

STUDI KASUS DEPRESI PADA PASIEN KARSINOMA SERVIX DENGAN KELUHAN UTAMA NYERI DI POLI PALIATIF DAN BEBAS NYERI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA

Happy Setiawan
Woelan Handadari

Fakultas Psikologi Universitas Airlangga

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk bagaimana pengaruh intensitas nyeri kanker terhadap depresi yang dialami dan berbagai dimensi yang terkait didalamnya, seperti simptom nyeri dan depresi yang dialami penderita kanker, khususnya penderita kanker servix.

Subyek penelitian adalah pasien yang menjalani pemeriksaan & perawatan di RS Dr. Soetomo Surabaya, dengan persyaratan antara lain: berusia antara 25-40 tahun, berpendidikan minimal SLTP, tidak memiliki riwayat gangguan psikopatologis sebelumnya, sedang menjalani terapi three step analgetic ladder WHO, riwayat sakit tidak lebih dari 5 tahun, serta pasien dengan stadium ca. II – IV menurut FIGO. Subyek terdiri 4 orang pasien, dimana subyek/pasien penelitian akan dikelompokkan dalam dua latar belakang yang berbeda berdasarkan stadium kankernya. Inferensi klinis akan dilakukan berdasarkan kajian komprehensif/holistik pada dimensi-dimensi biopsikosial & spiritual dari pasien. Inferensi ini akan menggunakan asesmen klinis (interview & observasi) yang akan dibantu dengan penggunaan berbagai skala/kuisisioner pengukuran kesehatan yang ada dan telah digunakan secara luas di bidang klinis. Penulis dalam penelitian ini akan lebih banyak menggunakan analisa strategi proposisi teoritis daripada strategi deskriptif.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pemahaman penderita terhadap makna sebat, sakit, kanker, nyeri kanker belum cukup dan memuaskan, padahal ini mampu memberikan bekal yang informatif dan edukatif terhadap coping yang dilakukan. Tidak semua pola coping yang dilakukan oleh penderita dalam mengatasi nyeri kanker adalah coping yang tepat. Sebagian besar subyek dalam penelitian ini berpola coping menyerah diri pasif. Tentunya hal ini amat tidak diharapkan.

Tidak ada bukti yang cukup kuat dalam penelitian ini yang mendukung bahwa penderita dengan nyeri kanker senantiasa senantiasa jatuh ke dalam depresi. Gejala depresi yang seolah-olah termanifestasi belum tentu manifestasi gejala depresi, karena bisa jadi itu merupakan manifestasi proses coping yang sedang terjadi. Tidak ditemukan juga cukup bukti adanya mekanisme somatisasi dan konversi yang digunakan dalam upaya menyesuaikan diri terhadap sakit atau keluhan yang diderita. Mekanisme keluhan lebih tampak sebagai hasil dari mekanisme total suffering daripada defence mechanisms.

Kata Kunci: Depresi, Pasien Karsinoma Servix

Kanker tercatat sebagai penyakit utama yang menempati urutan kematian terbesar kedua. Kanker servix sendiri di antara berbagai jenis kanker yang ada, merupakan kasus kanker yang terbanyak di Indonesia dan negara berkembang lainnya. Setiap tahunnya ditemukan sekitar 400.000 kasus baru di seluruh dunia, 80%

diantaranya ditemukan di negara berkembang, dan diperkirakan terdapat 200.000 hingga 300.000 wanita meninggal setiap tahunnya karena kanker serviks (Hartono, 2000).

Kanker selain potensial memberikan penderitaan yang bersifat fisik, juga memberikan penderitaan bersifat psikis. Jika gangguan fisik dimanifestasikan dengan gejala seperti pegal, nyeri, mual, keputihan hingga perdarahan dan komplikasi organ maka gangguan psikis yang dijumpai dapat dimanifestasikan dengan simptom depresi, gugup, perasaan menjadi tua, cemas, dan perasaan tak berguna (Lilis, 1997). Depresi sendiri adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan perasaan (*affective/mood*) yang ditandai kemurungan, kelesuan, hilangnya gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya (Hawari, 2001).

Laporan WHO tahun 1998 menyatakan 5-10% pasien-pasien yang mengalami sakit terminal mengalami depresi, bahkan Roger Woodruff (1997) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa 25% pasien-pasien kanker dilaporkan mengalami depresi dan ini akan meningkat jumlahnya dan bahkan lebih dari 50% bila disertai dengan penyakit stadium lanjut, cacat serta nyeri yang tak tertahankan. Depresi yang terjadi pada pasien-pasien kanker bersifat *reversible*.

Penelitian Psikologi Klinis bidang kesehatan ini sangat penting dan menarik karena dapat mengungkapkan dan memberikan evaluasi serta kajian-kajian penting mengenai terapi kanker yang komprehensif sebagaimana program yang dicanangkan WHO dalam terapi kanker; *cancer pain relief*; yang didalamnya mencakup pula *three-step analgesic ladder* serta program *symptom relief in terminal illness*.

Nyeri adalah keluhan utama dan merupakan keluhan terbanyak yang diderita para penderita kanker (sekitar 30-60%), dimana nyeri yang tidak terkontrol merupakan rangsang nyeri yang paling mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga mendorong penderita untuk mencari pengobatan. Selain nyeri, keluhan gangguan psikis lainnya yang terbanyak diderita adalah cemas atau depresi ringan sampai depresi berat dengan angka yang dapat mencapai lebih dari 50% (Woodruff, 1997).

