

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (2013) menyatakan bahwa kanker merupakan penyakit tidak menular dan penyebab kematian tertinggi nomor dua di dunia setelah penyakit kardiovaskuler dengan angka kejadian 13% dan diperkirakan pada tahun 2030 insidens kanker dapat mencapai 26 juta orang dan 17 juta diantaranya meninggal akibat kanker (Kemenkes, 2015). Menurut *American Cancer Society* (2016) di Amerika insidens penyakit kanker sekitar 1.685.210 kasus baru yang didiagnosa kanker pada tahun 2016 dan sekitar 595.690 orang meninggal karena kanker serta sekitar 1.630 orang meninggal setiap harinya karena kanker (*American Cancer Society*, 2016). Di Indonesia prevalensi kanker sekitar 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 333.000 orang (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Kanker merupakan penyebab kematian nomor 7 di Indonesia. Penderita kanker tertinggi di Indonesia adalah

kanker payudara dan kanker serviks, hal ini disebabkan karena hampir 70% dari penderita ditemukan dalam keadaan stadium lanjut (Kemenkes, 2015). Berdasarkan data hasil pendahuluan yang dilakukan di RSUD Provinsi NTB menurut data hasil Rekam Medis RSUD Provinsi NTB menyatakan bahwa jumlah kunjungan pasien kanker di RSUD Provinsi NTB pada bulan Januari sampai Desember tahun 2016 sebanyak 728 orang (Data Rekam Medis RSUD Provinsi NTB, 2016).

Diagnosis kanker dan pengobatannya dapat menyebabkan berbagai masalah seperti masalah fisik, psikologis, sosial maupun spiritual. Masalah fisik yang terjadi pada penderita akan mengalami nyeri, insomnia dan kelelahan yang terus-menerus (Ancoli-israel *et al.*, 2015). Kondisi ini akan menyebabkan timbulnya berbagai masalah psikologis seperti perasaan bersalah, kesepian, cemas, stres dan depresi (Maass *et al.*, 2015). Masalah spiritual yang dialami pasien kanker seperti marah kepada Tuhan, merasa ditinggalkan oleh Tuhan, merasa do'a tidak pernah dikabulkan dan menjauh dari Tuhan (Gall & Bilodeau, 2017). Distres spiritual juga terjadi

pada pasien dengan stoma pascakolostomi yang mengalami distres pada keyakinan agama yang dianut, yakni munculnya perasaan tidak suci untuk menghadap Tuhan (Rangki *et al.*, 2014).

Masalah spiritual lainnya yang sering dialami pasien kanker seperti tidak menerima dan selalu menyangkal penyakit yang dialaminya, takut akan mendekati kematian dan marah kepada Tuhan (Caldeira *et al.*, 2017). Diagnosis kanker dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang, hal ini sering dikaitkan dengan penyakit kanker yang mengancam kehidupan dan menyebabkan penderitanya mempertanyakan makna dan tujuan hidup mereka (Schreiber & Edward, 2015). Kondisi ini akan menyebabkan individu mengalami distres spiritual, hal ini dapat disebabkan karena kebutuhan spiritualitas yang tidak terpenuhi dan perawatan spiritual yang tidak memadai sehingga dapat menyebabkan masalah pada kesehatan spiritual (Oh & Kim, 2014).

Distres spiritual pada pasien kanker disebabkan karena penanganan spiritual yang negatif sehingga dapat

mempengaruhi kesejahteraan spiritual (Gall & Bilodeau, 2017). Berdasarkan penelitian Hasnani, (2012) spiritualitas pada pasien kanker serviks di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta ditemukan spiritualitas kurang sebanyak 41 responden (55.4%) dan spiritualitas baik sebanyak 33 orang (44.6%). Spiritualitas yang rendah pada pasien kanker disebabkan karena klien merasa penyakit yang didapatkan sebagai hukuman Tuhan pada dirinya, menyalahkan Tuhan atas penyakitnya, marah kepada Tuhan, klien merasa ditinggalkan oleh Tuhan, klien tidak menjalankan kegiatan keagamaan seperti sholat dan berdo'a, klien merasa tidak ada gunanya berdo'a dan menjalankan perintah Allah SWT (Sudarmiati & Fithriana, 2013).

Spiritualitas yang rendah juga dapat menimbulkan gejala depresi pada pasien kanker (Stutzman & Abraham, 2017). Depresi pada pasien kanker dapat disebabkan oleh efek samping pengobatan kemoterapi seperti mual muntah, rambut rontok dan *hot flushes* (Rini *et al.*, 2013). Gejala depresi yang dialami pada pasien kanker seperti merasa putus asa, takut akan

kematian dan masa depan, tidak bisa menerima kenyataan dan mengalami syok (Lindberg *et al.*, 2015).

