

Skripsi

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA
DI RSP UNHAS DAN RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**



Oleh

JUMRAWATI RAHIM

C 121 10 259

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PERSETUJUAN

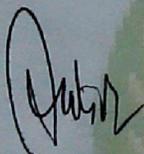
Dengan Judul:

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI
PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI RSP UNHAS DAN
RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

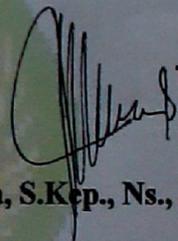
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep.

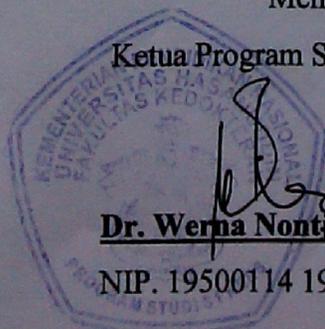
Pembimbing II



Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

NIP. 19500114 197207 2001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI
PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI RSP UNHAS
DAN RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**

Yang disusun dan diajukan oleh :

**JUMRAWATI RAHIM
C 121 10 259**

Telah dipertahankan pada ujian skripsi di depan tim penguji

Pada Hari/ Tanggal : Senin, 16 Desember 2013
Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji :

Penguji I : Dr. Werna Nontji, S. Kp, M. Kep
Penguji II : Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Penguji III : Nurmaulid, S. Kep, Ns, M. Kep
Penguji IV : Erfina, S. Kep, Ns, M. Kep

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui

a.n Dekan
Wakil Dekan Bidang akademik
Fakultas Kedokteran

Prof. dr. Budu, Ph.D., Sp.M(K), M.MedED.
NIP. 19661231 199503 1 009

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jumrawati Rahim

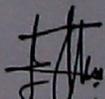
Nomor Mahasiswa : C12110259

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Makassar, Desember 2013

Yang Membuat Pernyataan,


Jumrawati Rahim

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Segala puji dan syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat serta karuniaNya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Penderita Kanker Payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar”. Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Banyak hal yang penulis alami dalam proses penelitian ini yang membuat penulis mendapat pelajaran dan pengalaman yang berharga. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan sebagai dewan penguji I yang telah memberikan ijin penelitian pada penulis.
2. Ibu Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dewan penguji kedua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan saran dan kritik yang membangun bagi peneliti.
3. Ibu Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing pertama yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan motivasi, saran serta kritik yang sangat berguna bagi peneliti.

4. Ibu Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku dosen pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan dengan bijaksana dan cermat memberikan masukan kepada peneliti.
5. Staf tata usaha Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah melayani dan membantu penulis selama menjalani studi .
6. Direktur RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar yang telah memberikan izin untuk penelitian.
7. Terima kasih yang tiada tara penulis persembahkan kepada ayah dan ibu tercinta H. Abd. Rahim S dan Hj. Darmawati, yang telah membesarkan dengan penuh kasih sayang dan tiada bosan-bosannya mendoakan serta memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
8. Kepada adik-adikku Sri Melindayanai dan Tenri Wahyuni Ramadhani, dan kepada yang selalu memberi dukungan, doa, kasih sayang dan keceriaan dalam hidupku.
9. Kepada Hariyanto terima kasih untuk pertemanan yang “unik” ini. Percayalah, pelangi tidak akan indah bila hanya ada satu warna kehadiranmu memberikan warna tersendiri dalam hidupku.
10. Kepada teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan yang selalu saling mendukung saat suka maupun duka dan memberikan banyak pengalaman menarik bagi penulis.

Makassar, Desember 2013

Penulis,

ABSTRAK

Jumrawati Rahim, C 121 10 259, **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI MAKASSAR** (Dibimbing oleh Nurmaulid dan Erfina). (xvi + 72 halaman + 15 tabel + 6 lampiran)

Latar Belakang: Kanker payudara menjadi penyebab kematian yang utama pada wanita penderita kanker. Kanker payudara merupakan penyakit yang menimbulkan reaksi psikologis pada penderitanya. Umumnya penderita kanker menunjukkan reaksi psikologis seperti cemas, trauma hingga depresi. 15 sampai 25% pada penderita kanker ditemukan mengalami depresi. Tingginya kejadian kanker payudara yang mengalami respon psikologis memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : “Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di Makassar.

Tujuan Penelitian: Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara.

Metode: Penelitian ini merupakan observasional dengan desain *cross sectional study* dengan uji *Chi square*. Dasar pengambilan keputusan hipotesis penelitian berdasarkan signifikansi ($p \leq \alpha$; $\alpha=0,05$). Sampel penelitian berjumlah 40 yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar kuesioner *Beck Depression Inventory* untuk mengukur depresi pasien kanker payudara di RSP Unhas Makassar dan RSUD Labuang Baji Makassar.

Hasil: Pada penelitian ini didapatkan lebih dari sebagian responden mengalami kejadian depresi yakni sebanyak 24 responden (60,0%). Tidak ada hubungan antara lama diagnosis ($p=0.772$), pemberian terapi ($p=0.757$), jenis terapi ($p=0.701$), stadium kanker ($p=0.087$), status perkawinan ($p=0.87$), dan usia ($p=0.081$) dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara tapi ada hubungan antara keadaan ekonomi ($p=0.051$) dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di Makassar.

Kesimpulan dan saran: Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara keadaan ekonomi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di Makassar. Penderita kanker payudara diharapkan membagikan dan mengungkapkan segala sesuatu yang dialami terkait dengan penyakit kanker payudara yang diderita agar tidak merasa tertekan dan lebih mudah dalam menjalani penyakit yang diderita. Untuk instansi rumah sakit diharapkan mengadakan program-program khusus yang membantu pasien beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi baik karena penyakitnya maupun efek dari terapi yang dijalani

Kata Kunci : **Lama Diagnosis, Pemberian Terapi, Stadium Kanker, Karakteristik Pasien, Depresi Pasien Kanker Payudara**

Sumber Literatur : **41 kepustakaan (2002 – 2013)**

ABSTRACT

Jumrawati Rahim , C 121 10 259 , **FACTORS ASSOCIATED WITH INCIDENCE DEPRESSION IN WOMEN BREAST CANCER IN MAKASSAR** (Guided by Nurmaulid and Erfina) (xiv + 75 pages + 15 tables + 6 appendix)

Background: Breast cancer is a major cause of death in women with cancer. Breast cancer is a disease that causes psychological reaction to the sufferer. Generally, cancer patients showed physiological reactions such as anxiety, trauma to depression. 15 to 25% of cancer patients were found to have depression. The high incidence of breast cancer who experience psychological responses provide a basis for researchers to formulate the following research question: "What are the factors associated with the incidence of depression in women with breast cancer in Makassar."

Objective: To identify factors associated with the incidence of depression in women with breast cancer.

Methods: This study is an observational cross-sectional study design with *chi square test*. Basic research hypothesis based decision making significantly ($p \leq \alpha$; $\alpha = 0.05$). Sample was 40 who underwent inpatient and outpatient care at the hospital. The research instrument used was the questionnaire Beck Depression Inventory to measure depression in breast cancer patients on Universitas Hasanuddin Hospital and Labuang Baji Makassar Hospital.

Results: In this study over the majority of respondents experiencing depression events that as many as 24 respondents (60.0%). There was no relationship between the term of diagnosis ($p=0.772$), therapy giving ($p=0,757$), kind of therapy ($p=0,701$), cancer stage ($p=0.087$), marital ($p=0,87$) and age ($p=0.081$) with incidence of depression in women with breast cancer but there was relationship between condition of economy ($p=0.051$) with incidence of depression in women with breast cancer in Makassar.

Conclusions and suggestions: The conclusion of the research was there was significant correlation between condition of economy with incidence of depression in women with breast cancer in Makassar. Breast cancer patients are expected to share and express experienced everything associated with breast cancer who suffered in order not to feel pressured and easier to undergo the illness. For instance hospitals are expected to conduct special programs that help patients adapt to the physical and psychological changes that occur either because of illness or the effects of therapy lived.

Keywords : Older Diagnosis, Therapy Giving, Stage Cancer, Characteristics of Patient, Depression In Women Breast Cancer

Literature sources : 41 literature (2002-2013)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Kanker	7
1. Pengertian Kanker Payudara.....	7
2. Etiologi	7
3. Gejala Klinis Kanker Payudara.....	10
4. Patofisiologi	11

5. Penatalaksanaan Kanker	12
6. Pencegahan	15
7. Dampak Kanker Payudara	16
B. Respon Psikologis Pasien Kanker Payudara.....	18
C. Depresi.....	19
1. Pengertian Depresi	19
2. Penyebab Depresi	20
3. Tanda dan Gejala Depresi.....	24
4. Pengukuran Depresi.....	24
5. Tipe-Tipe Depresi.....	26
6. Dampak Depresi pada Pasien Kanker	26
D. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien	
Kanker	28
1. Terdiagnosis Penyakit.....	28
2. Stadium Penyakit.....	30
3. Terapi yang Diberikan	32
4. Karakteristik Pasien.....	34
 BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep.....	36
B. Hipotesis	37
 BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	39

C. Populasi dan Sampel	39
D. Alur Penelitian	42
E. Variabel Penelitian	43
F. Instrumen Pengumpulan Data.....	47
G. Pengolahan dan Analisa Data	47
H. Masalah Etika.....	49

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	52
B. Pembahasan Penelitian	58
C. Keterbatasan Penelitian	68

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN	69
B. SARAN.....	70

DAFTAR PUSTAKA	72
----------------------	----

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.1. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan usia di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013.....	52
Tabel 5.1.2. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan keadaan ekonomi di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	52
Tabel 5.1.3. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan status pernikahan di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	53
Tabel 5.1.4. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan stadium kanker di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	53
Tabel 5.1.5. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan pemberian terapi di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	54
Tabel 5.1.6. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan jenis terapi di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	54
Tabel 5.1.7. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan lama diagnosis di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	55

Tabel 5.1.8. Distribusi karakteristik pasien kanker payudara berdasarkan kejadian depresi di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	55
Tabel 5.2.1. Distribusi hubungan usia responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	56
Tabel 5.2.2. Distribusi hubungan status pernikahan responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	56
Tabel 5.2.3. Distribusi hubungan keadaan ekonomi responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	57
Tabel 5.2.4. Distribusi hubungan stadium responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	58
Tabel 5.2.5. Distribusi hubungan jenis terapi responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	58
Tabel 5.2.6. Distribusi hubungan pemberian terapi responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	59

Tabel 5.2.7. Distribusi hubungan lama diagnosis responden dengan kejadian depresi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013	60
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka konsep	35
Gambar 4.1. Alur penelitian.....	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Penjelasan penelitian
Lampiran 2.	Lembar persetujuan menjadi responden penelitian
Lampiran 3.	Kuesioner penelitian
Lampiran 4.	Master tabel
Lampiran 5	Hasil analisa data
Lampiran 6	Surat-surat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu kanker yang banyak di derita pada perempuan adalah kanker payudara. Kanker payudara merupakan yang paling umum terjadi pada wanita baik di negara maju maupun negara berkembang (WHO, 2013). Sebanyak 1,38 juta kasus baru kanker payudara dan menjadi penyebab kematian yang utama pada wanita penderita kanker yakni 269.000 kematian (12,7%). Kejadian kanker payudara di beberapa negara seperti di Afrika Timur sebanyak 19,3% per 100.000 perempuan, di Eropa Barat 89,7 per 100.000 perempuan, dan di negara berkembang kecuali Jepang sebesar 80 per 100.000 perempuan (*International Agency for Research on Cancer*, 2008).

Data dari Sistem Informasi Rumah Sakit pada tahun 2010 menyebutkan kanker payudara memberikan proporsi 28,7 % dari pasien rawat inap maupun rawat jalan di seluruh rumah sakit di Indonesia (dalam Kementerian Kesehatan, 2013). Menurut data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2008, kanker payudara menempati peringkat tertinggi diantara 10 kanker lainnya pada pasien rawat inap di rumah sakit sejak tahun 2004-2008. Di Sulawesi Selatan sendiri kanker payudara menempati urutan pertama (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2010).

Seseorang yang telah didiagnosis kanker payudara dapat menimbulkan reaksi psikologis. Reaksi psikologis yang terjadi seperti tidak menerima kenyataan, putus asa, cemas akan ancaman kematian hingga depresi mulai dari tingkat ringan hingga berat (Yunitri, 2012). Kondisi medik seperti kanker payudara dapat menimbulkan depresi mayor atau sindrom manik yang dapat memicu berbagai penyakit lain dan mempersulit pengobatan maupun proses kesembuhan. Sekitar 15 sampai 25% pada penderita kanker ditemukan mengalami depresi. Peningkatan stadium kanker akan meningkatkan persentasi depresi (Amir, 2005; Konginan, 2008).

Hasil penelitian pada 66 penderita kanker payudara mendapatkan *mean* BDI adalah 22,8 (SD 12,3) (Amin 2008). Peneliti lain mendapatkan penderita kanker dapat memperlihatkan reaksi seperti tidak menerima kenyataan, putus asa, cemas, konsep diri yang negative, dan trauma. (Fatimah, 2012; Intang, 2012; Hasriani (2011). Secara psikologis hilangnya payudara dapat mengakibatkan perubahan citra tubuh dan konsep diri. Rasa khawatir yang dialami karena ketidakpastian tentang masa depan, takut akan kekambuhan dampak kanker payudara dan dampak dari pengobatan pada keluarga dan pekerjaan (Brunner & Suddart 2002 dalam Intang, 2012).