Nyeri dan depresi merupakan simptom-simptom pasien penyakit terminal yang perlu mendapatkan perhatian dan penanganan serius. Evaluasi secara mendalam dan hati-hati terhadap keduanya dapat menjadi dasar yang esensial untuk *symptom management* pada pasien-pasien kanker secara keseluruhan, dimana hal ini juga merupakan tanggung jawab para profesional bidang pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, psikolog, atau profesi lain yang berhubungan dengannya.

Aspek-aspek biopsikososial dan spiritual dalam diri individu merupakan aspek yang juga amat diperhitungkan dalam evaluasi/pengkajian ini, karena setiap bagian dari aspek-aspek ini memiliki hubungan erat. Distress psikologis misalnya, akan membuat simptom-simptom lainnya menjadi lebih berat; *dyspnoea* menjadi lebih hebat hanya karena kecemasan, kecemasan pun akan meningkat seiring dengan peningkatan nyeri, dan sebagainya.

Pengkajian secara hati-hati dan mendalam selain memberikan gambaran mengenai penyakit kanker itu sendiri juga akan dapat memberikan gambaran mengenai penderita secara menyeluruh bagaimana sakit (*illness*) yang dialami penderita akan mempengaruhi kualitas hidup penderita.

Depresi

Depresi adalah suatu keadaan emosi yang tidak menyenangkan dan dangkal (*low mood*) sebagai akibat dari pengaruh peristiwa yang tidak diharapkan, dimana manifestasi gejalanya dapat bersifat ringan hingga pada tingkat yang berat (Rosenbaum, 2000).

Depresi juga didefinisikan sebagai suatu status emosional seseorang yang ditandai dengan kesedihan yang sangat, perasaan bersalah, menarik diri dari lingkungan, gangguan tidur, anoreksia, kehilangan gairah seksual, kehilangan ketertarikan pada aktivitas-aktivitas yang biasanya menyenangkan. (Davison & Neale, 1994). Para ahli lain melihat depresi sebagai suatu keadaan psikologis cara individu bereaksi terhadap frustrasi yang dialaminya (Reideger, Capaldi, 1984).

Depresi bukanlah didasarkan pada proses patologi tunggal, tapi memiliki penyebab yang multiple. Faktor-faktor penyebab depresi dapat dibagi menurut asalnya sebagai berikut (Pennel & Creed, 1987)

- a. Bersumber dari fisik
- b. Bersumber dari psikis
- c. Bersumber dari sosial

Carsinoma Servix

Carsinoma servix (kanker rahim) adalah tumor ganas yang mengenai *epitel servix* (leher rahim), dimana sel-sel epitel tersebut mengalami penggandaan dan berubah secara patologi anatomi. Sifat sel yang ganas dapat mengalami penyebaran (*metastase*) ke organ-organ lain, penyebaran tersebut dapat melalui jalur limfe dan vaskular (Sukardja, 2000).

Casinoma servix sendiri timbul di batas antara epitel yang melapisi porsio uteri dan endoservix canalis servicalis (*squamo-columnar junction/SCJ*). Histologis antara epitel pipih berlapis (*squamos complex*) dari portio dengan epitel *cuboid* dari *endoservix canalis servix*. Awal perkembangannya ca. servix tidak memberikan gejala dan keluhan.

Nyeri Kanker

Keely dan Neil (1971) mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensoris yang tak menyenangkan, berbeda dengan modalitas sensori lainnya seperti halnya sentuhan, kehangatan, dan dingin.

Mekanisme nyeri selalu melibatkan mekanisme neural yang terjadi di corda spinalis, sebagaimana yang dinyatakan dalam *Gate control theory* bahwa ujung awal saraf aferen merupakan reseptor rangsang nyeri. Reseptor sendiri terdiri atas tiga jenis, yaitu : reseptor suhu (*thermoreseptor*), reseptor mekanis (*mechanoreseptor*) dan reseptor multi fungsi (*polymodal nociseptor*).

Koping dan Kualitas Hidup Penderita Kanker

Koping masih merupakan konsep yang majemuk, dimana secara mudah dapat didefinisikan sebagai upaya yang bertujuan untuk mengatasi atau mengaburkan efek negatif dari stres (Jensen, 1991).

Mekanisme koping yang dilakukan dapat beraneka ragam pula, namun Niven (1994) mengkategorikan koping ke dalam 2 kategori; berupa tindakan langsung dan tindakan paliatif. Tindakan langsung merupakan upaya yang dilakukan secara langsung terhadap stimulus yang mengakibatkan stres, sedangkan tindakan paliatif lebih merupakan upaya memodifikasi respon internal individu terhadap stimulus. Ancaman dalam tindakan paliatif ini, masih tetap ada namun individu dapat mengatasinya secara lebih baik. Kedua mekanisme koping tersebut dapat dilakukan secara berhubungan, namun perlu tetap dipikirkan cara yang terbaik.

Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah perawatan menyeluruh terhadap pasien dan keluarganya oleh tim yang multiprofesi dimana dijalankan pada penyakit yang tidak lagi responsif terhadap pengobatan serta harapan hidup pasien yang relatif pendek. (Twycross, 1997).

