

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker dikategorikan sebagai penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab kematian utama di dunia. Beban kesehatan global yang signifikan ditimbulkan setiap tahunnya akibat tingginya angka kejadian dan kematian yang disebabkan oleh penyakit tersebut (WHO, 2025). Lebih dari 20 juta kasus baru kanker telah dilaporkan terjadi secara global setiap tahun dengan kontribusi kematian mencapai hampir 10 juta jiwa atau sekitar 16,7% dari seluruh kematian di dunia (Siegel et al., 2025). Peningkatan jumlah kasus tersebut kemudian diidentifikasi berdampak terhadap kondisi fisik, emosional, sosial, serta kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari pasien sehingga kualitas hidup dapat mengalami penurunan hingga lebih dari 60% selama proses pengobatan berlangsung (Bunchuailua et al., 2025).

Kanker diidentifikasi sebagai permasalahan kesehatan masyarakat yang serius di tingkat nasional sehingga kontribusi besar terhadap angka kesakitan dan kematian masih diberikan oleh penyakit kanker (WHO, 2025). Prevalensi kanker di Indonesia dilaporkan sebesar 1,79% per 1.000 penduduk dengan kecenderungan peningkatan pada kelompok usia produktif yang berada pada rentang usia 15–64 tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2025). Dampak langsung terhadap kesejahteraan fisik dan psikososial pasien kanker dilaporkan sebagai konsekuensi utama dari peningkatan beban penyakit tersebut sehingga kualitas hidup pasien dapat mengalami gangguan secara bertahap (Hanahan, 2022).

Kontribusi besar terhadap beban kesehatan masyarakat di Provinsi Bali masih diberikan oleh penyakit tidak menular termasuk kanker sebagai salah satu penyumbang utama. Hasil deteksi dini kanker pada perempuan usia 30–50 tahun di Provinsi Bali telah dilaporkan menunjukkan sebanyak 0,72% hasil IVA positif dari 106.281 pemeriksaan yang dilakukan (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2025). Kondisi tersebut kemudian diinterpretasikan sebagai indikasi bahwa kanker payudara dan kanker leher rahim pada pasien usia produktif masih menjadi permasalahan kesehatan penting di tingkat regional sehingga penurunan kualitas hidup pasien berpotensi terjadi apabila kondisi tersebut tidak ditangani secara optimal.

Berdasarkan data rekam medis di RSUD Bali Mandara, diketahui bahwa jumlah pasien kanker usia produktif rawat jalan di RSUD Bali Mandara mengalami peningkatan dari 514 pasien pada tahun 2024 menjadi 1.508 pasien pada tahun 2025. Data tersebut menunjukkan terjadi peningkatan jumlah pasien kanker usia produktif (Data Rekam Medis Rumah Sakit Bali Mandara, 2025). Tingginya beban pelayanan kanker pada kelompok usia produktif ditunjukkan oleh angka tersebut. Urgensi untuk melakukan kajian mengenai faktor-faktor psikologis seperti *self-blame* yang berpotensi mempengaruhi kualitas hidup pasien selama menjalani pengobatan diperkuat oleh kondisi ini.

Penelitian Bunchuailua et al. (2025) yang melibatkan 200 pasien kanker stadium IV di Thailand dengan rentan usia 20-80 tahun melaporkan rata-rata skor *Global Health Status* sebesar 58,4 dari skala 0–100, yang menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kualitas hidup yang rendah akibat gangguan pada aspek fisik, emosional, dan sosial. Selaras dengan penelitian tersebut, Perwitasari et al.

