

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah Penelitian

Suatu pengalaman baru yang dijumpai oleh individu dalam kehidupan tidak selalu menyenangkan, misalnya ketika individu tersebut menderita suatu penyakit yang kronis. Salah satu jenis penyakit tersebut adalah kanker, yang seringkali menakutkan karena dapat mengakibatkan kematian. Menurut Baum, Gatchel & Krantz (1997: 191), kanker adalah segolongan penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel yang cepat dan tidak terkendali. Sel-sel tersebut menyerang jaringan biologis lainnya, baik dengan pertumbuhan langsung di jaringan yang bersebelahan (invasi) atau dengan migrasi sel ke tempat yang jauh (metastasis). Pertumbuhan yang tidak terkendali tersebut disebabkan kerusakan DNA, yang menyebabkan mutasi pada gen vital yang mengontrol pembelahan sel. Pergerakan sel kanker ini dapat menyebabkan kerusakan atau kematian pada sistem organ dan organisme itu sendiri.

*World Health Organization* (WHO) mengungkapkan penderita kanker banyak menyerang negara berkembang, termasuk Indonesia. Dari 100.000 orang, menurut WHO, yang terserang penyakit kanker mencapai 100 orang. Menurut Murwani, pada awal tahun 2006 Departemen Kesehatan mengungkapkan bahwa penderita kanker di Indonesia telah mencapai 6 persen dari jumlah total populasi penduduk. Artinya, jika jumlah penduduk Indonesia sebesar 210 juta, maka jumlah penderitakanker mencapai 12,6 juta jiwa (Murwani, *Sedia Asuransi Sebelum Kena Kanker*, para. 2).

Jumlah kasus kanker pada perempuan hampir dua kali lipat dari kasus pada laki-laki. Berdasarkan data Direktorat Jendral Pelayanan Medis Depkes RI, pada tahun 1996

Menurut Baum, Gatchel & Krantz (1997: 192), kanker disebabkan karena faktor genetik dan faktor lingkungan. Beberapa resiko kanker diturunkan secara genetik. Faktor lingkungan meliputi radiasi, bahan kimia, atau lainnya seperti sinar matahari. Menurut Dr. Amru Sofian, SpOG (dalam artikel *Human Pappiloma Virus Pemicu Kanker Rahim*, 2004, para. 3 dan 5), jenis pemicunya antara lain zat kimia, seperti bahan-bahan pengawet tertentu, rokok, bedak, ataupun zat pewarna. Selain unsur penyebab yang telah disebutkan, radiasi sinar matahari dan zat radioaktif juga diduga dapat menjadi faktor penyebab. Khusus untuk kasus kanker leher rahim, sebanyak 90 persen diakibatkan *Human Pappiloma Virus* (HPV). HPV yang diduga kuat menjadi penyebab kanker leher rahim adalah type 16, 18, 33, dan 53.

Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan pertumbuhan kanker leher rahim yaitu melakukan aktivitas seksual di usia muda (kurang dari 18 tahun), berganti-ganti mitra seksual, kurangnya kebersihan alat kelamin, karena paparan PMS (Penyakit Menular Seksual), merokok, defisiensi vitamin A, vitamin C, dan vitamin E, serta sosial ekonomi yang rendah (dalam artikel *Pencegahan Kanker Leher Rahim*, 2006, para.6).

Penyakit kanker dan perawatannya menyebabkan berbagai masalah fisik. Menurut Holland dkk (dalam Baum, Gatchel & Krantz, 1997: 195) pada tahun 1979, pengobatan kanker yang sering dilakukan seperti operasi, kemoterapi, radioterapi dan imunoterapi kadang menimbulkan efek samping seperti *fatigue* yang ekstrim, *nausea*, insomnia, rasa sakit, dan penderita kanker kadang merasa ditinggalkan atau terisolasi dari orang lain. Hal ini juga dikemukakan oleh Nerenz dkk pada tahun 1982. Menurut Leonard (dalam Baum, Gatchel & Krantz, 1997: 195), contoh efek samping yang berdampak pada fisik misalnya wanita yang menjalani perawatan kanker leher rahim akan kehilangan kontrol buang air yang bertahan hingga lama setelah perawatan. Selain itu, mereka mengalami

perubahan dalam kehidupan sosial seperti hubungan dengan keluarga, anak, pasangan hidup, dan teman-teman.