Pemaparan beberapa hal diatas dapat menjadi faktor pendorong peneliti untuk meneliti mengenai bagaimana pengaruh intensitas nyeri kanker terhadap depresi yang dialami dan berbagai dimensi yang terkait didalamnya, seperti simptom nyeri dan depresi yang dialami penderita kanker, khususnya penderita kanker servix.

Perumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini antara lain:

1. Bagaimana persepsi pasien terhadap sehat, sakit, nyeri dan kanker?
2. Bagaimana pengaruh penyakit kanker dan nyeri kanker yang diderita terhadap kehidupan pasien?
3. Bagaimana pengaruh nyeri kanker yang dialami dengan depresi yang dialami oleh pasien?
4. Bagaimana respon dan coping pasien terhadap penyakit kanker dan nyeri kanker yang diderita?
5. Apakah penurunan tingkat nyeri akan menyebabkan penurunan tingkat depresi yang dialami oleh pasien?
6. Bagaimana harapan dan tanggapan pasien terhadap pelayanan kesehatan kanker serta bagaimana sikap keluarga dan masyarakat terhadap mereka para penderita kanker?

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus eksplanatoris. Variabel dalam penelitian ini adalah nyeri kanker rahim dan depresi. Penelitian ini menggunakan desain multi kasus holistik, dimana ini dianggap lebih baik dari kasus tunggal. Menurut Yin (2000), logika yang menggaris bawahi penggunaan studi multi kasus adalah sama dimana setiap kasus harus dipilih agar dapat memprediksi hal-hal yang serupa atau menghasilkan hasil yang berlatar belakang tetapi untuk alasan-alasan yang diprediksi.

Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. **Depresi** adalah gangguan pemikiran yang mempengaruhi afek, emosi dan perilaku seorang individu dengan gejala-gejala kesedihan, keprihatinan mendalam, perasaan putus asa, menarik diri dari pergaulan, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, penurunan dorongan seksual, kehilangan minat dan kesenangan terhadap aktifitas sehari-hari yang menyenangkan.
2. **Nyeri** adalah pengalaman sensoris yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan tubuh, baik aktual maupun potensial sebagai akibat dari kanker serviks.

Subyek Penelitian

Penentuan subyek penelitian ini dilakukan dengan prosedur pengambilan sampel purposif yang terstratifikasi, dengan kualifikasi tertentu seperti :

1. Subyek adalah pasien yang sedang menjalani perawatan kanker di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
2. Berusia 25 – 40 tahun
3. Berpendidikan minimal SLTP
4. Tidak ada riwayat gangguan psikopatologis sebelumnya
5. Subyek merupakan pasien yang mengalami nyeri kanker
6. Sedang menjalani terapi Three Stap Analgetic Ladder WHO
7. Riwayat sakit tidak lebih dari 5 tahun
8. Stadium ca berada pada stadium II – III FIGO.
9. Bersedia menjadi subyek penelitian.

Metode Pengumpulan Data

Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan sumber/prosedur sebagai berikut :

1. Wawancara
 - a. *Wawancara informal*
 - b. *Wawancara dengan pedoman umum*
 - c. *Wawancara dengan pedoman standar yang terbuka*
2. Observasi
3. Angket
4. Dokumen Rekam Medis

Metode Analisis Data

Penulis dalam penelitian ini akan lebih banyak menggunakan analisa strategi proposisi teoritis daripada strategi deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini berlangsung selama 4 bulan, yang dimulai dari bulan September sampai bulan Desember 2002. Secara umum pelaksanaan penelitian meliputi :

- 1) Melakukan *skrining* pada *medical record*.
- 2) Membuat daftar nominasi pasien.
- 3) Melakukan prosedur *informed consent* dengan meminta persetujuan pada pasien untuk pengkajian selama di rumah sakit maupun di rumah.
- 4) Melakukan pengumpulan, pengkajian dan analisa data.

Beberapa kendala penelitian yang membuat penelitian ini berlangsung lebih lama adalah sebagai berikut :

1. Sebagian pasien kanker servix di Poli Paliatif merupakan rujukan dari luar Surabaya bahkan beberapa merupakan rujukan dari luar propinsi sehingga menyulitkan pengkajian secara teratur dan terencana.
2. Sebagian besar pasien kanker servix yang ada di Poli Paliatif adalah berpendidikan rendah dan berusia lanjut sehingga menghambat *multiple assessment*.
3. Keadaan pasien kanker stadium lanjut seringkali sangat fruktatif ; dari keadaan cukup sehat sampai jatuh dalam keadaan kritis.
4. Tes psikologis tidak dapat dijalankan mengingat kondisi umum subyek penelitian yang tidak memungkinkan.

- Beberapa subyek penelitian yang sesuai dengan kategori penelitian ada yang meninggal dunia sebelum penelitian dilakukan.