(2023) di Indonesia terhadap 451 pasien kanker, dengan 388 responden (86%) berada pada usia produktif (25–59 tahun), melaporkan rata-rata skor *Global Health Status* sebesar 68,05. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pasien kanker masih memiliki *health-related quality of life* yang belum optimal (*poor HRQoL*). Temuan serupa dilaporkan oleh Siswandi et al. (2025) di Indonesia melakukan penelitian terhadap 101 pasien kanker yang menjalani kemoterapi menggunakan instrumen EORTC QLQ-C30 dan memperoleh rata-rata skor Global Health Status sebesar 26,90, yang menunjukkan kualitas hidup pasien sangat rendah. Penelitian tersebut juga melaporkan bahwa pasien mengalami perburukan fungsi dan gejala, terutama nyeri dan depresi, sehingga memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Rentang usia yang luas digunakan dalam beberapa penelitian dalam pengambilan responden. Proporsi pasien kanker terbanyak dilaporkan ditemukan pada kelompok usia produktif, sebagian besar kasus kanker dilaporkan terjadi pada kelompok usia produktif. Penurunan kualitas hidup dinyatakan sebagai masalah yang nyata pada pasien kanker, sehingga perhatian serius diperlukan terutama pada kelompok usia produktif (15–64 tahun) yang peran sosial dan ekonominya masih dijalankan secara aktif (Sung et al., 2021). Kualitas hidup yang rendah pada pasien kanker usia produktif disebabkan oleh berbagai faktor yang saling terkait. Secara fisik, efek samping pengobatan seperti nyeri, kelelahan, mual, dan penurunan fungsi organ tubuh menyebabkan keterbatasan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (Xiaodan et al., 2022). Secara psikologis, tekanan akibat diagnosis kanker, ketakutan akan kekambuhan, serta kecenderungan menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang dialami (*self-blame*) berkontribusi terhadap munculnya kecemasan,

depresi, dan distress emosional yang memperburuk persepsi terhadap kualitas hidup (Fang et al., 2024; Xu et al., 2025). Secara sosial, perubahan peran dalam keluarga dan pekerjaan, penurunan partisipasi sosial, serta peningkatan beban ekonomi yang disebabkan oleh kanker turut memengaruhi kesejahteraan sosial pasien (Xiaodan et al., 2022). Kombinasi dari berbagai faktor tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup secara menyeluruh pada pasien kanker usia produktif.

Penurunan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif dilaporkan terjadi selama perkembangan penyakit dan proses pengobatan. Gangguan fungsi emosional serta keterbatasan dalam menjalankan peran sosial ditemukan sebagai dampak yang dialami oleh pasien sehingga keberfungsian individu mengalami penurunan secara bertahap (Pham et al., 2021). Tekanan psikologis yang meningkat selama terapi diketahui berhubungan dengan penurunan kesejahteraan subjektif sehingga kualitas hidup pada aspek mental mengalami penurunan secara signifikan (Fang et al., 2024). Dampak dari penurunan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif sangat luas dan signifikan. Secara individu, pasien mengalami penurunan kemampuan fisik, gangguan fungsi emosional, serta keterbatasan dalam menjalankan peran sosial dan pekerjaan yang berdampak pada produktivitas dan kemandirian (Pham et al., 2021). Secara psikologis, pasien rentan mengalami depresi, kecemasan, dan distress yang dapat menghambat proses adaptasi terhadap penyakit dan pengobatan (Fang et al., 2024). Secara sosial dan ekonomi, penurunan kualitas hidup menyebabkan berkurangnya kontribusi terhadap keluarga dan masyarakat, meningkatnya beban ekonomi akibat biaya pengobatan dan kehilangan pendapatan, serta menurunnya kesejahteraan keluarga (Sung et al., 2021). Dampak

jangka panjang dari kondisi ini dapat memperburuk prognosis penyakit dan menurunkan harapan hidup pasien.

Penurunan kualitas hidup pada pasien kanker dihubungkan dengan munculnya atribusi internal maladaptif selama proses penyesuaian terhadap penyakit. *Self-blame* diidentifikasi sebagai kecenderungan individu untuk menyalahkan diri sendiri atas penyebab penyakit yang dialami sehingga respons emosional negatif lebih mudah muncul selama proses pengobatan berlangsung (Xu et al., 2025). Peningkatan *self-blame* tersebut kemudian dikaitkan dengan munculnya gejala depresi serta gangguan kesejahteraan emosional pada pasien kanker (Jannati et al., 2020).

