

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Kemajuan pelayanan kesehatan saat ini tidak hanya berfokus pada mempersiapkan kelahiran seseorang ke dunia. Perawatan untuk menghadapi akhir hayat juga merupakan fokus bagi tenaga kesehatan. Setiap orang mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang layak, meninggal secara sejahtera dan mendapatkan pemenuhan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual. Namun pelayanan kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya melakukan pemenuhan kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan terutama pasien dengan penyakit stadium lanjut. Pada kasus-kasus pasien dengan penyakit stadium lanjut, tingkat kesembuhan pasien sangatlah kecil meskipun pengobatan medis telah dilakukan. Supari (2007 dalam Wulandari, 2012) mengemukakan bahwa peningkatan kesehatan disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, pasien dengan penyakit sulit disembuhkan seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, stroke, parkinson, gagal jantung, penyakit genetika dan HIV/AIDS juga memerlukan perawatan paliatif.

*World Health Organization* (WHO) dalam Damayanti (2008) memberikan definisi perawatan paliatif: “*The active total care of patient whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and psychological, social and spiritual problems, is*

*paramount. The goals of palliative care is achievement of best quality of life for patient and their families. Many aspect of palliative care are also applicable early in the course of the illness in conjunction with anticancer treatment.* (Perawatan yang aktif dan menyeluruh terhadap pasien-pasien yang penyakitnya tidak lagi memberikan tanggapan kepada pengobatan yang menyembuhkan. Kontrol dari rasa sakit, gejala-gejala lain, masalah-masalah psikologis, sosial dan spiritual merupakan hal yang terpenting. Tujuan dan perawatan paliatif adalah mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien-pasien dan keluarganya. Banyak aspek dari perawatan paliatif juga dapat diterapkan dalam rangkaian pengobatan penyakit anti kanker”).

Anita (2016), mengatakan bahwa perawatan paliatif berupaya meringankan penderitaan penderita yang sudah sakit parah dan tidak dapat disembuhkan seperti kanker stadium akhir, penderita penyakit motor neuron, penyakit degeneratif saraf dan penderita HIV/AIDS. Perawatan paliatif mengeksplorasi dukungan keluarga supaya bisa memberikan perhatian khusus kepada pasien dalam menghadapi akhir hayatnya. Fokus utama perawatan paliatif bukanlah penyakit utama karena hal tersebut tidak dapat disembuhkan namun pada pengendalian keluhan seperti rasa sakit, sesak nafas, mual dan kelemahan. Dengan begitu penderita terbebas dari penderitaan akibat keluhan dan bisa menjalani akhir hidupnya dengan nyaman. Perawatan paliatif diperlukan karena setiap orang berhak dirawat

dan mati secara bermartabat, menghilangkan nyeri: fisik, emosional, spiritual dan sosial adalah hak asasi manusia.

WHO menyatakan hanya 14% dari total 40 juta orang di dunia yang membutuhkan perawatan paliatif telah memperoleh perawatan tersebut. Sama halnya di Indonesia, masih banyak masyarakat yang belum mengetahui perawatan paliatif itu sangat penting dalam upaya peningkatan kualitas hidup penderita (Anita, 2016). Aselmahumka (2008 dalam Wulandari, 2012), mengatakan perawatan paliatif mulai muncul pada 19 Februari 1992. Sampai tahun 2010, unit pelayanan paliatif telah menyentuh 6 daerah yaitu Jawa Barat, DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali dan Sulawesi Selatan. Agustina, dkk (2014), mengatakan RSUP dr. Hasan Sadikin (RSHS) bekerja sama dengan Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran dalam pengembangan perawatan paliatif dalam konteks pelayanan, pendidikan serta penelitian dengan membuat unit pelayanan beserta tim pengembangan *palliative care*.