Analisa Kasus Tunggal

Tabel Rangkuman Analisa Subyek I

Parameter	Deskripsi	Keterangan	Skala
Nyeri	Lokasi : panggul, perut bawah dan menjalar ke tungkai. Deskripsi: panas, sakit. Durasi : Berlangsung 1-5 jam. Skala : Besar nyeri 9, dengan rata-rata 5	Sedang-berat	BPI
Depresi	Adanya gejala-gejala berupa kesedihan, gangguan tidur, gangguan vegetatif yang berupa penurunan nafsu makan yang bermakna. Tidak bisa merasakan kesenangan sebagaimana biasanya.	Ringan-sedang	BDI
Koping	Menyerah pada keadaan, tidak melakukan tindakan apapun untuk mengurangi keluhan, menunggu serangan nyeri berulang.	Menyerah diri pasif	DCCES
Kualitas hidup	Tidak mampu bekerja tetapi dapat tinggal di rumah, memerlukan berbagai tingkat bantuan. Ia mampu merawat diri sendiri namun tak mampu melakukan kegiatan kerja/normal.	Rendah-sedang	Karnofski

Kesimpulan Subyek I

- Persepsi subyek terhadap kesehatan, sakit, kanker dan nyeri kanker masih dangkal.
- Nyeri kanker jelas memberikan dampak yang bermakna dalam kehidupan sehari-hari subyek.
- Ditemukan adanya perubahan yang bermakna terhadap perubahan afek dan emosi ; kesedihan-kegembiraan, sebagai pengaruh dari nyeri kanker.
- Subyek belum melakukan koping sebagaimana yang diharapkan karena ia hanya menerapkan koping tunggal dengan penerimaan diri pasif.
- Adanya perubahan pada skor BDI akibat fruktusi nyeri yang diderita subyek.
- Penghargaan pasien terhadap pelayanan kesehatan cukup apresiatif karena ia memiliki harapan yang terlalu besar terhadap kesembuhannya.

Tabel Rangkuman Hasil Analisa Subyek II

Parameter	Deskripsi	Keterangan	Skala
Nyeri	Lokasi : panggul, perut bawah dan kemaluan. Deskripsi: panas, sakit. Durasi : Berlangsung 1-5 jam. Skala : Besar nyeri 10, dengan rata-rata 8	Berat	BPI
Depresi	Adanya gejala-gejala berupa kesedihan, sering berkelelahan, gangguan tidur, gangguan vegetatif yang berupa penurunan nafsu makan yang bermakna. Tidak bisa merasakan kesenangan sebagaimana biasanya.	Ringan-sedang	BDI
Koping	Menyerah pada keadaan, tidak melakukan tindakan apapun untuk mengurangi keluhan, menunggu serangan nyeri berulang.	Menyerah diri pasif	DCCES

Kualitas hidup	Tidak mampu bekerja tetapi dapat tinggal di rumah, memerlukan berbagai tingkat bantuan. Ia kurang mampu merawat diri sendiri dan tak mampu melakukan kegiatan kerja/normal. Ia memerlukan bantuan khusus namun belum perlu masuk Rumah Sakit.	rendah	Karnofski
----------------	---	--------	-----------

Kesimpulan Subyek II

1. Persepsi tentang kesehatan, sakit dan nyeri kanker masih dangkal sehingga menyulitkan subyek untuk melakukan koping terhadap kanker & nyeri kanker yang dialaminya.
2. Nyeri kanker amat berpengaruh pada pola kehidupan sehari-hari serta pada upaya menjalani kehidupan berkualitas bersama kanker dan efek sampingnya.
3. Didapatkan adanya perubahan afek & emosi ; kesedihan-gembira apabila subyek dalam keadaan bebas keluhan. Subyek merasa jauh lebih nyaman dan gembira bila ia bebas dari nyeri, walau keadaan bebas nyeri hanya sesekali saja dialami.
4. Koping yang dilakukan tidak efektif karena hanya menggunakan satu jenis koping yaitu penyerahan diri yang pasif.
5. Didapatkan adanya perubahan nilai BDI yang berhubungan dengan nilai Vasnya. Subyek merasa jauh lebih nyaman dan gembira bila ia bebas dari nyeri, walau keadaan bebas nyeri hanya sedikit sekali dijumpai, sehingga dalam evaluasi menunjukkan bahwa penurunan nilai Vas akan menurunkan nilai BDInya atau peningkatan nilai Vas berakibat meningkatnya nilai BDI.
6. Tentang pelayanan kesehatan, pasien cukup apresiatif terutama untuk pelayanan paliatif. Harapan mereka adalah bahwa pelayanan kesehatan mampu memberikan bantuan yang maksimal.

Tabel Rangkuman Analisa Subyek III

Parameter	Deskripsi	Keterangan	Skala
Nyeri	Lokasi : panggul, perut bawah dan kemaluan Deskripsi: panas, sakit. Durasi : Berlangsung < 1 jam. Skala : Besar nyeri 3, dengan rata-rata 2	Ringan	BPI
Depresi	Tak ada gejala-gejala mayor depresi baik itu berupa ; kesedihan, kehilangan nafsu makan, kehilangan interes terhadap lingkungan, tidak bisa menikmati kegiatan yang menyenangkan, apalagi adanya ide bunuh diri.	Normal	BDI
Koping	Berupaya tetap mencari bimbingan, kontrol teratur, dan melakukan apa yang dianjurkan.	Memenuhi Kerjasama	DCESS
Kualitas hidup	Mampu bekerja dalam kegiatan sehari-hari, termasuk merawat diri secara mandiri tanpa bantuan orang lain.	Baik	Karnofski

Kesimpulan Subyek III

1. Persepsi terhadap sehat, sakit, kanker dan pelayanan relatif masih kurang. Subyek juga belum tahu prognosis penyakitnya ke depan.
2. Nyeri kanker yang relatif ringan, tidak banyak berpengaruh pada kualitas kehidupan subyek secara keseluruhan.