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker usia produktif, baik melalui pendekatan medis maupun psikososial. Secara medis, penatalaksanaan kanker dilakukan melalui pembedahan, kemoterapi, radioterapi, terapi hormon, terapi target, dan imunoterapi sesuai dengan jenis dan stadium kanker, serta perawatan suportif melalui manajemen nyeri, pemenuhan nutrisi, dan rehabilitasi (American Cancer Society, 2023). Secara psikososial, intervensi seperti konseling, psikoedukasi, terapi kognitif perilaku, serta dukungan sosial dari keluarga dan tenaga kesehatan telah diterapkan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap penyakit dan meningkatkan kesejahteraan psikologis (WHO, 2023). Namun demikian, upaya-upaya tersebut masih menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam mengatasi faktor psikologis internal seperti *self-blame* yang sering kali tidak terdeteksi dan tidak tertangani secara optimal (Jannati et al., 2020). Keterbatasan dalam identifikasi dan penanganan *self-blame* menjadi salah satu kendala dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien kanker usia produktif.

Self-blame dibedakan menjadi dua bentuk utama, yaitu *behavioural self-blame* dan *characterological self-blame*. *Behavioural self-blame* dipahami sebagai kecenderungan menyalahkan perilaku tertentu yang dianggap berkontribusi terhadap terjadinya penyakit (Raz et al., 2023). *Characterological self-blame* dipahami sebagai kecenderungan menyalahkan karakter atau sifat diri yang dianggap sebagai penyebab penyakit (Xu et al., 2025).

Fenomena *self-blame* pada pasien kanker dilaporkan dalam berbagai penelitian di negara Asia. *Behavioural self-blame* dilaporkan dialami oleh 56,3% responden dan *characterological self-blame* dilaporkan dialami oleh 62,3% responden pada pasien kanker dalam studi di Vietnam (Pham et al., 2021). *Behavioural self-blame* dilaporkan dialami oleh 41% pasien dan *characterological self-blame* dilaporkan dialami oleh 49% pasien (Doble et al., 2020). *Self-blame* pada pasien kanker usia produktif diidentifikasi sebagai respon psikologis yang dapat mempengaruhi persepsi terhadap penyakit dan proses penyesuaian diri selama menjalani terapi.

Self-blame masih sering ditempatkan sebagai variabel pendamping dalam berbagai penelitian dan belum banyak dijadikan sebagai variabel utama pada kelompok usia produktif. Sebagian besar penelitian sebelumnya dilakukan pada pasien kanker stadium lanjut sehingga pemahaman mengenai peran *self-blame* pada kelompok usia produktif masih terbatas (Jannati et al., 2020). Keterbatasan tersebut menunjukkan kebutuhan penelitian yang secara spesifik menganalisis hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif di Indonesia.

Pasien kanker usia nonproduktif dilaporkan lebih sering mengalami keterbatasan fisik yang berkaitan dengan proses penuaan, sedangkan pasien usia

produktif menghadapi beban tambahan berupa tuntutan pekerjaan, peran keluarga, dan tanggung jawab sosial yang masih aktif dijalankan (Sung et al., 2021).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan celah penelitian yang telah diuraikan, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: " Apakah terdapat hubungan antara *self-blame* (menyalahkan diri) dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara Tahun 2026.

2. Tujuan khusus

Secara khusus tujuan dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden pada pasien kanker usia produktif.
- b. Mengidentifikasi *self-blame* pada pasien kanker usia produktif.
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif.
- d. Menganalisis hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

- a. Penelitian ini memberikan dasar bagi perawat dalam mengidentifikasi tingkat *self-blame* pada pasien kanker usia produktif di ruang perawatan. Perawat memanfaatkan hasil

penelitian ini sebagai acuan dalam menyusun intervensi keperawatan yang berfokus pada dukungan psikologis secara holistik.

- b. Penelitian ini menyediakan informasi bagi karu atau kabid keperawatan dalam merancang kebijakan pelayanan yang memperhatikan aspek psikologis pasien kanker usia produktif. Karu atau kabid menggunakan hasil penelitian ini sebagai bahan pertimbangan dalam pengembangan standar operasional prosedur dan program peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

2. Manfaat teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang keperawatan medikal bedah, terkait hubungan antara *self-blame* dan kualitas hidup pasien kanker usia produktif. Selain itu, penelitian ini juga dapat memperkuat landasan teori mengenai tingkat *self-blame* sebagai salah satu gejala dominan yang memengaruhi kemampuan adaptasi pasien dalam menghadapi penyakit kronis.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah bagi peneliti selanjutnya mengenai hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif.