

DUKUNGAN SOSIAL PADA PENDERITA KANKER

Muhana Sofiati Utami dan Nida Ul Hasanat

Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

In Indonesia, death from cancer increase rapidly from year to year. So it is important to give attention and serious intervention on the problem of cancer.

This study was designed to assess the relationship between social support and depression; to identify the social-support source which contributes the most to cancer patients; and to assess the level of depression of the cancer patients.

The subjects were 51 cancer patients of the radio therapy unit of the RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

The results show that there is a negative correlation between social support and depression. The result also suggests that 46.15% of the subjects are depressed, although they receive high social support (the highest support comes from spouses parents, and families).

Kanker merupakan salah satu masalah utama dunia pada dekade terakhir. Pertambahan penduduk, bertambahnya pasangan yang sering melahirkan dan jumlah lanjut usia akan semakin meningkatkan resiko penyakit kanker. Sisi lain, meningkatnya pemakaian obat baru, bahan makanan, kosmetika, gaya hidup, serta kebiasaan merokok juga akan mencetuskan kanker (Kompas, 30 Mei 1995).

Jumlah kematian akibat penyakit kanker di Indonesia meningkat setiap tahun. Pada tahun 1984 kanker stadium lanjut telah menduduki penyebab kematian nomor 10, dibanding penyakit lain. Pada tahun 1986 meningkat menjadi peringkat 7, dan tahun 1989 nomor 6 (Kompas, 18 Mei 1994). Berdasarkan survei kesehatan rumah tangga, kenaikan proporsi kematian kanker dari 1,3% tahun 1972 naik menjadi 3,4%

tahun 1980 dan menjadi 4,3% tahun 1986 (Kompas, 30 Mei 1995). Diperkirakan setiap tahun bertambah 190.000 penderita kanker di Indonesia (Kompas, 29 Mei 1995). Melihat kenyataan ini maka perlu adanya perhatian dan penanganan yang serius mengenai masalah kanker.

Kanker merupakan suatu penyakit yang dicirikan oleh perkembangan yang tidak terkontrol dan penyebaran sel yang abnormal, jika tidak dicegah atau ditahan pertumbuhannya dapat menimbulkan kematian (Prokop, dkk. 1991). Kanker dapat tumbuh pada semua makhluk hidup, baik tumbuh-tumbuhan, binatang, maupun manusia. Apa yang menyebabkan suatu sel menjadi sel kanker belum dapat diketahui secara pasti.

Bagi banyak orang kanker merupakan pengalaman yang traumatis. Ketakutan

terhadap kanker disebabkan oleh ketidakjelasan sebabnya dan selalu dihubungkan dengan perasaan ngeri yang hebat, kehilangan bagian tubuh, perasaan tidak dapat disembuhkan, dan kematian (Barzelmans, dalam Rahmawati, 1996).

Individu yang terkena penyakit kanker biasanya mengalami rasa sakit yang disebabkan oleh proses penyakitnya, karena tumor sudah menembus tulang syaraf atau organ-organ lain. Penelitian Bonica (dalam Jay, dkk. 1986) menunjukkan bahwa rasa sakit yang dialami oleh pasien kanker stadium menengah sebanyak 40% dan 60%-80% dialami oleh pasien kanker stadium lanjut.

Rasa sakit pada penderita kanker tidak hanya disebabkan oleh penyakitnya sendiri, tetapi rasa sakit juga dapat disebabkan oleh prosedur pemeriksaan dan penanganan/proses pengobatan. Prosedur pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui lebih jauh tentang penyakitnya dan untuk menentukan penanganan yang tepat, misalnya dengan cara mengambil jaringan pada organ-organ tertentu. Penanganan penyakit kanker dapat dilakukan dengan cara operasi, kemoterapi maupun radiasi.

Kondisi penyakit dan penanganan penyakit kanker dapat menimbulkan stres yang terus menerus, sehingga tidak saja mempengaruhi penyesuaian fisik tapi juga penyesuaian psikologis individu. Dibanding individu yang sehat, pasien kanker menunjukkan lebih mengalami krisis dan depresi (Gottesman dan Lewis, 1982).

Prevalensi terhadap gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, kemarahan, perasaan tidak berdaya dan tidak berharga dialami antara 23%-66% pasien kanker (Meyerowitz, Rech & Boland, dalam Telch & Telch, 1986).