Hasil penelitian pada penderita kanker payudara didapatkan kelompok umur 30-39 tahun cenderung mengalami sindrom depresif. Tingkat pendidikan, status perkawinan, suku, pekerjaan, pendapatan perbulan, dan stadium klinis kanker payudara tidak terdapat perbedaan bermakna pada sindrom depresinya (Amin, 2008). Hasil penelitian lainnya menyatakan

terdapat hubungan yang bermakna antara terapi dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang sudah mendapatkan terapi sedangkan untuk penegakan lama diagnosis, dan stadium penyakit tidak ada hubungan bermakna dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara (Setyaningsih, Wijayana, & Suharmilah (2011). Dari uraian diatas maka peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

B. Rumusan Masalah

Kanker payudara menjadi penyebab kematian yang utama pada wanita penderita kanker. Kanker payudara merupakan penyakit yang menimbulkan reaksi psikologis pada penderitanya. Umumnya penderita kanker menunjukkan reaksi psikologis seperti cemas, trauma hingga depresi. 15 sampai 25% pada penderita kanker ditemukan mengalami depresi. Tingginya kejadian kanker payudara yang mengalami respon psikologis memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :
“Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui hubungan lama diagnosis dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
- b. Diketahui hubungan pemberian terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
- c. Diketahui hubungan jenis terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
- d. Diketahui hubungan stadium kanker dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
- e. Diketahui hubungan status perkawinan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

- f. Diketahui hubungan keadaan ekonomi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
- g. Diketahui hubungan antara usia dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Pendidikan Keperawatan

Memberikan informasi bagi mahasiswa dan sebagai acuan dalam menerapkan asuhan keperawatan bagi penderita kanker payudara, sehingga penderita-penderita kanker payudara bisa mendapatkan perawatan yang lebih adekuat tidak hanya untuk kankernya saja tapi juga pada kejadian depresinya.

2. Tenaga Keperawatan

Memberikan informasi pada pelayanan keperawatan untuk perbaikan dan pengembangan pelayanan keperawatan khususnya dalam asuhan keperawatan bagi penderita kanker payudara yang mengalami depresi.

3. Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan menjadi sumber rujukan untuk penelitian lebih lanjut tentang tingkat depresi pada pasien kanker payudara dan menambah khasanah pengetahuan peneliti khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kanker

1. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara adalah keganasan pada sel-sel pada jaringan payudara, baik dari kelenjarnya (saluran epitel dan lobulus), jaringan lemak, pembuluh darah, maupun persyarafan jaringan payudara (Rasjidi, 2010 dalam Sari 2012). Kanker menyebar melalui pembuluh getah bening, deposit, dan tumbuh dikelenjar aksila ataupun supraklavikula, kemudian menyebar ke organ lain melalui pembuluh darah seperti paru, hati, tulang dan otak (Luwia, 2003 dalam Hartati, 2008). Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa yang cukup besar untuk dapat di palpasi (kira-kira berdiameter 1 cm). Pada ukuran itu, sekitar 25 % kanker payudara sudah mengalami metastasis (Price dan Wilson, 2005).

2. Etiologi

Penyebab spesifik dari kanker payudara belum diketahui, beberapa factor yang menunjang terjadinya kanker seperti factor genetic, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan (Smeltzer & Bare, 2002). Factor-faktor risiko kanker payudara meliputi :

a. Riwayat pribadi tentang kanker payudara

Risiko mengalami kanker payudara pada payudara sebelahnya meningkat hampir 1% setiap tahun

b. Hubungan keluarga langsung

Anak perempuan atau saudara perempuan dari wanita dengan kanker payudara risikonya meningkat dua kali lipat jika ibunya terkena kanker sebelum berusia 60 tahun; risiko meningkat 4 sampai 6 kali jika kanker payudara terjadi pada dua orang saudara langsung.

c. Menarke dini

Risiko kanker payudara meningkat pada wanita yang mengalami menstruasi sebelum usia 12 tahun.

d. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama

Wanita yang mempunyai anak pertama setelah usia 30 tahun mempunyai risiko dua kali lipat untuk mengalami kanker payudara dibanding wanita yang mempunyai anak pertama di usia 20 tahun

e. Menopause pada usia lanjut

Menopause setelah usia 50 tahun meningkatkan risiko untuk mengalami kanker payudara.

f. Riwayat penyakit payudara jinak

Wanita yang mempunyai tumor payudara disertai perubahan epitel proliferative mempunyai risiko dua kali lipat dengan hiperplasia tipikal mempunyai risiko empat kali lipat untuk mengalami penyakit ini.

g. Pemajanan terhadap ionisasi

Pemajanan terhadap ionisasi setelah masa pubertas dan sebelum usia 30 tahun berisiko hampir dua kali lipat.

h. Obesitas

Risiko terendah diantara wanita pascamenopause. Bagaimanapun, wanita gemuk yang didiagnosa penyakit ini mempunyai angka kematian lebih tinggi, yang paling sering berhubungan dengan diagnosis yang lambat.

i. Kontraseptif oral

Wanita yang menggunakan kontraseptif oral berisiko tinggi untuk mengalami kanker payudara. Bagaimanapun, risiko tinggi ini menurun dengan cepat setelah penggantian medikasi.

j. Terapi penggantian hormone

Terdapat laporan yang membingungkan tentang risiko kanker payudara pada terapi penggantian hormone. Wanita yang berusia lebih tua yang menggunakan estrogen suplemen dan menggunakannya untuk jangka panjang (lebih dari 10-15 tahun) dapat mengalami peningkatan risiko. Sementara penambahan progesterone terhadap penggantian estrogen meningkatkan insidens kanker endometrium, hal ini tidak menurunkan risiko kanker payudara

k. Alkohol

Sedikit peningkatan risiko ditemukan pada wanita yang mengkonsumsi alcohol bahkan dengan hanya sekali minum dalam sehari. Risikonya

dua kali lipat diantara wanita yang minum alcohol tiga kali sehari. Beberapa penelitian menemukan bahwa wanita muda yang minum alcohol lebih rentan untuk mengalami kanker payudara pada tahun-tahun terakhirnya.

3. Gejala Klinis Kanker Payudara

Pada umumnya tanda dari kanker payudara untuk pria dan wanita adalah pembengkakan pada payudara. Pada tahap dini kanker payudara bersifat simtomatik. Umumnya penderita hanya merasakan adanya benjolan kecil di payudara. Setelah mencapai stadium lanjut baru muncul keluhan seperti benjolan disertai nyeri pada payudara, keluar cairan dari puting berwarna jernih atau berdarah, perubahan bentuk payudara, puting susu tertarik kedalam, kulit payudara berubah seperti kulit jeruk (Luwia, 2003 dalam Hartati, 2008).

Stadium perkembangan kanker payudara yakni (Wibisono, 2009 dalam Sari 2012 dan Hartati 2012) :

a. Stadium I

Tumor berukuran < 2 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening aksila

b. Stadium II A

Tumor berukuran < 2 cm, telah menyebar ke kelenjar getah bening aksila tapi belum menyebar ke daerah lainnya.

c. Stadium II B

Tumor berukuran antara 2-5 cm, menyebar ke kelenjar getah bening aksila namun penyebarannya belum jauh.

d. Stadium III A

Tumor berukuran > 5 cm menyebar ke kelenjar getah bening aksila namun penyebarannya belum jauh.

e. Stadium III B

Tumor berukuran > 5 cm, fiksasi dikulit atau dinding dada belum terjadi penyebaran yang jauh.

f. Stadium IV

Ukurannya seperti pada stadium yang lain dan telah menyebar ke tempat lain seperti liver, paru, tulang dan lainnya.

4. Patofisiologi

Umumnya kanker payudara mulai tumbuh di dalam duktus susu (kelenjar susu). Kanker payudara berkembang dalam beberapa tahap. Pertama, adanya peningkatan jumlah sel di dalam garis duktus, ini disebut hiperplasia. Sel-sel tersebut kemudian menjadi hiperplasia atipikal kemudian sel-sel tersebut menyerupai sel-sel kanker payudara, namun hanya terbatas didalam duktus. Ini disebut karsinoma duktus (*duktal carcinoma in situ*). Hal serupa dapat terjadi di setiap lobulus. Yang terakhir, sel-sel kanker akan berinvansi keluar dari duktus dan masuk ke jaringan lemak di sekitarnya dan menjadi kanker duktus yang invasif,

inilah yang umumnya disebut kanker payudara (Ornish, Love, Lerner, dkk, 2007)

Sekali kanker payudara bersifat invasif, kanker mempunyai kemampuan untuk membentuk pembuluh darah baru untuk memberi makan sel-sel tumor. Segera setelah itu sel-sel kanker akan mempunyai kemampuan untuk menginvasi pembuluh darah dan menyebar keseluruh tubuh. Sel-sel tersebut menemukan lingkungan yang nyaman di dalam organ tubuh lainnya dan membentuk koloni baru sel-sel kanker payudara. Bahkan, kanker payudara di bagian lain tubuהלך yang dapat mengancam nyawa. Jika sudah mulai tumbuh, mereka dapat mengganggu fungsi vital di dalam organ seperti hati, paru-paru, atau otak dan akhirnya mengakibatkan kematian (Ornish, Love, Lerner, dkk, 2007)

5. Penatalaksanaan Kanker

Empat jenis terapi yang diberikan dalam penatalaksanaan kanker yaitu terapi bedah, kemoterapi, radioterapi, dan terapi kombinasi.

a. Bedah

Bedah atau operasi merupakan teknik pengobatan pada kanker ditemukan pada tahun 1600 SM dan pada abad ketujuh, namun hingga saat ini teknik pembedahan masih tetap dipertahankan dan mengalami perkembangan terkait teknik anestesi, peralatan bedah, antibiotik, dan perawatan pascabedah. Kecacatan operasi akibat bedah mikro dan transplan organ telah diminimalkan terkait berkembangnya ilmu dan

teknologi yang canggih sehingga kualitas hidup pasien kanker mengalami peningkatan (Yunitri, 2012).

b. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan jenis terapi yang bersifat sistemik, penanganan kanker dengan menghancurkan sel-sel kanker. Efek samping dari kemoterapi seperti gangguan fisik dan sosial (Costello dan Erhchman, 2011 dalam Kardiyudiani, 2012). Efek pada saluran pencernaan dapat terjadi kerusakan atau kematian sel-sel, pada sistem integumen dapat terjadi perubahan pigmen, kerusakan kuku, kerusakan folikel rambut yang dapat menyebabkan kerontokan. Pada mukosa dapat terjadi stomatitis, pada kulit dapat terjadi dermatitis pada perianal dapat terjadi vagina *ulceration*. Sel-sel darah sangat cepat beregenerasi dan hancur oleh obat kemoterapi sehingga berdampak pada penurunan pertahanan terhadap infeksi, transportasi oksigen menurun, serta koagulasi juga terganggu (Kardiyudiani, 2012)

c. Terapi hormon

Terapi hormon merupakan penatalaksanaan kanker pada penderita yang sel kankernya belum menyebar ke bawah lengan. Efek toksik dari terapi hormon lebih sedikit dibandingkan dengan kemoterapi. Terapi hormon diberikan pada pasien yang telah memasuki usia menopause dengan obat khusus. Terapi ini juga diberikan pada penderita yang kankernya telah menyebar ke jaringan getah bening (Dewi, Djoenaina, & Melisa, 2004).

Efek yang ditimbulkan dari terapi hormon dapat berupa reaksi psikis yang bersifat positif dan negatif. Reaksi psikis positif yang muncul yakni meningkatkan kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah. Sedangkan reaksi psikis negatif yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stress, depresi karena perubahan hormon dalam tubuh (Dewi, Djoenaina, & Melisa, 2004).

d. Radioterapi

Radioterapi merupakan terapi utama terhadap kanker karena efektivitasnya yang meningkat (Jadoon 2010 dalam Yunitri 2012). Jenis radioterapi yang digunakan berdasarkan lokasi kanker, hasil diagnosa, dan stadium kanker. Sel yang mendapatkan radiasi kehilangan kemampuan membelah diri secara *irreversibel*, dan akan mengalami kematian interfase atau kehilangan kemampuan seluruh fungsi sel sehingga terjadi sitolisis.

Beberapa efek samping radioterapi seperti pusing, sakit kepala, insomnia, mengantuk, letih, anoreksia, mual, muntah, leukopenia, trombositopenia. Reaksi jangka panjang berupa nekrosis medula spinalis, nekrosis otak, osteonekrosis, ulkus kulit dan sebagainya. Tingkat reaksi sistemik bergantung besar kecilnya dosis radiasi, area radiasi, volume luasnya daerah radiasi, ketahanan tubuh pasien dan toleransi individu (Yunitri, 2012).

e. Terapi kombinasi

Terapi kombinasi diatur secara rasional dan tepat meningkatkan efek terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien. Terapi kombinasi dapat berupa kombinasi antara bedah dan radioterapi, kemoterapi dan radioterapi atau kombinasi antara radioterapi, kemoterapi dan terapi bedah (Yunitri, 2012).

6. Pencegahan

Langkah yang dilakukan untuk mencegah kanker payudara yakni (Apriyani, 2011):

a. Pencegahan primer diantaranya:

Promosi dan edukasi pola hidup sehat, menghindari faktor risiko seperti kebiasaan makan tinggi lemak kurang serat, mengurangi konsumsi alkohol, menjaga berat badan yang ideal, menikah, menyusui, dan tidak menggunakan terapi hormon setelah menopause.

b. Pencegahan sekunder diantaranya :

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), pemeriksaan klinis payudara (CBE/ *Clinical Breast Examination*) untuk menemukan ukuran benjolan < 1 cm), USG untuk mengetahui batas-batas tumor dan jenis tumor, mamografi untuk menentukan adanya kelainan sebelum adanya gejala tumor dan adanya keganasan

c. Pencegahan tersier diantaranya:

- Diagnosa dan terapi

Diagnosa kanker payudara membutuhkan kombinasi antara kajian klinis dan investigasi diagnostik. Sekali diagnosis ditegakkan harus dapat ditentukan stadiumnya agar dapat mengevaluasi besaran penyakit dan melakukan terapi yang tepat.