Dalam penelitiannya Rini *et al.*, (2013) menemukan bahwa dari 66 pasien kanker yang sudah mendapatkan terapi menyatakan bahwa 6,1% mengalami depresi ringan, 15,2% mengalami depresi sedang dan 78,8% mengalami depresi berat. Hasil penelitian ini sama dengan Suwistianisa & Ernawaty, (2015) yang menemukan bahwa dari 60 pasien dengan kanker payudara, kolon dan tiroid yang mengalami gejala depresi ringan 20 (33,3%), depresi sedang sebanyak 23 (38,3%), dan depresi berat sebanyak 17 (28,3%). Pada pasien dengan kanker stadium lanjut depresi akan meningkat sejalan dengan keparahan penyakitnya sehingga dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mengatasi beban penyakit, dapat menurunkan penerimaan pengobatan, memperpanjang waktu perawatan, meningkatkan resiko bunuh diri dan mengurangi kualitas hidup (Krebber *et al.*, 2014).

Kualitas hidup yang menurun pada pasien kanker dikaitkan dengan spiritualitas yang rendah (Jafari *et al.*, 2013).

Dalam penelitian Pradana, (2012) menemukan bahwa dari 85 pasien kanker yang di rawat di RSUP Sanglah Bali didapatkan bahwa kualitas hidup pada pasien kanker sebanyak 10 orang (11,8%) dengan kualitas hidup buruk 61 orang (71,8%) dengan kualitas hidup sedang dan 14 orang (16,5%) dengan kualitas hidup baik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Putri, (2017) menemukan bahwa kualitas hidup pada pasien kanker yang sudah menjalani terapi didapatkan nilai rata-rata kualitas hidup global dan kesehatan umum adalah 67,55. Pada domain fungsional ditemukan bahwa fungsi emosional memiliki nilai rata-rata tertinggi yaitu 83,60. Pada domain gejala menunjukkan bahwa gejala insomnia memiliki nilai rata-rata tertinggi yaitu 46,62. Penilaian kualitas hidup menjadi penting untuk mengatasi gejala kanker secara optimal dan dapat dijadikan sebagai informasi tambahan dalam mengevaluasi hasil dari pengobatan kanker.

Spiritualitas merupakan salah satu domain penting yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien dengan kanker

(Al-Natour *et al.*, 2017). Pada pasien kanker yang memiliki penanganan religius koping yang positif dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik, hal ini disebabkan karena individu memandang Tuhan sebagai sumber kekuatannya sedangkan penanganan religius koping yang negatif seperti perasaan ditinggalkan atau dihukum oleh Tuhan, mempertanyakan Tuhan dapat mempengaruhi kualitas hidup yang lebih buruk (Zamanian *et al.*, 2015). Spiritualitas dapat dijadikan sebagai salah satu bentuk mekanisme koping positif yang dapat digunakan pada pasien kanker untuk beradaptasi terhadap diagnosis dan pengobatan kanker (Khodaveirdyzadeh *et al.*, 2016). Spiritualitas juga dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan kualitas hidup dan menjadi strategi penanganan yang tepat pada pasien dengan kanker (Paiva *et al.*, 2013).

Ruland and Moore (1998) dalam Alligood (2014) mengenalkan teori *peaceful end of life* yang mudah diaplikasikan dalam keperawatan. Teori Ruland and Moore tentang *peaceful end of life* merupakan salah satu teori keperawatan yang berfokus pada pasien dengan kondisi

terminal dengan meningkatkan kualitas hidup yang fokus pada masalah keperawatan secara menyeluruh yang memberikan perawatan yang bersifat holistik kepada individu yang bertujuan untuk memberikan kehidupan yang tenang dan damai di akhir kehidupan khususnya pada pasien-pasien yang mengalami penyakit terminal seperti kanker, gagal jantung, gagal ginjal dan lain-lain.

Konsep utama teori Ruland and Moore antara lain pasien tidak mengalami nyeri, pasien mengalami kenyamanan, pasien merasa terhormat atau bermartabat dan dihargai, pasien merasakan kedamaian dan pasien merasakan kedekatan dengan orang-orang yang dicintai (Alligood, 2014). Pada pasien kanker yang memiliki spiritualitas yang negatif dapat menyebabkan individu mengalami distress spiritual yang dapat mempengaruhi kualitas hidup yang lebih rendah yang disebabkan karena depresi yang dialami pasien kanker sebagai akibat dari pengobatan kanker (Brunault *et al.*, 2016).

