

**KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA KANKER DENGAN STATUS
SOSIAL EKONOMI RENDAH**

NASKAH PUBLIKASI

*Diajukan kepada Fakultas Psikologi
untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana (S-1) Psikologi*



Oleh:

MARYAM HANIFAH BINTI IDRIS

F 100 110 138

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2015

**KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA KANKER DENGAN STATUS
SOSIAL EKONOMI RENDAH**

NASKAH PUBLIKASI

*Diajukan kepada Fakultas Psikologi
untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana (S-1) Psikologi*

Oleh:

MARYAM HANIFAH BINTI IDRIS

F 100 110 138

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2015**

**KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA KANKER
DENGAN STATUS SOSIAL EKONOMI RENDAH**

Yang diajukan oleh:

MARYAM HANIFAH BINTI IDRIS

F 100 110 138

Telah disetujui untuk dipertahankan
di depan Dewan Penguji:

Telah disetujui oleh
Pembimbing,



Setia Asyanti, S.Psi., M.Si., Psi

Tanggal 5 Juni 2015

**KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA KANKER
DENGAN STATUS SOSIAL EKONOMI RENDAH**

Yang diajukan oleh :
Maryam Hanifah Binti Idris
F.100 110 138

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 23 Juni 2015
dan dinyatakan telah memenuhi syarat.

Penguji Utama

Setia Asyanti, S.Psi., M.Si., Psi

Penguji Pendamping I

Dr. Eny Purwandari, S.Psi., M.Si

Penguji Pendamping II

Dra. Zahrotul Uyun, M.Si







Surakarta, 23 Juni 2015

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Fakultas Psikologi

Dekan,



Dr. Taufik, M.Si

PENDAHULUAN

Penyakit kanker merupakan salah satu penyakit kronis yang paling mematikan di dunia. Menurut statistik Amerika Serikat, kanker menyumbang sekitar 23% dari total jumlah kematian di negara tersebut dan menjadi penyakit kedua paling mematikan setelah penyakit jantung (Anand, dkk, 2008).

Kanker tentu memberikan dampak yang besar bagi penderitanya, baik secara fisik, psikologis, ekonomi maupun aspek kehidupan lainnya. Hal tersebut tentu mempengaruhi kualitas hidup penderita kanker (WHO, 1996). WHO (1996) juga menjelaskan kualitas hidup merupakan persepsi mengenai posisi individu di dalam konteks budaya dan hubungannya dengan tujuan, harapan dan standar mereka. WHO (1997) juga

menambahkan penjelasan bahwa kualitas hidup penderita kanker dapat diungkap melalui aspek-aspek berikut:

- a. Kesehatan fisik mencakup kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur, istirahat.
- b. Kesejahteraan psikologis mencakup cara berpikir, belajar, memori, konsentrasi, emosi.
- c. Hubungan sosial mencakup hubungan sosial dan dukungan sosial.
- d. Hubungan dengan lingkungan mencakup keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja.

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita kanker, seperti penderita kanker memiliki kemungkinan dua kali lebih banyak mengalami gangguan emosional dibandingkan dengan orang

yang tidak menderita kanker pada status sosial ekonomi yang rendah. Hal ini berkaitan dengan beban yang harus ditanggung penderita penyakit kronis, seperti mahalnya biaya pengobatan, tidak adanya jaminan kesehatan yang memadai, dan sedikitnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita (Bastaman dalam Hadi, 2004). Yani (2007) memperkuat pendapat tersebut, bahwa sedikitnya pengetahuan tentang kanker membuat kesadaran penderita untuk melakukan perawatan lebih dini rendah dan kebutuhan finansial menjadi salah satu faktor yang ditakuti oleh penderita kanker karena biaya yang besar untuk pengobatan.

Studi awal dari kegiatan ACTION (*ASEAN CosTs in Oncology*) menunjukkan bahwa 85% pasien dan keluarga dari 2.400 kasus kanker mengalami kebangkrutan karena harus

menanggung biaya pengobatan dan perawatan kanker, ini menjadi indikasi bahwa kanker berpotensi membuat keluarga ekonomi menengah dan rendah menjadi semakin miskin (Anna, 2011).