WHO pada tahun 2013 menyatakan kanker menjadi penyebab kematian nomor dua di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskuler. Diperkirakan tahun 2030 insiden kanker mencapai 26 juta orang dan 17 juta diantaranya meninggal. Di Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2013 prevalensi tumor/ kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 330.000 orang. Kanker merupakan penyebab kematian nomor 7 di Indonesia. Penderita kanker tertinggi di Indonesia adalah kanker payudara dan kanker leher rahim (Anita, 2016).

Pusat Data dan Informasi Kementerian RI Tahun 2015 menyebutkan prevalensi kanker di Indonesia pada semua umur di tahun 2013 sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang. Prevalensi tertinggi dimiliki oleh Provinsi DI Yogyakarta sebesar 4,1%. Berdasarkan estimasi jumlah penderita kanker terbanyak berada di Jawa Timur dan Jawa Tengah yaitu sekitar 68.638 dan 61.230 orang. Data GOBOCAN (IARC) tahun 2012 diketahui bahwa kanker payudara merupakan persentase kasus baru tertinggi yaitu sebesar 43,3% dan persentase kematian sebesar 12,9%. Persentase tertinggi kedua didapatkan data kanker paru-paru sebesar 13,6% dan persentase kematian sebesar 11,1%. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2014 dalam Cahyani, 2016), menyatakan bahwa pada tahun 2014 di Jawa Barat telah ditemukan 19.637 kasus kanker dibanding tahun 2012 sebanyak 13.277, terdiri dari kanker serviks 6.899 kasus (35,13%), kanker payudara 9.542 kasus (48,58%), kanker hati sebanyak 2.242 kasus (11,42%), dan kanker paru-paru sebanyak 954 kasus (4,86%).

WHO sejak tahun 2005 memprioritaskan kerjasama antara anggota untuk melakukan program pengendalian kanker dengan penyesuaian sosio-ekonomi sebagai upaya menurunkan persentase kematian, meningkatkan kualitas hidup penderita dan keluarganya, mengutamakan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif.

Penyakit kanker mendapatkan perhatian khusus dari WHO dengan mengeluarkan pernyataan untuk melakukan beberapa komponen pengendalian kanker yaitu: 1. Usaha pencegahan dengan mengontrol

tembakau, vaksinasi hepatitis-B, pencegahan transmisi HBV dan HVC melalui transmisi donor darah, dan pengaturan diet aktivitas fisik dan obesitas; 2. Skrining dan deteksi dini terhadap jenis kanker tergantung prevalensi di masyarakat; 3. Diagnosis dan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan setiap negara namun tidak mengesampingkan faktor keamanan dan efektivitas; 4. Perawatan paliatif yang mencukupi kebutuhan penderita dan keluarga; 5. Monitoring dan surveilans sebagai upaya untuk mengevaluasi dampak terhadap perubahan yang terjadi dan pengendalian yang sudah dilakukan; 6. Riset dan koordinasi program (Dwipoyono, 2009).

Pasien dengan penyakit terminal seperti kanker biasanya mengalami kesulitan untuk mempertahankan kontrol biologis dan fungsi sosialnya. Mereka mungkin menjadi semakin sering mengeluarkan air liur, ekspresi bentuk mukanya berubah, gemeteran dan lain sebagainya. Pasien-pasien dapat juga menjadi sering mengalami kesakitan, muntah-muntah, mengalami keterkejutan karena perubahan penampilan yang drastis disebabkan kerontokan rambut atau penurunan berat badan, dan stress karena pengobatan sehingga dapat mengalami ketidakmampuan untuk berkonsentrasi (Damayanti, 2008).