Pemberian terapi atau pengobatan bertujuan menyembuhkan, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup. Prioritas pengobatan harus ditujukan pada kanker dengan stadium awal dan yang lebih berpotensi untuk sembuh

- Pelayanan paliatif

Pengobatan kanker harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif (untuk mengurangi nyeri) untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker (Apriyani, 2011)

7. Dampak Kanker Payudara

Banyaknya organ yang terlibat dan munculnya perasaan takut terhadap ancaman kematian dari kanker payudara sehingga dampak yang ditimbulkan dari kanker payudara tidak hanya pada fisik tapi juga menimbulkan dampak psikologis dan sosial pada penderitanya. Beberapa dampak yang ditimbulkan tersebut diantaranya:

a. Dampak fisik

Penatalaksanaan untuk kanker payudara dilakukan melalui operasi, kemoterapi, dan radioterapi. Operasi melalui pengangkatan payudara menimbulkan gangguan fungsional dan kecacatan di dada. Radioterapi menimbulkan efek pada tubuh berupa lemah nafsu makan berkurang, warna kulit disekitar payudara menjadi hitam, mual, muntah, dan rambut rontok karena pengaruh obat-obatan, Hb (Hemoglobin) dan leukosit (sel darah putih) cenderung menurun (Putri, 2009 dalam Sari, 2012).

b. Dampak Psikologis

Setelah diagnosis kanker payudara telah ditegaskan pada seseorang dapat menimbulkan reaksi seperti tidak menerima kenyataan, putus asa, cemas akan ancaman kematian hingga depresi mulai dari tingkat ringan hingga berat. Penderita kanker payudara mengalami gangguan dalam pernikahan, dan gangguan dalam pekerjaan. Tindakan pengangkatan payudara menimbulkan gangguan citra diri karena merasa dirinya sebagai perempuan sudah tidak sempurna. Radioterapi yang dijalani pasien akan menimbulkan perasaan cemas, takut, dan depresi sebagai akibat dari kurang informasi mengenai terapi seperti efektifitas dan masalah lain yang dapat ditimbulkan dari radioterapi. Efek obat dari kemoterapi yang diberikan pada penderita kanker menimbulkan perasaan cemas, tegang, dan depresi (Yunitri, 2012).

c. Dampak Sosial

Dampak sosial yang muncul dapat dilihat dari perilaku yang terlihat pada penderita kanker. Perilaku yang timbul seperti pasien cenderung merasa tidak mampu menjalani perannya, tidak mampu melakukan pekerjaan sebagaimana mestinya, dan tidak mampu melakukan kegiatan yang disenanginya. Selain itu penderita kanker juga khawatir dengan penampilannya yang tidak menarik lagi didepan umum, penderita kanker juga merasa bahwa penyakit kankernya mempengaruhi kondisi perekonomiannya (Yunitri, 2012)

B. Respon Psikologis Pasien Kanker Payudara

Seseorang yang didiagnosa suatu penyakit akan mengalami goncangan psikologis (Chusairi, 2004 dalam Wijayanti, 2007). Kanker payudara merupakan salah satu penyakit yang yang menimbulkan dampak pada psikologis penderitanya (Sari, 2012). Beberapa penelitian menyebutkan penderita kanker dapat memperlihatkan reaksi seperti tidak menerima kenyataan, putus asa, cemas, konsep diri yang negative, dan trauma (Fatimah, 2012; Intang, 2012; Hasriani (2011).

Kurangnya pengetahuan penderita mengenai penyakitnya dapat menjadi penyebab kecemasan pada penderita. Kecemasan merupakan hal yang normal terjadi pada seseorang yang mengalami krisis kesehatan. Kecemasan dapat menyebabkan merambatnya rasa nyeri antara syaraf perifer dengan traktus spinotalamik. Lambatnya penyambungan syaraf perifer dengan traktus

talamik menurunkan ambang nyeri yang mengakibatkan rasa nyeri semakin hebat (Chussairi, 2004 dalam Wijayanti, 2007).

Kecemasan dan depresi sering ditemukan pada penderita kanker (Kangas, 2005 dalam Maydiana, 2009). Hal yang sama diungkapkan oleh Setyaningsih (2011) bahwa depresi pada pasien kanker dapat muncul saat pasien mengetahui diagnosis, stadium kanker dan terapi yang diperoleh, sehingga penanganan depresi pada setiap penderita berbeda. Dalam memberikan terapi perlu pemahaman yang baik dan diagnosis yang tepat untuk memperbaiki kualitas hidup pasien.

Amin (2008) juga mengungkapkan bahwa perasaan duka cita, kesedihan, cemas, ketidakpercayaan dan takut merupakan hal yang normal terjadi terhadap kejadian yang menekan. Seiring waktu, mekanisme koping penderita, dukungan yang adekuat dan komunikasi yang baik antara penderita dengan klinisi akan membantu mengatasi distress yang dialami penderita.

C. Depresi

1. Pengertian

Depresi didefinisikan sebagai gangguan perasaan yang ditunjukkan dengan kehilangan minat dan kegembiraan, mudah lelah, dan kurang aktivitas. Penderita depresi merasa hidupnya tidak berguna dan tidak mempunyai harapan hidup (Jiwo, 2012; Handayani, 2010). Depresi merupakan gangguan mental sebagai tingkah laku psikologi yang terlihat

pada individu berhubungan dengan keadaan yang menyakitkan (*American Psychiatric Association*, 2011 dalam Yunitri 2012).

Depresi merupakan salah satu masalah psikologis yang dialami oleh penderita kanker yang prevalensinya 15-25% (Tobing 2012). Pada penderita kanker, depresi muncul saat mengetahui stadium dan terapi yang diperoleh (Konginan, 2008; Mintian, Yang, Yi, 2008 dalam Setyaningsih; Wijayana, & Suharmilah, 2011). Kanker payudara merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai masalah baik fisiologis, psikologis, dan sosial. Pasien yang telah didiagnosis kanker payudara menunjukkan reaksi psikologis seperti syok mental, takut, tidak bisa menerima kenyataan, sampai depresi (Hartati, 2008 dalam Setyaningsih, Wijayana, Suharmilah, 2011).

Dua faktor penyebab depresi yaitu faktor internal yang terdiri dari genetik, pengalaman buruk masa lalu, dan tipe kepribadian. Faktor eksternal yang berpengaruh yaitu stressor kehidupan, obat-obatan, alkohol, melahirkan, menopause, penyakit medis dan pengobatan (Darmono, Maramis, 2003 dalam Setyaningsih; Wijayana, Suharmilah 2011)

2. Penyebab Depresi

Beberapa teori menyebutkan mengenai penyebab depresi diantaranya :

a. Faktor Biologi

Menurut teori biologi depresi dapat terjadi karena faktor genetik, perubahan neurokimia, endokrin, dan fungsi irama sirkadian (Handayani, 2010). Perubahan neurokimia seperti penurunan jumlah

katekolamin otak, peningkatan asetilkolin dan penurunan serotonin merupakan faktor penyebab depresi.

Seseorang yang mengalami stres meningkatkan pemecahan glukokortikoid untuk pemenuhan glukosa. Produksi glukokortikoid yang berlebihan merusak pompa kalsium pada sel hipokampus akibatnya sel kelebihan kalsium dan defisit glukosa. Defisit kalsium dan glukosa intrasel menyebabkan kematian sel sehingga terjadi defisit serotonin defisit serotonin menyebabkan penurunan sekresi hormon pertumbuhan, sekresi prolaktin, peningkatan TSH dan peningkatan kortisol yang ada akhirnya menyebabkan distress gastrointestinal, nyeri kronis atau intermitten, iritabel, palpitasi, pusing, kehilangan energi, perubahan dorongan seksual, penurunan nafsu makan dan gangguan tidur, semua gejala tersebut merupakan bagian dari depresi (Tobing, 2012).

Genetik juga menjadi faktor penyebab depresi, sekitar 50-70% orang yang orang tuanya menderita depresi akan lebih berisiko terkena depresi (Tobing, 2012; Jiwo, 2012). Penelitian Joska dan Stein 2008 dalam (Yunitri, 2012) pada kembar monozigot disebutkan jika salah satunya terkena depresi maka 37% kembar lainnya juga akan mengalami depresi.

Gangguan irama jantung juga memberikan kontribusi terhadap gejala depresi. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam pengaturan pola hidup sehari-hari diantaranya perubahan siklus irama

sirkadian akibat dari obat-obatan, kurangnya asupan nutrisi, gangguan fisik dan psikologi, dan perubahan kadar hormonal. Gejala yang dimunculkan berupa memendeknya fase REM (*rapid eye movement*), insomnia, dan meningkatnya intensitas bermimpi saat tidur (Keltner, Bostrom, McGuinness, 2011 dalam Yunitri, 2012).

b. Faktor Psikologis

Beberapa teori dalam faktor psikologis menjelaskan terjadinya depresi diantaranya teori *Psychoanalytic*, teori *Cognitive*, teori Interpersonal, dan teori tingkah laku (Yunitri, 2012; Handayani, 2010).

- 1) Teori psikoanalitik menjelaskan penderita depresi mengalami kehilangan yang nyata atau berupa imajinasi obyek cinta yang ambivalen, bereaksi dengan kemarahan yang kemudian diarahkan kepada diri sendiri, dan ini menyebabkan penurunan harga diri dan depresi (Freud, nd, dalam Amir, 2005).
- 2) Teori kognitif menerangkan bahwa seseorang yang mengadopsi cara berpikir yang negatif memiliki risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi bila dihadapkan pada pengalaman hidup yang menekan atau mengecewakan (Beck, 1976, dalam Nevid, Rathus, Greene, 2005).
- 3) Teori interpersonal menjelaskan masalah interpersonal menjadi faktor yang melatarbelakangi dan mencetuskan terjadinya kanker. Masalah interpersonal seperti perubahan peran, isolasi sosial, dan

memanjangnya masa berduka. Ketika seseorang mengalami kesulitan interpersonal, mekanisme koping yang individual, perubahan hidup dapat menjadi stres yang tidak terkendali dan memicu terjadinya depresi (Yunitri, 2012).

- 4) Teori tingkah laku (*behavioral*), berkaitan dengan hasrat dan keinginan penderita yang cenderung regresif (menurun). Penderita melarikan diri dari aktivitas yang menuntut peran individu yang dewasa dan memilih aktivitas yang lebih berkaitan dengan peran anak-anak. Penderita kehilangan motivasi positif dan tidak memiliki tujuan lagi. Bagi individu yang mengalami depresi untuk melakukan tugas utama, seperti makan, perawatan diri atau memberi pengobatan merupakan hal yang berat. Penderita depresi cenderung menghindari dan ingin mengelakkan diri dari pola yang biasa atau rutin dalam hidupnya. Rutinitas dinilai membosankan, tidak berarti atau memberatkan (Dewi, Djoenaina, Melisa, 2004).

c. Faktor Sosial

Sosial budaya, potensi stres, serta lingkungan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian stres. Seseorang yang mempunyai falsafah hidup yang jelas dan cara hidupnya teratur umumnya akan sulit menghadapi stres, sebaliknya orang yang berada di lingkungan yang asing akan lebih mudah menghadapi stres (Tarwanto dan Wartona 2003 dalam Tobing 2012). Teori lain menyebutkan bahwa

pengalaman setiap orang, persepsi, dukungan sosial, kelemahan biopsikososial dan kejadian stres itu sendiri berpengaruh terhadap berkembangnya depresi (Cockerman, dalam Handayani, 2012).

3. Tanda dan Gejala Depresi

Seorang yang depresi menunjukkan gejala perasaan sedih, putus asa, hampa, menangis tanpa alasan, merasa bersalah yang berlebihan, merasa tidak berharga. Postur tubuh terlihat menyedihkan dan tampak lebih tua dibandingkan usianya. Tampak tidak berdaya, kontak mata kurang, intonasi bicara monoton, afek datar, sering menghela nafas, jawaban setiap pertanyaan yang diberikan hanya kata “ya” atau “tidak”. Pasien yang mengalami depresi tidak mampu berfikir dengan baik, berfikir lambat, konsentrasi memburuk, dan tidak mampu menyelesaikan masalah, keputusan yang diambil tidak dapat dipertanggungjawabkan. Pasien depresi mayor mengalami delusi seperti mengatakan “tuhan menghendaki saya untuk mati”, “saya gagal dan harus mati”. (Varcarolis & Halter, 2010; Videbeck, 2008 dalam Yunitri, 2012).

4. Pengukuran Depresi

Beberapa instrumen yang dapat digunakan dalam mengkaji tingkat depresi yaitu, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Center for Epidemiologic Scale (CES-D)*, *Diagnostic Interview Schedule (DIS) Version III-R*, *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *Schedule for Affective Disorder*

(SADS), Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorder (SCID), Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS), Taylor'Dysporiya Inventory, Zung Self Rating Depression Scale (SDS) (Stuart & Laraia, 2001 dalam Handayani 2010).

