	42.2
	Rendah	36	54.5
	Data hilang	2	3.0
Spiritual	Tinggi	31	47.0
	Rendah	33	50.0
	Data hilang	2	3.0

Tabel 1 memperlihatkan persentase kapasitas fungsional responden baik secara fisiologis, psikologis, sosial, maupun spiritual masih di bawah 50%.

Tabel 2.
Distribusi frekuensi responden berdasarkan faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup (n = 64).

Pengaruh	Frekuensi	%
Keberadaan keluarga	51	77.3
Lingkungan	6	9.1
Ketersediaan dana	5	7.6
Status psikologis	2	3.0
Data hilang	2	3.0

Tabel 2 menunjukkan 77.3% dari responden menyatakan faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup adalah keberadaan keluarga.

Tabel 3.
Distribusi frekuensi responden berdasarkan harapan terhadap pelayanan kesehatan (n = 66)

Harapan	Frekuensi	%
Tinggi	32	48.5
Rendah	32	48.5
Data hilang	2	3.0

Tabel 3 menunjukkan responden yang menyatakan harapan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan sama besarnya dengan yang menyatakan harapan yang rendah.

Pada analisis selanjutnya dapat dilihat tabulasi silang antar variabel. Distribusi frekuensi faktor yang berpengaruh dan kualitas hidup (n = 64), menunjukkan 26 dari 51 responden (51%) menyatakan kualitas hidupnya tinggi dipengaruhi oleh faktor keberadaan keluarga. Distribusi frekuensi jenis kanker dan kualitas hidup (n = 64) menunjukkan 19 dari 31 responden (61.3%) yang didiagnosis kanker ginekologik menyatakan kualitas hidup tinggi. Sedangkan distribusi frekuensi stadium kanker dan kualitas hidup (n = 64) menunjukkan 16 dari 30 responden (53.3%) yang didiagnosis kanker stadium III menyatakan kualitas hidup tinggi.

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik dan memasukan semua variabel yang memiliki $p < 0.25$ secara bertahap yang pada akhirnya menghasilkan variabel yang paling berhubungan seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 4.
Regresi logistik tahap akhir

	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	95.0% CI-ExpB	
							Lower	Upper
Pekerj.	-.651	.290	5.051	1	.025	.521	.295	.902
Stadium	-.828	.359	5.309	1	.021	.437	.216	.884
Constant	4.681	1.618	8.370	1	.004	107.826		

Tabel 4 menunjukkan pekerjaan responden dan stadium penyakit merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup klien pengidap kanker.

PEMBAHASAN

Kualitas hidup merupakan konsep yang telah menarik perhatian para profesional pada beberapa tahun terakhir ini, namun belum ada kesepakatan tentang definisi yang baku dan pengukuran yang standar (King et al, 1997). Pada penelitian ini pendekatan yang ditempuh dalam pengumpulan data merupakan kombinasi pendekatan antara kuantitatif dan kualitatif. Tujuannya adalah untuk memverifikasi data yang signifikan pada analisis kuantitatif melalui wawancara langsung dengan partisipan (informan), sehingga konsep yang diperoleh akan dapat dipertahankan keakuratannya.

Hasil analisis distribusi frekuensi tentang karakteristik profil demografik telah menunjukkan bahwa tingkat pendidikan baik pada klien kanker maupun pengasuh bervariasi dari mulai pendidikan dasar sampai ke perguruan tinggi. Demikian pula tingkat usia, dan status pekerjaan, telah menunjukkan distribusi yang bervariasi. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit kanker, sesuai dengan penyebabnya yang belum dapat diketahui secara pasti, dapat menyerang siapapun tanpa membedakan tingkat pendidikan, usia, maupun status pekerjaan. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh

Dow, Ferrel, Haberman, & Eaton (1999) yang telah menemukan variasi distribusi profil responden.

Karakteristik penyakit yang ditemukan pada penelitian ini didominasi oleh kasus ginekologik (47%), berada pada stadium III (45,5%), dan mendapat terapi radiologik sebanyak 11-30 kali (56,1%). Karakteristik ini menunjukkan kondisi penyakit klien telah berada pada tahap lanjut dan memerlukan terapi secara intensif. Banyak klien pengidap kanker sering mengalami penurunan kualitas hidup yang dicerminkan dalam kapasitas fungsional. Demikian pula yang ditemui pada penelitian ini yaitu lebih dari 48% responden masih mengalami penurunan fungsi fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Hasil ini sesuai dengan penelitian McMillan & Weitzner (2000) yang menemukan kesejahteraan fungsional memiliki tingkatan terendah dikalangan klien pengidap kanker di hospis. Demikian pula, penelitian ini menunjukkan keberadaan keluarga merupakan faktor yang amat berpengaruh terhadap kualitas hidup (77%). Hal ini sesuai dengan penemuan McMillan & Weitzner (2000) yang menjelaskan bahwa lebih dari separuh klien pengidap kanker menyatakan dukungan keluarga sangat penting. Penemuan ini sangat sesuai dengan karakteristik situasi psikologis klien pengidap kanker yaitu mereka sering menemukan dirinya kesepian, merasakan ketidakpastian, dan depresi (Zebrack, 2000).

