

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit kanker merupakan salah satu penyakit yang harus diberikan pengobatan secara oral maupun sistemik. Obat-obatan ini mengandung sitotoksik yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan fisik. Gangguan fisik yang dialami oleh pasien kanker dapat menyebabkan pasien mengalami gangguan tidur. Menurut Linawati, Benita, Barus, & Halim (2014), perubahan kualitas tidur terjadi sekitar 33-50%, pada perubahan tersebut terjadi karena sakit fisik akibat kanker, nyeri, dan efek samping dari pengobatan kanker. Gangguan tidur menyebabkan penderita tidak mendapatkan istirahat yang cukup dan perubahan pola tidur ini juga dapat menyebabkan kelelahan (*American Cancer Society, 2016*). Menurut Effendy (2015), menyebutkan bahwa mayoritas pasien kanker mengalami kelelahan. Kelelahan menyebabkan gangguan yang signifikan bagi individu dalam kemampuan untuk menyelesaikan berbagai kegiatan kehidupan sehari-hari (Ryan, *et al.*, 2007). Hal ini jika berlangsung lama maka dapat menyebabkan terjadinya penurunan atau pengaruh pada kualitas hidup seseorang (*American Cancer Society, 2016*).

Berdasarkan hasil Balitbang (2018), prevalensi penyakit kanker yang paling tertinggi adalah di Yogyakarta (4,9‰), sedangkan prevalensi terendah terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Barat (0,9‰). Kanker meningkat seiring bertambahnya usia dan dapat menyerang semua umur. Prevalensi penyakit kanker tertinggi berada pada kelompok usia 55-64 tahun yaitu (4,62‰), prevalensi terendah pada anak kelompok usia <1 tahun, 1-4 tahun sebesar (0,08‰).

Peningkatan prevalensi yang cukup tinggi pada kelompok umur 35-44 tahun sebesar (2,58‰), 45-54 tahun sebesar (4,03‰), 65-74 tahun sebesar (3,52‰) dan usia 75 keatas berkisar (3,84‰). Prevalensi berdasarkan jenis kelamin paling tertinggi pada perempuan sebesar (2,9‰) dan diikuti laki-laki sebesar (0,7‰). Kanker merupakan penyebab kematian kedua terbanyak di Amerika Serikat, dengan kanker paling banyak terjadi pada laki-laki dan lansia yang berusia lebih dari 65 tahun. Insidensi kanker juga lebih tinggi di negara-negara dan sektor-sektor industri (Smeltzer, 2013). Berdasarkan hasil survei awal yang telah dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Kedungdoro pada bulan Februari 2019, didapatkan data bahwa jumlah pasien kanker yang menjalani terapi modalitas sebanyak 49 orang. Kemudian berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti secara *door to door* kepada 6 orang responden, didapatkan data bahwa 3 orang (50%) mengalami gangguan tidur dan mengalami kelelahan akibat pengobatan kanker dan penyakitnya. Dan 2 orang (33%) mengatakan mengalami gangguan tidur, tetapi tidak mengalami kelelahan.

Kanker adalah suatu proses penyakit yang awalnya dimulai ketika sel abnormal diubah oleh mutasi genetik DNA seluler. Sel kanker menyebar dari suatu organ atau bagian tubuh ke organ atau bagian tubuh lain melalui metastasis (Smeltzer, 2013). Menurut Wartonah (2006), kondisi sakit dapat memicu seseorang mengalami gangguan tidur. Orang yang mengalami gangguan tidur diketahui dapat mempengaruhi kualitas hidup dan psikologis penderita kanker, sehingga gangguan tidur seperti nyeri dapat membangunkan seseorang dari tidur (Akman, Yavuzsen, & Sevgen, 2015). Gangguan tidur dapat timbul melalui mekanisme perubahan metabolisme serotonin, perubahan ekspresi sitokin dan gangguan perubahan irama