Kuesioner BDI telah banyak digunakan untuk menilai skala depresi penderita kanker. Beberapa penelitian yang telah menggunakan kuesioner BDI diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Amin (2008) yang meneliti sindrom depresi penderita kanker payudara. Penelitian lainnya yang juga menggunakan kuesioner BDI yakni Lugito, dkk (2012) yang meneliti proporsi kejadian depresi pasien kanker di ruang rawat singkat rumah sakit kanker "Dharmais", dan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang sudah mendapatkan terapi di rumah sakit margono soekarjo purwokerto oleh Styaningsih, dkk, (2011).

Bentuk asli dari BDI mengungkapkan 21 manifestasi perilaku setiap area terdiri dari empat hingga lima pernyataan yang menjelaskan keparahan gejala sepanjang rangkaian kesatuan nomor urut dari tidak ada atau ringan dengan nilai 0 hingga keberat dengan nilai 3 (Amin, 2008). Gejala utamanya mencakup suasana perasaan yang depresi/ sedih atau murung, kehilangan minat atau kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah, dan berkurangnya aktivitas. Gejala tambahan mencakup konsentrasi dan perhatian berkurang, berkurangnya harga diri dan kepercayaan diri, gagasan tentang perasaan

bersalah, dan tak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri, gangguan tidur, dan berkurangnya nafsu makan (Beck, 2007).

Instrumen aslinya dimaksudkan untuk dibacakan dengan kuat oleh seorang pewawancara yang mencatat pilihan subjeknya, skalanya kemudian telah digunakan sebagai kuesioner yang dilaporkan sendiri (Amin, 2008). *Beck Depression Inventory (BDI)* terdiri dari 21 item pernyataan dari pernyataan-pernyataan tersebut, didapatkan nilai 0 – 3 yang kemudian dijumlahkan. Jumlah nilai digolongkan dalam 6 kategori, yaitu normal (0 – 10), gangguan mood ringan (11 – 16), ambang depresi (17 – 20), depresi sedang (21 – 30), depresi berat (31 – 40), dan depresi sangat berat (40 – 63) (Lugito, dkk, 2012)

5. Tipe-Tipe Depresi

Depresi terbagi atas dua tipe utama yakni depresi mayor dan depresi kronik (*dysthymia*) (Tama, 2009; Handayani, 2010). Depresi mayor terdiri atas depresi ringan, sedang, dan berat (Handayani, 2010).

a. Depresi berat

Gejala yang spesifik dari depresi berat yakni kesenangan berkurang, merasa sedih, penurunan selera makan, insomnia, hiperinsomnia, kelelahan atau kehilangan energi, merasa bersalah, sulit berkonsentrasi, resah, gelisah, cepat marah dan berkeinginan untuk bunuh diri (Handayani, 2010, Tama 2009).

b. Depresi sedang

Terdapat sejumlah gejala seperti kesulitan melanjutkan aktivitas dirumah atau aktivitas sosial. Durasi waktu dalam depresi sedang selama 2 minggu.

c. Depresi ringan

Seseorang dengan depresi ringan biasanya kehilangan mood, merasa lelah, merasa kesulitan dalam pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan. Durasi waktu untuk kondisi ini kurang dari 2 minggu.

Depresi kronik (*dysthymia*) gejalanya sama dengan yang terjadi pada depresi mayor dan disertai dengan delusi, halusinasi, dan komunikasi yang tidak logis. Gejala dirasakan dalam durasi selama 2 tahun atau lebih dapat juga intermitten dalam beberapa hari atau beberapa minggu (Handayani, 2010).

6. Dampak Depresi pada Pasien Kanker

Depresi pada pasien kanker yang tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai macam masalah yang dapat menghambat proses terapi dan penyembuhan yang pada akhirnya meningkatkan jumlah morbiditas dan mortalitas (Wibisono, 2011).

Dampak depresi pada penderita berupa percobaan bunuh diri, gangguan pola tidur dan pola makan (Wibisono, 2011; Tobing, 2012). Sekitar 1/3 dari pasien kanker yang mengalami depresi mayor ditemukan adanya percobaan bunuh diri dan 50% mengalami gangguan penyesuaian

(Konginan, 2008 dalam Tobing 2012). Selain percobaan bunuh diri pada pasien kanker penderita depresi juga ditemukan penelantaran diri sehingga tidak kooperatif dalam pengobatan yang akan memperparah penyakitnya yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup pasien (Tobing, 2012).

D. Faktor yang berhubungan dengan Depresi pada Pasien Kanker

Beberapa faktor yang berhubungan dengan depresi pada pasien kanker yakni :

1. Terdiagnosis penyakit

Menderita kanker membuat pasien merasa kehilangan akan kesehatannya. Respon kehilangan yang muncul pada setiap orang berbeda-beda, tiga tipe respon berduka dari kehilangan yang terjadi pada seseorang yakni berduka, berduka adaptif dan berduka maladaptif dan akan melalui beberapa tahap-tahap kehilangan. Tahapan tersebut yakni muncul reaksi penolakan atau menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi dan penerimaan (Potter & Perry, 2005; Copernito & Moyet, 2006 dalam Lisnawati, 2010).

Tahapan pertama berupa penyangkalan (*denial*) yang durasi waktunya dapat beberapa menit hingga bertahun-tahun, terkejut, tidak percaya, menyangkal kehilangan, reaksi fisik yang muncul berupa letih, lemah, pucat, sesak napas, menangis dan gelisah. (Andriani, 2010). Seseorang yang masih menyangkal dan tidak percaya telah terdiagnosa

kanker payudara merupakan salah satu alasan pasien datang terlambat ke dokter (Taib, 2007; Unger 2009 dalam Isdamayanti, 2011).

Tahapan kedua muncul rasa marah (*anger*), dalam tahapan ini seseorang mulai sadar tentang kehilangan, marah meningkat dan diprieksikan ke orang lain. Reaksi fisik berupa wajah merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur dan tangan menggepal. Tahap ketiga tawar – menawar (*bargaining*) tahapan ini seseorang mampu mengungkapkan rasa marahnya. Tahapan keempat berupa depresi sikap yang muncul seperti menarik diri, tidak mau berbicara, putus asa, reaksi fisik yang terlihat berupa menolak makan, susah tidur, letih, libido menurun. Tahapan kelima yakni penerimaan (*acceptance*) menerima kenyataan kehilangan, perhatian diarahkan ke objek yang baru. Tahapan berduka tersebut dapat singkat dapat pula panjang tergantung coping individu dalam menghadapi tekanan (Andriani, 2010).

Diagnosis kanker menciptakan krisis yang menuntut pasien untuk beradaptasi dengan cepat. Mereka harus dapat mengontrol tingkat tekanan emosional sambil membuat keputusan-keputusan penting untuk pengobatan. Hal yang perlu diperhatikan adalah ketakutan akan kematian, ketergantungan terhadap orang lain, perubahan bentuk tubuh, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas seperti biasanya dan rasa ditinggalkan, rusaknya hubungan keluarga dan pasangan, perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat dan keadaan ekonomi (Tama, 2009).

Pasien yang terdiagnosis kanker akan memperlihatkan gejala seperti sedih yang terus menerus, putus asa dan tidak berdaya (Sharpley dan Cristie 2007 dalam Setyaningsih dkk, 2011). Distres yang paling berpengaruh terhadap munculnya depresi pada pasien kanker adalah ketakutan pada progresivitas penyakit (Haersbach, 2004, dalam Tama, 2009).

Penelitian mengenai dampak psikologis setelah diagnosis kanker payudara didapatkan hasil bahwa antara 5% sampai 20% perempuan penderita kanker payudara mengalami depresi 12-24 bulan setelah diagnosis. Sebagai tambahan, antara 25% hingga 33% perempuan melaporkan mengalami stres yang sedang dan memiliki masalah penyesuaian diri. Sedangkan pada wanita muda, lebih banyak mengalami *traumatic stress symptoms*. Dua tahun setelah diagnosis kanker payudara, 16% wanita tetap melaporkan distress psikologi dengan tingkat yang tinggi. Empat tahun setelah kanker payudara, 12% perempuan masih mengalami kesehatan mental yang buruk (Wade, dkk, 2005, dalam Sari, 2012).

2. Stadium penyakit

Reaksi psikologis pasien kanker payudara stadium lanjut lebih besar dibandingkan pada stadium dini (Setyaningsih dkk, 2011). Hal yang serupa dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat atau stadium kanker seseorang, maka semakin rendah harapan hidupnya (Desiana, 2011).

Pasien kanker pada stadium dini penyebaran kanker hanya kekelenjar getah bening sedangkan pada stadium lanjut kanker sudah mengalami metastasis ke organ-organ tubuh lain seperti menyebar ke liver, paru, tulang dan lainnya (Wibisono, 2009 dalam Sari 2012 dan Hartati 2012). Sel-sel kanker yang menyebar ke jantung atau paru-paru akan merusak jaringan tersebut, sehingga fungsinya terganggu, dengan membuat kegagalan pernafasan yang mengakibatkan kematian (Desiana, 2011).

Seseorang yang mengetahui bahwa penyakit yang dideritanya sudah stadium lanjut memberikan reaksi emosional. Reaksi emosional tersebut terdiri atas tiga fase yang pertama yakni penderita akan merasa syok ketika diberitahu mengenai penyakitnya, fase kedua penderita merasa takut dan depresi kemudian pada fase ketiga muncul reaksi penolakan bahwa dirinya menderita penyakit, kadang kala penderita merasa panik dan melakukan hal-hal yang tidak berguna (Rahmah & Widuri, 2011).

Stadium kanker menimbulkan perubahan pada sistem tubuh akibat proses perjalanan penyakit kronik. Perubahan tersebut kemudian memberikan pengaruh penilaian negatif terhadap diri pasien seperti bersikap pesimis, merasa tidak berharga dan tidak memiliki harapan yang pada akhirnya menimbulkan depresi (Setyaningsih dkk, 2011).

3. Terapi yang diberikan

Pasien yang terdiagnosis kanker menjalani terapi yang cukup kompleks diantaranya terapi radioterapi, kemoterapi, pembedahan, terapi hormonal, maupun terapi kombinasi antara bedah dan radioterapi, kemoterapi dan radioterapi atau kombinasi antara radioterapi, kemoterapi dan terapi bedah. Terapi yang dijalani pasien dapat mengakibatkan berbagai perubahan pada sistem tubuh. Perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien kanker payudara stadium lanjut akibat proses perjalanan penyakit yang kronik dan efek samping pengobatan akan menimbulkan dampak fisik dan psikologis (Yunitri, 2012).

Dampak fisik seperti mual, muntah kerontokan rambut akibat kemoterapi, kerusakan jaringan akibat terapi radiasi, limfedema dan nyeri pada bahu dan lengan setelah operasi. Jenis terapi seperti kemoterapi dan operasi menimbulkan efek berupa nyeri, kehilangan payudara, kerusakan tubuh yang kemudian menghilangkan fungsi tubuh yang tidak dapat diperbaiki (Yang, Yi, 2008 dalam Styaningsih 2011).

Dampak psikologis yang timbul dari terapi untuk pengobatan kanker yakni ketakutan akan penyakit kankernya, gangguan *body image*, seksualitas, intimasi dari hubungan, dan terjadi konflik dalam memilih jenis pengobatan, selain itu juga penderita akan merasa cemas dan depresi (Osborn, dkk., 2010 dalam Tasripiyah, Prawesti, & Rahayu, 2012).

Kemoterapi merupakan salah satu terapi yang diberikan pada pasien kanker untuk menangani kankernya. Kemoterapi menimbulkan

berbagai efek diantaranya mual-muntah, produksi darah yang berkurang, kelelahan, rambut rontok, dan sariawan. Hal ini terjadi karena kemoterapi tidak hanya membunuh sel-sel kanker tetapi juga membunuh sel-sel normal. Efek samping kemoterapi bersifat sementara dan dapat kembali normal setelah kemoterapi selesai (Desiana, 2011).

Penelitian mendapatkan wanita penderita kanker payudara yang sedang menjalankan pengobatan kemoterapi didapatkan hasil bahwa wanita yang memiliki emosi negatif selama kemoterapi akan memperburuk kondisi penyakitnya sehingga kesembuhan sulit untuk didapatkan (Sari, 2012). Tingkat efek samping kemoterapi berbeda pada setiap pasien, tergantung dari ketahanan tubuh masing-masing. Faktor psikologis sangat berpengaruh sehingga dibutuhkan ketenangan dan kepercayaan diri dari pasien serta dukungan dari orang-orang terdekat (Desiana, 2011).

Penderita kanker payudara yang menjalani tindakan operasi seperti pengangkatan payudara menimbulkan gangguan psikologi seperti cemas, depresi, dan ketakutan pada stigma orang-orang disekelilingnya terutama suami (Sari, 2012). Perempuan yang telah menjalani mastektomy membutuhkan waktu yang panjang untuk beradaptasi. Masalah gambaran diri ini terkait dengan ide bahwa dirinya tidak lagi menarik secara seksual. Mastektomy dapat mengakibatkan pengidap kanker payudara menarik diri akibat adanya citra dirinya sebagai perempuan yang tidak sempurna (Francis dan Satiadarma, 2004, dalam Sari, 2012).

Terapi lainnya yang dilakukan dalam penatalaksanaan pasien kanker payudara adalah radioterapi. Radioterapi juga menimbulkan efek pada fisik dan psikis penderita kanker payudara yang menjalaninya. Dampak fisik tersebut berupa bentuk tubuh yang tidak indah lagi, rambut rontok, kulit menghitam, susah menelan, makan tidak enak dan mual-muntah. Dampak psikisnya dapat berupa perasaan cemas, was-was, khawatir, takut, tegang, distres, dan bingung (Karyono, dkk, 2008 dalam Desiana, 2011).