Cella dan Tross (dalam Baum, Gatchel, & Krantz, 1997: 195) menyatakan perawatan kanker membutuhkan komitmen jangka panjang dari pasien dan seringkali menimbulkan gangguan, seperti timbulnya kekhawatiran apakah dirinya dapat kembali sehat seperti semula. Menurut Lerman dkk (dalam Baum, Gatchel, & Krantz, 1997: 195), kondisi ini penuh stres dan menyebabkan *emotional distress*. Penyakit kronis seperti kanker dapat menimbulkan berbagai efek, baik efek fisik seperti rasa sakit dan ketidakmampuan, penurunan kondisi fisik dan perubahan bentuk tubuh, maupun efek psikososial, seperti ketidakpastian, perasaan kehilangan kendali, masalah sosial, gangguan pada keluarga dan kehidupan sosial, masalah emosional, kecemasan, depresi, kepercayaan diri yang rendah dan disfungsi seksual. Distres psikologis, seperti gejala fisik, dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk bekerja atau terlibat dalam aktivitas sosial, di samping dapat menurunkan kualitas hidup individu (Edelmann, 2000: 171). Menurut Kaplan (dalam Baum, Gatchel, & Krantz, 1997: 247), perawatan medis tidak hanya mempengaruhi status kesehatan fisik dan kemampuan bertahan hidup tapi juga ada efek yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien dan kemampuan mereka untuk berfungsi dalam aktivitas sehari-hari.

Pitts (dalam Pitts & Phillips, 1998: 280) menyatakan bahwa kualitas hidup memiliki beberapa makna yaitu informatif, multidimensional, dan meliputi aspek-aspek penyakit atau perawatannya yang mengacu pada fungsi fisik, emosional, psikologis, dan sosial, kontrol rasa sakit, serta efek samping perawatan seperti *nausea* dan *fatigue*. Renwick dan Brown (dalam Renwick, Brown & Nagler, 1996: 82) menyatakan kualitas hidup memiliki 3 komponen yang penting yaitu *being*, *belonging*, dan *becoming* yang

“Sama perhatian keluarga juga baik semua, anak-anak, suami, ibu mertua, tetangga.. banyak yang *anu*, selalu mendukung lah, supaya ibu tetap sehat.”  
(IS. Sby.11.07.07, baris 151-154)

IS juga merasa pelayanan medis yang diterimanya baik, terutama sikap dokter dan bidan yang merawatnya di rumah sakit:

“Jadi dokter, untung dokternya itu perhatiannya banyak sekali, perhatiannya baik.”  
(baris 78-79)

“Wis, trus aku sama..sama..bidane iku seiman, karna seiman aku dianggep *dulure*. Dadi *penanganane buaik* sekali, itu kemurahan Tuhan.” (baris 338-340)  
(IS. Sby. 11.07.07)

Meskipun menderita sakit, IS tetap memiliki tujuan hidup dan yakin dapat mencapai tujuan hidupnya (yang termasuk dalam kepercayaan diri dalam komponen *psychological being*), seperti pernyataannya berikut:

“Yang ada perasaan saya, saya harus sembuh. Saya harus sembuh, saya harus melihat anak, menantu, cucu-cucu saya. Itu prinsip saya”  
(IS. Sby. 11.07.07, baris 449-451)

IS. memiliki kepercayaan spiritual yang tinggi (yang digambarkan dalam komponen *spiritual being*). Hal ini tampak dari pernyataan-pernyataannya bahwa ia bersyukur kepada Tuhan atas proses perawatannya yang lancar dan kesembuhannya dari penyakit, seperti pernyataannya berikut ini:

“Ya itu kemurahan Tuhan karena saya *dapet* mukjijat itu. Ya itu hasilnya di *check-up* itu semua bagus semua, akhirnya saya bisa disinar.” (baris 106-108)

“Itu sing *soro* tapi puji Tuhan, ibu *ndak* mengalami kesakitan, *ndak* mengalami kepanasan.” (baris 168-170)

“...ternyata bagus, normal semua me, puji nama Tuhan. Saya dinyatakan benar-benar sudah sembuh...” (baris 228-230)  
(IS. Sby.11.07.07)

IS juga memulai suatu perilaku positif, yang termasuk dalam komponen *psychological being*. Saat di rumah sakit, IS mendoakan pasien-pasien lain yang sedang menjalani perawatan seperti dirinya, yang diungkapkannya dalam kutipan wawancara berikut:

“Aku lo malah.. malah ke ruangan-ruangan mereka-mereka itu, malah *takdoakan*. Malah yang *amu..* yang seiman *takbacakan* firman karna *dee ndak* bisa melihat, menjuling.”