sirkadian. Irama sirkadian tidur adalah salah satu irama tubuh yang diatur oleh hipotalamus. Pada *rethinohypothalamic* memberikan rangsang secara langsung terhadap *nucleus suprachiasma* (NSC) yang bekerja dalam pengaturan jam tidur (Arifin, Ratnawati, & Burhan, 2010). Ketika waktu malam, NSC merangsang pengeluaran hormon melatonin sehingga terjadi perubahan pola tidur (Rahayu, 2006). Melatonin adalah hormon yang diproduksi oleh *glandula pineal* (bagian dari otak tengah). Pada hari mulai gelap, melatonin akan disekresikan ke dalam darah yang kemudian akan menyebabkan relaksasi otot serta terjadi penurunan temperatur badan dan hormon kortisol. Kadar melatonin dalam darah akan mulai meningkat pada jam 9 malam, dan terus meningkat sepanjang malam, kemudian akan menghilang pada jam 9 pagi (Rahayu, 2006). Sistem yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur adalah *reticular activating system* (RAS) dan *bulbar synchronizing region* (BSR) yang terletak pada batang otak (Potter & Perry, 2005). RAS dan BSR adalah pikiran aktif yang menekan pusat otak secara bergantian. RAS berhubungan dengan status jaga tubuh dan sensori yang masuk. Rangsangan sensori mempertahankan seseorang untuk bangun dan waspada (Haswita & Sulistyowati, 2017). Menurut Wang (2012), gangguan tidur umumnya terjadi pada pasien dengan kanker dan menyebabkan terjadinya perubahan ritme aktivitas sirkadian. Hubungan antara ritme sirkadian dan CRF (*cancer related fatigue*) berfokus pada ritme sekresi hormon stres kortisol, sehingga terjadi perubahan pola aktivitas istirahat (tidur yang tidak cukup).

CRF adalah salah satu gejala yang paling umum dan kompleks yang dialami oleh pasien dengan kanker, terjadi di seluruh spektrum diagnosis penyakit ganas dan terapi utama (*National Comprehensive Cancer Network, 2014*). Mekanisme

dasar kelelahan telah dikategorikan secara luas menjadi dua komponen utama, yaitu perifer dan sentral. Kelelahan perifer termasuk kurangnya *adenosine triphosphate* (ATP) dan penumpukan produk sampingan metabolik. Kelelahan sentral, yang berkembang dalam sistem saraf pusat (SSP), muncul dari kegagalan progresif untuk mengirimkan impuls neuron motorik (Ryan, *et al.*, 2007). Menurut NCCN (2014), kelelahan otot pada pasien dengan sindrom kelelahan kronis menunjukkan penurunan metabolisme otot oksidatif dan gangguan sintesis, sehingga gangguan metabolisme ATP di otot pasien dengan kanker mengalami pengurangan asupan energi, karena perubahan nafsu makan dan efek buruk dari pengobatan, yang dapat membatasi jumlah ATP.

Berdasarkan penelitian Liu, *et al.*, (2012), hubungan antara kelelahan dan tidur pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dan jumlah responden 97 wanita pada stadium kanker I-III, mendapatkan hasil penelitian yang mengatakan kelelahan menjadi lebih buruk selama kedua siklus kemoterapi (P-nilai <0,01). Hal ini searah dengan teori yang ada, bahwa pasien yang terkena kanker, lebih banyak mengalami masalah terkait dengan gangguan pola tidur yang diakibatkan oleh proses pengobatan, baik dalam bentuk kemoterapi, radioterapi, ataupun mengkonsumsi obat-obatan tertentu. Kelelahan itu sendiri merupakan akibat dari satu atau kombinasi yang terkait dengan penyakit, pengobatan, efek samping pengobatan, dan juga faktor psikologisnya. Dengan demikian berdasarkan uraian diatas adanya kompleksitas, oleh sebab itu peneliti tertarik ingin melakukan penelitian mengenai hubungan kualitas tidur dengan *cancer related fatigue (CRF)* pada pasien kanker.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara kualitas tidur dengan *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kanker ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara kualitas tidur dengan *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kanker.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi kualitas tidur pada pasien kanker

1.3.2.2 Mengidentifikasi *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kanker

1.3.2.3 Menganalisis hubungan antara kualitas tidur dengan *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kanker

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya yang berkaitan dengan bidang keperawatan paliatif tentang kualitas tidur dengan *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kanker.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan Paliatif

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan bagi perawat paliatif dalam menyusun program pengembangan kesehatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker.

1.4.2.2 Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kualitas tidur dan *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada pasien kank