Pasien kanker yang menjalani terapi kombinasi cenderung lebih mengalami kesakitan fisik penurunan kesehatan secara fisik menjadi stressor baru yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam menentukan mekanisme koping dalam mengatasi depresi (Yunitri, 2012). Efek terapi yang menyakitkan, lamanya waktu pelaksanaan terapi, dan lamanya efek yang ditimbulkan dari terapi dan biaya yang harus dikeluarkan selama menjalani terapi menjadi faktor terjadinya depresi pada pasien kanker (Crespi dkk, 2009; Halter, 2010 dalam Yunitri, 2012).

4. Karakteristik pasien

Faktor lainnya yakni karakteristik pasien seperti keadaan ekonomi, usia, status perkawinan, dan pengetahuan juga berpengaruh terhadap kejadian depresi. Umur pasien berhubungan terbalik dengan penyesuaian psikologis dan pola mengatasi masalah dengan positif (Gross dan Smith 2007, dalam Amin, 2008). Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang

berusia muda menunjukkan depresi yang lebih tinggi dibandingkan pasien berusia tua (Jadoon, 2010 dalam Lugito, dkk, 2012).

Keadaan ekonomi menjadi factor yang berhubungan dengan depresi pasien kanker payudara karena pasien kanker berpikir bahwa penyakit kankernya mempengaruhi keadaan ekonominya. Hal ini berhubungan dengan biaya yang harus dikeluarkan selama menjalani terapi (Yunitri, 2012). Status perkawinan juga berpengaruh terhadap kejadian depresi penderita kanker payudara. Hal ini berhubungan dengan ketiadaan pasangan hidup membuat mekanisme pertahanan diri terhadap depresi yang lebih buruk (Lugito, dkk, 2012).

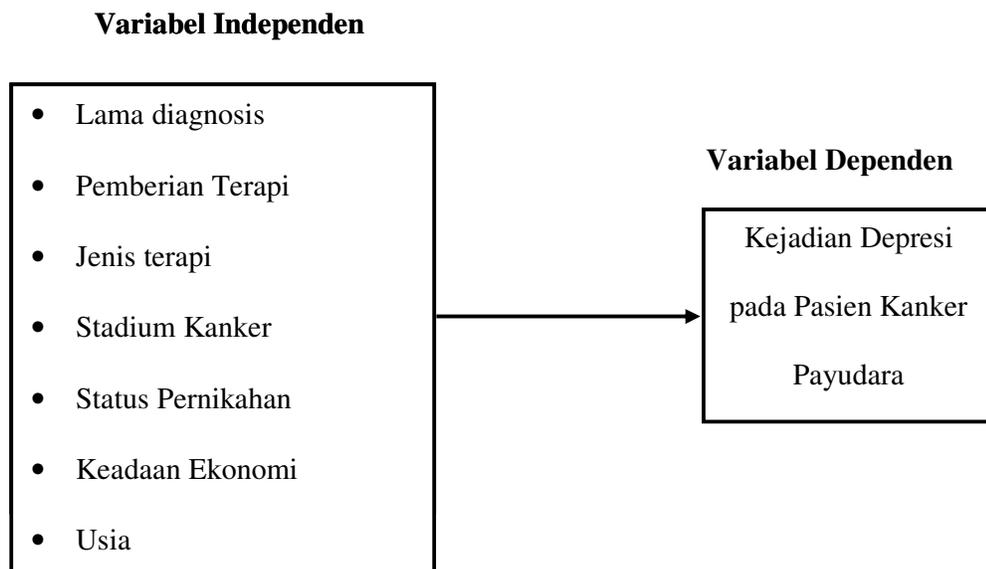
Spiritualitas dan edukasi juga berkontribusi terhadap berkembangnya depresi pada pasien kanker (Amin, 2008). Doa memiliki nilai personal yang besar dan menjadi sumber kebutuhan untuk keberanian dan kekuatan. Studi mengenai mengatasi sesuatu hal berdasarkan religiositas dan spiritualitas pada wanita yang baru didiagnosis kanker payudara, dilaporkan bahwa iman religius dan spiritual mereka memberikan berbagai manfaat, terutama dukungan emosional yang dibutuhkan untuk menghadapi kanker, dukungan sosial dan kemampuan untuk menjadikan kehidupan sehari-hari mereka bermakna (Ornish, dkk, 2007). Penderita kanker payudara yang kurang mendapat informasi juga berpengaruh terhadap kondisi emosionalnya. Hal ini terjadi karena adanya kesalahan persepsi mengenai penyakit yang dideritanya (Sari, 2012).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori diatas maka kerangka konsep yang disusun pada penelitian ini merujuk pada faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara yang dapat dilihat pada skema dibawah ini:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Dari kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesa penelitian sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara lama diagnosis dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
2. Ada hubungan antara pemberian terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
3. Ada hubungan antara jenis terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
4. Ada hubungan antara stadium kanker dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
5. Ada hubungan status pernikahan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.
6. Ada hubungan keadaan ekonomi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

7. Ada hubungan antara usia dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional dengan desain *cross sectional study* untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara berdasarkan lama diagnosis, terapi yang diberikan, stadium kanker dan karakteristik pasien.

B. Tempat dan waktu penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan Unhas dan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 23 Oktober sampai 15 November 2013.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perempuan penderita kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Unhas dan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar.

2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah perempuan penderita kanker payudara yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Pendidikan Unhas dan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar tahun 2013. Jumlah populasi belum diketahui sehingga menggunakan perhitungan jumlah sampel menurut Sopiuddin (2010) dengan menggunakan proporsi penderita kanker payudara 0,14 (Suci, 2008 dalam Hasriani 2011).

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

Z α = Koefisien reliabilitas (1,65 pada $\alpha = 0,1$)

p = Proporsi penderita kanker payudara

q = 1-p

d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,1)

$$n = \frac{1,65^2 \cdot 0,14 \cdot 0,86}{0,1^2}$$

n = 32,01 = 32 orang

Berdasarkan rumus diatas maka dapat diketahui bahwa jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 32 orang. Dengan kriteria :

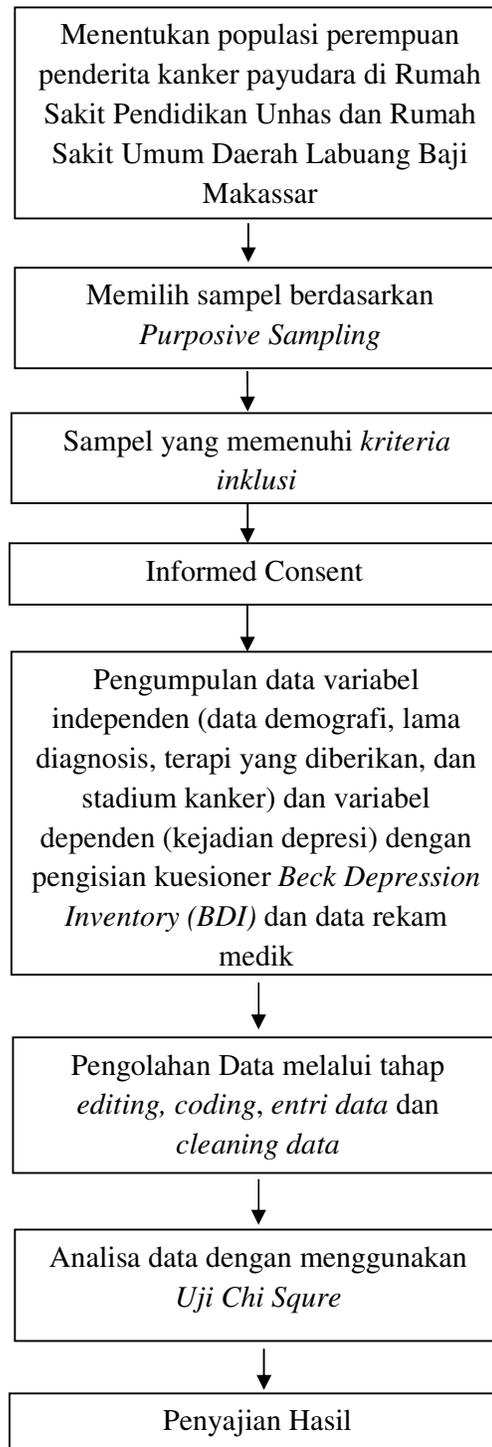
a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien kanker payudara yang tidak mengalami penurunan kesadaran baik dirawat jalan maupun rawat inap
- 2) Kooperatif dan mau mengisi kuesioner

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien kanker payudara yang sebelum didiagnosis kanker payudara telah memiliki gangguan psikiatrik.
- 2) Pasien kanker payudara yang mempunyai penyakit kronik lain

D. Alur Penelitian



Gambar 4.1. Alur Penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel
 - a. Variabel Independen merupakan variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel independen dalam penelitian ini faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara meliputi lama diagnosis, terapi yang diberikan, stadium kanker, usia, status pernikahan dan keadaan ekonomi.
 - b. Variabel dependen merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara.
2. Defenisi operasional dan kriteria obyektif
 - a. Kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara adalah depresi yang dialami oleh pasien kanker payudara yang ditentukan oleh jumlah skor yang diperoleh dari kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI).

Kriteria Objektif :

Depresi : Bila pengukuran tingkat depresi dengan menggunakan Kuesioner BDI didapatkan skor >10

Tidak depresi : Bila pengukuran tingkat depresi dengan menggunakan Kuesioner BDI didapatkan skor 0-10

- b. Lama terdiagnosis adalah durasi waktu sejak responden mengetahui dirinya di diagnosis kanker payudara sampai penelitian di lakukan.

Kriteria Objektif

Baru : Bila responden mengetahui dirinya didiagnosis kanker payudara \leq 1 tahun

Lama : Bila responden mengetahui dirinya didiagnosis kanker payudara $>$ 1 tahun.

- c. Stadium kanker adalah tingkat keganasan kanker payudara yang ditentukan dari hasil pemeriksaan diagnostik.

Kriteria Objektif

Stadium awal : Apabila pasien berada pada stadium I hingga II B dengan manifestasi tumor berukuran mulai dari $<$ 2 cm hingga 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening aksila ataupun telah menyebar ke kelenjar getah bening aksila namun penyebarannya belum jauh.

Stadium lanjut : Apabila pasien berada pada stadium III hingga IV dengan manifestasi tumor berukuran $>$ 5 cm dan telah menyebar ke organ lainnya.

d. Jenis terapi adalah bentuk penatalaksanaan medis yang diberikan kepada pasien kanker payudara untuk menanggulangi kankernya.

Kriteria objektif

Belum terapi : Apabila pasien kanker payudara belum mendapat terapi

Tunggal : Apabila penatalaksanaan kanker dengan satu terapi seperti operasi, kemoterapi, radioterapi, ataupun hormonal.

Kombinasi : Apabila penatalaksanaan kanker dengan mengkombinasikan terapi antara: operasi dan kemoterapi; operasi dan radioterapi; operasi, kemoterapi dan radioterapi; kemoterapi dan hormonal; operasi, kemoterapi dan hormonal; operasi, kemoterapi, radioterapi, dan hormonal

e. Pemberian terapi adalah waktu pemberian terapi yang diberikan kepada pasien kanker untuk menanggulangi kankernya baik terapi tunggal maupun terapi kombinasi

Kriteria objektif

Belum diterapi : Apabila penderita kanker payudara belum mendapatkan terapi setelah didiagnosis kanker payudara.

Sementara diterapi : Apabila penderita kanker payudara masih dalam proses menjalani terapi.

Sudah diterapi : Apabila penderita kanker payudara telah selesai menjalani terapi.

f. Status pernikahan adalah status ikatan pernikahan pada pasien kanker payudara

Kriteria Objektif

Menikah : Bila pasien kanker payudara dalam ikatan pernikahan

Tidak menikah : Bila pasien kanker payudara belum menikah atau telah bercerai.

g. Usia adalah lamanya hidup sejak lahir pasien kanker payudara yang dinyatakan dengan satuan tahun

Kriteria Objektif :

Remaja : Bila usia pasien kanker payudara < 20 tahun

Dewasa : Bila usia pasien kanker payudara 20-40 tahun

Dewasa tengah : Bila usia pasien kanker payudara 40-60 tahun

Lansia : Bila usia pasien kanker payudara > 60 tahun

h. Keadaan Ekonomi adalah pendapatan perbulan dalam keluarga pasien kanker payudara

Kriteria Objektif :

Rendah : Bila pendapatan perbulan keluarga pasien kanker payudara \leq Rp.1.440.000

Tinggi : Bila pendapatan perbulan keluarga pasien kanker payudara $>$ Rp.1.440.000

F. Instrumen Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer dikumpulkan melalui kuesioner BDI (*Beck Depression Inventory*) yang telah di terjemahkan kedalam Bahasa Indonesia untuk menentukan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara. *Beck Depression Inventory (BDI)* terdiri dari 21 item pertanyaan yang diberikan oleh pemeriksa namun dapat juga digunakan oleh pasien untuk menilai derajat depresinya sendiri. Dari Pertanyaan-pertanyaan tersebut, didapatkan nilai 0 – 3 yang kemudian dijumlahkan. Jumlah nilai digolongkan dalam 6 kategori, yaitu normal (0 – 10), gangguan mood ringan (11 – 16), ambang depresi (17 – 20), depresi sedang (21 – 30), depresi berat (31 – 40), dan depresi sangat berat (40 – 63) (Lugito, dkk, 2012).

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari pencatatan arsip rumah sakit serta data yang tersedia di rumah sakit yang meliputi lama diagnosis, terapi yang di berikan, stadium kanker dan jumlah penderita kanker payudara.