Penelitian Acte dan Vauhkohen (Meyerowitz, 1980) menemukan 85% dari 100 pasien kanker mengalami kecemasan dan depresi.

Ternyata tingkat kecemasan dan depresi yang memuncak pada pasien kanker tidak surut karena waktu. Hal ini dibuktikan oleh Maquire, dkk., serta Marid, dkk, bahwa 25% - 30% pasien mastectomy merasa sedih satu tahun setelah operasi, sehingga mereka membutuhkan intervensi psikiatrik (dalam Gordon, dkk. 1980).

Meskipun reaksi psikologis terhadap diagnosis penyakit dan penanganan kanker sangat beragam dan keadaan serta kemampuan masing-masing pasien tergantung banyak faktor, tetapi ada enam reaksi psikologis yang utama (Prokop, dkk. 1991), antara lain: (1) kecemasan, (2) depresi, (3) perasaan kehilangan kontrol, (4) kognitif, atau status mental, *impairment*, (5) gangguan seksual, dan (6) penolakan (*denial*).

Salah satu reaksi psikologis yang akan diteliti adalah depresi. Menurut Carson dan Bucher (1992) depresi merupakan gangguan *mood* (suasana hati) yang melibatkan keadaan emosi atau afek negatif yang mendalam dan cenderung malasuai selama periode waktu tertentu. Individu yang mengalami depresi merasa sedih, putus asa, kecewa, murung, merasa diisolasi/ditolak dan tidak dicintai (Holmes, 1991).

Selanjutnya Holmes (1991) mengatakan ada enam simtom kognitif yang berperan penting dalam depresi, yaitu harga diri rendah, pesimisme, penurunan motivasi, sikap negatif, membesar-besarkan masalah, dan lambatnya proses berpikir.

Menurut Holmes (1991) selain simtom suasana hati dan simtom kognitif, simtom

yang ada adalah simtom motorik. Simtom yang paling mencolok dan penting dari simtom motorik ini adalah retardasi psikomotor, yaitu berkurangnya atau lambatnya gerakan fisik.

Selanjutnya Holmes (1991) mengatakan bahwa orang yang depresi cenderung mengalami masalah-masalah somatik, antara lain pola tidur terganggu. Orang yang mengalami depresi sering kehilangan selera makan dan terganggu aktivitas seksualnya.

Menurut Beck (1985) simtom-simtom yang tampak pada penderita gangguan depresi dapat dikelompokkan dalam manifestasi emosional, kognitif, motivasi-onal, vegetatif dan fisik. Pengelompokan simtom inilah yang mendasari Beck dalam membuat alat untuk mengungkapkan gangguan depresi.

Tanda-tanda depresi pada pasien kanker meliputi rasa sedih, patah semangat, rasa bersalah, konsentrasi terganggu, ide bunuh diri, perasaan tidak berharga dan tidak berdaya, putus asa, gangguan tidur, penurunan dorongan seks dan tenaga, serta nafsu makan (Prokop, dkk. 1991).

Dalam keadaan depresi, pasien kanker menghadapi kondisi fisik dan psikologis yang memburuk, sehingga akan melemahkan pengaruh penanganan seperti pengobatan maupun radiasi. Oleh karena itu pasien kanker membutuhkan dukungan sosial untuk menolong mereka dalam menghadapi ketakutan dan kebingungannya (Bloom dan Corey, dalam Taylor, dkk. 1986). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat mengurangi tekanan psikologis yang diakibatkan oleh penyakit (dalam Taylor, 1995). Demikian pula beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa ada hubungan negatif antara

dukungan sosial dengan depresi (dalam: Baron, dkk, 1990).

Dukungan sosial bermanfaat bagi pasien kanker, seperti juga pada penyakit-penyakit lain. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara dukungan emosi dari keluarga dengan penyesuaian fisik dan psikologis pada pasien kanker (Weidman dan Gibbs, Acherberg dan Lawlis serta Carey, dalam Taylor, dkk. 1986).

Bagi pasien kanker, dukungan sosial dapat merupakan dorongan untuk melawan kanker (*fighting spirit*) dan lebih membantu penderita untuk bertahan (Prokop, dkk. 1991). Pasien yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi ternyata menunjukkan prognosa dan penyesuaian yang lebih baik (Taylor, dkk. 1986).

Pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan dapat diterangkan melalui hipotesis penyangga (*buffer hypothesis*) dan hipotesis efek langsung (*direct effect hypothesis*) (dalam Smet, 1994). Menurut hipotesis penyangga, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi individu terhadap efek negatif dari stres yang berat. Fungsi melindungi terutama efektif kalau ia menjumpai stres yang kuat. Dalam keadaan stres rendah, terjadi sedikit atau tidak ada penyanggaan. Penyangga bekerja paling sedikit dengan dua cara. Orang dengan dukungan sosial tinggi akan kurang menilai situasi yang penuh stres, dan akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres. Menurut hipotesis efek langsung, dukungan sosial bermanfaat bagi kesehatan, tanpa memedulikan banyaknya stres yang dialami seseorang.

Dukungan sosial didefinisikan oleh House (Taylor, dkk. 1986) sebagai transaksi

interpersonal yang melibatkan satu atau lebih aspek-aspek berikut ini:

- (1) informasi (tentang lingkungan)
- (2) perhatian emosi (rasa suka, cinta, empati)
- (3) penilaian (informasi yang berhubungan dengan evaluasi diri).
- (4) bantuan instrumental (materi atau pelayanan)

Ciri-ciri setiap aspek dukungan sosial tersebut oleh Smet (1994) dan Taylor (1995) dijelaskan sebagai berikut:

Informasi: informasi dapat berupa saran-saran, nasehat, petunjuk yang diperoleh dari orang lain, sehingga individu dapat membatasi masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar untuk memecahkan masalahnya.

Perhatian emosi: perhatian secara emosional yang berupa kehangatan, kepedulian dan empati yang diberikan oleh orang lain dapat meyakinkan dia bahwa dirinya diperhatikan orang lain.

Penilaian: penilaian berisi penghargaan positif, dorongan maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu lain.

Instrumental: bantuan instrumental merupakan bantuan nyata yang berupa dukungan materi seperti layanan, barang-barang, dan finansial.

Dukungan sosial dapat diperoleh dari pasangan (suami, isteri), anak-anak atau anggota keluarga yang lain, dari teman, profesional, komunitas atau masyarakat, atau dari kelompok dukungan sosial (Taylor, dkk. 1986). Beberapa penelitian (dalam Meyerowitz, 1980) menunjukkan bahwa ada tiga sumber dukungan sosial yang potensial bagi pasien kanker, yaitu:

- (1) dokter atau paramedis

- (2) pasangan atau keluarga

- (3) pasien lain yang mempunyai kondisi sama.

Berdasarkan kajian di atas tampak bahwa penanganan pada penderita kanker perlu mempertimbangkan faktor-faktor biologis, psikologis dan sosial pasien, karena ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi. Dengan adanya penanganan yang tepat maka akan dapat membantu pasien dalam mengatasi penyakitnya.

Sebagai langkah awal untuk menyusun program intervensi pada penderita kanker, penelitian yang dilakukan ini meneliti hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada penderita kanker.

Penelitian tentang kanker di Indonesia, antara lain dilakukan oleh Darmawan (1986) tentang problem emosional pada pasca pengangkatan payudara. Sumarni (1994) melakukan penyusunan pola marah penderita kanker, sedangkan Rahmawati (1996) meneliti hubungan antara citra raga dengan *coping* (cara pengatasan masalah) pada penderita kanker payudara. Selain itu pengembangan riwayat hidup sebagai asesmen harga diri penderita kanker payudara dilakukan oleh Kurnia (1995).

Demikian pula penelitian tentang dukungan sosial dalam bidang industri dan klinis sudah banyak dilakukan. Dengan demikian penelitian tentang depresi pada penderita kanker yang dikaitkan dengan dukungan sosial ini berbeda dengan penelitian-penelitian yang sudah disebutkan di atas.

Penelitian ini akan memberikan informasi tentang hubungan antara dukungan sosial terhadap dengan pada penderita kanker, dan sumber dukungan sosial mana yang mempunyai sumbangan terbesar. Selain itu juga akan memberikan

informasi tentang sejauh mana tingkat depresi yang dialami oleh penderita kanker.

Berdasarkan kajian pustaka yang telah diuraikan, maka penulis mengajukan hipotesis sebagai berikut: Ada hubungan negatif antara dukungan sosial dengan depresi pada penderita kanker.

I. METODE

Subjek penelitian berjumlah 51 pasien kanker Bagian Radioterapi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pemilihan subjek penelitian didasarkan pada hasil diagnosis klinis dari dokter yang menyatakan bahwa subjek menderita kanker.

