

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*World Health Organization* (WHO), pada tahun 2022 penyakit kanker adalah penyakit yang dapat dimulai di hampir semua organ atau jaringan tubuh ketika sel-sel dalam tubuh tidak terkendali dan biasanya dapat menyebar ke organ lain (WHO, 2022). Sedangkan menurut Kemenkes RI (2019) penyakit kanker merupakan penyakit tidak menular yang ditandai dengan adanya sel/jaringan abnormal yang bersifat ganas, tumbuh cepat tidak terkendali dan dapat menyebar ke tempat lain dalam tubuh penderita (Kemenkes RI, 2019).

Menurut WHO (2020) kanker adalah penyebab utama kematian di seluruh dunia, pada tahun 2020 terhitung 19,2 juta kasus kanker baru di seluruh dunia, dengan kasus kematian hampir 10 juta pada tahun 2020 (Suparman, 2022). Menurut informasi RISKESDAS, prevalensi kanker di Indonesia membuktikan adanya kenaikan dari (1,4/1000 penduduk) di tahun 2013 menjadi (1,79/1000 penduduk) pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019). Menurut data Kementerian Kesehatan RISKESDAS 2013, prevalensi penderita kanker tertinggi adalah di provinsi DI Yogyakarta mencapai 4,1% atau kurang lebih 14.596 penderita, sebaliknya angka prevalensi kanker nasional hanya 1.4% (Kemenkes RI, 2019b).

Data menurut *International Agency for Research on Cancer* (IARC) di perkirakan pada tahun 2040 ada sekitar 29,5 juta kasus kanker baru dan 16,3 juta kematian akibat penyakit kanker di dunia (Dinkes, 2022). Sedangkan menurut Globocan pada tahun 2018 terdapat sekitar 9,6 juta kematian di dunia akibat

kanker (Kemenkes Republik Indonesia, 2019). *World Health Organization* (WHO) memprediksi Indonesia menjadi kematian yang diakibatkan oleh kanker tertinggi pada tahun 2030 (Kemenkes, 2019). Sementara itu informasi *Global Burden of Cancer Study* (Globocan) dari WHO mencatat total permasalahan kanker di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 396.914 permasalahan dari total kematian sebesar 234.522 permasalahan, terletak pada urutan ke 8 di Asia Tenggara, sedangkan di Asia urutan ke 23 (Dinas Kesehatan DIY, 2023). Menurut data RKBP (2017) bahwa angka kejadian kanker tertinggi berada di RSUD Panembahan Senopati Bantul yaitu sebanyak 392 kasus sedangkan di RSUP Sardjito sebanyak 213 kasus kanker (RKBP, 2017).

Kanker secara holistik mempengaruhi kehidupan keseharian pasien dengan bermacam gejala yang dapat mempengaruhi psikologis, fisik, kesehatan sosial, serta spiritual. Kanker merupakan penyakit yang kronik dengan angka kematian tinggi dan dapat memberikan perubahan yang signifikan baik secara fisik maupun psikis pasien seperti kesedihan, kekhawatiran dan ketakutan yang akan terjadi di masa depan serta kematian. Secara psikologis pasien yang merasakan depresi (66,1%), kecemasan (33,3%). Kebutuhan psikologis pasien sebagian besar terpenuhi dengan tingginya faktor pendukung keluarga yang menciptakan rasa cinta dan menghormati yang menjadi kebutuhan pasien (95%) (Carolina et al., 2021; Lewandowska, 2020; Suparman, 2022; Xing et al., 2018).

Spiritualitas dikenal sebagai sumber yang penting terhadap banyak individu saat dihadapkan dengan penyakit kanker yang bisa membantu mengatasi di masa-masa yang sulit serta berperan untuk mengurangi distres (Connolly &

Timmins, 2021). Spiritualitas di percaya sebagai ukuran yang mendasar dari kesehatan pasien sebab dapat meningkatkan perasaan tenang dan juga damai, terlebih lagi pada keadaan seseorang sedang mengalami kondisi krisis ataupun pada saat didiagnosis penyakit yang dapat mengancam jiwa dan penyakit keganasan (Komariah, 2020). Menurut Saarelainen (2020), pada pasien kanker tidak hanya menjadikan mereka siap untuk membantu orang lain untuk meningkatkan arti dan harapan di dalam hidup mereka serta dapat memberikan harapan kepada orang lain lebih dari (93%) pasien kanker yakin jika spiritualitas dapat membantu mereka dalam memperkuat harapan mereka (Komariah, 2020).