G. Pengolahan dan analisa Data

1. Pengolahan Data

a. Editing

Editing bertujuan meneliti kembali kelengkapan jawaban yang telah ada pada kuisisioner. Editing di lakukan di lapangan, bila ada

kekurangan atau ketidaksesuaian dapat segera dilengkapi dan disempurnakan.

b. Coding

Memberikan kode angka pada atribut variabel untuk memudahkan dalam pengumpulan dan pengelompokan data.

c. Entri data

Memasukan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan pengolahan data.

d. Cleaning data

Cleaning data bertujuan memeriksa kemungkinan adanya kesalahan yang terjadi saat pemasukan data.

2. Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis dilakukan terhadap variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekwensi dan proporsinya, untuk mendriskripsikan masing-masing variabel dependen (kejadian depresi) dan variabel independen (lama diagnosis, terapi yang diberikan, dan stadium kanker) dalam bentuk distribusi frekwensi. (Notoatmodjo, 2010)

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yang berhubungan atau berkorelasi

dimaksudkan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel independen (lama diagnosis, terapi yang diberikan dan stadium kanker) dan variabel depresi (kejadian depresi pada pasien kanker) dengan *uji Chi square*

Dasar pengambilan keputusan hipotesis penelitian berdasarkan signifikan (*nilai p*) adalah :

1. Jika nilai $p > \alpha$ maka hipotesis penelitian ditolak
2. Jika nilai $p \leq \alpha$ maka hipotesis penelitian diterima

H. Masalah Etika

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, kemudian surat persetujuan ini diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit Pendidikan Unhas dan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. Penelitian yang dilakukan menekankan prinsip etika sebagai berikut :

1. Prinsip Manfaat (*Beneficience & non maleficience*)

- a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek.

- b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa

partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang tidak dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.

c. Risiko (*Benefits ratio*)

Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect huma dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*Right to self determination*)

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek

c. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip Keadilan (*Right to Justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*Right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diketahui harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran umum responden (lama diagnosis, pemberian terapi, jenis terapi, stadium kanker, status perkawinan, usia dan keadaan ekonomi). Data-data tersebut diperoleh dari pembagian kuesioner dan melihat buku status pasien yang menjadi responden penelitian.

Responden berjumlah 40 orang penderita kanker payudara baik yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit Pendidikan Unhas dan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. Pengambilan responden dari bulan Oktober 2013 sampai dengan bulan Nopember 2013. Penyajian hasil-hasil penelitian dalam bentuk tabel-tabel distribusi frekuensi.

1. Karakteristik Pasien Kanker Payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013

Tabel 5.1.1. Distribusi Pasien Kanker Payudara berdasarkan, usia, keadaan ekonomi, status perkawinan, stadium kanker, pemberian terapi, jenis terapi dan lama diagnosis di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Karakteristik Responden	Frekuensi	%	
Usia	Remaja	1	2.5
	Dewasa muda	14	35.0
	Dewasa tengah	22	55.0
	Lansia	3	7.5
Keadaan ekonomi	Rendah	5	12,5
	Tinggi	35	87.5
Status pernikahan	Nikah	32	80.0
	Tidak nikah	8	20.0
Stadium kanker	Awal	16	40.0
	Lanjut	24	60.0
Pemberian terapi	Belum diterapi	10	25.0
	Sementara diterapi	23	57,5
	Selesai diterapi	7	17.5
Jenis terapi	Belum diterapi	10	25.0
	Tunggal	22	55.5
	Kombinasi	8	20.0
Lama diagnosis	Lama	29	72.5
	Baru	11	27.5

Dari tabel 5.1.1 diatas terlihat bahwa lebih dari sebagian responden berada pada usia dewasa tengah yakni sebanyak 22 orang (51,4%), sebagian

besar responden berada pada keadaan ekonomi yang tinggi yakni sebanyak 35 orang (87,5%), status pernikahan responden sebagian besar berstatus nikah yakni sebanyak 32 (80,0%) responden, sebanyak 24 (57,1%) responden berada pada stadium lanjut, pemberian terapi sebanyak 23 (54,3%) responden masih sementara menjalani terapi, jenis terapi yang paling banyak diberikan adalah terapi tunggal sebanyak 22 (65,7%) orang, dan untuk lama diagnosis kebanyakan pasien baru didiagnosis penyakit kanker payudara yakni sebesar 29 (72,5%) orang.

2. Kejadian Depresi pada Pasien Kanker Payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013

Tabel 5.2.1. Distribusi kejadian depresi pada pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Kejadian Depresi	Frekuensi	Persentase
Depresi	24	60,0
Tidak depresi	16	40,0
Total	40	100,0

Tabel 5.2.1 terlihat bahwa lebih dari sebagian responden mengalami kejadian depresi yakni sebanyak 24 responden (60,0%).

3. Kejadian Depresi pada Pasien Kanker Payudara berdasarkan Karakteristik Pasien di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013

Tabel 5.3.1 Distribusi kejadian depresi berdasarkan usia pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Usia	Kejadian Depresi				p
	Depresi		Tidak depresi		
	f	%	f	%	
Remaja	1	4,2	0	0	0,081
Dewasa Muda	5	20,8	9	56,2	
Dewasa tengah	15	62,5	7	43,8	
Lansia	3	12,5	0	0	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan usia responden lebih dari sebagian responden yang berada pada usia dewasa tengah mengalami kejadian depresi yakni sebanyak 15 responden (62,5). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan usia.

Tabel 5.3.2 Distribusi kejadian depresi berdasarkan status perkawinan pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Status nikah	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Tidak Nikah	5	20,8	3	18,8	0,87
Nikah	19	79,2	13	81,2	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan status pernikahan sebagian besar responden yang berstatus nikah mengalami kejadian depresi yakni sebanyak 19 responden (79,2). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan status pernikahan.

Tabel 5.3.3 Distribusi kejadian depresi berdasarkan keadaan ekonomi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Keadaan Ekonomi	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Tinggi	19	79,2	16	100,0	0,051
Rendah	5	20,0	0	0	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan keadaan ekonomi responden sebagian besar yang mengalami kejadian depresi keadaan ekonominya tinggi yakni sebanyak 19 responden (79,2). Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan status ekonomi.

Tabel 5.3.4 Distribusi kejadian depresi berdasarkan stadium kanker pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Stadium kanker	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Awal	7	29,2	9	56,2	0,087
Lanjut	17	70,8	7	43,8	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan stadium kanker responden sebagian besar yang mengalami kejadian depresi berada pada stadium lanjut yakni sebanyak 17

responden (70,8). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan stadium kanker.

Tabel 5.3.5 Distribusi kejadian depresi berdasarkan jenis terapi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Jenis Terapi	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Belum terapi	7	29,2	3	18,8	0,701
Tunggal	12	50,0	10	62,5	
Kombinasi	5	20,8	3	18,8	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan jenis terapi responden lebih dari sebagian yang mengalami kejadian depresi menjalani terapi tunggal yakni sebanyak 12 responden (50,0). Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan jenis terapi.

Tabel 5.3.6 Distribusi kejadian depresi berdasarkan pemberian terapi pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Pemberian Terapi	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Belum terapi	7	29,2	3	18,8	0,757
Sementara	13	54,2	10	62,5	
Telah selesai	4	16,7	3	18,8	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan pemberian terapi responden lebih dari sebagian yang mengalami kejadian depresi sementara menjalani terapi yakni sebanyak 13 responden (54,2). Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan pemberian terapi.

Tabel 5.3.7 Distribusi kejadian depresi berdasarkan lama diagnosis pasien kanker payudara di RSP Universitas Hasanuddin dan RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013 (n=40)

Lama diagnosa	Kejadian				P
	Depresi		Tidak Depresi		
	f	%	f	%	
Baru	17	70,8	12	75,0	0,772
Lama	7	29,2	4	25,0	
Total	24	100,0	16	100,0	

Berdasarkan lama diagnosa responden lebih dari sebagian yang mengalami kejadian depresi baru didiagnosa kanker payudara yakni sebanyak 17 responden (70,9%). Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan status ekonomi.

B. Pembahasan Penelitian

1. Hubungan Lama Diagnosis dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan lama diagnosa lebih dari sebagian responden yang baru didiagnosis kanker payudara mengalami kejadian depresi. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan lama diagnosa. Hal yang sama diungkapkan oleh Lugito (2012) menyebutkan pasien yang terdiagnosis kanker dalam 1 tahun terakhir yang menderita depresi (23,1%), lebih tinggi dibandingkan pasien

yang sudah terdiagnosis lebih dari 1 tahun (0,0%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Setyaningsih, dkk (2011) yang menyebutkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama diagnosis dengan tingkat depresi.

Waktu diagnosis berpengaruh pada tingkat gangguan psikologis. Stres tinggi terjadi mengikuti diagnosis, yang berkurang setelah 6 sampai 12 bulan, dan berlanjut sampai lima tahun setelah pengobatan (Desiana, 2011). Serupa dengan penelitian mengenai dampak psikologis setelah diagnosis kanker payudara didapatkan hasil bahwa 12-24 bulan setelah diagnosis, antara 5% sampai 20% perempuan penderita kanker payudara mengalami depresi. Dua tahun setelah diagnosis kanker payudara, 16% wanita tetap melaporkan distress psikologi dengan tingkat yang tinggi. Empat tahun setelah kanker payudara, 12% perempuan masih mengalami kesehatan mental yang buruk (Wade, dkk, 2005, dalam Sari, 2012). Depresi pada pasien kanker payudara yang didiagnosis dalam satu tahun terakhir mungkin berhubungan dengan mekanisme pertahanan diri yang masih dalam tahap penyesuaian (Lugito, 2012)

Peneliti berasumsi banyaknya kejadian depresi pada pasien kanker payudara yang baru didiagnosa karena pasien merasa takut akan penyakit kankernya yang lebih parah dan masih dalam tahap penyesuaian terhadap penyakit yang dialami ditambah lamanya waktu yang dijalani untuk melakukan terapi memperparah kejadian depresi pasien.

2. Hubungan Pemberian Terapi dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan pemberian terapi responden lebih dari sebagian yang mengalami kejadian depresi sementara menjalani terapi. Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan pemberian terapi. Hasil ini berbeda dengan penelitian Setyaningsih, dkk (2011) yang mendapatkan terdapat hubungan bermakna antara terapi dengan tingkat depresi.

Pelaksanaan program pengobatan yang membutuhkan waktu yang panjang dan dampak efek samping yang dirasakan memunculkan reaksi psikologis (Tobing, 2012). Hal yang sama dijelaskan bahwa terapi yang dijalani pasien dapat mengakibatkan berbagai perubahan pada sistem tubuh. Perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien kanker payudara stadium lanjut akibat efek samping pengobatan akan menimbulkan perubahan fisik dan psikologis pasien (Yunitri, 2012). Stress yang berkepanjangan akibat perubahan kondisi fisik yang dialami mengakibatkan timbulnya perasaan malu, minder dan tidak berdaya (Tobing, 2012).

3. Hubungan Jenis Terapi dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan jenis terapi responden lebih dari sebagian responden yang menjalani terapi tunggal mengalami kejadian depresi. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan jenis terapi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Amin (2008)

yang mendapatkan tidak ada perbedaan bermakna sindrom depresi penderita kanker payudara berdasarkan stadium klinis kanker payudara. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Styaningsih, dkk (2011) yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara terapi dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang sudah mendapatkan terapi.

Yunitri (2012) dalam penelitiannya menyebutkan jenis terapi merupakan salah satu faktor yang berhubungan terhadap kemampuan pasien kanker mengatasi depresi yang dialami. Jenis terapi kombinasi cenderung lebih mudah membuat pasien mengalami depresi dan kesakitan fisik yang menjadi stressor baru yang dapat mempengaruhi mekanisme coping pasien.

Beberapa responden sebelum melakukan terapi medis mereka mencari pengobatan alternative, nanti setelah kankernya memperlihatkan gejala yang parah dan bermetastasis ke organ tubuh yang lain barulah kemudian mencari pengobatan medis (Acley dan Ladwing, 2011 dalam Kardiyudiani, 2012). Efek terapi yang menyakitkan diantaranya perubahan pigmen, kerusakan kuku, kerontokan rambut, stomatitis dan vagina ulceration serta jangka waktu dan biaya pengobatan yang besar berperan dalam menjadikan pasien kanker mengalami depresi (Crespi et al, 2009, dalam Yunitri, 2012; Kardiyudiani 2012).

Penelitian berasumsi tingginya kejadian depresi pada responden yang menjalani terapi tunggal karena efek samping dari terapi yang

dijalani mengganggu aktivitas fisik dan psikologis pasien kanker payudara. Terlambatnya penanganan kanker ini karena responden merasa kesulitan dalam menentukan bentuk terapi yang akan dijalani karena merasa khawatir dan takut akan dampak yang ditimbulkan dari terapi.

4. Hubungan Stadium Kanker dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan stadium kanker sebagian besar responden yang berada pada stadium lanjut mengalami kejadian depresi. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan stadium kanker. Hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian lainnya yang menyebutkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara stadium penyakit dengan tingkat depresi (Amin, 2008; Styaningsih, dkk,2011).

Seseorang yang mengetahui bahwa penyakit yang dideritanya sudah stadium lanjut memberikan reaksi emosional. Reaksi emosional tersebut terdiri atas tiga fase yang pertama yakni penderita akan merasa syok ketika diberitahu mengenai penyakitnya, fase kedua penderita merasa takut dan depresi kemudian pada fase ketiga muncul reaksi penolakan bahwa dirinya menderita penyakit, kadang kala penderita merasa panik dan melakukan hal-hal yang tidak berguna (Rahmah & Widuri, 2011).