Kualitas hidup merupakan salah satu tujuan pengobatan yang sangat penting pada pasien kanker yang dapat memberikan

kekuatan untuk mengatasi berbagai gejala distress yang dialami pasien kanker selama pengobatan (Bayram *et al.*, 2014). Dukungan spiritualitas pada pasien kanker dapat diberikan oleh keluarga dan perawat dengan cara memotivasi dan membantu klien dalam menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan dan kepercayaan yang dimiliki, membicarakan masalah yang dialami klien untuk meningkatkan sumber kekuatan diri, mendengarkan klien dengan sikap yang ikhlas dan penuh perhatian ketika berbicara dengan klien serta mendatangkan ahli agama (Madadeta & Widyaningsih, 2016).

Dalam Al-Qur'an telah dijelaskan bahwa ketika seseorang mendapatkan masalah yang membuat hatinya tidak tenang dan menjadi tidak bersemangat dalam menjalani kehidupan maka bacalah surat Al-Ra'd

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

Artinya:

“Yaitu orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tentram”. (Q.S Al-Ra'd: 28).

Spiritualitas sebagai terapi doa dan dzikir dengan pernapasan yang teratur dapat mempengaruhi kerja otak terutama pada korteks otak sehingga dapat mempengaruhi emosional dan tingkah laku, berdzikir dengan pernapasan teratur dapat menstabilkan *korteks cereberi* dan mampu mempengaruhi gelombang otak dan getar-getar religi yang mampu menata motivasi, menghilangkan kesedihan, stres, gelisah dan depresi (Prayitno, 2015).

Spiritualitas menjadi sangat penting pada pasien kanker ketika individu mengalami situasi kritis oleh sebab itu percaya kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi dapat mengatasi masalah yang ditimbulkan oleh penyakit kanker (Bhatnagar *et al*, 2017). Spiritualitas yang baik dapat membuat individu menerima penyakit yang dialaminya, merasakan kedekatan dengan Tuhan dan tidak menyalahkan Tuhan tetapi menganggap sakit itu adalah anugerah dari Tuhan, memiliki rasa cinta dan nyaman dari dukungan sosial dapat memberi motivasi untuk sembuh dan kuat dalam menjalani hidup sehingga dapat menciptakan kesejahteraan yang dapat

menentukan kualitas hidup (Pratiwi, 2012). Hasil penelusuran literatur, penelitian terkait tingkat spiritualitas pada pasien dengan kanker di Indonesia sudah ada tetapi masih terbatas sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan tingkat spiritualitas dengan depresi dan kualitas hidup pada pasien dengan kanker di RSUD Provinsi NTB.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan tingkat spiritualitas terhadap depresi dan kualitas hidup pada pasien dengan kanker di RSUD Provinsi NTB?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat spiritualitas terhadap depresi dan kualitas hidup pada pasien kanker.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat spiritualitas pada pasien kanker
- b. Mengetahui tingkat depresi pada pasien kanker
- c. Mengetahui kualitas hidup pada pasien kanker

- d. Menganalisis hubungan tingkat spiritualitas terhadap depresi pada pasien kanker
- e. Menganalisis hubungan tingkat spiritualitas terhadap kualitas hidup pada pasien kanker
- f. Menganalisis hubungan spiritualitas terhadap depresi dan kualitas hidup pada pasien kanker
- g. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat spiritualitas pada pasien kanker

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah wawasan dan melengkapi konsep atau teori tentang tingkat spiritualitas, depresi dan kualitas hidup pada pasien kanker dalam ilmu keperawatan.

2. Manfaat Praktis

a. Pelayanan Keperawatan

Dapat menjadi suatu bahan masukan dan sumber informasi bagi tenaga kesehatan dalam meningkatkan kembali pemberian asuhan keperawatan kepada pasien kanker yang mengalami masalah spiritual dan depresi.

b. Pendidikan

Dapat menjadi suatu bahan masukan dan sumber informasi bagi ilmu keperawatan dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang tingkat spiritualitas, depresi dan kualitas hidup pada pasien kanker dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan perkembangan ilmu keperawatan.

c. Penelitian Selanjutnya

Dapat dijadikan masukan atau data dasar bagi penelitian selanjutnya yang terkait dengan spiritualitas pada pasien dengan kanker dengan menghubungkan variabel-variabel lainnya yang berhubungan dengan spiritualitas.

E. Keaslian Penelitian

1. Sudarmiati & Fithriana, (2013). Spiritualitas wanita dengan kanker serviks. Metodologi penelitian: desain studi kasus dengan teknik pengumpulan data menggunakan catatan keperawatan medis, observasi, wawancara, dan dilengkapi dengan kuesioner SpNQ. Hasil: kebutuhan spiritual

merupakan kebutuhan yang sangat penting terutama kebutuhan kedamaian, kebutuhan beragama, kebutuhan memberi dan kebutuhan spiritual yang paling dibutuhkan adalah berdo'a sedangkan masalah spiritual yang dialami pasien antara lain distres spiritual, koping tidak efektif, cemas dan keputusasaan. Persamaan: variabel independen yang digunakan sama-sama menggunakan variabel spiritualitas. Perbedaan: desain penelitian yang digunakan pada penelitian sebelumnya menggunakan studi kasus sedangkan penelitian sekarang menggunakan desain penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*.