Alat-alat yang dipakai dalam penelitian adalah:

1. *Beck Depression Inventory* (BDI) untuk mengukur simtom depresi, yang meliputi simtom-simtom afektif, behavioral, motivasional, kognitif, dan vegetatif atau somatik. Skala yang dipakai dalam penelitian ini merupakan adaptasi oleh Retnowati (1990).
2. Skala Dukungan Sosial untuk mengukur dukungan sosial yang diperoleh penderita kanker. Skala ini disusun oleh penulis berdasarkan konsep yang dikemukakan oleh House (dalam Taylor, dkk. 1986). Aspek dukungan sosial tersebut meliputi dukungan informasi, perhatian emosional, penilaian, dan instrumental. Selain itu skala tersebut disusun berdasarkan tiga sumber dukungan sosial yang diperoleh penderita kanker, yaitu pasangan/orang tua dan keluarga, teman dan sesama penderita, serta dokter dan perawat (Meyerowitz, 1980).
3. Penyusunan skala menggunakan pendekatan validitas isi (Azwar, 1986), yaitu ditetapkan menurut analisis rasional terhadap isi skala melalui pertimbangan subjektif. Analisis isi skala bertujuan untuk melihat kesesuaian antara aitem dengan dasar teori yang dipakai serta perencanaan isi skala (*blue print*).

Skala dukungan sosial terdiri atas 48 aitem (masing-masing sumber dukungan sosial terdiri atas 16 aitem), yang disajikan dalam pernyataan yang bersifat *favorable* dan *unfavorable*, dengan empat alternatif jawaban, yaitu SS (sangat sesuai), S (sesuai), TS (tidak sesuai), dan STS (sangat tidak sesuai). Skor tertinggi yang dapat diperoleh subjek untuk masing-masing sumber dukungan adalah 64, sedangkan skor terendah adalah 16. Sebaran aitem skala dukungan sosial dapat dilihat pada tabel 1.

3. Angket pelengkap. Angket ini berisi pertanyaan-pertanyaan yang ada kaitannya dengan penyakit yang diderita subjek dan dukungan sosial yang mereka terima. Data yang diperoleh dari angket ini akan digunakan sebagai data pendukung dan pembahasan.

Tabel 1. Sebaran Aitem Skala Dukungan Sosial

Aspek Dukungan Sosial	Sumber Dukungan Sosial	Nomor Aitem		Jumlah
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Bagian I Informasi	A. Pasangan/Orangtua dan keluarga	2	1, 3, 4	4
	B. Teman dan sesama pasien.	2, 4	1, 3	4
	C. Dokter dan perawat	1, 3	2, 4	4
Bagian II Perhatian Emosional	A. Pasangan/Orangtua dan keluarga	1, 3, 4	2	4
	B. Teman dan sesama pasien.	1, 3	2, 4	4
	C. Dokter dan perawat	1, 4	2, 3	4
Bagian III Penilaian	A. Pasangan/Orangtua dan keluarga	1, 3	2, 4	4
	B. Teman dan sesama pasien.	4	1, 2, 3	4
	C. Dokter dan perawat	2, 4	1, 3	4
Bagian IV Instrumental	A. Pasangan/Orangtua dan keluarga	2, 3, 4	1	4
	B. Teman dan sesama pasien.	2, 3, 4	1	4
	C. Dokter dan perawat	2, 3	1, 4	4
Total Aitem		25	23	48

Penelitian dilaksanakan di poliklinik bagian Radioterapi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dari tanggal 26 Desember 1997 sampai dengan tanggal 24 Januari 1998. Pelaksanaan pengambilan data dilakukan oleh tim peneliti dan dibantu dua orang mahasiswa Fakultas Psikologi yang telah mengambil skripsi.

Pemilihan subjek didasarkan pada hasil diagnosis klinis dari dokter yang menyata-

kan bahwa subjek menderita kanker. Pengambilan subjek dilakukan dengan dua cara. Cara pertama pengambil data menawarkan kepada subjek untuk diikutsertakan dalam penelitian. Cara ke dua dilakukan dengan melalui permintaan dokter. Setelah dokter selesai memeriksa pasien kemudian dokter meminta mereka untuk menjadi subjek penelitian.

