

**APLIKASI KOGNITIF TINGKAH LAKU (CBT) DENGAN
SOKONGAN SOSIAL TERHADAP ESTIM KENDIRI DAN
DEPRESI PESAKIT KANSER**

oleh

NAMORA LUMONGGA LUBIS

**Tesis ini diserahkan
Untuk memenuhi keperluan bagi ijazah
Doktor Falsafah**

Disember 2008

PENGHARGAAN

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah S.W.T kerana dengan limpah serta dengan keizinan-Nya telah membolehkan pengkaji menyiapkan tesis ini bagi memenuhi keperluan ijazah Doktor Falsafah (PhD). Di sini pengkaji ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan jutaan terima kasih kepada penyelia utama saya, Mohamad Hashim bin Othman, PhD di atas segala tunjuk ajar, bimbingan serta teguran sepanjang penulisan tesis ini dalam tempoh waktu yang telah ditetapkan.

Di samping itu juga pengkaji ingin merakamkan ucapan terima kasih kepada Dekan, dan Timbalan Dekan Pusat Pengkajian Ilmu Pendidikan USM yang telah memberikan sokongan, serta memberikan ruang kepada saya untuk menyiapkan penulisan tesis ini. Ucapan terima kasih juga saya tujukan kepada Rektor Universitas Sumatera Utara, bapak Prof. Dr. Chairuddin P. Lubis, Sp. A(K), Dekan Fakultas Psikologi, bapak Prof. Dr. Chaerul Yoel, Sp. A(K). atas dorongan, bantuan dan kesempatan yang diberikan kepada pengkaji untuk menyelesaikan penulisan tesis ini.

Tidak lupa juga ucapan terima kasih yang tidak terhingga pengkaji tujukan kepada pengurus Yayasan Kanker Indonesia cabang Medan, Direktur Rumah Sakit Umum Pirngadi Medan, Rumah Sakit Umum Haji Medan, dan doktor yang merawat para pesakit kanser, para penceramah dan fasilitator, para pesakit kanser yang menjadi subjek kajian, terhadap bantuan, kesediaan waktu, tenaga, kepakaran dalam membantu kelancaran kajian ini.

Selanjutnya ucapan terima kasih juga pengkaji hুলurkan kepada rakan-rakan sejawat di Fakultas Psikologi USU khususnya teman-teman di bagian Psikologi Klinis, para sahabat: Hasnida Hasan, M.Si, Filia Dina Anggaraeni, S. Sos, Dr.Irmawati, M.Si,Lili Garliah, M.Si, Sukaesih Marianti M.Si, Titi Herijati, SE dan Gozali Ahmad Pulungan, A.md serta para pembantu yang membantu penulisan tesis ini, atas kesabaran dalam berkongsi ilmu, mendengarkan keluhan pengkaji, kesetiaan, sokongan/*support* serta perhatian yang tiada terhingga diberikan kepada pengkaji.

Tidak lupa juga kepada saudara-saudara kandung pengkaji dr Ramona Dumasari Lubis Sp. KK, Ir. Novira Nauli Lubis dan orang tua Ir. Paruhuman Umar Lubis dan Alm. Fatimah Hasan, atas pembiayaan, perhatian dan doa yang tidak putus-putus untuk pengkaji.

Sekian,

Namora Lumongga lubis, M.Sc

Februari 2008

SUSUNAN KANDUNGAN

	HALAMAN
PENGHARGAAN	Ii
SUSUNAN KANDUNGAN	Iii
SENARAI JADUAL	xiv
SENARAI RAJAH	xv
SENARAI GRAF	xvi
SINGKATAN-SINGKATAN	xvii
ABSTRAK	xviii
ABSTRACT	xx
BAB I : PENGENALAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Estim sendiri	9
1.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Estim sendiri	11
1.2.2 Estim Kendiri dengan Pesakit Kanser	13
1.2.3 Estim Kendiri dengan Sokongan Sosial	19
1.3 Depresi	21
1.3.1 Simptom-Simptom Depresi	22
1.3.2 Faktor Penyebab Depresi	24
1.3.3 Depresi dengan Pesakit Kanser	28
1.3.4 Estim sendiri dengan Depresi	30
1.4 Pendekatan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	32
1.4.1 Pengertian Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	36
1.4.2 Tujuan Pendekatan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	37
1.4.3 Teknik-Teknik yang Dipergunakan dalam Pelaksanaan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	37
1.5 Sokongan Sosial	42
1.5.1 Sumber-Sumber Sokongan Sosial	46
1.5.2 Komponen-Komponen dalam Sokongan Sosial	47
1.6 Teori Sokongan Sosial	50
1.6.1 Model Sokongan Sosial dalam Mempengaruhi	50

	Kesihatan	
1.6.2	Bentuk-Bentuk Sokongan Sosial	52
1.7	Kaunseling Kelompok	53
1.8	Pendekatan Teori	57
1.9	Kerangka Konseptual	58
1.10	Pernyataan Masalah	59
1.10.1	Tidak Ada Kajian Khusus yang Dijalankan bagi Melihat Keberkesanan Pendekatan Kaunseling Kelompok	59
1.10.2	Tidak Ada Kepakaran dalam Sistem Tolong Bantu Pesakit Kanser	61
1.10.3	Tidak Ada Modul yang Berstruktur bagi Menangani Depresi dalam Kalangan Pesakit Kanser untuk Dijadikan Panduan bagi Membolehkan para Kaunselor Melaksanakan Sesi Kaunseling Kelompok Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	63
1.10.4	Tidak Ada Sistem Tolong Bantu yang Sistematik Khususnya bagi Membolehkan Sukarelawan Kanser Melaksanakan Sesi Kaunseling Kelompok	65
1.11	Tujuan Kajian	66
1.11.1	Tujuan kajian kuantitatif	66
1.11.2	Tujuan kajian kualitatif	67
1.12	Kepentingan Kajian	68
1.13	Batasan Kajian	70
1.14	Definisi Operasional	71
1.14.1	Kesan	71
1.14.2	Intervensi	71
1.14.2(a)	Intervensi Kelompok Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	72
1.14.2(b)	Intervensi Kelompok Rawatan Sokongan Sosial	72
1.14.2(c)	Kumpulan KW (Kawalan)	73
1.14.3	Kanser Payudara	73
1.14.4	Estim sendiri	73

1.14.5	Depresi	74
1.14.6	Ujian Pra	74
1.14.7	Ujian Pos 1	74
1.14.8	Ujian Pos 2	74
1.14.9	Ujian Pos 3	74
1.15	Persoalan Kajian	75
1.15.1	Persoalan kajian kuantitatif	75
1.15.2	Persoalan kajian kualitatif	76
1.16	Hipotesis	76
1.17	Rumusan	77
BAB 2: TINJAUAN LITERATUR		78
2.1	Pengenalan	78
2.2	Kajian Literatur Berkaitan dengan Keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) Ke Atas Estim sendiri, Depresi, dan Kanser	78
2.2.1	Kajian Literatur Berkaitan dengan Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) dengan Estim sendiri	79
2.2.2	Kajian Literatur Berkaitan dengan Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) dengan Depresi	84
2.2.3	Kajian Literatur Berkaitan dengan Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) dengan Kanser	104
2.3	Kajian Literatur Berkaitan dengan Keberkesanan Sokongan Sosial Ke Atas Estim sendiri, Depresi, dan Kanser	118
2.3.1	Kajian Literatur Berkaitan dengan Sokongan Sosial dengan Estim sendiri	119
2.3.2	Kajian Literatur Berkaitan dengan Sokongan Sosial dengan Depresi	126
2.3.3	Kajian Literatur Berkaitan dengan Sokongan Sosial dengan Kanser	137
2.4	Kajian Literatur Berkaitan dengan Kaunseling Kelompok	153
2.5	Kesimpulan	180
2.6	Rumusan	182
BAB 3: METODOLOGI KAJIAN		183

3.1	Pengenalan	183
3.2	Reka Bentuk Kajian	183
3.3	Pendekatan Kajian	184
3.3.1	Pendekatan Kajian Kuantitatif	184
3.3.2	Pendekatan Kajian Kualitatif	185
3.4	Kelompok Rawatan dan Kumpulan Kawalan	186
3.4.1	Perbezaan Rawatan Antara Kedua Kelompok Rawatan dan Kumpulan Kawalan	187
3.4.2	Langkah-langkah dalam Menjalankan Reka Bentuk Kajian	188
3.5	Kaedah Pengumpulan Data	201
3.5.1	Kaedah Pengumpulan Data Kualitatif	202
3.5.1(a)	Pemerhatian	202
3.5.1(b)	Temu Bual	202
3.5.2	Kaedah Pengumpulan Data Kuantitatif	203
3.6	Subjek Kajian	204
3.6.1	Pemilihan Subjek Kajian	204
3.7	Variabel	206
3.7.1	Variabel Bersandar dan Alat Pengukuran	206
3.7.2	Estim Kendiri Rosenberg (RSE)	207
3.7.3	Inventori Depresi Beck (BDI)	207
3.7.3(a)	Kesahan dan Kebolehpercayaan Skala BDI	209
3.8	Kerangka Model Kajian	210
3.8.1	Prosedur Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT)	214
3.8.2	Prosedur Sokongan Sosial (SS)	214
3.8.3	Prosedur Kumpulan Kawalan	214
3.9	Pengawalan Variabel Ekstranus	214
3.9.1	Pemilihan Subjek Kajian	216
3.9.2	Mengawal Interaksi di Antara Subjek Kajian	216
3.9.3	Waktu Perjumpaan	216
3.9.4	Pengecualian Daripada Mengikuti Program CBT dan Sokongan Sosial di Tempat Lain	217
3.9.5	Pemilihan dan Peranan Kaunselor dalam CBT, dan	217

	Mantan Pesakit Kanser Payudara dalam SS	
3.9.6	Peranan Pengkaji	218
3.9.7	Fizikal Tempat Kajian	218
3.9.8	Kerahsiaan Mengenai Kajian	218
3.10	Analisis Data	219
3.10.1	Analisis Data Kualitatif	219
3.10.2	Analisis Data Kuantitatif	220
3.11	Rumusan	220
	BAB 4: DAPATAN KAJIAN	221
4.1	Pengenalan	221
4.2	Dapatan Kajian Kuantitatif	222
4.3	Dapatan Kajian Kualitatif	222
4.4	Hasil Analisis Kuantitatif	223
4.4.1	Demografi Subjek Kajian	223
4.4.2	Perbezaan Min antara Ujian Pra, Ujian Pos 1, Ujian Pos 2, dan Ujian Pos 3 pada Variabel Bersandar RSE	224
4.4.3	Perbezaan Min antara Ujian Pra, Ujian Pos 1, Ujian Pos 2, dan Ujian Pos 3 pada Variabel Bersandar BDI	226
4.4.4	Analisis RSE	227
4.4.5	Kesan Utama Kelompok Rawatan, Kesan Utama Ujian dan Kesan Interaksi antara Kelompok Rawatan dan Ujian bagi Variabel Bersandar RSE	228
4.4.5(a)	Kesan Utama Kelompok	228
4.4.5(b)	Kesan Utama Ujian	229
4.4.5(c)	Kesan Interaksi antara Kelompok Rawatan dengan Ujian pada Variabel Bersandar RSE	230
4.4.6.	Analisis BDI	231
4.4.7	Kesan Utama Kelompok Rawatan, Kesan Utama Ujian dan Kesan Interaksi antara Kelompok Rawatan dan Ujian bagi Variabel Bersandar BDI	231
4.4.7(a)	Kesan Utama Kelompok	232
4.4.7(b)	Kesan Utama Ujian	233
4.4.7(c)	Kesan Interaksi antara Kelompok Rawatan	234

	dan Ujian pada Variabel Bersandar BDI	
4.5	Hasil Analisis Kualitatif	235
4.5.1	Ujian Pra	235
4.5.1(a)	Ujian Pra pada Variabel Bersandar RSE	235
	a. Penyebab rendahnya tahap estim sendiri pada subjek CBT, kelompok rawatan SS, dan kumpulan KW	236
	a.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	236
	a.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	237
	a.3 Subjek daripada kumpulan KW	239
	b. Simptom estim sendiri rendah pada subjek CBT, Kelompok Rawatan SS, dan Kumpulan KW	240
	b.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	240
	b.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	243
	b.3 Subjek daripada kumpulan KW	245
	RUMUSAN	246
4.5.1(b)	Ujian Pra Pada Variabel Bersandar BDI	246
	a. Penyebab terjadinya depresi pada subjek CBT, kelompok rawatan SS, dan kumpulan KW	247
	a.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	247
	a.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	249
	a.3 Subjek daripada kumpulan KW	251
	b. Simptom depresi pada subjek kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS, dan kumpulan KW	253
	b.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	253
	b.1.1 Ranah pemikiran	253

	b.1.2	Ranah emosi	255
	b.1.3	Ranah tingkah laku	258
	b.2	Subjek daripada kelompok rawatan SS	259
	b.2.1	Ranah pemikiran	259
	b.2.2	Ranah emosi	262
	b.2.3	Ranah tingkah laku	263
	b.3	Subjek daripada kumpulan KW	265
	b.3.1	Ranah pemikiran	265
	b.3.2	Ranah emosi	265
	b.3.3	Ranah tingkah laku	265
		RUMUSAN	266
4.5.2		Kesan Ujian Pos 1, 2, 3 pada Variabel Bersandar RSE dan BDI	267
	4.5.2(a)	Ujian Pos 1	268
	a.	Ujian pos 1 pada variabel bersandar RSE	268
	a.1	Kesan Intervensi CBT, SS, Dan KW Pada Variabel Bersandar RSE pada Ujian Pos 1	269
	a.1.1	Subjek daripada kelompok rawatan CBT	269
	a.1.2	Subjek daripada kelompok rawatan SS	272
	a.1.3	Subjek daripada kumpulan KW	275
		RUMUSAN	275
	b.	Ujian Pos 1 pada variabel bersandar BDI	276
	b.1	Kesan Intervensi CBT, SS, Dan KW Pada Variabel Bersandar BDI pada Ujian Pos 1	277
	b.1.1	Subjek daripada kelompok rawatan CBT	277
	b.1.2	Subjek daripada kelompok rawatan SS	279
	b.1.3	Subjek daripada kumpulan KW	282

	RUMUSAN	283
	c. Aspek yang disukai subjek semasa mengikuti intervensi pertama	283
	c.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	283
	c.1.1 Aspek materi dan teknik Intervensi CBT	284
	c.1.2 Aspek kelompok	285
	c.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	286
	c.2.1 Aspek kelompok	286
	c.2.2 Aspek fasilitator	287
	c.3 Subjek daripada kumpulan KW	288
	RUMUSAN	288
4.5.2(b)	Ujian Pos 2	289
	a. Ujian Pos 2 pada variabel bersandar RSE	289
	a.1 Kesan Intervensi CBT, SS, Dan KW Pada Variabel Bersandar RSE pada Ujian Pos 2	290
	a.1.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	290
	a.1.2 Subjek daripada Kelompok Rawatan SS	291
	a.1.3 Subjek pada kumpulan KW	293
	RUMUSAN	293
	b. Ujian Pos 2 pada variabel bersandar BDI	294
	b.1 Kesan Intervensi CBT, SS, Dan KW Pada Variabel Bersandar BDI pada Ujian Pos 2	295
	b.1.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	295
	b.1.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	297
	b.1.3 Subjek daripada kumpulan KW	299

	RUMUSAN	299
	c. Aspek yang disukai subjek semasa mengikuti intervensi kedua	300
	c.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	300
	c.1.1 Aspek materi dan teknik	300
	c.1.2 Aspek kelompok	303
	c.1.3 Fasilitator	303
	c.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	306
	c.3 Subjek daripada kumpulan KW	308
	RUMUSAN	309
4.5.2(c)	Ujian Pos 3	309
	a. Ujian Pos 3 pada variabel bersandar RSE	309
	a.1 Kesan intervensi CBT, SS, dan KW pada variabel bersandar RSE dalam intervensi 3	310
	a.1.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	311
	a.1.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	313
	a.1.3 Subjek daripada kumpulan K W	315
	RUMUSAN	316
	b. Ujian Pos 3 pada variabel bersandar BDI	316
	b.1 Kesan intervensi CBT, SS, dan KW pada variabel bersandar RSE dalam intervensi 3	317
	b.1.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	317
	b.1.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	322
	b.1.3 Subjek daripadakumpulan KW	325
	RUMUSAN	325
	c. Aspek yang disukai subjek semasa	326

	mengikuti intervensi ketiga	
	c.1 Subjek daripada kelompok rawatan CBT	326
	c.1.1 Aspek materi dan teknik	326
	c.1.2 Fasilitator	328
	c.2 Subjek daripada kelompok rawatan SS	329
	c.2.1 Aspek materi	329
	c.2.2 Aspek fasilitator	331
	c.2.3 Aspek kelompok	331
	c.3 Subjek daripada kumpulan KW	332
	RUMUSAN	333
4.6	RUMUSAN	334
	BAB 5: PERBINCANGAN, RUMUSAN DAN CADANGAN	336
	Pengenalan	
5.1	Pendahuluan	336
5.2	Perbincangan Hasil Analisis Kuantitatif dan Kualitatif	337
5.2.1	Penyebab rendahnya tahap penghargaan pada kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW	337
5.2.2	Simptom-simptom estim sendiri rendah pada kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW	338
5.2.3	Penyebab tingginya tahap depresi pada kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW	339
5.2.4	Simptom-simptom depresi pada kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW	340
5.2.5	Perbincangan hasil penelitian Ujian Pos 1, Pos 2, dan Pos 3 pada variabel bersandar RSE pada kelompok rawatan CBT dan kelompok rawatan SS	341
5.2.6.	Perbincangan hasil penelitian Ujian Pos 1, Pos 2, dan Pos 3 pada variabel bersandar BDI pada kelompok rawatan CBT dan kelompok rawatan SS	347
5.2.7	Perbincangan Hasil Penelitian secara keseluruhan Ujian Pos 1, Pos 2 dan Pos 3 pada variabel bersandar	352

	RSE dan BDI pada kumpulan KW	
5.2.8	Perbincangan tentang aspek yang disukai kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW	354
5.3	Implikasi Kajian	360
5.4	Cadangan-Cadangan Kajian untuk Masa Depan	367
5.4.1	Penumpuan terhadap kepelbagaian budaya	368
5.4.2	Kajian terhadap pesakit kanser payudara	368
5.4.3	Kajian terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi pesakit kanser	369
5.4.4	Kajian jenis kelamin subjek, kaunselor dan sukarelawan	369
5.4.5	Kajian perbandingan jumlah pesakit kanser dan kaunselor ataupun sukarelawan diintervensi dan lamanya waktu intervensi	370
5.5	kesimpulan hasil kajian	370
	SENARAI RUJUKAN	375

SENARAI JADUAL

		HALAMAN
Jadual 1.1	Pesakit kanser di Indonesia berdasarkan jenis jantina	3
Jadual 1.2	Jenis kanser dominan yang dideritai masyarakat di Indonesia	4
Jadual 1.3	Pesakit kanser payudara perempuan di Indonesia berdasarkan umur	5
Jadual 1.4	Pesakit kanser di Medan berdasarkan jenis jantina	7
Jadual 1.5	Pesakit kanser payudara perempuan di kota Medan berdasarkan umur	8
Jadual 3.1	Agihan dan bilangan subjek dalam intervensi rawatan mengikut hospital	205
Jadual 3.2	Klasifikasi tahap depresi	208
Jadual 4.1	Agihan subjek dalam kelompok rawatan dan kumpulan kawalan	224
Jadual 4.2	Perbezaan min antara ujian pra, ujian pos 1, ujian pos 2, dan ujian pos 3 pada variabel bersandar RSE	224
Jadual 4.3	Perbezaan min antara ujian pra, ujian pos 1, ujian pos 2, dan ujian pos 3 pada variabel bersandar BDI	226
Jadual 4.4	Ujian <i>Equality of Covariance Matrices</i> bagi kesamaan varians pada variabel bersandar RSE	227
Jadual 4.5	Keputusan <i>repeated measures ANOVA (Between-Subject Effects dan Multivariate)</i>	228
Jadual 4.6	<i>Pos Hoc Bonferroni</i> antara kelompok rawatan (RSE)	229
Jadual 4.7	Ujian <i>Equality Of Covariance Matrices</i> bagi kesamaan varians pada variabel bersandar BDI	231
Jadual 4.8	Keputusan <i>repeated measures ANOVA (Between-Subject Effects dan Multivariate)</i>	232
Jadual 4.9	<i>Pos Hoc Bonferroni</i> antara kelompok (BDI)	233

SENARAI RAJAH

		HALAMAN
Rajah 1.1	Persekitaran sosial mempengaruhi kesihatan melalui berbagai- bagai proses termasuk peniruan (<i>modeling</i>), penguatan (<i>reinforcement</i>), dorongan (<i>encouragement</i>) dan pengaruh teman sebaya (<i>peer - influence</i>)	51
Rajah 1.2	Komponen essential bagi stres untuk memberikan sakit adalah stres yang tinggi dan rendahnya sokongan sosial. Apabila terjadinya stres yang tinggi dan adanya sokongan sosial yang tinggi maka akibat daripada stres dapat ditahan.	52
Rajah 1.3	Kerangka konseptual intervensi rawatan CBT dan Sokongan Sosial	58
Rajah 3.1	Perbezaan antara intervensi kelompok rawatan CBT, Intervensi kelompok rawatan SS, dan kumpulan KW	187
Rajah 3.2	Rancangan bentuk eksperimen	190
Rajah 3.3	Bentuk Rawatan Terhadap Subjek Kajian Mengikut Hospital	205
Rajah 3.4	Kerangka model kajian	213
Rajah 3.5	Kawalan variabel ekstranus	215

SENARAI GRAF

		HALAMAN
Graf 4.1	Perbezaan min antara ujian pra, pos 1, pos 2 dan pos 3 pada variabel bersandar RSE	225
Graf 4.2	Perbezaan min antara ujian pra, ujian pos 1, ujian pos 2 dan ujian pos 3 pada variabel bersandar BDI	226
Graf 4.3	Kesan interaksi antara kelompok rawatan dan ujian pada variabel bersandar (RSE)	230
Graf 4.4	Kesan interaksi antara kelompok rawatan dan ujian pada variabel bersandar BDI	234
Graf 4.5	Perbezaan min ujian pra pada variabel bersandar RSE	235
Graf 4.6	Perbezaan Min Ujian Pra Pada Variabel Bersandar BDI	247
Graf 4.7	Perbezaan min antara ujian pra dan ujian pos 1 pada variabel bersandar RSE	268
Graf 4.8	Perbezaan min antara ujian pra dan ujian pos 1 pada variabel bersandar BDI	276
Graf 4.9	Perbezaan min antara ujian pos 1 dan ujian pos 2 pada variabel bersandar RSE	289
Graf 4.10	Perbezaan min antara ujian pos 1 dan ujian pos 2 pada variabel bersandar BDI	294
Graf 4.11	Perbezaan min antara ujian pos 2 dan ujian pos 3 pada variabel bersandar RSE	310
Graf 4.12	Perbezaan min antara ujian pos 2 dan ujian pos 3 pada variabel bersandar BDI	317

SINGKATAN-SINGKATAN

RSE	Rosenberg Self's Esteem/ Estim Kendiri Rosenberg
BDI	Beck Depression Inventory/ Inventori Depresi Beck
CBT	Cognitive Behavior Therapy
SS	Sokongan Sosial
KW	Kumpulan Kawalan
<u>n</u> (<u>N</u>)	Bilangan
GLM	General Linier Measurement
ANOVA	Analysis of Variance
<u>M</u>	Min
<u>df</u>	Darjah Kebebasan
<	Kurang Daripada
<u>p</u>	Kebarangkalian
<u>SD</u>	Standar Deviasi

APLIKASI KOGNITIF TINGKAH LAKU (CBT) DENGAN SOKONGAN SOSIAL TERHADAP ESTIM KENDIRI DAN DEPRESI PESAKIT KANSER

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti kesan intervensi antara Kognitif Tingkah Laku (CBT) dan Sokongan Sosial (SS) ke atas peningkatan estim sendiri dan penurunan depresi pada pesakit kanser payudara di Medan-Indonesia. Kajian yang dijalankan ini bersifat kuantitatif dan kualitatif. Hasil analisis kuantitatif menjelaskan kesan utama bagi kelompok rawatan, kesan utama ujian dan kesan interaksi antara kelompok rawatan dengan ujian skala bagi skala Estim Kendiri Rosenberg (RSE) dan skala Inventori Depresi Beck (BDI). Ada dua skala yang digunakan dalam kajian ini. Untuk mengetahui estim sendiri digunakan skala Estim Kendiri Rosenberg (RSE) dan untuk mengetahui nilai depresi digunakan skala Inventori Depresi Beck (BDI). Kelompok rawatan terdiri dari tiga kelompok iaitu kelompok rawatan CBT, kelompok rawatan SS dan kumpulan KW. Bagi skala Estim Kendiri Rosenberg (RSE), hasil daripada keputusan menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang signifikan $F=3.708$; $p > 0.05$ iaitu 0.056 pada variabel kelompok rawatan. Akan tetapi hasil analisis kesan utama ujian menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan $F(3,10) = 66.823$; $p = 0.001$ (*Wilk's Lambda*), pada variabel bebas ujian bagi skala RSE. Selain itu, hasil analisis kesan interaksi kelompok dan ujian menunjukkan bahawa terdapat kesan interaksi $F(6,20) = 8.679$; $p = 0.000$ (*Wilk's Lambda*). Hal tersebut menunjukkan terdapat kesan interaksi antara kelompok rawatan dengan ujian bagi skala Estim Kendiri Rosenberg (RSE). Bagi skala Inventori Depresi Beck (BDI), hasil daripada keputusan menunjukkan perbezaan yang signifikan $F=4.482$; $p < 0.05$ iaitu 0.035 pada variabel

kelompok rawatan. Selain itu hasil analisis kesan utama ujian menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan ujian $F(3,12) = 17.603$; $p = 0.000$ (*Wilk's Lambda*) pada variabel bebas ujian bagi skala BDI. Selain itu, hasil analisis kesan interaksi kelompok dan ujian menunjukkan bahawa terdapat kesan interaksi $F(6,20) = 6.298$; $p = 0.001$ (*Wilk's Lambda*). Hal tersebut menunjukkan terdapat kesan interaksi antara kelompok rawatan dengan ujian bagi skala Inventori Depresi Beck (BDI). Tetapi keadaan tersebut tidak terjadi pada kumpulan kawalan. Pada analisis kualitatif menjelaskan tentang hasil analisis temu bual ujian pos 1, ujian pos 2, dan ujian pos 3 pada ketiga kelompok rawatan. Masing-masing kelompok rawatan diberikan sebanyak 12 sesi pertemuan. Berdasarkan hasil analisis transkrip temu bual didapati perubahan-perubahan positif pada subjek kelompok CBT dan kelompok SS. Sebelum diadakan intervensi dan setelah dilakukan intervensi, antara lain: sudah mengalami peningkatan estim sendiri seperti subjek menjadi lebih percaya diri, lebih terbuka dan berani untuk mengemukakan pendapat, menjadi lebih berani untuk tampil di depan umum, berani berkomunikasi dan berani membuka diri. Selain itu, subjek juga mengalami penurunan tingkat depresi seperti berkurangnya perasaan cemas, memiliki tujuan hidup, lebih banyak bersyukur, timbul keyakinan akan sembuh, semangat semakin meningkat, tidak cepat marah, tidur lebih nyenyak, kegelisahan berkurang, perasaan sedih berkurang, nafsu makan menjadi lebih baik, dan memiliki harapan untuk hidup.

APPLICATION OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) WITH SOCIAL SUPPORT ON SELF ESTEEM AND DEPRESSION OF THE CANCER PATIENT

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the effect of intervention between Cognitive Behavior Therapy (CBT) and Social Support (SS) on the increase in the level of self-esteem and a decrease in the level of depression among breast cancer patients in Medan, Indonesia. The research that was carried out is qualitative and quantitative in nature. The quantitative analysis was used to find out the effect of the treatment group, the the tests and the effect of the interaction between the treatment group and the test of Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) and Beck's Depression Inventory (BDI). There are two instruments were used for gathering data. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) was used to evaluate self-esteem and Beck's Depression Inventory (BDI) was used to measure the level of depression. The treatment group consists of three different groups: one group received CBT, another received SS, and the control group which was not given any treatment. The findings of the RSE did not show any significant difference as $F=3.708$; $p>0.05$, that is 0.056 on the treatment group variable. However, the analysis on the effect of the RSE showed a significant difference as $F(3,10) = 66.823$; $p = 0.0001$ (Wilk's Lambda) on the independent variable test of RSE. In addition, based on the analysis of the effects of the interaction between the group and the test, found interaction effect of $F(6,20)=8.679$; $p = 0.000$ (Wilk's Lambda). The result showed that there is an interactive effect between the treatment group and the test on the Resenberg Self-Esteem Scale (RSE). From the Beck's Depression Inventory (BDI), the findings

showed a significant difference $F=4,482$; $p<0.05$ as 0.035 on the treatment group. Based on the analysis of the effect of the test showed a significant difference of $F(3,12) = 17.603$; $p = 0.000$ (Wilk's Lambda) on the independent variable test of BDI. In addition, the analysis of the effects of interaction between the group and the test found interaction effect of $F(6,20) = 6.298$; $p = 0.001$ (Wilk's Lambda). The result showed that there is interactive effect between the treatment group and the test on Beck's Depression Inventory (BDI). However, the result of treatment was not found on the control group. The qualitative analysis explained the findings of post test 1, 2 and 3 interview on all three treatment groups. Each group received 12 sessions. Based on the analysis of the interview transcript, it was found that there were positive changes on the CBT and SS groups. It was found that before and after intervention, the subjects experienced an increase in self-esteem, for example, they were more confident, more open and brave to give opinions; more confident to appear in public, to communicate and talk about themselves. Furthermore, the subjects also experienced a decrease in the level of depression, for example, a decrease in panic attacks, have a purpose to live, more grateful, more aware of their ability to heal, an increase in the level of spirituality, less likely to anger, have a better sleep, less anxious, a decrease in sadness, improved appetite, and have hope to live.

BAB 1

Pengenalan

1.1 Latar Belakang

Kanser berpunca daripada sel-sel yang tumbuh secara tidak normal di dalam tubuh manusia. *American Cancer Society* mendefinisikan kanser sebagai kelompok penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan dan penyebaran sel abnormal yang tidak terkawal (Kaplan, Salis & Patterson, 1993). Walau bagaimanapun pemacu pada beberapa jenis kanser seperti yang dikutip daripada *Family's Doctor* (2006) melalui artikelnya, 'Jangan Undang Kanser Dalam Hidup Anda' menyatakan bahawa faktor penyebab timbulnya kanser ialah bahan kimia, penyinaran yang berlebihan, virus, hormon dan rangsangan fizikal yang berlaku berulang kali. Di samping itu, banyak pakar kanser mengemukakan pendapat bahawa kanser disebabkan oleh banyak faktor, antara lain adalah pola makan seseorang, merokok, pencemaran udara, kekurangan vitamin, gaya hidup, tekanan (*stressor*) yang menurunkan kekebalan tubuh dan tipe keperibadian tertentu yang rentan terhadap kanser (Gale & Charette, 1995). Oleh sebab banyaknya penyebab kanser itu, sukar untuk menentukan faktor-faktor yang paling tepat menentukan kanser, sehingga pencegahan merupakan sesuatu yang mutlak.

Dalam seminar sehari 'Kanser Pada Alat Reproduksi Perempuan' dalam rangka peringatan Hari Ulang Tahun ke-26 Yayasan Kanser Indonesia, Achmad Sujudi, menyatakan bahawa di Indonesia ketika ini dijangkakan terdapat pesakit kanser baru 1: 1000 penduduk pertahun. Walaupun demikian, apabila penyakit ini dapat dikesan pada tahap awal, maka lebih daripada separuh pesakit kanser dapat

dicegah, bahkan dapat disembuhkan (KBI Gemari, 2003). Diagnosis kanser mendapati bahawa 80% kanser dapat dikesan pada tahap kritikal, yakni tahap 3 dan 4 (Kompas, 2002). Pada tahap ini kanser sudah merebak ke bahagian-bahagian lain di dalam tubuh sehingga semakin kecil peluang untuk sembuh dan pulih, dan berkemungkinan langsung tidak akan sembuh. Keadaan di atas menjadi salah satu sebab meningkatnya kes pesakit kanser di Indonesia.

Menurut Menteri Kesihatan Republik Indonesia pada Kabinet Indonesia Bersatu, Siti Fadilah Supari (dalam Media Indonesia, 2005) bahawa kanser telah menjadi ancaman serius kepada masyarakat Indonesia. Begitu pula dalam sambutannya ketika membuka 'Temu Ilmiah Internasional Doktor Bedah Onkologi Indonesia ke-1' (*1st International Scientific Meeting of Indonesia Society of Surgical Oncologist ISSO*), beliau menyatakan bahawa jumlah pesakit kanser di Indonesia meningkat 6% daripada 200 juta lebih penduduk Indonesia. Bahkan dianggarkan bahawa menjelang awal abad ke-21, peta penyakit di Indonesia akan menyamai peta penyakit di negara maju di mana penyakit kanser berada pada urutan ketiga setelah penyakit kardiovaskular (Tambunan, 1995).

Di sebaliknya, apabila ditinjau dari aspek gender, kaum perempuan yang menghidapi penyakit kanser ini lebih ramai daripada kaum lelaki. Kenyataan ini dapat dilihat daripada hasil kutipan data yang dijalankan oleh Departemen Kesihatan Republik Indonesia, Yayasan Kanser Indonesia, dan Ikatan Ahli Patologi Indonesia bahawa 64.4 % pesakit kanser adalah daripada golongan perempuan dan bakinya (35.6 %) adalah daripada kaum lelaki. Jadual 1.1 menunjukkan pesakit kanser

berdasarkan jenis jantina di Indonesia sejak tahun 1995-1999 (Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1995-1999).

Jadual 1.1 Pesakit kanser di Indonesia berdasarkan jenis jantina

TAHUN	JENIS JANTINA	JUMLAH	PERATUSAN
1995	Lelaki	8,920	35.90
	Perempuan	15,908	64.02
	Tanpa Keterangan Jantina	20	0.08
1996	Lelaki	8,441	35.31
	Perempuan	15,439	64.58
	Tanpa Keterangan Jantina	28	0.12
1997	Lelaki	7,363	34.89
	Perempuan	13,728	65.05
	Tanpa Keterangan Jantina	14	0.06
1998	Lelaki	7,675	35.79
	Perempuan	13,751	64.12
	Tanpa Keterangan Jantina	19	0.09
1999	Lelaki	7,731	35.32
	Perempuan	14,116	64.49
	Tanpa Keterangan Jantina	42	0.19

Jadual 1.1 di atas secara langsung membuktikan kebenaran andaian nisbah pesakit kanser antara jenis jantina lelaki dengan jenis jantina perempuan. Data tersebut menyatakan bahawa pesakit kanser daripada jenis jantina perempuan, pada setiap tahun, menunjukkan angka peratusan yang lebih tinggi dibandingkan dengan jenis jantina lelaki. Nisbah peratusan tersebut rata-rata menunjukkan angka peratusan 64 % (perempuan) dan 35 % (lelaki).

Di Indonesia daripada berbagai - bagai jenis kanser yang ada, terdapat 10 jenis kanser yang paling banyak dikesan secara umum, iaitu kanser serviks uteri, payudara, kulit, nasofaring, kolon dan rektum, paru, ovarium, tiroid, dan rongga mulut (Tambunan, 1995). Daripada 10 jenis kanser tersebut salah satunya ialah kanser payudara yang termasuk jenis kanser yang banyak dihadapi oleh kaum

perempuan di Indonesia setelah kanser leher rahim, dan jumlahnya terus meningkat dalam beberapa tahun terakhir ini.

Di Indonesia, kanser payudara menduduki tempat kedua terbesar penyakit yang dihadapi. Jadual yang berikut akan memperlihatkan 3 kes besar daripada jenis penyakit kanser yang dominan dihadapi masyarakat Indonesia khususnya perempuan berdasarkan Distribusi Kes Menurut Lokasi Sediaan daripada Seluruh Senter di Indonesia sejak tahun 1995-1999 (Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesihatan Republik Indonesia, 1995-1999):

Jadual 1.2 Jenis kanser dominan yang dihadapi masyarakat di Indonesia

TAHUN	JENIS KANSER	JUMLAH	PERATUSAN
1995	Leher Rahim	4,375	17.6
	Payudara Perempuan	3,049	12.2
	Kelenjar Limpa	2,151	8.66
1996	Leher Rahim	4,283	17.94
	Payudara Perempuan	2,993	12.53
	Kelenjar Limpa	2,118	8.87
1997	Leher Rahim	3,779	17.92
	Payudara Perempuan	2,642	12.53
	Kelenjar Limpa	1,855	8.80
1998	Leher Rahim	3,768	17.59
	Payudara Perempuan	2,745	12.81
	Kelenjar Limpa	1,742	8.13
1999	Leher Rahim	3,918	17.93
	Payudara Perempuan	2,750	12.59
	Kelenjar Limpa	1,884	8.62

Jadual 1.2 di atas menunjukkan bahawa data sejak tahun 1995-1999 menempatkan ketiga-tiga jenis penyakit kanser seperti leher rahim, payudara perempuan, dan kelenjar limpa sebagai jenis penyakit kanser yang sangat dominan dihadapi masyarakat Indonesia, khususnya jenis jantina perempuan. Setiap tahun, dari tahun 1995-1999, kanser payudara perempuan tetap menduduki tempat kedua

setelah kanker leher rahim. Hal ini sekali gus membuktikan kebenaran pernyataan yang dikutip di dalam harian Kompas di atas.

Statistik terkini bagi pesakit kanker tidak dapat dipastikan lagi. Namun demikian menurut ANTARA (<http://www.antara.co.id/>) data 2002 menunjukkan sebanyak 26 orang daripada 100,000 perempuan mengalami kanker payudara. Berdasarkan misbah ini dapat dianggarkan seramai 260 ribu orang penduduk perempuan mengidap kanker payudara.

Jika dilihat dari segi umur, jumlah perempuan yang menghidapi kanker payudara di Indonesia rata-rata dalam lingkungan umur antara 45 hingga 54 tahun. Sedangkan perempuan yang berumur antara 15 hingga 24 tahun paling sedikit ditemui yang menghidapi kanker payudara. Hal ini dapat dilihat daripada data Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1995-1999 pada Jadual 1.3 berikut ini:

Jadual 1.3 Pesakit kanker payudara perempuan di Indonesia berdasarkan umur

TAHUN	UMUR					
	15-24 tahun	25-34 tahun	35-44 tahun	45-54 tahun	55-64 tahun	65-74 tahun
1995	706	1864	3868	4047	2921	1486
1996	573	1741	3792	3965	2818	1503
1997	522	1529	3345	3410	2597	1387
1998	504	1432	3427	3555	2605	1308
1999	452	1477	3499	3680	2558	1473
Jumlah rata-rata pertahun	551	2635	3586	3731	2699	1431

Jadual 1.3 di atas menggambarkan bahawa, perempuan yang berumur antara 45-54 tahun rata-rata paling banyak menghadapi kanser payudara di Indonesia dalam tempoh 5 tahun iaitu dari tahun 1995-1999. Jika dilihat berdasarkan kriteria umur, data tersebut di atas menunjukkan bahawa peningkatan umur juga diikuti oleh peningkatan jumlah pesakit kanser payudara yang ada di Indonesia. Namun, peningkatan umur tersebut mencapai puncaknya pada umur 54 tahun dan akan menurun setelah berumur 55 tahun.

Hal ini tidak dapat disangkal lagi, oleh sebab beberapa kajian juga menunjukkan bahawa umur merupakan salah satu faktor utama bagi seorang perempuan untuk menghadapi kanser payudara. Tjindarbumi (1995) mengatakan bahawa perempuan yang berumur 30 tahun ke atas, berkemungkinan besar untuk menghadapi kanser payudara dan risiko akan bertambah tinggi sehingga meningkat umur 50 tahun dan setelah menopause. Kajian Smith dan Leaper (1999) pada perempuan yang menghadapi kanser payudara juga menunjukkan hasil bahawa peningkatan umur merupakan faktor utama seseorang untuk menghadapi kanser payudara. Dalam kajian ini ditemukan bahawa 75 % kes kanser payudara terjadi pada perempuan yang berumur 40 tahun ke atas dan hanya 2 % pada perempuan yang berumur di bawah 30 tahun.

Kanser ini umumnya banyak dihidapi oleh masyarakat yang tinggal di bandar- bandar besar. Hal ini disebabkan oleh kepadatan penduduk, pencemaran udara yang sangat teruk kerana banyaknya kenderaan dan perusahaan, pola pengambilan makanan yang cenderung pada makanan *fast food* dan tekanan hidup yang berat yang memberikan stres (Family's Doctor, 2006). Lantaran itu, kajian ini

akan mengambil tempat di kota Medan kerana kota Medan merupakan kota ketiga terbesar di Indonesia.

Daripada data yang ada menunjukkan bahawa jenis jantina perempuan di Medan menjadi komuniti yang lebih dominan sebagai pengidap kanser, dibandingkan dengan jenis jantina lelaki. Hal ini sesuai dengan hasil Registrasi Kanser berdasarkan Patologi di Medan sejak tahun 1995 – 1999, jenis jantina perempuan lebih banyak menghidapi kanser dibandingkan dengan lelaki dan dalam lingkungan umur antara 15 tahun hingga 64 tahun. Jumlah pesakitnya setiap tahun, antara 1995 – 1999, melebihi 600 orang (Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesihatan Republik Indonesia,1995-1999). Jadual 1.4 berikut akan menggambarkan jumlah kes tersebut.

Jadual 1.4 Pesakit kanser di Medan berdasarkan jenis jantina

TAHUN	JENIS JANTINA	JUMLAH	PERATUSAN
1995	Lelaki	455	46.10
	Perempuan	529	53.60
	Tanpa Keterangan Jantina	3	0.30
1996	Lelaki	472	42.52
	Perempuan	627	56.49
	Tanpa Keterangan Jantina	11	0.99
1997	Lelaki	390	41.10
	Perempuan	555	58.48
	Tanpa Keterangan Jantina	4	0.42
1998	Lelaki	462	43.34
	Perempuan	604	56.66
	Tanpa Keterangan Jantina	-	0.00
1999	Lelaki	271	40.81
	Perempuan	358	53.92
	Tanpa Keterangan Jantina	35	5.27

Jadual 1.4 di atas menunjukkan bahawa jenis jantina perempuan mendominasi angka kes pengidap kanser di Medan selama lima tahun berturut-turut antara tahun 1995 – 1999.

Jika dilihat dari segi umur, jumlah perempuan yang menghadapi kanser payudara di Kota Medan rata-rata dalam lingkungan umur 45-54 tahun. Sedangkan perempuan yang berumur 15-24 tahun paling sedikit ditemui yang menghadapi kanser payudara. Hal ini dapat dilihat daripada data Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada Jadual 1.5 berikut ini:

Jadual 1.5 Pesakit kanser payudara perempuan di kota Medan berdasarkan umur

TAHUN	UMUR					
	15-24 tahun	25-34 tahun	35-44 tahun	45-54 tahun	55-64 tahun	65-74 tahun
1995	4	20	42	38	22	8
1996	4	26	44	48	22	9
1997	0	20	44	44	20	14
1998	3	23	52	61	20	8
1999	2	13	30	26	15	14
Jumlah rata-rata pertahun	2	20	42	43	19	10

Jadual 1.5 di atas menunjukkan bahawa, rata-rata perempuan yang berumur 45-54 tahun paling banyak menghadapi kanser payudara di kota Medan dalam tempoh 5 tahun iaitu dari tahun 1995-1999.

Jika dilihat berdasarkan kriteria umur, data tersebut di atas menunjukkan bahawa peningkatan umur juga diikuti oleh peningkatan jumlah pesakit kanser payudara yang ada di kota Medan. Namun, peningkatan umur tersebut mencapai puncaknya pada umur 54 tahun dan akan menurun setelah berumur 55 tahun.

Daripada data tersebut di atas diketahui bahwa jumlah perempuan yang menghadapi kanker di kota Medan sangatlah banyak dan mungkin terus bertambah. Selain dapat diketahui kelompok umur pesakit yang paling banyak menghadapi kanker, kelompok umur ini juga diberikan keutamaan untuk diberikan pertolongan yang menggunakan pendekatan psikologi dan sosial.

Banyak kajian menunjukkan bahwa pesakit kanker akan mengalami masalah estimasi sendiri yang rendah (Berterö, 2002; Carpenter, Brockop, & Andrykowski, 1999; Kurnia, 1995; Cocker, Bell, & Kidmans, 1994; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Curbow, Somerfield, Legro, & Sonnega, 1990; Trunzo & Pinto, 2003; Carpenter, Brockopp, & Andrykowski, 1999; Symister, & Friend 2003; Helgeson, Lepore, & Eton, 2006).

Selain itu, banyak kajian juga menunjukkan bahwa pesakit kanker mengalami masalah depresi yang teruk (Antoni, Lehmann, Kilbourn, Boyers, Culver, Alferi, Yount, Mc Gregor, Arena, Harris, Price, & Carver, 2001; Blackburn, Bishop, Glen, Whalley, & Christie, 1981; Ciaramella, & Poll 2001; Evans, & Connis, 1995; Hipkins, Whitworth, Tarrier, & Jayson G, 2004; Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005; Love, Love, Grabsch, Clarke, Bloch, David, & Kissane, 2004; Osborn & Demoncada, 2006; Spiegel & Giese, 2003; Wong-Kim, & Bloom, 2005).

1.2 Estim Kendiri

Estimasi sendiri menunjukkan seluruh gambaran yang diraih seseorang yang diberikan nilai benar atau salah, baik atau buruk. Pengertian ini seperti yang dikatakan oleh Coopersmith (1967) iaitu merupakan hasil penilaian individu terhadap

dirinya sendiri. Penilaian ini menyatakan suatu sikap yang berupa penerimaan atau penolakan dan menunjukkan seberapa besar individu itu percaya bahawa dirinya mampu, bererti, berhasil dan berharga menurut piawaian dan nilai peribadinya.

Lebih lanjut lagi Coopersmith (1967) mengatakan bahawa penilaian diri dibuat dan dipertahankan individu dalam jangka waktu tertentu, serta dipengaruhi oleh kejadian sehari-hari. Oleh sebab itu, dapat dikatakan bahawa estimasi sendiri berupa penilaian seseorang terhadap berbagai-bagai topik. Menurut Poland (1974) estimasi sendiri merupakan keperluan psikologi yang meliputi kepercayaan diri, keperluan akan keberhasilan, keperluan ekonomi, pengetahuan dan perasaan mampu.

Apabila membicarakan estimasi sendiri memang tidak terlepas daripada konsep diri kerana konsep diri seseorang akan mempengaruhi estimasi sendiri seseorang (Rosenberg, 1979). Menurut Gray-Little (dalam Fuhrmann, 1990) ada 3 komponen dalam konsep diri iaitu:

- i. Imej diri, yang mengacu pada pandangan seseorang terhadap dirinya sendiri yang berkaitan dengan berbagai-bagai peranan (ibu bapa, pimpinan, bawahan) sifat (pemaaf, suka menolong, pembohong), sikap lain dan sebagainya yang menunjukkan siapa saya sebagai individu.
- ii. Penilaian sendiri, yang berkaitan dengan perasaan yang ditujukan kepada diri sendiri sama ada suka atau tidak suka.
- iii. Kendiri ideal, harapan dan aspirasi seseorang terhadap dirinya sendiri.

Daripada pendapat yang telah dikemukakan para ahli tersebut, maka pengkaji merumuskan bahawa estimasi sendiri merupakan penilaian terhadap dirinya sendiri,

yang merupakan hasil daripada suatu proses interaksi dengan persekitaran. Hal tersebut berdasarkan sejumlah penghargaan, penerimaan dan perlakuan orang lain terhadap dirinya, yang kemudian akan menunjukkan sejauh mana individu tersebut mempunyai rasa percaya pada dirinya sendiri, berhasil, berharga dan bererti.

1.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Estim Kendiri

Perkembangan estim kendiri dipengaruhi oleh berbagai –bagai faktor, baik yang berasal dari dalam diri mahupun dari luar individu yang bersangkutan, faktor-faktor tersebut ialah:

i. Faktor Jantina

Kimmel dan Weiner (1985) menyatakan, ada keterkaitan yang erat antara jantina dengan estim kendiri, jenis jantina perempuan mempunyai estim kendiri yang lebih rendah dibandingkan dengan lelaki. Selain itu, kajian yang dilakukan Klass dan Hodge (1978) menunjukkan bahawa hasil estim kendiri pada perempuan lebih tinggi daripada lelaki.

ii. Faktor Status Sosial Ekonomi

Kajian Coopersmith (1967) menemukan bahawa status sosial ekonomi seseorang mempengaruhi tahap estim kendiri.

iii. Faktor Usia

Kajian Kokenes dalam Bee (1981) menyatakan fokus estim kendiri seseorang mengalami perubahan sesuai dengan perkembangan usianya. Pada usia lapan hingga sembilan tahun, fokus estim kendiri adalah dalam bidang persekolahan dan persahabatan dengan teman, sedangkan pada usia sekitar sebelas sampai dua belas tahun terletak pada sokongan dan kepuasan dalam hubungannya dengan ibu bapa.

iv. Persekitaran Keluarga

Keluarga merupakan persekitaran yang sangat penting terjadinya persekitaran yang sihat. Coopersmith (1967) menjelaskan bahawa yang dimaksudkan keluarga dalam hal ini ialah status sosial ekonomi, pekerjaan, nilai-nilai dalam keluarga, keterlibatan ibu bapa dalam kehidupan anak, peranan dan interaksi ibu bapa dengan anak. Darajat (1980) juga menyatakan bahawa peranan keluarga yang mempengaruhi estimasi diri ialah ibu bapa yang sering merendahkan atau memberikan hukuman dan larangan tanpa alasan yang boleh diterima akal dan wajar akan menyebabkan anak berasa tidak dihargai.

v. Keadaan Fizikal

Wright (dalam Koentjoro, 1989) menyatakan bahawa orang cacat cenderung mempunyai estimasi diri yang rendah kerana kurangnya penghargaan sosial terhadap dirinya. Adler (dalam Coopersmith, 1967) menyebutkan bahawa individu yang memiliki ukuran bentuk dan kekuatan tubuh yang kurang dibandingkan dengan orang lain akan cenderung mempunyai estimasi diri yang rendah.

vi. Faktor Psikologi Individu

Menurut Coopersmith (1967), ada beberapa keadaan psikologi individu yang turut menentukan pembentukan estimasi diri seseorang. Keadaan psikologi yang dimaksudkan di sini ialah hal-hal yang berkaitan dengan konsep kejayaan dan kegagalan, aspirasi mekanisme pertahanan diri berdasarkan pengalaman-pengalaman yang telah dilalui individu terhadap kekuatan, kompetisi dan nilai-nilai kebaikan. Kejayaan dapat memberikan erti yang

berbeza bagi setiap individu, namun tetap memberikan pengaruh pada peningkatan estim sendiri.

vii. Persekitaran Sosial

Terbentuknya estim sendiri diperoleh daripada interaksi individu dengan persekitarannya, penerimaan, penghargaan serta perlakuan orang lain terhadap individu yang bersangkutan. Pengalaman bergaul dan berinteraksi akan memberikan gambaran baik dari segi fizikal mahupun mental melalui sikap dan respon orang lain terhadap dirinya (Klass & Hodge, 1978). Dengan demikian pendapat dari Rogers (dalam Azwar, 1979), bahawa pembentukan estim sendiri lebih ditentukan oleh persekitaran sosial. Buss (1978) menegaskan bahawa pengalaman keberhasilan, persahabatan, kematangan akan meningkatkan estim sendiri. Sebaliknya kehilangan kasih sayang, dijauhi oleh teman-teman dan penghinaan akan menurunkan estim sendiri.

1.2.2 Estim Kendiri dengan Pesakit Kanser

Apabila doktor mendiagnosis bahawa seseorang menghadapi penyakit berbahaya seperti kanser, ada tiga bentuk respon emosional yang biasa timbul pada pesakit penyakit kronik seperti kanser secara umum, iaitu penolakan, kecemasan dan depresi (Taylor & Dakof, 1988). Dalam keadaan tersebut sangat sukar bagi pesakit kanser untuk dapat menerima dirinya kerana keadaan dan penanganan penyakit kanser ini dapat menimbulkan stres yang terus - menerus, sehingga tidak saja mempengaruhi penyesuaian fizikal tapi juga penyesuaian psikologi individu (Lehmann, deLisa, Warren, deLateur, Bryant, & Nicholson, 1978; Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Hendrick, & Carnicke, 1983; Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, & Devlen, 1997; Kaasa & Malt, 1993).

Kajian yang dilakukan oleh Hadjam (2000) terhadap pesakit kanser menemukan bahawa pesakit kanser mengalami stres sekali yang ditunjukkan dengan perasaan sedih, putus asa, pesimis, merasa diri gagal, tidak puas dalam kehidupan, merasa lebih buruk jika dibandingkan dengan orang lain, penilaian rendah terhadap tubuhnya dan berasa tidak berdaya. Untuk itu sangat penting bagi pesakit kanser menerimanya dengan ikhlas akan keadaan dirinya. Perkembangan perasaan yang realiti terhadap penyakitnya merupakan proses yang penting dalam menghadapi penyakit kronik seperti kanser (Taylor, 1991). Tidak semua orang dapat menerima kenyataan bahawa mereka memiliki suatu kelemahan dan keterbatasan. Padahal penerimaan ini merupakan faktor pendukung psikologi bagi tercapainya peribadi yang sihat (Burns, 1987). Bahkan Rosenberg (1965) berpendapat bahawa seseorang tidak akan mampu mempunyai estimasi sendiri yang tinggi jika tidak mampu menerima dirinya. Bahkan menurutnya estimasi sendiri yang tinggi adalah sama dengan penerimaan diri. Oleh sebab itu sangat penting untuk menolong pesakit kanser supaya mampu menerima keadaan dirinya terlebih dahulu agar mempunyai estimasi sendiri yang tinggi.

Berkembangnya penerimaan diri memungkinkan pesakit untuk mengembangkan sikap dan perilaku yang positif dalam menghadapi penyakitnya. Dengan sikap yang positif, ia dapat menghindarkan diri daripada hal-hal yang menyebabkan penyakitnya bertambah parah dan menjadi lebih positif sikapnya terhadap perawatan yang harus dijalannya. Penerimaan terhadap penyakit dapat mengarah pada persiapan aktif atau persiapan pasif menghadapi kematian, mahupun dalam melawan penyakitnya (Glasser dalam Jaco, 1972). Hal yang sama juga dinyatakan oleh Hamacheck (dalam Arkoff, 1984) menyatakan bahawa individu

yang memiliki penerimaan diri yang baik memperlihatkan adanya diri yang sihat, *self image* dan perasaan yang positif tentang dirinya.

Setelah pesakit mampu menerima keadaan dirinya, baru ia akan mempunyai estim sendiri yang tinggi (Rosenberg, 1965). Bagi pesakit kanser yang mempunyai estim sendiri tinggi bereaksi tidak terlalu stres pada waktu didiagnosis kanser (Curbow & Somerfield, 1991). Kajian-kajian tentang kanser menunjukkan bahawa estim sendiri sangat berpengaruh pada kualiti hidup pesakit kanser (Evans, Pellizzari, Culbert, & Metzzen, 1993). Pesakit yang mempunyai estim sendiri yang tinggi dapat melawan pengaruh negatif kanser (Hobfoll & Walfisch, 1984). Hal tersebut sesuai dengan penemuan Wells dan Marwell (1976) yang menemukan estim sendiri sangat berhubungan dengan kesihatan (Ryff, 1989), mempunyai pengaruh terhadap tingkah laku, perasaan tentang hidup dan hubungan dengan orang lain. Hal tersebut juga didukung oleh data dari *American Cancer Society* yang menunjukkan bahawa 79% perempuan yang didiagnosis menghadapi kanser payudara, pada tahun 1994 dan masih hidup pada tahun 1999 ialah pesakit yang mempunyai estim sendiri yang tinggi (American Cancer Society, 1994).

Oleh hal yang demikian, dapat diketahui bahawa sebenarnya sangat penting untuk pesakit kanser mempunyai estim sendiri yang tinggi. Fuhrmann (1990) mengatakan bahawa seseorang yang memiliki estim sendiri yang tinggi mampu menghadapi situasi yang penuh dengan kesukaran dan situasi yang penuh dengan stres, sebaliknya jika seseorang mempunyai estim sendiri yang rendah maka dia akan berasa cemas, depresi dan pesimis. Oleh sebab itu, sangat penting bagi pesakit kanser untuk mengubah konsep diri agar mempunyai estim sendiri yang tinggi dan mampu

beradaptasi (Heidrich & Ward, 1992). Pesakit kanser yang mempunyai estim sendiri yang tinggi (Rosenberg, 1965; Waltz, 1986) akan mempunyai mental yang sihat dan lebih puas terhadap hidupnya sehingga akan lebih mempercepat kesembuhannya atau lebih memperpanjang harapan bagi pesakit kanser yang sudah pada tahap lanjut.

Umumnya bagi pesakit kanser sangatlah sukar untuk tetap mempunyai estim sendiri tinggi. Kanser merupakan ancaman dan mempunyai pengaruh yang negatif pada estim sendiri (Curbow & Somerfield, 1991). Beberapa peneliti mengemukakan bahawa umumnya kanser berpengaruh negatif terhadap estim sendiri. Menurut pandangan ini, pesakit kanser pasti akan mempunyai estim sendiri yang rendah setelah didiagnosis menghadapi kanser dan mempunyai estim sendiri yang rendah dibandingkan dengan orang yang sihat. (Cella & Tross, 1986; Gottesman, & Lewis, 1982, Greer & Burgers, 1987; Itano, Tanabe, Lum, Rizzo, Wielnd, & Sato, 1983; Lewis, Gottesman, & Gutstein, 1979).

Selain itu, rawatan kanser itu sendiri memberikan kesan negatif pada bentuk fizikal mahupun mental pesakit dan mempunyai pengaruh yang besar terhadap estim sendiri (Heidrich & Wards, 1992; Watson, 1983; Cella & Tross, 1986). Beberapa contoh yang berkaitan dengan kesan fizikal daripada rawatan kanser payudara adalah seperti operasi yang menyebabkan pembuangan payudara (Kaplan, Salis, & Patterson, 1993) dan penyinaran yang menyebabkan kulit terbakar dan masalah *gastrointestinal* (Nail, King & Johnson dalam Taylor, 1999). Sementara itu, rawatan kemoterapi pula menyebabkan rasa mual, muntah, rambut gugur, perubahan warna kulit, perubahan bentuk tubuh, perubahan pada indera perasa akan menyebabkan *anorexia* (Grunberg dalam Taylor, 1999). Selanjutnya, kesan daripada rawatan boleh

juga menyebabkan ketidakmampuan berjalan atau menggerakkan tangan sehingga tidak mampu melakukan pekerjaan apapun sebagaimana sebelum sakit. Keadaan ini boleh menyebabkan penilaian negatif terhadap diri sendiri dan menjadi tidak yakin pada diri sendiri kerana akan bergantung kepada orang lain, berasa menjadi beban kepada keluarga dan berasa tidak berguna.

Penyakit dan rawatan yang dialami juga memberikan kesan negatif terhadap mental. Rasa takut akan kehilangan daya tarikan secara fizikal boleh mengakibatkan rasa cemas dan tertekan (Keitel & Kopala, 2000). Perasaan cemas ini biasanya timbul pada perempuan pesakit kanser payudara yang berumur muda, kerana rata-rata perempuan pada umur 20-40 tahun cenderung untuk menerima pendapat orang lain terhadap perawakan ideal perempuan secara fizikal (Gilligan, 1982). Hal ini selaras dengan pendapat Taylor, Lichtman dan Wood (dalam Dimatteo, 1991) yang mengatakan bahawa perempuan yang kehilangan payudara akan berasa daya tarikannya sangat berubah menjadi negatif. Payudara merupakan bahagian tubuh yang memiliki erti khusus bagi perempuan, kerana payudara merupakan simbol kewanitaan. Bagi perempuan, payudara merupakan simbol kebanggaan, terutama pada perempuan yang berumur 20-40 tahun dan yang telah berumah tangga. Hal ini juga tidak lepas daripada fungsi payudara yang sangat berperanan dalam stimulasi seksual bagi perempuan mahupun lawan jenisnya (Lambert & Lambert, 1985).

Keadaan perubahan fizikal tersebut menjadikan pesakit kanser payudara berasa tidak menarik lagi, tidak puas terhadap tubuhnya dan menjadi tidak yakin pada dirinya (Quigley, 1989) yang boleh mengakibatkan depresi (Rosenberg, 1965). Seperti hasil kajian menunjukkan bahawa ketidakpuasan terhadap tubuh adalah salah

satu aspek penting menyebabkan berlakunya depresi (Noles, 1985). Oleh sebab itu, pesakit kanser payudara yang berumur muda cenderung mempunyai estim sendiri yang rendah dibandingkan dengan pesakit yang lebih tua. Perempuan yang berumur 40 tahun ke atas yang melakukan pembedahan payudara cenderung memiliki estim sendiri yang lebih tinggi dan kurang peduli terhadap sifat kewanitaan daripada perempuan yang lebih muda (Penman, Bloom, Fotopoulos, Cook, Holland, Gates, Flamer, Murawski, Ross, Brandt, Muenz, & Pee, 1987). Perempuan yang lebih tua yang didiagnosis menghidapi kanser memiliki penyesuaian diri yang lebih baik daripada perempuan yang lebih muda sehingga lebih mampu menerima keadaan diri mereka sendiri (Meyerowitz, 1980; Penman, et al, 1987; Vinokur, Threath, Caplan, & Zimmerman, 1989). Oleh sebab itu, depresi lebih mungkin terjadi pada perempuan yang menghidapi kanser payudara pada umur 20-40 tahun (Papalia, 2002), terutama bagi pesakit yang mengharuskan mastektomi atau pembedahan payudara.

Di samping ketidakpuasan terhadap tubuh, pesakit kanser yang masih berada pada usia produktif mempunyai perasaan cemas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pesakit kanser payudara yang tidak lagi berada pada usia produktif (Kurnia, 1995). Pada usia produktif biasanya individu mempunyai banyak aktiviti, baik dalam pekerjaan ataupun kegiatan sosial lainnya. Selain itu, pada usia produktif ini individu sedang menikmati kehidupan, berada di puncak kerjaya, membina keluarga dan sebagainya. Dalam keadaan yang lain, apabila individu menghidapi kanser pada usia produktif, maka aktiviti fizikal dan sosial menjadi sangat terbatas, seperti hilangnya posisi sosial, pekerjaan, pendapatan serta peranan dalam keluarga dan masyarakat (Soetrisno & Soebroto, 1998). Keadaan tersebut menjadikan pesakit kanser mempunyai estim sendiri yang rendah dan sebagai akibat penurunan *self esteem*

(rasa yakin pada diri) ialah gangguan emosional seperti ketakutan dan depresi (Tobias, 1995).

Walau bagaimanapun, ada juga peneliti-peneliti lain yang berpendapat bahawa tidak selamanya kanser mempunyai pengaruh negatif terhadap estim sendiri (Buunk, Collins, Taylor, Van Yperen, & Dakof, 1990; Taylor, 1983; Taylor & Lobel, 1989; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Ward, Leventhal, Esaterling, Luchterland, & Love, 1991; Wood, Taylor, & Lichtman, 1985). Selain itu, Curbow dan Somerfield (1991) menemukan estim sendiri pesakit kanser payudara adalah stabil dan tidak begitu berbeza dengan orang yang sihat. Beberapa peneliti lain menemukan bahawa kanser ternyata mampu menjadikan pesakit kanser mempunyai estim sendiri yang tinggi (Collins, Taylor, & Skokan 1990; Corbin & Strauss 1988; Coward 1990; Ferrans 1994; Fife 1994; Loveys & Klaich 1991; Moch 1990; Morris 1985; O'Connor, Wicker, & Germino 1990; Taylor 1983).

1.2.3 Estim Kendiri dengan Sokongan Sosial

Estim sendiri tidak terbentuk begitu saja dan bukan merupakan suatu pembawaan, melainkan diperoleh melalui proses pengalaman, pembelajaran yang terus - menerus dalam diri seseorang (Branden, 1994). Menurut Bradshaw (1981) proses pembentukan estim sendiri sudah bermula ketika bayi merasai tepukan kali pertama yang diterimanya daripada persekitarannya seperti dimanjai, dirawat atau diperhatikan oleh ibu bapa dan orang lain. Menurut Coopersmith (1967), estim sendiri tumbuh dan berkembang pada diri seseorang daripada penghargaan, penerimaan dan perlakuan yang diterima individu sebagai hasil interaksinya dengan

persekitaran. Penerimaan dan penghargaan dari persekitarannya tersebut direfleksikan terhadap penilaiannya pada diri sendiri.

Daripada penerangan di atas, dapat diketahui bahawa sangatlah penting bagi pesakit kanser untuk mendapat sokongan sosial (yang selanjutnya akan disebut SS) dari persekitarannya agar mempunyai estim sendiri yang tinggi (Polinsky,1994). Kajian-kajian yang dilakukan mengenai estim sendiri mempengaruhi estim sendiri pesakit kanser menjadi lebih tinggi. Thorne (1989) menemukan bahawa estim sendiri bersifat dinamik dan mempengaruhi adaptasi dengan penyakit kanser melalui perlakuan daripada keluarga, teman atau tenaga perubatan. Hubungan interpersonal adalah salah satu cara menjadikan pesakit kanser lebih percaya pada diri melalui pengalaman berasa diterima dan dihargai oleh orang lain (Wills,1985). Penemuan tersebut juga ditemukan oleh Dirksen (1989) yang meneliti pengaruh kawalan, sokongan sosial dan estim sendiri pada kesejahteraan hidup pesakit kanser dan menemukan bahawa estim sendiri sangat berpengaruh terhadap kesejahteraan hidup dan sokongan sosial adalah salah satu faktor yang mempengaruhi estim sendiri. Selain itu, Tempelaar, De Haes, De Ruiten, Bakker, Heuvel, dan Nieuwenhuijzen (1989) membuat kajian tentang pengaruh pengalaman bersosialisasi dalam masyarakat pada pesakit tinggi jika mempunyai kehidupan sosial yang baik .

Daripada huraian di atas, dapatlah disimpulkan bahawa sangat penting bagi pesakit kanser payudara untuk mampu menerima dirinya dan menjadi lebih yakin pada diri sehingga dapat mengurangi tahap depresi pesakit kanser payudara. Usaha ke arah itu tentu dapat dilakukan oleh orang-orang yang berada di sekitar pesakit, baik dengan menggunakan intervensi yang menggunakan pendekatan psikologi

seperti terapi kognitif tingkah laku (dalam kajian ini pengkaji akan menggunakan singkatan CBT sebagai pengganti pada terapi kognitif tingkah laku) mahupun dengan pendekatan sosial seperti sokongan sosial yang diharapkan mampu menjadikan pesakit kanser menerima keadaan dirinya, menjadi lebih percaya pada dirinya dan mengurangi tahap depresi pesakit kanser payudara.

1.3 Depresi

Depresi merupakan suatu bentuk gangguan afektif yang gejala pokoknya disebabkan timbulnya perasaan sedih yang berlebihan. Depresi juga ialah suatu keadaan emosi yang menunjukkan perasaan susah, murung, sedih, tidak bersemangat, dan tidak bahagia. Istilah depresi seringkali digunakan untuk menentukan suatu pola penyimpangan perasaan, kognisi, dan perilaku yang kompleks, yang tidak digolongkan sebagai gangguan psikiatris tersendiri (Beck, 1985). Gangguan ini tidak hanya dapat dimanifestasikan pada aspek sosial, tetapi juga pada fizikal, kognisi dan motivasional.

Umumnya, orang yang mengalami depresi ditandai oleh isi mahupun proses pemikirannya, iaitu memiliki pandangan negatif terhadap diri, persekitaran atau dunianya, serta pengalamannya. Ia berasa pesimis akan segala hal dan mudah putus asa (Burns, 1988). Depresi boleh terjadi kepada sesiapa saja tanpa memandang suku bangsa, status sosioekonomi, agama, ataupun usia. Kajian mengenai depresi banyak yang menggunakan subjek normal, kerana tanda-tanda atau simptom depresi dapat dilihat pada individu yang normal, mulai dari perasaan murung yang normal dalam kehidupan sehari-hari hinggalah gangguan psikologi yang berat (Beck, 1985).

Depresi meliputi perasaan sedih yang luar biasa. Apabila seseorang merasa murung, hal ini merupakan keadaan yang normal dan boleh dialami oleh setiap orang. Kesedihan yang cukup mendalam dan berlangsung agak lama sehingga orang tersebut tidak dapat berfungsi secara normal, maka depresi tersebut sudah tergolong abnormal, sehingga memerlukan adanya suatu intervensi profesional (Holmes, 1991).

Huraian singkat di atas memberikan suatu kesimpulan mengenai definisi depresi, yaitu perasaan sedih, murung, dan patah hati yang mendalam serta berpanjangan dengan simptom-simptom antara lain: putus asa, tidak berdaya, keinginan untuk menghindari atau melarikan diri daripada masalah, menyalahkan diri sendiri, pandangan rendah terhadap diri dan persekitarannya serta keinginan untuk membunuh diri.

1.3.1 Simptom-Simptom Depresi

Penelusuran literatur yang dilakukan oleh Beck (1985), ditemukan konsistensi mengenai deskripsi perubahan perasaan yang spesifik seperti sedih, kesepian, serta apatis; munculnya konsep diri yang negatif, menyalahkan atau mencela diri sendiri dan timbul keinginan-keinginan yang bersifat regresi dan menghukum diri; keinginan untuk menghindari, bersembunyi, bahkan membunuh diri. Selain itu, terjadi perubahan mental dan fizikal, seperti kehilangan nafsu makan, libido, serta insomnia.

Selanjutnya Beck (1985) mengelompokkan simptom-simptom tersebut dalam beberapa manifestasi sebagai yang berikut:

- i. Manifestasi Emosional

Beck menyebutkan bahwa manifestasi emosional ini meliputi penurunan mood, adanya pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan dan keceriaan terhadap segala aktivitas yang dilakukan, mudah menangis, serta hilangnya hubungan akrab atau keterlibatan emosional terhadap orang lain.

ii. Manifestasi Kognitif

Beck menyebutkan manifestasi kognitif yang timbul antara lain adanya penilaian terhadap diri sendiri yang negatif, keyakinan yang negatif menyalahkan dan mengkritik diri sendiri, mudah bimbang, serta terjadinya distorsi *body image*.

iii. Manifestasi Motivasi

Individu yang terlibat kelihatan mengelakkan diri daripada melibatkan diri terhadap aktiviti-aktiviti yang menuntut tanggungjawabnya atau inisiatif-inisiatifnya. Ia pun selalu menghindari aktiviti yang berhubungan dengan peranan orang dewasa dan mencari aktiviti yang bercirikan peranan anak-anak. Jika diberikan pilihan, ia lebih suka memilih pekerjaan yang sifatnya pasif daripada aktif, lebih suka yang dependen daripada independen. Pesakit depresi kehilangan motivasi ditemui sebanyak 65 – 86 %.

iv. Manifestasi Mental dan Fizikal

Dalam hal ini pesakit depresi akan kehilangan nafsu makan, sukar tidur, penurunan libido dan keletihan. Hilangnya libido sebanyak 61 % ditemui pada orang yang depresi dan mudah lelah sebanyak 70% ditemui pada pesakit depresi.

1.3.2 Faktor Penyebab Depresi

Gangguan depresi pada umumnya dicetuskan oleh beberapa peristiwa dalam kehidupan seseorang tentang hal-hal yang tertentu. Kenyataannya ialah sesuatu peristiwa dalam kehidupan seseorang tidak semestinya diikuti oleh depresi, hal ini mungkin disebabkan oleh adanya faktor-faktor lain yang turut berperanan mengubah atau mempengaruhi hubungan tersebut. Jarang sekali terjadi depresi disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi lebih banyak disebabkan oleh berbagai - bagai faktor yang berinteraksi dalam berbagai – bagai kombinasi sehingga menimbulkan suatu kondisi tertentu yang mempengaruhi tinggi rendahnya tahap frekuensi depresi.

Menurut Beck (1985) ada beberapa kondisi yang boleh mencetuskan depresi, berupa :

i. Stres yang Spesifik

Iaitu kondisi atau peristiwa yang mempunyai persamaan dengan pengalaman traumatik individu pada masa lalu. Pengalaman traumatik pada masa lalu bertanggungjawab terhadap semakin kuatnya sikap-sikap negatif yang ada.

Beberapa situasi stres yang dapat menimbulkan keadaan depresi, iaitu :

- a) Situasi yang dapat menurunkan harga diri seseorang, seperti gagal ujian, putus cinta, dan dipecat daripada pekerjaan.
- b) Situasi yang boleh menghambat tujuan penting atau menghadapi dilema yang tidak dapat dirungkaikan, seperti seseorang berasa depresi kerana harus mengikuti syarat wajib ketenteraan yang menghambat cita-citanya masuk ke sekolah kedoktoran.
- c) Penyakit atau gangguan fizikal atau abnormalitas yang menjadikan atau membangkitkan idea-idea kematian. Misalnya, wanita yang ketika