3. Keluhan nyeri yang ringan yang terjadi pada subyek ini, berdampak amat baik pada derajat depresinya.
4. Koping saat ini yang dilakukan masih memuaskan, pola kopingnya adalah memenuhi kerjasama.
5. Tidak ditemukan adanya penurunan tingkat depresi pada pasien ini sehubungan dengan nilai nyerinya, namun ini potensial disebabkan karena nilai spiritualitas pada dirinya serta tahap penerimaan yang sedang berlangsung.
6. Penghargaan pasien terhadap pelayanan kesehatan amat besar, khususnya kepada *palliative care unit* yang telah banyak membantu para penderita kanker terutama yang tidak mampu.

Tabel Rangkuman Analisa Analisa Subyek IV

Parameter	Deskripsi	Keterangan	Skala
Nyeri	Lokasi : panggul, perut bawah dan menjalar ke tungkai dan sebagian anus. Deskripsi: panas, cekot-cekot, menjalar. Durasi : Berlangsung < 3 jam. Skala : Terbesar nyeri 9 VAS, dengan rata-rata 4-5 VAS	Ringan-sedang	BPI
Depresi	Adanya gejala-gejala berupa kesedihan, gangguan tidur, gangguan vegetatif yang berupa penurunan nafsu makan yang bersifat ringan.	Ringan	BDI
Koping	Melakukan tindakan preventif terhadap penyebab rangsang nyeri dengan cara mengurangi aktifitas pergerakan panggul yang didapatinya sebagai pemicu nyeri berulang.		DCESS
Kualitas hidup	Masih mampu bekerja sederhana tetapi dapat tinggal di rumah, kurang memerlukan berbagai tingkat bantuan. Ia mampu merawat diri sendiri namun takut melakukan kegiatan kerja/normal.	Sedang	Karnofski

Kesimpulan Kesimpulan Subyek IV

1. Nyeri masih menjadi keluhan utama subyek, dimana nyeri yang diderita bersifat *nosiseptif visceral, nosiseptif non bone, unconditional-condisional*, berderajat ringan-sedang.
2. Persepsi terhadap sehat, sakit, kanker masih terkesan dangkal karena ia masih belum memahami prognosisnya ke depan.
3. Nyeri kanker mempengaruhi kualitas kehidupan subyek dan menjadi semakin bermakna pengaruhnya bila hal ini diperbandingkan dengan sebelum sakitnya.
4. Koping yang dilakukan sementara ini masih cukup baik, namun tidak efektif untuk tahap perkembangan penyakit selanjutnya.
5. Tidak dijumpai adanya perubahan afek dan emosi yang bermakna, dimana simtom yang terjadi secara umum hanya bersifat ringan seperti sedih, cemas, penurunan nafsu kaman, tidak dapat menikmati kesenangan hidup secara wajar.
6. Penghargaan subyek terhadap pelayanan kesehatan amat apresiatif, ia merasa amat berterima kasih kepada tim dokter & perawat di *paliatif* yang telah membantu subyek dalam memahami keluhan dan memberikan obatnya.

Analisa Multi Kasus

Subyek	Nyeri Kanker	Depresi	Koping Nyeri	Kualitas Hidup
Subyek I	Ca.Cx St.III Nosiseptif somatic non bone, durasi 1-5 jam, VAS 9 dengan rata-rata 5.	Manifestasi gejala ; sedih, nafsu makan turun, tak bisa merasakan kesenangan . (BDI : sedang-berat)	Menyerah diri pasif. Dalam tahap residif-memenuhi kemunduran	Rendah-sedang
Subyek II	Ca.Cx St. IV Nosiseptif visceral, nos. som non bone, durasi 1-5 jam, VAS 10 dengan rata-rata 8	Manifestasi gejala ; sedih, nafsu makan turun, tak bisa merasakan kesenangan . (BDI : sedang)	Menyerah diri pasif. Dalam tahap residif.	Rendah
Subyek III	Ca.Cx. St. III Nosiseptif non bone, durasi < 1 jam, VAS 3 dengan rata-rata 2	Tak ada manifestasi (BDI : normal-ringan)	Memenuhi kerjasama. Dalam tahap adaptasi	baik
Subyek IV	Ca. Cx. St. III Nosiseptif non bone, durasi 1-3 jam, VAS 10 dengan rata-rata 5	Manifestasi ringan ; sedih, nafsu makan sedikit turun	Menyerah diri pasif- Memenuhi kerjasama. Dalam tahap adaptasi.	Sedang - rendah

Analisa Nyeri kanker

Nyeri yang dirasakan oleh keempat subyek cukup variatif. Ada yang hanya menderita nyeri ringan, ada yang sedang dan bahkan ada yang hampir selalu nyeri berat.

Kalau kita perhatikan lebih lanjut, besar atau derajat nyeri kanker tidak selalu proporsional dengan stadium kanker yang diderita dan begitu pula sebaliknya. Hal ini karena nyeri merupakan pengalaman subyektif terhadap sensasi yang tidak menyenangkan, jadi setiap orang akan mengalami nyerinya dalam persepsinya masing-masing serta merekalah yang menentukan arti atau makna dari nyeri itu bagi diri mereka (Abram & Haddox, 2000).

Meskipun nilai nyeri tidak dapat dipersamakan pada kesemua kasus di atas, ada suatu persamaan yang penting dalam hal nyeri ini: nyeri adalah keluhan utama bagi mereka, nyeri yang mendorong mereka mencari pengobatan, nyerilah yang paling banyak mereka rasakan sepanjang hari, dan nyerilah yang paling mereka khawatirkan bila hal itu tidak tertangani secara memuaskan.