(IS. Sby. 11.07.07, baris 383-386)

Ketika sudah dinyatakan sembuh, IS ingin melayani Tuhan dengan ikut paduan suara dan memberikan kesaksian di gereja-gereja, seperti pada pernyataannya berikut ini:

“Mulai kecil aku memang *kepingin melok* paduan suara me, tapi *ndak* keturunan. Biarlah suara saya *ndak* enak Tuhan, tapi saya kepingin memuji Tuhan, melayani Tuhan, bisa itu.” (baris 555-559)

“Yang kedua Tuhan, aku ingin menyaksikan Tuhan, setiap suami saya nanti khotbah, saya ingin saksi. Khotbah *nang nggone* baru... yang gereja baru gitu.” (baris 559-562)

(IS. Sby. 11.07.07)

Menurut McDowell dan Newell (dalam Brown, Renwick, & Nagler, 1996: 8), kesehatan seringkali dianggap sebagai salah satu faktor yang paling penting dari keseluruhan kualitas hidup. Tapi sebaliknya, menurut Raphael dkk (dalam Brown, Renwick, & Nagler, 1996: 8), kualitas hidup juga dianggap sebagai faktor yang mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Kesehatan yang baik secara universal dianggap sebagai indikator kualitas hidup tapi memiliki kehidupan yang baik secara keseluruhan menunjukkan suatu hasil yaitu individu menjadi lebih sehat

Pada tahun 1994, Goodkin dkk mengemukakan bahwa pembahasan mengenai kualitas hidup seringkali diasosiasikan dengan meningkatnya fungsi kekebalan tubuh pada individu dengan HIV positif. Namir, Wolcott, Fawzy, dan Alumbaugh menyatakan bahwa kualitas hidup juga diasosiasikan dengan *survival time* yang lebih lama pada individu dengan beberapa penyakit, termasuk HIV (dalam Renwick, Brown, & Nagler, 1996: 72). Hal ini juga disampaikan oleh Rabkin, Ramien, Katoff, dan Williams pada tahun 1993.

Menurut Kemp dan Krause (1999, 21, 241-249), kualitas hidup yang positif mencerminkan tingkat kepuasan hidup yang tinggi sedangkan kualitas hidup yang

## 1.2. Fokus Penelitian

Penelitian ini memiliki fokus untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan profil kualitas hidup pada pasien kanker leher rahim. Profil kualitas hidup yang digambarkan akan dilihat dari komponen *being*, terutama yang berhubungan dengan kondisi pasien saat menderita penyakit kanker leher rahim yaitu mulai munculnya gejala-gejala penyakit hingga proses perawatan.

Kualitas hidup memiliki terdiri dari 3 komponen yaitu *being*, *belonging*, dan *becoming*. *Being* merupakan komponen kualitas hidup yang menggambarkan siapa seseorang sesungguhnya sebagai individu. *Belonging* merupakan komponen yang memberi perhatian pada kesesuaian antara individu dengan lingkungannya yang beraneka ragam. *Becoming* merupakan komponen yang berfokus pada kegiatan yang bertujuan yang dilakukan oleh individu sebagai usaha untuk mencapai tujuan, aspirasi dan harapan. Peneliti mengasumsikan hubungan ketiga komponen ini seperti teori hierarki kebutuhan Maslow, yang meningkat dari kebutuhan biologis dasar ke motivasi psikologi yang lebih kompleks, yang menjadi penting setelah kebutuhan dasar telah terpuaskan. Kebutuhan di suatu tingkat setidaknya harus dipuaskan terlebih dulu sebelum menuju tingkat selanjutnya, yang menjadi penentu penting bagi perilaku individu. Sebagai perbandingan, kualitas hidup dapat digambarkan seperti piramida yang meningkat dari komponen *being* menuju komponen *becoming*. Komponen *being* yang secara keseluruhan baik menjadi dasar yang penting bagi individu untuk membentuk hubungan sosial dengan lingkungannya, yang digambarkan dalam komponen *belonging*, dan memberikan motivasi bagi individu untuk melakukan usaha untuk mencapai tujuan, aspirasi, dan harapannya, yang tercermin dalam komponen

*becoming*. Karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti kualitas hidup pada komponen *being* yang merupakan aspek paling dasar dari kualitas hidup.