Klien pengidap kanker pada umumnya menaruh harapan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya dan akan memberikan dampak positif terhadap penyakitnya. Namun, pada penelitian ini ditemukan jumlah klien yang menaruh harapan tinggi sama besarnya dengan jumlah klien yang menyatakan memiliki harapan yang rendah terhadap pelayanan yang diterimanya. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi penyakit yang diidap klien tidak memiliki kepastian akan hasil pelayanan yang diterimanya. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil riset temuan John (2001) yang menjelaskan klien penerima terapi radiologik yang bersifat kuratif memiliki harapan tinggi terhadap dampak pelayanan yang diterimanya.

Pada penelitian ini menunjukkan klien yang mengatakan keberadaan keluarga sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya memiliki harapan terhadap pelayanan yang tinggi, sedikit lebih rendah dari pada klien yang memiliki harapan pelayanan yang rendah (49%:51%). Hasil ini menunjukkan harapan pelayanan tidak dapat mempertimbangkan keberadaan keluarga sebagai aspek yang mempengaruhi harapan terhadap pelayanan.

Hasil uji regresi logistik menunjukkan pekerjaan mempengaruhi kualitas hidup disamping faktor stadium penyakit. Hasil ini menunjukkan bahwa klien kanker yang memiliki pekerjaan masih mempersepsikan kehidupannya berkualitas. Demikian pula faktor stadium penyakit. Pada stadium yang lebih rendah diasumsikan masih dapat melakukan berbagai kegiatan dalam kehidupan dan masih lebih baik dibandingkan dengan stadium yang lebih tinggi. Stadium yang lebih tinggi memiliki kemampuan yang lebih rendah untuk melakukan kegiatan hariannya.

KESIMPULAN

Pada penelitian ini, hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa persentase kapasitas fungsional responden baik secara fisiologis, psikologis, sosial, maupun spiritual masih rendah yaitu dibawah 50%. Dukungan dan keberadaan keluarga memegang peranan penting dan sangat diperlukan oleh seseorang pengidap kanker dalam menjalani sisa-sisa hidupnya. Klien pengidap kanker menyatakan harapan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan sama besarnya dengan yang menyatakan harapan yang rendah. Harapan klien terhadap model asuhan dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien pengidap kanker adalah hospis atau *homecare*.

Melihat hasil analisis penelitian ini, disarankan perlu adanya kebijakan pelayanan dari pusat tentang pengembangan konsep pelayanan hospis atau *homecare* khususnya yang terkait dengan intervensi keperawatan. Hal ini karena kecenderungan sifat pelayanan di rumah sakit pada saat ini dan ke masa depan akan lebih bermakna perannya dalam penanganan penyakit yang bersifat akut, emergensi,

dan kegawat darurat. Sedangkan bagi mereka yang telah didiagnosis dengan penyakit kronis maupun terminal lebih memerlukan kebijakan pelayanan yang bersifat individual yang berfokus pada upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup klien baik di tatanan pelayanan maupun di rumah. Dengan demikian sifat pelayanan berkelanjutan sejak di rumah sakit sampai ke rumah dan komunitas dapat dipertahankan. (TG)

-
- * Murtiwi, SKp., MS : Staf Pengajar Kelompok Keilmuan Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar
- ** Prof. Dra. Elly Nurachmah SKp., MApp., Sc., DNSc., RN : Staf Pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Medikal Bedah
- *** Tuti Nuraini, SKp. : Staf Pengajar Kelompok Keilmuan Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar
-

KEPUSTAKAAN

- Brant, J. M. (1998). The art of palliative care: Living with hope, dying with dignity. *Oncology Nursing Forum*, 25 (6), 995-1004).
- Cella, D. (1998). Quality of life. Dalam Holland, J. C. (Ed). *Psycho-oncology*, p. 1135-1146. New York: Oxford University Press.
- Dow, K. H., Ferrel, B. R., Haberman, M. R., & Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 26 (3), 519-528.
- Duggleby, W. (2000). Enduring suffering: a grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27 (5), 825-831.
- Ersek, M., & Ferrel, B. R. (1994). Providing relief from cancer pain by assisting in the search for meaning. *Journal of Palliative Care*, 10 (4), 15-22.
- Ersek, M., Ferrel, B., Dow, K. H., Melancon, C. (1997). An exploration of the quality of life of women with ovarian cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 334-350.
- Ferrel, B. R., & Dow, K. H. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology*, 11, 565-571.
- King, C.R., Haberman, M., Berry, D. L., Bush, N., Butler, L., Dow, K. H., Ferrel, B., Grant, M., Gue, D., Hinds, P., Kreuer, J., Padilla, G., & Underwood, S. (1997). Quality of life and the cancer experience: The state - of-the-knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 24 (1), 27-41.
- McMillan, S. C., & Weitzner, M. (2000). How problematic are various aspects of quality of life in patients with cancer at the end of life? *Oncology Nursing Forum*, 27 (5), 817- 823.
- Stetz, K. (1998). Quality of life in families experiencing cancer. Dalam King, C. R., & Hinds, P. S. (Eds). *Quality of life: From nursing and patients perspectives* (p. 157-175). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Zebrack, B. (2000). Cancer survivors and quality of life: A critical review of the literature. *Oncology Nursing Forum*, 27 (9), 1395-1401).