Ada fenomena yang menarik yang terjadi pada Subyek No. III, dimana ia sepanjang hari-harinya hanya menderita nyeri ringan. Hal ini sungguh berbeda dengan ketiga subyek yang lain. Apakah hal ini memang karena peranan faktor personalitas, medikasi, ataukah karena pengaruh nilai kehidupan spiritualnya? Hal ini memang belum mungkin untuk dijawab saat ini karena hal itu membutuhkan riset yang komprehensif.

Depresi

Manifestasi gejala depresi yang terjadi pada ketiga subyek relatif sama, dimana subyek memiliki gejala-gejala sebagai berikut :

1. Adanya perubahan afek yang berupa kesedihan, mereka terkadang dan bahkan ada yang senantiasa menunjukkan rasa sedih. Kesedihan ini terkadang termanifestasi dalam bentuk tangisan atau rintihan.
2. Adanya gangguan tidur dan istirahat. Gangguan ini dapat berderajat ringan hingga dapat pula berderajat berat.
3. Adanya penurunan nafsu makan, mulai dari tingkat yang relatif ringan hingga pada tingkat yang relatif membahayakan.

4. Adanya upaya menarik diri dari lingkungan, namun ini tidak jelas tampak karena memang terlalu kondisional sifatnya.
5. Lain-lain dapat berupa cemas dan takut kalau bertambah parah, dll.

Pada penggunaan skala BDI di dapatkan bahwa ada peningkatan jumlah nilai derajat depresi bila dihubungkan dengan derajat nyeri kanker yang dialami saat itu. Namun hal ini bukan berarti subyek dapat didiagnosis menderita depresi, hal ini karena pertama, BDI sendiri sengaja diciptakan bukan sebagai alat diagnosis depresi klinis akan tetapi lebih berupa alat untuk menggambarkan seberapa besar derajat depresi yang dialami.

Kedua, manifestasi yang tampak sebagai gejala depresi seperti adanya nafsu makan berkurang, gangguan istirahat dan tidur, berkurangnya minat dan kesenangan, ataupun gejala-gejala lainnya bukan murni akibat adanya *depressive mood* atau depresi dalam artian klinik, akan tetapi hal itu lebih merupakan rangkaian atau kumpulan simptom-simptom yang umum terjadi pada kanker stadium lanjut ataupun *advanced disease* lainnya. (Woodruff, 1997; WHO, 1998).

Pandangan psikoanalisa dalam penelitian ini hanya digunakan secara terbatas pada analisa, hal ini karena fenomena yang terjadi pada diri tiap subyek sangat kompleks. Ada beberapa catatan penting yang dapat dikemukakan yaitu; pertama, upaya penyesuaian diri subyek dalam hidup dengan sakitnya menggunakan pula mekanisme-mekanisme pertahanan diri. Kedua, konflik diri (id, ego dan superego) juga pernah dialami atau masih dialami oleh beberapa subyek selama masa sakitnya.

Mekanisme pertahanan diri yang cenderung digunakan oleh subyek adalah rasionalisasi, dimana mereka berusaha menerima keadaan serta berusaha mencari jalan keluar dengan berobat/kontrol secara teratur ke rumah sakit. Ada pula subyek yang lebih memilih menggunakan sublimasi sebagai jalan keluarnya. Hal ini tampak pada Subyek III, dimana ia lebih banyak mengisi kehidupan sehari-harinya dengan amal ibadah kepada Tuhan.

Konflik diri juga terjadi. Subyek I, II dan IV mengalami konflik id, ego vs superego. Mereka ingin sekali sembuh, ingin bebas dari keluhan yang menyertai, mereka ingin dapat melakukan kegiatan dan bahkan bekerja kembali namun disisi lain mereka tahu bahwa kondisi mereka memburuk, mereka menderita *untreatable disease*, dan juga peran keluarga yang memberikan proteksi kepada mereka agar mereka senantiasa beristirahat dan menghindari aktifitas yang berlebihan.

Sebuah pertanyaan lagi muncul, “apakah manifestasi gejala depresi yang ditemukan pada setiap subyek tidak memiliki kaitan dengan mekanisme pertahanan diri tipe somatisasi atau konversi?” “Sebab bisa jadi keluhan mereka berawal dari proses pertahanan diri tersebut?”

Beberapa studi pernah melaporkan pula bahwa sebagian dari pasien-pasien kanker mengalami pula gangguan somatisasi dan konversi, namun dalam penelitian ini tidak ditemukan bukti-bukti yang memperkuat adanya gangguan somatisasi ataupun konversi (Benjamin & Creek, 1994). Respon-respon subyek terhadap sakitnya hingga memberikan manifestasi klinis terhadap gejala-gejala depresi adalah disebabkan oleh sistem mekanisme yang kompleks dengan fokus pada *physical suffering* sebagai akibat stadium kanker yang telah lanjut (Woodruff, 1997; WHO, 1998).

Ada penemuan yang cukup menarik dalam penelitian ini, yaitu pada Subyek No. III, tampak sekali adanya perbedaan bila dibandingkan dengan ketiga subyek lainnya. Pada Subyek No. III tidak ditemukan manifestasi gejala-gejala depresi serta relatif bebas

nyeri. Hal ini dapat menggambarkan sekilas bagaimana afek ataupun emosi dipengaruhi oleh simptom nyeri. Namun ada hal yang perlu mendapatkan perhatian khusus dari Subyek No. III, yaitu adanya tingkat spiritualitas yang tinggi pada subyek ini.