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan secara individual. Prosesnya diawali dengan perkenalan dan menjelaskan pada subjek tentang maksud dan tujuan pengambilan data. Tidak semua subjek mampu mengisi sendiri kedua skala dan angket yang diberikan, karena beberapa subjek tidak dapat membaca dan menulis. Selain itu karena kondisi penyakit yang mereka derita juga menyebabkan subjek tidak mampu mengisi sendiri skala dan angket yang diberikan. Untuk mengatasi hal ini pengambil data membacakan semua pernyataan dalam skala dan pertanyaan-pertanyaan angket, kemudian jawaban subjek dituliskan oleh pengambil data. Setelah kedua skala dan angket diisi lengkap, penelitian dilanjutkan dengan wawancara berkaitan dengan penyakit, dukungan sosial dan kondisi-kondisi yang dialami subjek.

Proses pengambilan data untuk masing-masing subjek membutuhkan waktu 45 menit sampai 2 jam. Lamanya proses ini antara lain disebabkan oleh banyaknya aitem yang harus dijawab. Selain itu mereka juga menggunakan kesempatan tersebut untuk mengungkapkan keadaan diri dan permasalahannya.

Hambatan yang ditemui dalam penelitian ini adalah pada saat pemilihan subjek. Tidak semua penderita kanker bersedia diikutsertakan dalam penelitian karena berbagai alasan. Misalnya terburu-buru untuk pulang karena ada keperluan lain, capek, dan tidak enak badan.

Hambatan lain adalah kondisi subjek yang memang tidak memungkinkan untuk memberikan respon dengan baik. Pada mulanya subjek bersedia diikutsertakan dalam penelitian, tetapi ketika berlangsung pengambilan data, subjek merasa pusing-

pusing, mual, dan merasa lemas. Oleh karena itu pengambilan data dibatalkan.

Adanya berbagai hambatan tersebut maka hanya terkumpul data sebanyak 5 orang yang semula direncanakan 80 orang. Jumlah 51 ini secara statistik sudah dapat dipertanggungjawabkan (Azwar, 1986).

Data yang sudah dikumpulkan melalui skala dianalisis secara statistik melalui program SPS Versi IBM/IN 1995 Edisi Sutrisno Hadi dan Seno Pamardiyanto. Data-data yang diperoleh dari angket, pelengkap dan wawancara dianalisis secara kualitatif.

II. HASIL

Sebelum dilakukan analisis regresi, terlebih dahulu dilakukan uji asumsi yang merupakan prasyarat analisis regresi. Berdasarkan uji normalitas menunjukkan bahwa sebaran variabel dukungan sosial, baik yang bersumber dari pasangan/orang tua dan keluarga, teman dan sesama pasien, serta dokter dan perawat, semuanya normal ($p > 0,05$). Demikian pula variabel depresi, sebarannya normal ($p > 0,05$).

Hasil uji linieritas menunjukkan bahwa hubungan antara dukungan sosial dengan depresi, dan hubungan antara masing-masing sumber dukungan sosial (pasangan/orang tua dan keluarga, teman dan sesama pasien, dokter dan perawat) dengan depresi, semuanya linier.

Persyaratan lain analisis regresi adalah bahwa antara sesama variabel bebas korelasinya tidak terlalu tinggi. Pada penelitian ini hasil analisis menunjukkan bahwa antara sesama variabel bebas korelasinya tinggi (hubungan antara dukungan sosial dari pasangan/orang tua dan keluarga dengan dukungan sosial dari

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan secara individual. Prosesnya diawali dengan perkenalan dan menjelaskan pada subjek tentang maksud dan tujuan pengambilan data. Tidak semua subjek mampu mengisi sendiri kedua skala dan angket yang diberikan, karena beberapa subjek tidak dapat membaca dan menulis. Selain itu karena kondisi penyakit yang mereka derita juga menyebabkan subjek tidak mampu mengisi sendiri skala dan angket yang diberikan. Untuk mengatasi hal ini pengambil data membacakan semua pernyataan dalam skala dan pertanyaan-pertanyaan angket, kemudian jawaban subjek dituliskan oleh pengambil data. Setelah kedua skala dan angket diisi lengkap, penelitian dilanjutkan dengan wawancara berkaitan dengan penyakit, dukungan sosial dan kondisi-kondisi yang dialami subjek.

Proses pengambilan data untuk masing-masing subjek membutuhkan waktu 45 menit sampai 2 jam. Lamanya proses ini antara lain disebabkan oleh banyaknya aitem yang harus dijawab. Selain itu mereka juga menggunakan kesempatan tersebut untuk mengungkapkan keadaan diri dan permasalahannya.