Reaksi psikologis pasien kanker payudara stadium lanjut lebih besar dibandingkan stadium dini. Pasien pada stadium lanjut, kankernya

sudah mengalami metastasis ke organ-organ tubuh lain seperti menyebar ke liver, paru, tulang dan lainnya (Wibisono, 2009 dalam Sari 2012 dan Hartati 2012). Hal ini dapat mengakibatkan berbagai perubahan pada sistem tubuh akibat proses perjalanan penyakit pada stadium lanjut dan efek samping pengobatan yang kemudian mempengaruhi penilaian negatif pasien terhadap dirinya sendiri dan menyebabkan pasien menjadi pesimistis, memandang dirinya tidak berharga dan merasa bahwa hidupnya sudah tidak mempunyai harapan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Setyaningsih, dkk, 2011). Haersbach, (2004) dalam Tama, 2009 mengatakan bahwa distres yang paling berpengaruh terhadap munculnya depresi pada pasien kanker adalah ketakutan pada progresivitas penyakit.

Peneliti berasumsi tingginya kejadian depresi responden yang berada pada stadium lanjut karena metastasis kanker ke berbagai organ menimbulkan perubahan pada system tubuh yang akhirnya menimbulkan kecemasan hingga depresi pada pasien kanker payudara.

5. Hubungan Status Pernikahan dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan status pernikahan yang berstatus nikah sebagian besar responden mengalami kejadian depresi. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan status pernikahan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Amin (2008) yang mendapatkan berdasarkan status perkawinan sindrom depresi paling

banyak terjadi pada responden yang kawin. Tidak terdapat perbedaan bermakna sindrom depresi berdasarkan status perkawinan. Setyingsih (2011) dalam penelitiannya juga menyebutkan status pernikahan tidak berhubungan dengan tingkat depresi. Hasil ini berbeda dengan penelitian Lugito (2012) yang mendapatkan pasien kanker yang tidak mempunyai pasangan hidup sebesar 50% menderita depresi.

Pasangan merupakan salah satu sumber dukungan sosial terbesar, yang dapat menurunkan tingkat depresi (Sari, 2012). Selain pasangan, sumber-sumber dukungan sosial juga dapat berasal dari keluarga, teman, rekan kerja dan tenaga kesehatan (Kuntjoro, 2002 dalam Kardiyudiani, 2012). Dukungan sosial pada pasien kanker sangat berperan penting karena banyaknya tindakan pengobatan yang menimbulkan stress sehingga dapat memperburuk kondisi psikologis pasien. Tersedianya dukungan sosial memberikan kenyamanan fisik dan psikologis karena pasien merasa dicintai, diperhatikan, dan dihargai oleh orang lain (Permatasari, 2006 dalam Herien, 2010).

Bentuk dukungan sosial yang dibutuhkan pasien kanker payudara berupa dukungan dalam bentuk informasi tentang perawatan dan pengobatannya, bentuk dukungan lainnya yakni dukungan emosional yang menjaga keadaan emosi dan afektif pasien yang berupa kasih sayang, dukungan harga diri, semangat, integritas sosial dan dukungan spiritual, bentuk dukungan. Bentuk dukungan selanjutnya yakni dukungan

instrumental berupa materi yang dapat memberikan pertolongan langsung (Murray dan Zentner, 1993 dalam Kardiyudiani, 2012).

Peneliti berasumsi tingginya kejadian depresi pada responden dengan status menikah karena kurang mendapat dukungan sosial dari sumber-sumber dukungan sosial lainnya. Untuk mengurangi tekanan psikologis akibat penyakit kanker payudara yang diderita.

6. Hubungan Keadaan Ekonomi dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan keadaan ekonomi responden sebagian besar responden yang keadaan ekonominya tinggi mengalami kejadian depresi.). Lugito (2012) dalam penelitiannya mendapatkan responden dengan pembiayaan dengan menggunakan jaminan kesehatan lebih banyak yang mengalami depresi yaitu 4 responden (66.7%) dibanding responden yang menggunakan pembiayaan pribadi sebanyak 2 responden (10.0%). Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan status ekonomi . Hasil ini berbeda dengan penelitian lainnya yang mendapatkan tidak ada hubungan tingkat depresi dengan pendapatan perbulan (Amin, 2008 dan Setyaningsih, dkk, 2011).

Keadaan ekonomi menjadi factor yang berhubungan dengan depresi pasien kanker payudara karena pasien kanker berpikir bahwa penyakit kankernya mempengaruhi keadaan ekonominya. Hal ini berhubungan dengan biaya yang harus dikeluarkan selama menjalani terapi (Yunitri, 2012). Mengetahui menderita kanker payudara membuat

pasien merasa cemas karena memikirkan biaya pengobatan penyakit kanker yang tidak hanya dilakukan sekali dan membutuhkan biaya yang besar, sebelum pengobatan dilakukan pemeriksaan yang panjang dan teliti yang membutuhkan biaya yang besar pula (Sukardja, 2003, dalam Hartati, 2008).

Pasien yang memiliki finansial yang tinggi akan langsung melakukan pengobatan, dibanding dengan pasien yang keadaan ekonominya rendah terlambat melakukan pengobatan karena tidak adanya biaya. Mahalnya biaya pengobatan membuat pasien menunda dalam melakukan pengobatan dan memilih pengobatan alternative (Sutandyo, 2009 dan Artistiarini 2010 dalam Desiana, 2011). Disebutkan pula bahwa seseorang yang memiliki tingkat ekonomi yang tinggi akan lebih cepat tanggap dalam menghadapi masalah kesehatan yang dihadapi (Hlebec, dkk, 2009 dalam Tasripiyah, dkk, 2012). Peneliti berasumsi tingginya kejadian depresi pada responden dengan keadaan ekonomi rendah karena memikirkan tingginya biaya pengobatan dan membutuhkan waktu yang panjang, selain itu ketidakpastian dari hasil pengobatan menambah beban psikologis responden.

7. Hubungan Usia dengan Kejadian Depresi

Berdasarkan usia responden lebih dari sebagian yang mengalami kejadian depresi berada pada usia dewasa tengah (40-60 tahun). Lugito (2012) dalam penelitiannya mendapatkan pasien kanker payudara yang

mengalami depresi berusia lebih dari 40 tahun. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Amin (2008) yang mendapatkan faktor risiko terjadinya sindrom depresi pada pasien kanker payudara adalah umur 30-39 tahun.

Tingginya proporsi kejadian depresi pada penderita kanker payudara di usia dewasa tengah dalam penelitian ini disebabkan usia responden yang menjadi subjek penelitian di dominasi pada usia dewasa tengah. Kejadian kanker meningkat cepat pada usia 35-40 tahun dan menurun pada usia 55 tahun hal ini terjadi karena jumlah penduduk pada usia lanjut lebih sedikit dibanding usia dewasa pertengahan (Sukardja, 200, dalam Hartati, 208).

Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna kejadian depresi berdasarkan usia. Hasil ini sesuai dengan penelitian Setyningasih, dkk (2011) yang menyebutkan karakteristik usia tidak berhubungan dengan tingkat depresi. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Amin (2008) yang mendapatkan usia secara signifikan berhubungan dengan sindrom depresi.

Usia berhubungan dengan pengalaman seseorang menghadapi stress. Wanita muda menunjukkan stress yang tinggi di tahun pertama dan lima tahun setelah menjalani terapi. Berbeda dengan usia yang lebih tua kemungkinan untuk didiagnosis penyakit dengan stadium lanjut dan memiliki gangguan yang lebih besar baik fisik maupun kognitif (Desiana, 2011).

Dewasa tengah memiliki tugas integritas yang terkait dengan keberhasilan dalam menyesuaikan diri terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam hidup. Tercapainya integritas membuat kehidupan lebih bermakna. Pada dewasa pertengahan juga banyak pengalaman hidup dan mekanisme coping yang dimiliki dalam menyelesaikan masalah (Stuart, 2009 dalam Tobing, 2012). Usia pertengahan sebagai masa produktif, dengan terdiagnosa kanker pada usia pertengahan tersebut dipandang lebih menghancurkan daripada usia lansia yang telah banyak menjalani kejadian hidup bermakna (Otto, 2003, Hartati, 2008).

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah terbatasnya jumlah pasien yang diteliti karena beberapa pasien yang ditemui tidak bersedia menjadi responden sehingga tidak meratanya sebaran variabel penelitian. Pada penelitian ini peneliti tidak dapat memfokuskan subjek penelitian pada kondisi yang sama, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi. Selain itu pada saat penelitian di poliklinik rumah sakit sebagian besar kuesioner dibagikan kepada responden saat responden menunggu panggilan untuk melakukan pemeriksaan sehingga konsentrasi responden tidak hanya terfokus untuk mengisi kuesioner.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara diperoleh simpulan sebagai berikut :

8. Tidak ada hubungan antara lama diagnosis dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar
9. Tidak ada hubungan antara pemberian terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar
10. Tidak ada hubungan antara jenis terapi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar
11. Tidak ada hubungan antara stadium kanker dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar
12. Tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar

13. Ada hubungan antara keadaan ekonomi dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar
14. Tidak ada hubungan antara usia dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara di RSP Unhas dan RSUD Labuang Baji Makassar.

B. Saran

Hasil penelitian ini menunjukkan banyak pasien kanker payudara yang mengalami kejadian depresi sehingga peneliti memberikan saran:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi rumah sakit diharapkan mengadakan program konseling kepada pasien agar pasien lebih mudah beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi baik karena penyakitnya maupun efek dari terapi yang dijalani.

2. Bagi Penderita Kanker Payudara

Penderita kanker payudara diharapkan membagikan dan mengungkapkan segala sesuatu yang dialami terkait dengan penyakit kanker payudara yang diderita baik kepada keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan agar tidak merasa tertekan dan lebih mudah dalam menjalani penyakit yang diderita.

3. Bagi Keluarga

Pihak keluarga diharapkan tetap memberi dukungan dalam bentuk apapun yang dapat membuat penderita kanker payudara merasa kuat menjalani sakit yang diderita dan menerima keadaan pasien apa adanya terutama suami.

4. Bagi Penelitian Keperawatan

Untuk penelitian selanjutnya dengan tema yang sama diharapkan menggunakan sampel yang lebih banyak agar variabel penelitian tersebar secara merata dan memfokuskan subjek penelitian dalam kondisi yang sama dengan mempertimbangkan faktor lain yang ikut berpengaruh terhadap depresi pasien kanker payudara yang belum tercakup dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, M. M. (2008). Skripsi, *Sindrom Depresif Pada Penderita Kanker Payudara*. Medan: Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Tidak dipublikasikan
- Amir,N. (2005). *Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Unversitas Indonesia
- Andriani. (2010). *Berduka dan Kehilangan*. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Apriyani, F. (2011). Skripsi, *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswi SMA Maarif NU 5 Purbolinggo Lampung Timur tentang Kanker Payudara dan Pemeriksaan Payudara Sendiri dengan Perilaku Pemeriksaan Payudara Sendiri pada Bulan Februari 2011*. Jakarta: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M. Mock. J., Erbaugh, J. (2007). *Beck Depression Inventory*. Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psyciatry.
- Dahlan, M.S. (2008). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Desiana, B. (2011). Skripsi, *Faktor-Faktor Perilak Hopelessness pada Wanita Penderita Kanker Payudara*. Semarang :Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata. Tidak di Publikasikan
- Dewi, F. I., Djoenaina, V., & Melisa. (2004). *Hubungan Antara Resiliensi Dengan Depresi Pada Perempuan Pasca Pengangkatan Payudara (Mastektomi)*. Jakarta: Fakultas Psikologis Universitas Tarumanagara .
- Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan. (2010). *Kasus Kanker Tertinggi di Sulsel : Kanker Payudara*. Retrieved Mei 27, 2013, from [http://dinkes-sulsel.go.id/new/index.php?option=com_content&task=view&id=175](http://dinkes-sulsel.go.id: http://dinkes-sulsel.go.id/new/index.php?option=com_content&task=view&id=175)
- Fatimah. (2012). Skripsi, *Gambaran Pengetahuan dan Sikap Pasien Kanker Payudara terhadap Perkembangan Kanker Payudara ke Stadium Lanjut di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 25 Juni-31 Agustus*

2012. Makassar: Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Tidak dipublikasikan

Handayani, T. N. (2010). Skripsi, *Pengaruh Pengelolaan Depresi dengan Latihan Pernafasan Yoga (Pranayama) Terhadap Perkembangan Proses Penyembuhan Ulkus Peptikum di Rumah Sakit Pemerintah Aceh*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan

Hasriani, (2011). Skripsi, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Konsep Diri pada Wanita Penderita Kanker Payudara di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Makassar : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Tidak dipublikasikan

Hartati, A. S. (2008). *Konsep Diri dan Kecemasan Wanita Penderita Kanker Payudara di Poli Bedah Onkologi Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Medan: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Tidak dipublikasikan

Herien, Y. (2010). Skripsi, *Hubungan berbagai dukungan sosial dengan tingkat depresi penderita kanker payudara di irna bedah RSUD Dr.Adnaan WD Payakumbuh tahun 2010*. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Tidak dipublikasikan

Intang, Sari. (2012). Skripsi *Pengalaman Klien Kanker Payudara dalam Mengikuti Terapi di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Makassar : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Tidak dipublikasikan

International Agency for Research on Cancer. (2008). *Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*. Retrieved Mei 23, 2013, from <http://globocan.iarc.fr: http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>

Isdamayanti, M. (2011). Skripsi, *Gambaran pola penerimaan penegakan diagnostik dan tindakan terapi kanker oleh dokter pada penderita kanker payudara di RSUD Dokter Soedarso Pontianak*. Pontianak: program sarjana fakultas kedokteran universitas tanjungpura. Tidak dipublikasikan

Jiwo, T. (2012). *Depresi : Panduan Bagi Pasien, Keluarga dan Teman Dekat*. Jawa Tengah: Pusat Pemulihan dan Pelatihan Bagi Penderita Gangguan Jiwa.