Faktor- faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Pradono, dkk (2009) antara lain:

- a. Usia, diklasifikasikan berdasarkan golongan usia muda (40- 60 tahun) dan lanjut usia (di atas 60 tahun) oleh Hurlock (2012). Penelitian Rochmayanti (2011) menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia maka semakin meningkat kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia, seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit. Selain itu menurut

Havighurst (dalam Hurlock, 2012), usia dewasa madya memiliki tuntutan mencapai tanggung jawab sosial, membantu anak remaja menjadi orang dewasa yang bertanggungjawab dan mencapai prestasi dalam berkarir. Jika pada masa tersebut seseorang mengalami kondisi kronis, maka akan menimbulkan tekanan karena membatasi produktivitas mereka. Sedangkan dewasa akhir, menurut Santrock (2009) lebih dapat menerima kondisi fisiknya yang menurun karena sakit dibandingkan yang lebih muda dikarenakan beban tanggung jawab yang telah dilewati.

- b. Jenis Kelamin, laki-laki berisiko 1,3 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang rendah jika dibandingkan dengan perempuan. Hal tersebut dikarenakan

perempuan lebih matang secara emosi dan lebih tahan ketika menghadapi tekanan/permasalahan (Santrock, 2009).

- c. Pendidikan, Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah berisiko 1,2 kali mempunyai kualitas hidup yang kurang dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi. Muttaqin (2008) menambahkan, tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola pikir seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikannya, seseorang akan lebih antisipatif (berpikir panjang), sehingga penanganan penyakit dapat dilakukan lebih cepat.
- d. Pekerjaan, secara umum bisa digolongkan dengan kategori seseorang yang memiliki pekerjaan dan yang tidak memiliki pekerjaan.

- Rochmayanti (2011) mengungkapkan melalui hasil penelitiannya bahwa seseorang yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada seseorang yang tidak bekerja.
- e. Perilaku Berisiko, seperti merokok, kurang aktivitas fisik, minum alkohol atau kurang makan serat dapat menjadi faktor utama terjadinya penyakit tidak menular dan gangguan emosional. Jangka panjang dari kondisi ini dapat menurunkan kualitas hidup.
- f. Penyakit Kronis, masyarakat yang memiliki penyakit kronis 2,6 kali lebih berisiko untuk memiliki kualitas hidup yang rendah daripada masyarakat yang tidak memiliki penyakit kronis. Keliat (1998) mengkhhususkan pada penderita kanker bahwa tingkat kronis pada pasien kanker mempengaruhi kualitas hidup penderitanya, semakin tinggi stadium yang diderita maka meningkatkan kecemasan penderitanya sehingga berdampak pula pada semakin rendahnya kualitas hidup. Rasjidi (2009) mengaitkan faktor pencetus stadium kanker dengan tingkat pengetahuan penderitanya, rendahnya pengetahuan membuat penderita kanker menunda pengobatan dan tidak jarang telat mendapatkan penanganan medis, sehingga membuat kondisi kanker sudah parah dan menyebar atau stadium lanjut.
- g. Gangguan Mental, masyarakat dengan gangguan mental ringan sekalipun berisiko 4,1 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup kurang dibandingkan dengan

masyarakat yang tidak memiliki gangguan emosional. Rochmayanti (2011) menjelaskan lebih rinci, bahwa seseorang dengan gangguan kecemasan, depresi secara signifikan dapat menurunkan kualitas hidup seseorang.

- h. Status ekonomi (pendapatan), masyarakat dengan status ekonomi yang rendah lebih berisiko memiliki kualitas hidup yang rendah jika dibandingkan dengan masyarakat ekonomi tinggi. Marastuti (2012) juga menjelaskan bahwa kejadian penyakit kronis tidak menular di dunia lebih banyak dialami oleh masyarakat pada golongan ekonomi menengah ke bawah. Selain itu, kondisi ekonomi penderita penyakit kronis juga mengalami penurunan, di satu sisi biaya pengobatan yang mahal dan di sisi lain mereka

kehilangan waktu produktif untuk menghasilkan uang.

Adapun bagi masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah pemerintah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah menggalakkan program bagi penderita kanker yang kurang mampu dalam pembiayaan pengobatan dan perawatan (Kementerian Sosial, 2011).