Beberapa studi menunjukkan bahwa spiritualitas seseorang akan mampu memberikan dukungan terhadap terciptanya derajat kesehatan yang fisik dan mental yang optimal. Dukungan itu dapat berupa kedamaian jiwa, kekebalan tubuh yang meningkat serta peningkatan kemampuan kognitif (Sholeh, 2003).

Beberapa catatan mungkin akan muncul ke permukaan bila nilai spiritualitas ini kita hubungkan dengan ke tiga kasus lainnya. Pertama, apakah memang tingkat nyeri kanker mampu dimodulasi oleh tingkat spiritualitas? Kedua adalah bagaimana dengan tingkat depresinya? Apakah akan mengalami perubahan juga? Bila hal ini dipaksakan untuk dijawab, maka jawabannya adalah bisa ya dan bisa pula tidak.

Fenomena diatas tidak mungkin dijawab dengan bekal hanya empat kasus, fenomena di atas amat kasuistik. Perlu sebuah studi yang panjang untuk dapat mengenali benang merah yang menjalin hubungan antara kanker – depresi – nyeri kanker.

Koping

Koping sebagai langkah penyesuaian diri terhadap stressor amat penting artinya bagi para pasien atau penderita penyakit stadium lanjut (*advanced disease*). Koping yang efektif dan tepat akan memberikan kemampuan kepada pasien untuk menyesuaikan diri atau menghadapi stressor seperti; nyeri, hilangnya sebagian fungsi tubuh, mual-muntah, anoreksia, kelelahan, penurunan mobilitas, isolasi sosial, harga diri, ketidakpastian, takut akan kematian, penyesuaian diri dengan lingkungan rumah sakit, dan sebagainya (Keliat, 1997).

Pada Subyek I dan II, mereka berada pada tahap koping kambuh (*recidif*), dimana dalam tahap ini mereka menghadapi masalah-masalah dengan karakteristik berikut; depresif, pesimis, kecewa pada hasil terapi, dan amat banyak keluhan. Koping yang dilakukan oleh Subyek I dan II juga tidak efektif, dan lebih terkesan maladaptif. Mereka hanya melakukan koping menyerah diri pasif. Bila hal ini tetap mereka jalankan maka potensial mereka akan jatuh ke dalam tahap kemunduran yang lebih cepat.

Untuk Subyek III dan IV, mereka masih dalam tahap adaptasi. Mereka mencoba menyesuaikan diri dengan keadaan penyakit, namun mereka juga masih menderita gangguan rasa nyaman, baik itu disertai gangguan fungsi atau belum. Koping yang mereka lakukan juga relatif sudah adaptif, terutama sekali Subyek No. III.

Kualitas hidup

Sebagian besar dari subyek, kualitas hidupnya berada pada level yang rendah. Hal ini terutama bila dilakukan pengkajian berdasarkan skala Karnofski. Namun yang perlu diperhatikan juga adalah bahwa kualitas hidup merupakan pengalaman subyektif seperti halnya nyeri kanker, sehingga untuk mencapai arti yang sesungguhnya kita harus memperhatikan nilai-nilai internal dari tiap subyek.

Pada Subyek I dan II, dalam kasus ini mengalami kualitas hidup yang rendah. Hal ini dikarenakan adanya *multiple symptom* sebagai bagian dari efek *advanced cancer* yang diderita. Mereka amat tergantung pemenuhan hidupnya kepada orang lain, bahkan dalam hal yang paling sederhana sekalipun, seperti; merawat kebersihan diri dan mobilisasi.

Pada Subyek III didapatkan juga penurunan kualitas hidup yang bermakna baginya secara pribadi. Dalam hal ini subyek bercermin dengan kondisi saat ia belum sakit, dimana ia masih dapat bekerja dan berkarya membantu perekonomian keluarga. Namun setelah sakit ia tak dapat lagi bekerja, suaminya pun berpenghasilan tidak tetap sebagai tukang becak. Hidupnya benar-benar berubah dibandingkan dengan dulu.

Dan pada Subyek No. IV, kualitas hidupnya masih baik. Ia masih bisa melaksanakan kegiatan hariannya tanpa harus bergantung kepada orang lain. Pergi kemana-mana pun dapat dilakukannya dengan tanpa rasa takut akan penyakitnya. Kontrol ke rumah sakit pun masih bisa sendiri.

KESIMPULAN

Pemahaman penderita terhadap makna sehat, sakit, kanker, nyeri kanker belum cukup dan memuaskan, padahal ini mampu memberikan bekal yang informatif dan edukatif terhadap koping yang dilakukan. Nyeri adalah persepsi subyektif atas rangsangan atau pengalaman emosi yang tidak menyenangkan sebagai akibat proses patofisiologis yang terjadi di dalam tubuh, baik aktual maupun potensial yang menimbulkan kerusakan jaringan.

Nyeri kanker selalu menjadi keluhan utama bagi penderita kanker, merupakan keluhan yang paling sering terjadi, dan secara umum menjadi salah satu faktor yang paling berpengaruh bagi kualitas kehidupan penderita kanker.

Nyeri kanker memberikan pengaruh yang besar terhadap timbulnya gejala-gejala atau manifestasi klinis terhadap afeksi/emosi, perilaku dan kognisi yang dapat menggambarkan adanya gangguan mood yang besar pada pasien-pasien kanker.