Hambatan yang ditemui dalam penelitian ini adalah pada saat pemilihan subjek. Tidak semua penderita kanker bersedia diikutsertakan dalam penelitian karena berbagai alasan. Misalnya terburu-buru untuk pulang karena ada keperluan lain, capek, dan tidak enak badan.

Hambatan lain adalah kondisi subjek yang memang tidak memungkinkan untuk memberikan respon dengan baik. Pada mulanya subjek bersedia diikutsertakan dalam penelitian, tetapi ketika berlangsung pengambilan data, subjek merasa pusing-

pusing, mual, dan merasa lemas. Oleh karena itu pengambilan data dibatalkan.

Adanya berbagai hambatan tersebut maka hanya terkumpul data sebanyak 51 orang yang semula direncanakan 80 orang. Jumlah 51 ini secara statistik sudah dapat dipertanggungjawabkan (Azwar, 1986).

Data yang sudah dikumpulkan melalui skala dianalisis secara statistik melalui program SPS Versi IBM/IN 1995 Edisi Sutrisno Hadi dan Seno Pamardiyanto. Data-data yang diperoleh dari angket pelengkap dan wawancara dianalisis secara kualitatif.

II. HASIL

Sebelum dilakukan analisis regresi, terlebih dahulu dilakukan uji asumsi yang merupakan prasyarat analisis regresi. Berdasarkan uji normalitas menunjukkan bahwa sebaran variabel dukungan sosial, baik yang bersumber dari pasangan/orang tua dan keluarga, teman dan sesama pasien, serta dokter dan perawat, semuanya normal ($p > 0,05$). Demikian pula variabel depresi, sebarannya normal ($p > 0,05$).

Hasil uji linieritas menunjukkan bahwa hubungan antara dukungan sosial dengan depresi, dan hubungan antara masing-masing sumber dukungan sosial (pasangan/orang tua dan keluarga, teman dan sesama pasien, dokter dan perawat) dengan depresi, semuanya linier.

Persyaratan lain analisis regresi adalah bahwa antara sesama variabel bebas korelasinya tidak terlalu tinggi. Pada penelitian ini hasil analisis menunjukkan bahwa antara sesama variabel bebas korelasinya tinggi (hubungan antara dukungan sosial dari pasangan/orang tua dan keluarga dengan dukungan sosial dari

teman dan sesama pasien $r = 0,627$; $p < 0,01$; hubungan antara dukungan sosial dari pasangan, orang tua dengan dukungan sosial dari dokter dan perawat $r = 0,466$, $p < 0,01$; hubungan antara dukungan sosial dari teman dan sesama pasien dengan dukungan sosial dari dokter dan perawat $r = 0,646$, $p < 0,01$). Hal ini berarti antara sumber dukungan sosial saling tumpang tindih, sehingga tidak dapat dilihat sebagai sumber dukungan sosial yang berdiri sendiri, tetapi ketiga sumber dukungan sosial tersebut dilihat sebagai satu kesatuan. Dengan demikian analisis regresi tidak dapat dilakukan. Oleh karena itu untuk menguji korelasi antara dukungan sosial dengan depresi digunakan teknik *product moment* dari Pearson. Hasil perhitungan *product moment* menunjukkan bahwa ada hubungan negatif antara dukungan sosial dengan depresi ($r = -0,247$; $p < 0,05$).

Berdasarkan klasifikasi depresi yang dikemukakan Bumberry, dkk. (1987) dari 51 subjek penelitian ini terdapat 24 orang (47,05%) mengalami depresi, dengan rincian 2 orang (3,92%) mengalami depresi berat, 8 orang (15,59%) termasuk depresi sedang, dan 14 orang (27,45%) tergolong depresi ringan.

III. DISKUSI

Dari hasil penelitian tersebut di atas dapat diartikan bahwa semakin tinggi dukungan sosial yang diperoleh penderita kanker, maka semakin rendah depresinya. Dengan demikian hasil penelitian ini mendukung hipotesis yang diajukan. Hasil ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh beberapa ahli (dalam Baron, dkk. 1990).