Sebagaimana yang dijelaskan di atas, penyakit kanker pada kalangan ekonomi menengah ke bawah memiliki kondisi yang kompleks karena berkaitan dengan hampir seluruh aspek kehidupan penderitanya. Selain secara fisik dan psikis, secara sosial-ekonomi juga berpengaruh. Biaya pengobatan dan perawatan yang dibutuhkan penderita kanker tidak sedikit sehingga seringkali pengobatan

tertunda karena tidak ada biaya. Meskipun pemerintah menggalakkan program untuk membantu pembiayaan pengobatan, namun masih banyak faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup penderitanya sehingga muncul penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup pada penderita kanker dengan status sosial ekonomi rendah dan menguji perbedaan kualitas hidup rendah berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

METODE PENELITIAN

Subjek yang diambil dalam penelitian ini sebesar 60 penderita kanker di bangsal Mawar III, RS Dr. Moewardi, Surakarta dengan usia minimal 40. Metode pengumpulan data menggunakan skala WHOQOL-

Bref yang telah diadaptasi dari penelitian yang dilakukan Wulandari dan Wibisono (2007). Teknik analisis data menggunakan analisis komparasi *independent sample T-Test* dan *one way Anova*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini mengajukan lima variabel bebas yang nantinya masing-masing variabel tersebut akan menjadi dasar pembandingan kualitas hidup subjek. Adapun hasil dari perbandingan adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis I. Kualitas hidup penderita kanker usia dewasa madya dengan status sosial ekonomi rendah lebih rendah daripada penderita kanker usia dewasa akhir dengan status sosial ekonomi rendah.

Rata-rata skor kualitas hidup penderita kanker usia dewasa

madya sebesar 74,07, sedangkan yang berusia dewasa akhir sebesar 80,82. Hasil uji *independent sample T-Test* menunjukkan nilai $t(2,00172) = 2,283$ maka (t hitung $>$ t table). Nilai signifikansi dua ekor = 0,018 ($p < 0,05$). Sehingga dapat dikatakan bahwa perbedaan tersebut signifikan.

Havighurst (dalam Hurlock, 2012) menjelaskan usia dewasa madya memiliki tuntutan peran sosial yang tinggi. Jika pada masa tersebut seseorang mengalami kondisi kronis, maka akan membatasi produktivitas mereka. Santrock (2009) menambahkan masa dewasa akhir adalah masa yang lebih ringan tanggungjawab terhadap keluarga karena pada

umumnya anak-anak mereka sudah dewasa.

2. Hipotesis II. Kualitas hidup penderita kanker perempuan dengan status sosial ekonomi rendah lebih tinggi daripada penderita kanker laki-laki dengan status sosial ekonomi rendah.

Rata-rata skor kualitas hidup perempuan sebesar 77,22, sedangkan laki-laki sebesar 77,65. Hasil uji *independent sample T-Test* menunjukkan nilai $t(2,00172) = 0,159$, maka (t hitung $<$ t tabel). Nilai signifikansi dua ekor = 0,875 ($p > 0,05$). Sehingga dapat dikatakan bahwa perbedaan tersebut tidak signifikan.

Verauli (dalam Azizah, 2008) menjelaskan pada dasarnya perempuan dan laki-laki memiliki potensi stres yang sama ketika

menghadapai suatu kondisi yang menekan. Baik perempuan dan laki-laki mengalami gejala yang sama, seperti adanya reaksi fisiologis seperti mudah lelah, reaksi biologis seperti otot yang tegang, dan reaksi emosional seperti mudah marah atau apatis. Pendapat ini menjelaskan mengapa tidak ada perbedaan yang signifikan antara penderita kanker perempuan dan laki-laki.

3. Hipotesis III. Ada perbedaan kualitas hidup penderita kanker dengan status sosial ekonomi rendah antara stadium 1, stadium 2, stadium 3 dan stadium 4.