2. Nuraeni *et al.*, (2015). Kebutuhan spiritual pada pasien kanker. Metodologi penelitian: desain penelitian menggunakan *deskriptif kuantitatif* dengan pendekatan *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *insidental sampling*. Hasil: kebutuhan spiritual yang paling dibutuhkan oleh responden adalah kebutuhan religi dalam bentuk berdo'a baik dengan orang lain atau dido'akan

dengan orang lain. Persamaan: variabel yang digunakan sama-sama menilai spiritualitas dan sama-sama menggunakan pendekatan *cross sectional*. Perbedaan: Desain penelitian dan teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian sebelumnya menggunakan *diskriptif kuantitatif* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *insidental sampling* sedangkan penelitian saat ini menggunakan desain *diskriptif analitik* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*.

3. Hasnani, (2012). Spiritualitas dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Serviks. Metodologi penelitian: Penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampling menggunakan *purposive sampling*. Hasil: terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dengan tingkat spiritualitas pada pasien kanker serviks. Persamaan: variabel yang digunakan sama-sama menilai spiritualitas dan kualitas hidup. Perbedaan: variabel penelitian yang digunakan sebelumnya pada pasien dengan kanker serviks sedangkan penelitian saat ini pada

pasien semua pasien kanker dengan metode observasional sedangkan metode penelitian ini menggunakan *deskriptif analitik*.

4. Khodaveirdyzadeh *et al.*, (2016). *Spiritual/ Religious Coping Strategies and their Relationship with Illness Adjustment among Iranian Breast Cancer Patients*. Metodologi penelitian: Penelitian *deskriptif korelasional* dengan teknik pengambilan sampling menggunakan *convenience sampling* yang dilakukan pada pasien kanker payudara sebanyak 266 responden. Hasil: Penanganan strategi koping spiritual/ agama positif dikaitkan dengan penyesuaian penyakit yang lebih baik, selain itu penanganan strategi koping spiritual/ agama berhubungan dengan strategi kognitif, perilaku dan emosional. Persamaan: Variabel yang digunakan sama-sama menilai spiritualitas. Perbedaan: metodologi penelitian yang digunakan pada penelitian sebelumnya menggunakan *deskriptif korelasional* dan teknik sampling menggunakan *convenience sampling* sedangkan penelitian saat ini

menggunakan metodologi penelitian dengan desain *deskriptif analitik* dengan teknik *total sampling*.

5. Ghahramanian *et al.*, (2016). *Spiritual Needs of Patients with Cancer Referred to Alinasab and Shahid Ghazi Tabatabaie Hospitals of Tabriz, Iran*. Metodologi penelitian: kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dengan menggunakan uji *chi square* dan uji *pearson*. Hasil: kebutuhan spiritual yang diinginkan pasien yang menderita kanker yaitu memikirkan Tuhan, percaya kepada Tuhan, melihat orang lain bahagia, mencoba untuk hidup di samping penyakit, didoakan oleh orang lain, dan kebutuhan akan kebaikan dan membantu orang lain.

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kebutuhan spiritual dengan pekerjaan dan jumlah anak, sedangkan hasil korelasi *pearson* menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara frekuensi rawat inap dan kebutuhan spiritual pasien. Persamaan: desain penelitian yang digunakan sama-sama menggunakan pendekatan *cross sectional* dan variabel yang

digunakan sama-sama untuk menilai spiritualitas. Perbedaan: tempat penelitian dilakukan pada penelitian sebelumnya dilakukan di luar negeri yaitu Iran sedangkan penelitian saat ini di Indonesia.

6. Endiyono & Herdiana, (2016). Hubungan dukungan spiritual dan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien kanker payudara di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Metodologi penelitian: *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampling menggunakan *incidental sampling* dengan analisa uji *chi-square*. Hasil: terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan spiritual dengan kualitas hidup pasien kanker payudara, dan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien kanker payudara.

Persamaan: variabel yang digunakan sama-sama tentang spiritualitas dan metodologi penelitian yang digunakan sama-sama menggunakan pendekatan *cross sectional*. Perbedaan: metodologi penelitian yang digunakan

dalam penelitian sebelumnya menggunakan *deskriptif korelasional* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *incidental sampling* sedangkan penelitian saat ini menggunakan desain *deskriptif analitik* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*.