Komponen *being* terdiri dari 3 subkomponen yaitu *physical being*, *psychological being*, dan *spiritual being*. *Physical being* menyangkut kesehatan fisik seseorang, termasuk nutrisi dan kebugaran. Subkomponen ini meliputi mobilitas fisik dan ketangkasan, juga kerapian dan kebersihan pribadi. Kesehatan fisik yang ingin diungkap dalam penelitian ini meliputi kondisi fisik informan, cara informan menjaga kebugaran tubuh, dan pemenuhan kebutuhan nutrisi informan yang berkaitan dengan kesehatannya. Selain itu, peneliti ingin mengetahui pengaruh penyakit dan perawatannya terhadap mobilitas fisik dan ketangkasan fisik dalam kegiatan sehari-hari, seperti bekerja, merawat keluarga dan tempat tinggal, serta bagaimana informan merawat kebersihan dan kerapian diri sendiri.

*Psychological being* meliputi yaitu perasaan, kognisi dan evaluasi individu mengenai dirinya sendiri. Subkomponen ini berfokus pada kepercayaan diri, kontrol diri, cara mengatasi kecemasan, dan memulai suatu perilaku positif. Menurut Corsini (1997: 876), kepercayaan diri berarti keyakinan terhadap diri sendiri (*self assurance*), kepercayaan terhadap kemampuan, kapasitas, dan penilaian diri sendiri. Kepercayaan diri yang ingin diungkap dalam penelitian ini meliputi penilaian informan terhadap penampilan dan fungsi seksualnya, serta kapasitasnya untuk pencapaian prestasi atau tujuan hidup yang ia inginkan. Kontrol diri ialah kemampuan untuk menguasai perilaku diri sendiri dan untuk menghambat impuls-impuls personal (Corsini, 1997: 876). Dalam penelitian ini, kontrol diri yang ingin diungkap adalah kemampuan informan dalam meregulasi perilaku yang berkaitan dengan kesehatannya, misalnya mematuhi aturan pengobatan dan perawatan dokter, dan kemampuan informan untuk mengontrol emosinya.



perempuan yang menderita kanker leher rahim. Stadium kanker dibatasi pada stadium I-III menurut FIGO karena penderita pada stadium tersebut masih memiliki kondisi fisik yang memungkinkan untuk terlibat dalam penelitian ini. Usia informan difokuskan pada usia 35-54 tahun karena insidensi kanker leher rahim terbanyak di Indonesia ialah pada kelompok umur 45-54 tahun, diikuti oleh kelompok umur 35-44 tahun. Selain itu, penelitian ini berfokus pada informan yang pernah atau sedang menjalani perawatan primer yaitu operasi, terapi radiasi, atau kemoterapi, karena peneliti ingin mengetahui pengaruh penyakit dan perawatan primer terhadap kualitas hidup informan. Jenis perawatan yang dialami informan tidak dibatasi karena umumnya jenis perawatan primer disesuaikan dengan stadium kanker penderita.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan kualitas hidup pada penderita kanker leher rahim khususnya pada komponen *being*.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Manfaat teoritis untuk pendekatan psikologi klinis adalah mengembangkan teori psikologi kesehatan yaitu kualitas hidup terutama pada individu yang menderita kanker leher rahim di Indonesia, khususnya di Surabaya. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk merancang program peningkatan kualitas hidup pada pasien kanker leher rahim.

#### 1.4.2. Manfaat Praktis

a. Para profesional yang bergerak di bidang kesehatan

Dengan mengetahui profil kualitas hidup secara keseluruhan pada pasien kanker leher rahim, dapat diketahui subkomponen kualitas hidup mana yang paling banyak terpengaruh oleh penyakit kanker leher rahim dan perawatannya, terutama pada komponen *being*. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan para profesional yang bergerak di bidang kesehatan khususnya pemerhati kualitas hidup pada pasien kanker leher rahim agar dapat merancang perawatan psikologis yang sesuai untuk penderita. Selain itu, keefektifan program paliatif bagi pasien kanker leher rahim yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dapat lebih ditingkatkan.

b. Pasien

Memberikan pemahaman mengenai kualitas hidup yang dimilikinya sehingga pasien dapat memanfaatkan segala sumber yang dimiliki dan berperan aktif dalam peningkatan kualitas hidup serta proses penyembuhannya.