Rata-rata skor kualitas hidup penderita kanker stadium 1 sebesar 73,88, penderita kanker stadium 2 sebesar 78,9, penderita kanker stadium 3 sebesar 77,2, dan

penderita kanker stadium 4 sebesar 74,8. Hasil uji *one way anova* menunjukkan nilai F sebesar 0,653 dan signifikansi menunjukkan nilai 0,584 ($p>0,05$) yang artinya secara umum perbedaan kualitas hidup tersebut tidak signifikan sehingga hipotesis yang diajukan ditolak.

Hasil ini dijelaskan oleh Rasjidi (2009) bahwa rendahnya pengetahuan membuat pasien kanker kurang memahami tingkat keparahan penyakit yang diderita. Kondisi tersebut membuka kemungkinan bahwa pasien kanker dengan pengetahuan rendah tentang penyakitnya tidak mengetahui tingkat stadium yang diderita dan pengaruhnya terhadap perkembangan kanker, sehingga tidak ada perbedaan kualitas hidup yang signifikan di antara penderita

kanker dengan stadium 1, 2, 3 dan 4.

4. Hipotesis IV. Kualitas hidup penderita kanker berpendidikan menengah dengan status sosial ekonomi rendah lebih tinggi daripada yang berpendidikan rendah.

Rata-rata skor kualitas hidup sebesar penderita kanker berpendidikan rendah adalah 77,84 dan penderita kanker berpendidikan menengah sebesar 76,59.

Hasil uji *independent sample T-Test* menunjukkan nilai $t(2,00172) = 0,452$ maka (t hitung < t table). Nilai signifikansi dua ekor = 0,653 ($p > 0,05$). Sehingga dapat dikatakan bahwa perbedaan tersebut signifikan.

Penelitian sebelumnya oleh Nurhasanah, dkk (2009)

menemukan hasil yang sama bahwa hubungan antara faktor pendidikan memiliki hubungan yang sangat lemah ($r=0,003$) dan kurang baik dalam menjelaskan kualitas hidup ($R^2=0,000$). Hasil uji statistik yang dilakukan adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor pendidikan dengan kualitas hidup ($p=0,931$).

5. Hipotesis V. Kualitas hidup penderita kanker berpendapatan rendah dengan status sosial ekonomi rendah lebih rendah daripada yang berpendapatan menengah dengan status sosial ekonomi rendah.

Rata-rata skor kualitas hidup penderita kanker berpendapatan rendah sebesar 76,28, sedangkan penderita kanker berpendapatan menengah sebesar 79,07. Hasil uji

independent sample T-Test

menunjukkan nilai $t(2,00172) = 1,196$, maka (t hitung $<$ t tabel). Nilai signifikansi dua ekor = $0,273$ ($p > 0,05$). Sehingga dapat dikatakan bahwa perbedaan tersebut tidak signifikan.

Penelitian sebelumnya oleh Nurhasanah, dkk (2009) menemukan hasil yang sama bahwa hubungan antara faktor pendapatan memiliki hubungan yang sangat lemah ($r=0,092$) dan kurang baik dalam menjelaskan kualitas hidup ($R^2=0,008$). Hasil uji statistik yang dilakukan adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor pendapatan dengan kualitas hidup ($p=0,079$).

KESIMPULAN

1. Kualitas hidup penderita kanker usia dewasa akhir lebih tinggi

daripada penderita kanker usia dewasa madya.

2. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup penderita kanker perempuan dan laki laki.
3. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup penderita kanker stadium 1 , stadium 2, stadium 3, dan stadium 4.
4. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup penderita kanker berpendidikan rendah dan menengah..
5. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup penderita kanker berpendapatan menengah dan rendah.
6. Tingkat kualitas hidup penderita kanker dengan status sosial ekonomi rendah di bangsal Mawar

III RS Dr. Moewardi, Surakarta tergolong sedang yang ditunjukkan oleh rerata empirik (RE=77,38) dan rerata hipotetik (RH=78).

SARAN-SARAN

1. Peneliti selanjutnya, diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan dengan jumlah subjek yang lebih banyak sehingga dapat dilakukan generalisasi yang lebih luas, penelitian lanjutan terhadap jenis kanker tertentu, sehingga informasi yang didapat lebih lebih spesifik dan mendalam dan memperluas wilayah subjek penelitian sehingga tidak hanya mencakup subjek dengan status sosial ekonomi yang rendah saja, namun juga status sosial ekonomi menengah dan tinggi.
2. Bagi penderita kanker, terutama bagi penderita kanker usia dewasa madya diharapkan dapat membagi tanggungjawab dengan anggota keluarga yang lain sehingga memperingan beban tanggungjawabnya baik dalam keluarga maupun peran sosial. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi penderita kanker untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Penderita kanker usia dewasa madya memiliki potensi regenerasi sel yang lebih baik dari dewasa akhir sehingga memungkinkan untuk sembuh dan beraktivitas secara normal.
3. Bagi institusi pendidikan di bidang psikologi, diharapkan dapat menumbuhkan kepedulian mahasiswanya terhadap penderita

kanker dengan aktif mengadakan sosialisasi melalui kegiatan kemahasiswaan. Kemudian membekali mahasiswanya dengan keterampilan dalam mendampingi penderita kanker, terutama pada penderita berusia dewasa madya agar dapat mengoptimalkan kemampuannya dan mencapai kualitas hidup yang tinggi.

4. Bagi praktisi penanganan penderita kanker, diharapkan memberikan perhatian lebih kepada penderita kanker usia dewasa madya sebagai pertimbangan dalam memberikan penanganan, mengingat mereka juga mengalami banyak tekanan dalam peran sosial dan keluarga.
5. Bagi institusi kesehatan, diharapkan dapat membantu memberikan gambaran kualitas

hidup penderita kanker dengan status sosial ekonomi rendah dan menjadi pedoman dan acuan petugas kesehatan dalam memberikan penanganan paliatif bagi penderita kanker di samping pengobatan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anand, P., Kunnumakara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., ... Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*, 25(9), h. 2097-2116.
- Anna, L. K. (2011, 17 Desember). 85 Persen Pasien Kanker dan Keluarga Bangkrut. *Kompas*. Diakses pada 23 Desember 2014 dari <http://health.kompas.com>
- Azizah, S. (2008). Analisis Prestasi Belajar Mahasiswa Akper

- PGRI di Kota Kediri tahun 2008 (Ditinjau dari Jenis Kelamin dan Urutan Kelahiran). *Tesis*. Universitas Sebelas Maret.
- Keliat, B. A. (1998). *Seri Keperawatan: Gangguan Koping, Citra Tubuh, dan Seksual pada Klien Kanker*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kementerian Sosial. (2011). *Pemberdayaan Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan*. Diakses pada 6 Mei 2015 dari <http://www.kemsos.go.id>
- Marastuti, A. (2012). *Psikologi untuk Kesejahteraan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Muttaqin, A. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien dengan Penyakit Kronis*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Nurhasanah., Kushadiwijaya, H., dan Marchira, C. (2009). Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Kronis Rumah Sakit Umum Daerah Sleman. *Berita Kedokteran Masyarakat* 25(1), h. 1-8.
- Pradono, J., Hapsari, D., dan Sari, P. (2009). Kualitas Hidup Penduduk Indonesia menurut *International Classification of Functioning, Disability, and Health* (ICF) dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya (Analisis Lanjut Data RISKESDAS 2007). *Buletin Penelitian Kesehatan*. hal. 1-10.
- Rasjidi, I. (2009). *Deteksi Dini dan Pencegahan Kanker pada Wanita*. Jakarta: Sagung Seto.
- Rochmayanti. (2011). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta. *Thesis*.

Fakultas Ilmu Keperawatan
Program Studi Magister Ilmu
Keperawatan Universitas
Indonesia.

World Health Organization. (1996).
*WHOQOL-Bref: Introduction,
Administration, Scoring, and
Generic Version of the
Assessment*. Diakses pada 23
September 2014 dari
[http://www.who.int/mental_hea
lth/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

Wulandari, W. A., dan Wibisono, S.
(2007). Penentuan Validitas
WHOQOL-100 dalam Menilai
Kualitas Hidup Pasien Rawat
Jalan di RSCM (Versi
Indonesia). *Tesis*. Fakultas
Kedokteran Universitas
Indonesia.

Yani, D. I. (2007). Pengalaman Hidup
Klien Kanker Serviks di
Bandung. *Skripsi*. Fakultas
Ilmu Keperawatan Universitas
Padjajaran.