Penelitian terhadap 42 responden kanker serviks dengan kemoterapi menunjukkan adanya pengaruh negatif terhadap fisik dan psikologis. Gangguan psikologis yang muncul yaitu pasien sering merasa cemas dan khawatir (97%), timbul stress (85%), mudah marah (100%), tingkat

percaya diri menurun (31%) dan merasa menjadi beban keluarga (90%) (Ardika, 2015). Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Lutfa (2008) pada awal bulan Oktober 2007 dengan melakukan wawancara terhadap penderita kanker yang menjalani kemoterapi di ruang Cendana 1 RSUD Dr. Moewardi sebanyak 34 responden, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sebagian besar penderita rambutnya menjadi rontok, merasa mual dan muntah, 25% penderita merasakan perannya sangat berkurang. Penderita laki-laki merasa tidak mampu lagi menghidupi keluarga, dan tidak mampu berinteraksi dengan istri dan anak-anaknya (Anita, 2016).

Studi eksploratif terhadap pasien kanker stadium akhir yang dilakukan oleh Achmad Chusairi (2004, dalam Anggraeni, 2017), menjelaskan bahwa *health seeking behaviour* dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal penderita serta orang-orang di sekitarnya saling mempengaruhi dalam menentukan pendekatan atau cara pengobatannya. Pasien kanker stadium lanjut cenderung tidak begitu dominan dalam penentuan pengobatan, keluarga dan masyarakat sosial lainnya yang justru lebih berperan. Peran spiritual, sosial budaya, fasilitas waktu dan biaya pengobatan pun tidak dapat dikesampingkan dalam *health seeking behaviour*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum keseluruhan subjek penelitian mengupayakan pengobatan dengan cara pengobatan medis. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan terhadap pengobatan modern sangat tinggi. Hasil penelitian juga

menunjukkan terdapat 3 dari 5 subjek penelitian yang mengambil cara pengobatan non-medis disamping pengobatan medis.

Notoadmodjo (2010, dalam Anggraeni, 2017) juga menjelaskan bahwa faktor-faktor *health seeking behaviour* keluarga dipengaruhi kepercayaan dan kepuasan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat 3 faktor utama yang sangat mempengaruhi perilaku tersebut yang dirangkum dalam akronim PRECED: *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnoses and Evaluation*. Faktor *Predisposing* berupa pengetahuan dan sikap yang muncul berdasarkan pengalaman yang didapat keluarga atau orang lain yang menjadi sebuah keyakinan. Faktor *Enabling* berupa sumber daya yang mempengaruhi proses pengobatan seperti ketersediaan pelayanan kesehatan, biaya pengobatan, waktu pengobatan dan alat transportasi pendukung. Sedangkan faktor *Reinforcing Causes in Educational Diagnoses and Evaluation* merujuk kepada pengulangan sikap keluarga yang persisten.

Kebijakan pengendalian penyakit kanker di Indonesia diperkuat dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker. Kebijakan operasional yang dikeluarkan antara lain: (1) Pengendalian kanker didasari pada partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masing masing daerah (*local area spesific*) dengan mengoptimalkan kemampuan daerah;

(2) Pengendalian kanker dilaksanakan melalui pengembangan kemitraan dan jejaring kerja secara multi-disiplin, lintas program dan lintas sektor; (3) Pengendalian penyakit kanker dilaksanakan secara terpadu, baik untuk pencegahan primer, sekunder maupun tersier; (4) Pengendalian penyakit kanker dikelola secara profesional, berkualitas, merata dan terjangkau oleh masyarakat melalui penguatan seluruh sumber daya; (5) Penguatan penyelenggaraan surveilans faktor risiko dan registri penyakit kanker sebagai bahan informasi bagi pengambilan kebijakan dan pelaksanaan program; (6) Pelaksanaan kegiatan penyakit kanker harus dilakukan secara efektif dan efisien melalui pengawasan yang terus ditingkatkan intensitas dan kualitasnya melalui pemantapan sistem dan prosedur pengawasan. Pelaksanaan pengawasan tersebut dilaksanakan secara komprehensif dan berbasis kinerja.

Kemenkes (2013), menjelaskan prinsip pelayanan paliatif pasien kanker: 1) Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain, 2) Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal, 3) Tidak bertujuan mempercepat atau menunda kematian, 4) Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual, 5) Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, 6) Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, 7) Kolaborasi tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya, 8) Menghindari tindakan sia-sia.

Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya didapatkan data bulan Januari

sampai Maret 2017 terdapat sebanyak 72 kasus kanker dengan jumlah kasus terbanyak yaitu kanker payudara sebanyak 42 kasus (58,3%). Data bulan Januari sampai Maret 2017 terdapat 170 kunjungan pasien yang melakukan kemoterapi dengan rentang waktu siklus kemoterapi yang berbeda. Perawat kemoterapi mengatakan bahwa pasien dengan kanker stadium lanjut tidak bisa ditentukan dengan kasat mata saja karena harus diketahui terlebih dahulu hasil tes patologi anatomi namun pasien dengan kanker yang menolak tindakan kemoterapi mempunyai kemungkinan yang besar kanker yang ia derita menjadi stadium lanjut dengan cepat. Pasien kanker yang sedang mengupayakan proses pengobatan menuturkan bahwa ia mengupayakan pengobatannya ke berbagai tempat termasuk terapi obat tradisional, pengobatan alternatif dan pengobatan medis (kemoterapi). Pasien dan keluarga merasa pasrah terhadap kondisinya dan akan terus mengupayakan pengobatan selama pasien dan keluarga mampu untuk melakukan upaya pengobatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal seperti kanker dan HIV/AIDS dengan harapan pasien dapat mempertahankan kualitas hidup yang terbaik sampai akhir hayatnya. Terdapat 72 kasus kanker di Rumah Sakit SMC Kabupaten Tasikmalaya hanya dalam periode bulan Januari sampai Maret 2017. Dari jumlah pasien tersebut terdapat 170 kunjungan kemoterapi dengan siklus

yang berbeda. Persepsi pasien dan keluarga terhadap penyakit kanker mempengaruhi aspek internal dan eksternal perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*) dalam mencapai kesembuhannya. Dari uraian diatas penulis tertarik untuk meneliti bagaimana *health seeking behaviour* pada pasien kanker payudara stadium lanjut di Kabupaten Tasikmalaya?

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Mengeksplorasi lebih dalam tentang *health seeking behaviour* pada pasien kanker payudara stadium lanjut di Kabupaten Tasikmalaya.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya pengetahuan pasien tentang kanker payudara.
- b. Diketuainya gejala awal kanker payudara sebelum terdiagnosis.
- c. Diketuainya *palliative performance scale* pasien dengan kanker payudara.
- d. Diketuainya awal upaya pengobatan yang dilakukan.
- e. Diketuainya fasilitas pengobatan kanker payudara.
- f. Diketuainya pertimbangan dalam melakukan pengobatan.
- g. Diketuainya keterlibatan pasien dalam musyawarah keluarga untuk menentukan pengobatan.
- h. Diketuainya harapan pasien tentang kondisi penyakit
- i. Diketuainya keberlangsungan proses pengobatan medis.

#### D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Sebagai sarana aplikasi dalam menerapkan teori yang telah diperoleh selama perkuliahan, menambah pengetahuan dan wawasan khususnya pengetahuan *health seeking behaviour* pada pasien kanker payudara stadium lanjut.

2. Bagi FIKes Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam rangka membangun ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, serta diharapkan dapat menjadi masukan bahan perbandingan dan dasar pemikiran dalam penelitian selanjutnya.

3. Bagi Profesi Perawat

Diharapkan dapat menambah informasi dan tolak ukur bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan ilmu keperawatan yang berkompeten, khususnya mengenai keterampilan perawatan paliatif pada pasien kanker.

4. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan dapat menjadi acuan sebagai bahan kajian kesehatan pada pasien kanker payudara stadium lanjut di Kabupaten Tasikmalaya.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan informasi dan masukan bagi peneliti selanjutnya sebagai data awal untuk melakukan penelitian khususnya mengenai peningkatan kualitas hidup pasien kanker stadium lanjut.