Tidak semua pola koping yang dilakukan oleh penderita dalam mengatasi nyeri kanker adalah koping yang tepat. Sebagian besar subyek dalam penelitian ini berpola koping menyerah diri pasif. Tentunya hal ini amat tidak diharapkan.

Nyeri memiliki kaitan erat dalam meningkatkan manifestasi gejala-gejala gangguan suasana mood yang besar pada penderita kanker serta meningkatkan derajat depresifnya (tampak dalam skala BDI).

Harapan dan apresiasi pasien-pasien kanker terhadap pelayanan kesehatan amatlah tinggi, mereka berharap banyak terhadap pelayanan kesehatan untuk dapat membantu memberikan kesembuhan, menghilangkan keluhan dan memahami setiap kesulitan mereka sehubungan dengan terapi.

Nyeri kanker sebagai bentuk nyeri kronis ternyata tidak selalu proporsional dengan stadium kanker maupun tingkat kerusakan jaringan. Nyeri kanker merupakan nyeri kronis yang melibatkan multi dimensi ; dimensi biologis, dimensi psikologis, dimensi sosial dan dimensi spiritual.

Tidak ada bukti yang cukup kuat dalam penelitian ini yang mendukung bahwa penderita dengan nyeri kanker senantiasa senantiasa jatuh ke dalam depresi. Gejala depresi yang seolah-olah termanifestasi belum tentu manifestasi gejala depresi, karena bisa jadi itu merupakan manifestasi proses koping yang sedang terjadi.

Peran medikasi dalam pengelolaan nyeri tidak selalu mencapai hasil yang diharapkan. Nyeri tetap menunjukkan existensinya, hal ini menuntut adanya penatalaksanaan nyeri kanker yang lebih komprehensif.

Penyesuaian diri pasien dengan kanker dan nyeri kanker juga melibatkan mekanisme pertahanan diri serta konflik diri (id, ego & superego), dimana tipe atau polanya beraneka ragam.

Tidak ditemukan cukup bukti adanya mekanisme somatisasi dan konversi yang digunakan dalam upaya menyesuaikan diri terhadap sakit atau keluhan yang diderita. Mekanisme keluhan lebih tampak sebagai hasil dari mekanisme *total suffering* daripada *defence mechanisms*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abram, Stephen E. & Haddox, J. David. (2000). *The Pain Clinic Manual*. 2nd. Philadelphia, Lippincott William & Wilkins.
- Benjamin, Sidney & Creed, Francis. (1994). *Psychiatry in Medical Practice*, Second Edition, New York, USA. Routledge.
- Davison, Gerald C. & Neale, John M. (1993 : 189-224). *Abnormal Psychology*. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Hartono, Pujo., (2001, Mei). Kanker Serviks dan Masalah Skrining di Indonesia. *Majalah Mimbar RSUD Dr. Soetomo Surabaya*, Vol-05.
- Hawari, Dadang. (2001). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta, Balai Penerbit FKUI, Gaya Baru.
- Jensen, M.P. & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping Efforts and Adjustment to Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59 (3); 431-438.
- Keely CA. Neil E. (1971: 374). *Samson Wright's Applied Psychology*. 12th Edn. Oxford University Press. Oxford.
- Keliat, B.A. (1998). *Gangguan Koping, Citra Tubuh, dan Seksual pada Klien Kanker*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lilis, I., (1999). *Aspek Psikoseksual pada Hysterektomi Kanker Leher Rahim*. Majalah Jiwa, Jakarta. vol-XXX.
- Niven, Neil. (1994). *Health Psychology : An Introduction for Nurses and Other Health Care Professionals*. London, Churchill Livingstone.
- Sholeh, Moh. (2003, Juli). *Nilai Kesehatan dan Penyembuhan dari Shalat yang Ikhlas lagi Khusuk ; Suatu Tinjauan Psikoneuroimunologi*. Dipresentasikan pada Seminar Psikoneuroimunologi di Lembaga Pendidikan Alkhairiyah, Surabaya.
- Sukardja, IDG. (2000) *Onkologi Klinik*, Surabaya, Airlangga University Press.
- Twycross, Robert. (1997). *Introducing Palliative Care*. 2nd Edition. Oxford, Radcliffe Medical Press.
- Woodruff, Roger. (1997). *Symptom Control in Advanced Cancer*. Victoria, Australia, Asperulla Pty Ltd.
- World Health Organization, (1998). *Symptom Relief in Terminal Illness*. Geneva, WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Yin, Robert K. (2000). *Studi Kasus Desain dan Metode*. Jakarta, PT. RajaGrafindo Persada.

Filename: 02 Happy Setiawan, Studi Kasus Depresi Pada Pasien Karsinoma
Ser.doc
Directory: C:\Documents and Settings\Dany\Desktop\Tahun 2004\April 2004
Template: C:\Documents and Settings\Dany\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title: RINGKASAN
Subject:
Author: bangzay
Keywords:
Comments:
Creation Date: 7/30/2003 6:00:00 PM
Change Number: 8
Last Saved On: 12/1/2003 11:22:00 AM
Last Saved By: Magister Psikologi
Total Editing Time: 74 Minutes
Last Printed On: 6/3/2009 5:35:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 15
Number of Words: 5,368 (approx.)
Number of Characters: 30,601 (approx.)