Hal ini dapat dimengerti karena dukungan sosial yang diterima oleh orang

tersebut memungkinkan seseorang untuk menilai peristiwa yang menekan dengan cara yang lebih tidak berbahaya (dalam Taylor, 1995). Dukungan sosial yang diterima penderita kanker dapat berupa saran-saran untuk mencari jalan kesembuhan, kehangatan, perhatian, empati, dorongan untuk tidak berputus asa, serta bantuan materi maupun layanan dari orang lain. Melalui dukungan sosial ini, maka tekanan psikologis yang dialami akan berkurang (Taylor, 1995), khususnya tekanan yang dialami akibat penyakit yang diderita (Varni, dkk., dalam Taylor, 1995). Dengan demikian dukungan sosial yang diterima pasien akan menurunkan tingkat depresinya. Hal ini dapat dilihat dari komentar-komentar subjek sebagai berikut: subjek nomor 48 mengatakan: "*Sikap suami dan keluarga mendukung secara emosional, sehingga membuat tenang dan dapat berpikir positif*". Subjek nomor 21 mengemukakan: "*Suami, keluarga saya sangat membantu, memberi semangat, dorongan, do'a dan dana, sehingga saya mempunyai semangat hidup tinggi*". Subjek nomor 35 menyatakan: "*Dokter memberi penjelasan secara gamblang, dengan penuh penerimaan dan memberi semangat untuk bangkit kembali*".

Dari angka korelasi sebesar 0,247 antara dukungan sosial dengan depresi, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial mempunyai pengaruh terhadap tingkat depresi sebesar 6,1%. Atau dengan kata lain 93,9% tingkat depresi pasien kanker dipengaruhi oleh faktor lain selain faktor dukungan sosial, misalnya tingkat keparahan penyakit dan lamanya sakit. Penderita kanker yang telah parah tampak mengalami rasa sakit yang besar. Selain itu juga membutuhkan penanganan yang semakin kompleks, sehingga akan

memerlukan dana yang besar pula. Penyakit kanker yang lama diderita akan menimbulkan rasa sakit yang berkepanjangan, dan hal ini akan menimbulkan kejenuhan pada mereka. Selain itu juga membutuhkan pengobatan yang semakin lama, sehingga dana yang dibutuhkan untuk itu juga besar. Dengan demikian dalam kondisi yang telah disebutkan di atas mengakibatkan kondisi fisik dan psikologis yang memburuk. Hal ini akan tampak pada simptom-simtom depresi yang mereka tunjukkan, antara lain perasaan sedih, putus asa, gangguan tidur, serta nafsu makan menurun.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diperoleh dari ketiga sumber cukup tinggi (rata-rata dukungan sosial dari pasangan/orang tua dan keluarga = 54,490; dari teman dan sesama pasien = 49,686; dari dokter dan perawat = 50,373; rerata hipotetik masing-masing sumber dukungan = 40). Dari uji-t antar sumber dukungan sosial, tampak ada perbedaan yang sangat signifikan antara dukungan sosial dari pasangan/orang tua dan keluarga dan dari teman dan sesama pasien ($t = 7,361$ $p < 0,01$); juga ada perbedaan yang sangat signifikan antara dukungan sosial dari pasangan/orang tua dan keluarga dan dari dokter dan perawat ($t = 5,232$ $p < 0,01$). Selain itu, dari uji-t juga tampak tidak ada perbedaan antara dukungan sosial yang berasal dari teman dan sesama pasien maupun dari dokter dan perawat ($t = -1,189$ $p > 0,05$). Dengan demikian dukungan sosial yang paling besar berasal dari pasangan/orang tua dan keluarga, sedangkan dukungan sosial dari teman dan sesama pasien sama besarnya dengan dukungan sosial dari dokter dan perawat. Hal ini dapat dimengerti karena pasangan/orang tua dan keluarga adalah orang-orang terdekat bagi mereka, yang

akan dengan mudah memberikan dukungannya. Hal ini juga dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat Indonesia yang memiliki sifat gotong royong.

Telah dikemukakan di muka bahwa dari 51 subjek penelitian ini terdapat 24 orang (47,05%) mengalami depresi, dengan perincian 2 orang (3,92%) mengalami depresi berat, 8 orang (15,69%) termasuk depresi sedang, dan 14 orang (27,45%) tergolong depresi ringan. Hasil ini mendukung hasil penelitian yang telah dilakukan, antara lain Gottesman dan Lewis (1982) yang menunjukkan bahwa pasien kanker mengalami depresi; dan penelitian Meyerowitz, Rech & Boland, Plumb & Holland (dalam Telch & Telch, 1986), yang menemukan bahwa gangguan psikologik seperti depresi dialami oleh lebih kurang 23% - 66% pasien kanker.