Menurut Nuraeni (2015) spiritual yaitu kebutuhan yang meliputi aspek keagamaan, berdoa bersama orang lain, dan pasien beribadah (96,5%) (Nuraeni (2015) dalam Puspita et al., 2019). Kebutuhan spiritual dikatakan berhasil pada pasien kanker antara lain: 1). mencari arti serta makna hidup; 2). mencari arti dari sebuah perjalanan penyakit; 3). dapat terhubung ke orang lain, tuhan serta alam; 4). mempunyai akses pada penerapan agama/spiritual; 5). fisik dan psikologis; 6). kesejahteraan sosial serta spiritual; 7). mendiskusikan terkait kematian serta pengalaman sakaratul maut; 8). menciptakan waktu yang bermakna; 9). mandiri, serta 10). diperlakukan selayaknya orang normal. Jadi memerlukan perhatian khusus pada dimensi spiritual pasien paliatif melalui identifikasi, menenangkan dan strategi intervensi yang khusus untuk memenuhi kebutuhan ini (Mesquita, 2017).

Jika kebutuhan spiritual tidak terpenuhi akan memberikan dampak seperti kualitas hidup pasien yang rendah (34%), kualitas hidup dapat diartikan sebagai

pandangan pasien tentang kehidupan serta kemampuan dalam menikmati kepuasan di hidupnya. Kepuasan pada perawatan spiritual yang pasien terima (60%), merasa jika dirinya dihukum oleh Tuhan (50%), sering merasa sedih (64,3%), lebih sering menangis dari biasanya (57,1%). Serta adanya perasaan ingin mempercepat kematian (3,26) (Carolina et al., 2021; Komariah, 2020; Syukur, Hulumudi, et al., 2023; Widoyono, 2018)

Sudarmiati & Fithariana, (2019) mengatakan rendahnya spiritual pasien karena menganggap penyakitnya sebagai hukuman Tuhan bagi dirinya sendiri, menyalahkan Tuhan atas penyakitnya, marah kepada Tuhan, merasa jika Tuhan telah meninggalkannya, tidak melakukan aktivitas keagamaan seperti berdo'a, pasien menganggap tidak ada gunanya berdo'a dan menunaikan perintah Allah SWT (Wiksuarini et al., 2022). Menurut Pok-Ja & Soo Hyun, (2019) keadaan ini dapat menyebabkan pasien mengalami distres spiritual, perihal ini bisa dikarenakan tidak terpenuhinya kebutuhan spiritual serta tidak memadainya perawatan spiritual sehingga dapat menimbulkan permasalahan pada kesehatan spiritual (Wiksuarini et al., 2022).

Perawatan spiritual mencakup penyediaan maupun perawatan, mengamati, maupun kegiatan keagamaan yang sesuai dengan pasien, keyakinan untuk menolong mereka mencapai kesehatan dan kenyamanan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang lebih baik (Xing et al., 2018). Spiritualitas mampu menurunkan tingkat kecemasan, meningkatkan kualitas hidup pasien serta sebagai strategi pengendalian yang tepat pada pasien kanker, selain itu mempunyai kesejahteraan spiritual yang positif dapat membantu individu dalam menangani permasalahan

yang dirasakan pada saat kondisi sakit serta merasakan keterhubungan dengan suatu yang lebih tinggi, menciptakan makna serta tujuan hidup sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Wiksuarini et al., 2022).

Kenyataannya kebutuhan spiritual sangat mempunyai peranan yang positif dalam memberi makna dalam kehidupan pasien khususnya penderita kanker, hal ini berupaya untuk memberikan semangat hidup pada pasien itu sendiri, terdapat petugas kesehatan yang mempunyai tanggung jawab untuk mengevaluasi stres psikososial-spiritual yang berhubungan dengan kanker dan memberikan psikoterapi-onkologi integrative secara budaya dan spiritual (Suparman, 2022). Menurut Liberman (2020), asuhan keperawatan spiritual yang diberikan di rumah sakit menggambarkan tentang komponen perawatan paliatif yang tidak dapat diabaikan dalam proses penyembuhan pasien (Suparman, 2022).

Menurut Zulfita (2020), aspek tersebut adalah tugas perawat dalam selalu yakni memenuhi dengan memandang kebutuhan spiritual yang tepat untuk klien (Syukur, Hulumudi, et al., 2023). Pasien dengan penyakit paliatif meyakini bahwa penyakitnya dapat disembuhkan, disisi lain terdapat beberapa pasien mungkin mengalami depresi, kurangnya kepercayaan terhadap proses penyembuhan, peran perawat di sini sangat lah penting untuk memberikan bimbingan kepada pasien tentang kepercayaan dalam penyembuhan, sehingga pasien tidak merasakan distres (Afifah & Arianti, 2019). Perawat sebagai tenaga kesehatan berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan untuk pelayanan spiritual seperti meningkatkan semangat hidup pasien dengan membantu memberikan nasehat agama, menyiapkan lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien beribadah

dan memberikan kemudahan seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama pasien yang belum sepenuhnya diterapkan di rumah sakit, dan rata-rata perawat hanya memperhatikan kondisi fisik saja (Syukur, Hulumudi, et al., 2023).

Pada perawatan spiritual perawat belum mampu melaksanakan secara optimal karena kurangnya dukungan sosial yang mengakibatkan tidak ada motivasi perawat untuk menerapkan perawatan spiritual serta terhambat dikarenakan tidak adanya tempat privasi (82%) dan keberagaman pasien serta perawat tidak pernah mengikuti pelatihan perawatan spiritual (66,7%) Perawat mengakui bahwa mereka ingin memberikan perawatan spiritual namun belum memahami makna keperawatan spiritual itu sendiri dan sulit untuk di implementasikan (Nurmala et al., 2021; Suparman, 2022; Tunny, 2022).

Dalam penelitian yang dilakukan di 14 negara bagian timur tengah dengan 456 perawat ditemukan adanya hambatan yang dialami antara lain waktu yang kurang (66%), minimnya ruang privasi (58%), serta kurang memadai pelatihan perawatan (54%), pelatihan adalah faktor kunci dalam memastikan penyediaan perawatan yang sesungguhnya, dan hanya (22%) responden yang mengatakan telah menerima pelatihan seperti itu. Sedangkan di Indonesia dengan 256 perawat, anggapan perawat dalam dimensi perawatan spiritual ( $4,19 \pm 0,48$  sedikit lebih tinggi dengan total skor rata-rata dimensi spiritualitas ( $4,13 \pm 0,52$ ). Rata-rata lima domain, elemen eksistensial ialah yang tertinggi serta terendah pada religiusitas (Tunny, Saleh, 2022).

Berdasarkan uraian fenomena diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait “Kompetensi perawatan spiritual perawat pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijabarkan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana kompetensi perawatan spiritual perawat pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”

## **C. Tujuan Penelitian**

Dalam sebuah penelitian mempunyai tujuan yang akan dicapai, berdasarkan dari rumusan masalah di atas, maka tujuan dalam penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus.

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran kompetensi perawat pada perawatan spiritual pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini yaitu :

- a. Mengetahui karakteristik kompetensi perawat dalam memberikan perawatan spiritual.
- b. Mengetahui skala kompetensi pada perawat dalam memberikan perawatan spiritual

#### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini memberikan banyak manfaat, yang dijelaskan dalam manfaat keilmuan, masyarakat dan pelayanan kesehatan

##### **a. Bagi Keilmuan Keperawatan**

Sebagai pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Medah

##### **b. Bagi Masyarakat**

Diharapkan penelitian ini sebagai evaluasi asuhan sehingga pasien kanker akan mendapatkan kualitas asuhan keperawatan spiritual yang lebih baik.

##### **c. Bagi Pelayanan Kesehatan**

Penerapan peran perawat ini salah satu upaya evaluasi pelayanan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien kanker khususnya spiritual.

#### **E. Penelitian Terkait**

1. Syukur & Asnawati, (2022) tentang Peran Perawat Sebagai *Care Giver* Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang Rawat Inap Interna RSUD Dr Hasri Ainun Habibie Provinsi Gorontalo. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah 199 pasien. Teknik pengambilan sampel yaitu *consecutive* sampling. Persamaan dengan penelitian ini yang ingin peneliti lakukan adalah metode penelitian yaitu kuantitatif dan perbedaan dengan peneliti yang ingin dilakukan peneliti adalah responden yang digunakan peneliti yaitu perawat.
2. Ardiansyah, (2022) tentang Analisis Tingkat Kompetensi Spiritual Perawat Di



Makassar. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini perawat di wilayah kota Makassar. Teknik sampel *consecutive sampling* dan sampel yaitu 200 responden, Instrumen yang digunakan adalah *kuesioner Spiritual Care Competence Scale (SCCS)*. Persamaan dengan penelitian yang ingin peneliti lakukan adalah kompetensi perawat dan instrumen yang digunakan SCCS sedangkan untuk perbedaan dengan peneliti yang ingin lakukan adalah lokasi dan kompetensi kepada pasien kanker.

3. Moosavi et al., (2019) tentang *Consequences of spiritual care for cancer patients and oncology nurses: a qualitative study*. Penelitian ini menggunakan studi kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat *oncology* dan pasien. Teknik sampel semua perawat dan sampel yaitu 18 partisipan. Instrumen yang digunakan adalah wawancara mendalam semi terstruktur. Persamaan dengan penelitian yang ingin peneliti lakukan adalah tentang kebutuhan spiritual pasien kanker dan perbedaan dengan peneliti ingin dilakukan peneliti adalah metode penelitian yaitu dengan kuantitatif.