Dari hasil wawancara dengan subjek memang tampak bahwa mereka mengalami kondisi psikologik yang tidak menyenangkan ketika mereka mengetahui bahwa mereka menderita kanker, misalnya merasa kaget, cemas, takut, bingung, sedih, panik, gelisah, atau merasa sendiri. Seperti yang dikemukakan oleh subjek nomor 36: "*Saya merasa gelisah karena menganggap bahwa penyakit kanker merupakan penyakit yang mengerikan*". Subjek nomor 50 mengatakan: "*Ketika harus diangkat rahimnya saya merasa sedih dan kaget karena berarti saya tidak bisa punya anak, padahal saya belum punya anak*".

Pada penelitian ini peneliti belum memperhatikan variabel lain yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis penderita kanker, seperti tingkat keparahan penyakit, lama sakit, umur, dan status sosial ekonomi. Oleh karena itu pada penelitian yang akan

datang sebaiknya perlu diperhatikan variabel-variabel tersebut.

Pada penelitian ini juga belum memperhatikan jenis kanker yang diderita pasien. Berdasarkan pengamatan tampaknya ada pengaruh jenis kanker terhadap simtom-simtom depresi yang mereka alami. Oleh karena itu pada penelitian selanjutnya perlu diteliti mengenai hal tersebut.

IV. DAFTAR PUSTAKA

- Baron, R.S; Cutrona, C.E; Hicklin, D; Russell, D.W; dan Lubaroff, D.M. 1990. Social Support and Immune Function Among Spouses of Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 59, No. 2, 344-352.
- Beck, A.T. 1985. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Carson, R.C. and Bucher, J.N. 1992. *Abnormal Psychology and Modern Life*. New York: Harper Collins Publisher, Inc.
- Darmawan, T. 1986. Problem Emosional Pasca Operasi Kanker Payudara di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Laporan Penelitian*. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Gordon, W.A; Freidenbergs, I; Diller, L; Hibbard, M; Wolf, L; Levine, L.E; Lipkins, R; Ezrochi, O. & Lucido, D. 1980. Efficacy of Psychological Intervention with Cancer Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 48, No. 6, 743-759.
- Gottesman, D. and Lewis, M.S. 1982. Differences in Crisis Reactions Among Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 50, No. 3, 381-388.
- Holmes, D. 1991. *Abnormal Psychology*. New York: Harper Collins Publisher, Inc.
- Jay, S.M., Elliott, C., and Varni, J.W., 1986. Acute and Chronic Pain in Adults and Children with Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, No. 5, 601-607.
- Kompas, 1994. *Meningkat. Jumlah Kematian Para Penderita Kanker*. Rabu, 18 Mei hal. 8. Jakarta: PT. Gramedia.
- Kompas, 1995. *Setiap Tahun Bertambah 190.000 Penderita Kanker*. Senin, 29 Mei hal. 3. Jakarta: PT. Gramedia.
- Kompas, 1995. *Perubahan Pola Makan dan Polusi Bisa Tingkatkan Kasus Kanker*. Selasa, 30 Mei hal. 3. Jakarta: PT. Gramedia.
- Kurnia, M.T. 1995. Pengembangan Riwayat Hidup sebagai Asesment Harga Diri Penderita Kanker Payudara. *Tesis*. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana UGM.
- Meyerowitz, B.E. 1980. Psychological Correlates of Breast Cancer and Its Treatments. *Psychological Bulletin*. Vol. 87, No. 1, 108-131.
- Prokop, C.K., Bradley, L.A., Burish, T.G., Anderson, K.O. & Fox, J.E. 1991. *Health Psychology: Clinical Methods and Research*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Rahmawati, H. 1996. Hubungan Antara Citra Raga dengan Coping pada Wanita Penderita Kanker Payudara di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.

- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit PT. Grasindo.
- Sumarni, 1994. Pola Marah Penderita Kanker di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Tesis*. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana UGM.
- Taylor, S.E., Falke, R.L., Shoptaw, S.J. and Lichtman, R.R. 1986. Social Support, Support Groups, and The Cancer Patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, No. 5, 608-615.
- Taylor, S.E. 1995. *Health Psychology*. Singapore: McGraw-Hill Inc.
- Telch, C.F. and Telch, M.J. 1986. Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, No. 6, 802-808.