Kardiyudiani, N. K. (2012). Skripsi, *Studi Fenomenologi; Harapan Pasien Kanker Payudara yang Mendapat Kemoterapi Tentang Dukungan Keluarga di Rumah Sakit Kanker Dharmasi Jakarta*. Depok: Fakultas Ilmu

Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok. Tidak dipublikasikan

Karyono., Dewi, K. S., Lela., (2008). Penanganan Stress dan Kesejahteraan Psikologis Pasien kanker Payudara yang Menjalani Radioterapi di RSUD Dr.Moewardi di Surakarta. *Media Medika Indonesia* Vol. 43, No. 2.

Kementerian Kesehatan. (2013). *depkes.go.id*. Retrieved Mei 22, 2013, from Seminar Sehari dalam Rangka Memperingati Hari Kanker Sedunia 2013: <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/2233-seminar-sehari-dalam-rangka-memperingati-hari-kanker-sedunia-2013.html>

Konginan. 2008. *Depresi pada Penderita Kanker*. Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Lisnawati. (2010), Skripsi, *Gambaran Wanita Post Mastektomi yang Mengalami Depresi di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta Barat*. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Tidak dipublikasikan

Lugito, N. P., Karim, B., Kansera, D. D., Khorinal, E. W., Yarantradhani, R., & Sutandyo, N. (2012). Proporsi Kejadian Depresi Pasien kanker di Ruang Rawat Singkat Rumah Sakit Kanker "Dharmais". *Indonesian Journal of Cancer* Vol 6, No. 2 , 67-71.

Maydiana, T., (2009). *Efektivitas Bibliotherapy untuk Mengurangi Kecemasan Pada Penderita Kanker*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijipranata. Tidak dipublikasikan

Nevid, J. D., Rathus, S. A., Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jakarta : Erlangga

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Ornish, D., Love, S., Lerner, M., Kushi, L., & Remen, R. N. (2007). *Kanker Payudara Cara Pengobatan Alternatif*. Jakarta: Indeks.

Price, S., A. Wilson, L., M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta Buku Kedokteran EGC

Rahmah, A. F., & Widuri, E. L. (2011). Post Traumatic Growth Pada Penderita Kanker Payudara. *Humanitas, Vol. VIII No.2* , 117-

- Sari, M. F. P. (2012). Skripsi, *Dinamika Emosi Wanita Penderita Kanker Payudara*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijaprana. Tidak dipublikasikan
- Sari, Q. N. R. (2012). Skripsi, *Dukungan Sosial Pada Penderita Kanker Payudara Di Masa Dewasa Tengah*. Fakultas Psikologi, Universitas Gunadarma. Tidak dipublikasikan
- Setyaningsih, T. R., Wijayana, K. A., & Suharmilah. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Kanker Payudara yang Sudah Mendapatkan Terapi di Rumah Sakit Margono Soekarjo Porwokerto*. Porwokerto: Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tama, D. K. (2009). Skripsi, *Tingkat Depresi pada Pasien Kanker Serviks di RSUP H. Adam Malik Medan tahun 2009*. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Tidak dipublikasikan
- Tasripiyah, A.S., Prawesti. A., & Rahayu, U. (2012). *Hubungan Koping dan dukungan sosial dengan Body Image Pasien Kanker Payudara Post Mastektomi di Poli Bedah Onkologi Rumah Sakit Hasan Sadikin*. Bandung: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran.
- Tobing, D. L. (2012). Skripsi, *Pengaruh Progressive Muscle Relaxation dan Logo Terapi Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker di RS Dharmais Jakarta*. Depok: Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- WHO. (2013). *Breast cancer: prevention and control*. Retrieved Mei 22, 2013, from [www.who.int: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/](http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/)
- WHO. (2013). *Breast cancer awareness Month in Oktober*. Retrieved September 19, 2013, from www.who.int/cancer/events/breast_cancer/month/en/index.html
- Wibisono, S. (2011). Depresi pada Pasien Kanker. *Indonesian Journal of Cancer Vol. 5, No. 2*, 93-96.

Wijayanti, T. (2007). Skripsi, *Dampak Psikologis pada Perempuan Penderita Kanker Payudara*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijipranata. Tidak dipublikasikan

Yunitri, N. (2012). Skripsi, *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Eksprsif Terhadap Depresi Dan Kamampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker*. Depok: Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia . Tidak dipublikasikan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR
90245
TELP: 0411-586296-5040399 FAX.0411-586297

Lampiran 1

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Jumrawati Rahim
Nim : C12110259
Pembimbing : 1. Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unversitas Hasanuddin bermaksud mengadakan penelitian tentang *“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Perempuan Penderita Kanker Payudara di Makassar”*.

Penelitian yang akan saya lakukan bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada perempuan penderita kanker payudara seperti lama diagnosis, pemberian terapi, stadium kanker, status perkawinan, keadaan ekonomi dan usia.

Kanker payudara adalah keganasan pada sel-sel pada jaringan payudara, baik dari kelenjarnya (saluran epitel dan lobulus), jaringan lemak, pembuluh darah, maupun persyarafan jaringan payudara. Kanker payudara dapat menimbulkan depresi yang dapat memicu berbagai penyakit lain dan mempersulit pengobatan maupun proses kesembuhan.

Hasil penelitian ini Memberikan informasi bagi mahasiswa dan pelayanan keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan bagi penderita kanker payudara, sehingga penderita-penderita kanker payudara bisa mendapatkan perawatan yang lebih adekuat tidak hanya untuk kankernya saja tapi juga pada kejadian depresinya.

Partisipasi subjek dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan tidak ada bayaran kepada subjek ikut berpartisipasi. Partisipasi subjek dalam penelitian ini dan informasi yang subjek berikan tidak akan diungkapkan kepada siapa pun dan tanggapan subjek untuk kuesioner ini akan dijaga kerahasiaannya.

Makassar,..../...../ 2013

Peneliti

Jumrawati rahim

Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

Kode partisipan □□

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat keterangan terperinci dan jelas mengenai tujuan, manfaat, apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, dan setelah mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut, maka dengan ini saya secara sukarela dan tanpa paksaan menyatakan bahwa saya ikut dalam penelitian tersebut.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data saya yang dihasilkan pada penelitian ini untuk di sajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari kami akan menyelesaikan secara keluargaan.

Makassar, 2013

Peneliti

Peserta Penelitian

(Jumrawati Rahim)

(.....)

Saksi,

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Perempuan Penderita
Kanker Payudara Di Makassar

Kode partisipan :

A. Data Demografi

- Usia : Tahun
- Status perkawinan : Kawin/Tidak kawin/ Janda
- Pekerjaan :
- Pendapatan :/ Bulan
- Pendidikan : SD / SMP / SMA / Perguruan Tinggi
- Stadium penyakit :
- Jenis terapi :
- Sudah menjalani terapi : Belum mendapat terapi
 Sementara menjalani terapi
 Telah selesai menjalani terapi
- Lama terdiagnosa kanker : Kurang dari 1 tahun
 1 Tahun
 Lebih dari 1 Tahun
- Tanggal pemeriksaan :

B. Kuesioner Beck Depression Inventory (BDI)

Instruksi : Kuesioner ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Silakan membaca masing-masing kelompok pernyataan dengan seksama, dan **pilih satu pernyataan** yang terbaik pada masing-masing kelompok yang menggambarkan dengan baik bagaimana perasaan Anda. Lingkari huruf abjad di depan pernyataan yang telah Anda pilih. Jika beberapa pernyataan dalam beberapa kelompok sama bobotnya, lingkari nomor yang paling tinggi untuk kelompok itu. Yakinkan bahwa Anda tidak memilih lebih dari satu pernyataan untuk satu kelompok.

Pilihlah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda

1. Kesedihan

- A. Saya tidak merasa sedih
- B. Saya merasa sedih
- C. Saya sedih dan murung sepanjang waktu dan tidak menghilangkan perasaan itu
- D. Saya demikian sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak tahan lagi rasanya

2. Pesimistik

- A. Saya tidak terlalu berkecil hati mengenai masa depan
- B. Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
- C. Saya merasa bahwa tidak ada satupun yang dapat saya harapkan
- D. Saya merasa bahwa masa depan saya tanpa harapan dan bahwa semuanya tidak akan dapat membaik

3. Kegagalan masa lalu

- A. Saya tidak menganggap diri saya sebagai orang gagal
- B. Saya merasa bahwa saya telah gagal lebih daripada kebanyakan orang
- C. Saat saya mengingat masa lalu, maka yang teringat oleh saya hanyalah kegagalan
- D. Saya merasa bahwa saya adalah seorang yang gagal total

4. Kehilangan kepuasan

- A. Saya mendapat banyak kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan
- B. Saya tidak dapat lagi mendapat kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan
- C. Saya tidak mendapat kepuasan dari apapun lagi
- D. Saya merasa tidak puas atau bosan dengan segalanya

5. Perasaan bersalah / berdosa

- A. Saya tidak terlalu merasa bersalah
- B. Saya merasa bersalah di sebagian waktu saya
- C. Saya agak merasa bersalah di sebagian besar waktu
- D. Saya merasa bersalah sepanjang waktu

6. Perasaan sedang di hukum

- A. Saya tidak merasa seolah saya sedang dihukum
- B. Saya merasa mungkin saya sedang dihukum
- C. Saya pikir saya akan dihukum
- D. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum

7. Tidak menyukai diri sendiri

- A. Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
- B. Saya kecewa dengan diri saya sendiri
- C. Saya muak terhadap diri saya sendiri
- D. Saya membenci diri saya sendiri

8. Mencela diri sendiri

- A. Saya tidak merasa lebih buruk dari pada orang lain
- B. Saya mencela diri saya karena kelemahan dan kesalahan saya
- C. Saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu karena kesalahan-kesalahan saya
- D. Saya menyalahkan diri saya untuk semua hal buruk yang terjadi

9. Keinginan bunuh diri

- A. Saya tidak punya sedikitpun pikiran untuk bunuh diri
- B. Saya mempunyai pikiran-pikiran untuk bunuh diri, namun saya tidak akan melakukannya
- C. Saya ingin bunuh diri
- D. Saya akan bunuh diri jika saya punya kesempatan

10. Menangis

- A. Saya tidak lebih banyak menangis dibandingkan biasanya
- B. Sekarang saya lebih banyak menangis dari pada sebelumnya
- C. Sekarang saya menangis sepanjang waktu
- D. Biasanya saya mampu menangis, namun kini saya tidak dapat lagi menangis walaupun saya menginginkannya.

11. Lemas marah

- A. Saya tidak lebih terganggu oleh berbagai hal dibandingkan biasanya
- B. Saya sedikit lebih pemarah dari pada biasanya akhir-akhir ini
- C. Saat agak jengkel atau terganggu di sebagian besar waktu saya
- D. Saya merasa jengkel sepanjang waktu sekarang

12. Kehilangan minat

- A. Saya tidak kehilangan minat saya terhadap orang lain
- B. Saya agak kurang berminat terhadap orang lain dibanding biasanya
- C. Saya kehilangan hampir seluruh minat saya pada orang lain
- D. Saya telah kehilangan seluruh minat saya pada orang lain

13. Pengambilan keputusan

- A. Saya mengambil keputusan-keputusan hampir sama baiknya dengan yang biasa saya lakukan
- B. Saya menunda mengambil keputusan-keputusan begitu sering dari yang biasa saya lakukan
- C. Saya mengalami kesulitan lebih besar dalam mengambil keputusan-keputusan daripada sebelumnya.
- D. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan-keputusan lagi

14. Kekhawatiran

- A. Saya tidak merasa bahwa keadaan saya tampak lebih buruk dari biasanya
- B. Saya khawatir saya tampak lebih tua atau tidak menarik

- C. Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang menetap dalam penampilan saya sehingga membuat saya tampak tidak menarik
- D. Saya yakin bahwa saya terlihat jelek

15. Kehilangan tenaga

- A. Saya dapat bekerja sama baiknya dengan waktu-waktu sebelumnya
- B. Saya membutuhkan suatu usaha ekstra untuk mulai melakukan sesuatu
- C. Saya harus memaksa diri sekuat tenaga untuk mulai melakukan sesuatu
- D. Saya tidak mampu mengerjakan apapun lagi

16. Perubahan pola tidur

- A. Saya dapat tidur seperti biasanya
- B. Tidur saya tidak senyenyak biasanya
- C. Saya bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan merasa sukar sekali untuk bisa tidur kembali.
- D. Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali

17. Kelelahan

- A. Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
- B. Saya merasa lebih mudah lelah dari biasanya
- C. Saya merasa lelah setelah melakukan apa saja
- D. Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun

18. Nafsu makan

- A. Nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya
- B. Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya
- C. Nafsu makan saya kini jauh lebih buruk.
- D. Saya tak memiliki nafsu makan lagi

19. Berat badan

- A. Berat badan saya tidak turun banyak atau bahkan tetap akhir-akhir ini
- B. Berat badan saya turun lebih dari 2,5 kg
- C. Berat badan saya turun lebih dari 5 kg
- D. Berat badan saya turun lebih dari 7,5 kg

20. Kecemasan terhadap kesehatan tubuh

- A. Saya tidak lebih khawatir mengenai kesehatan saya dari pada biasanya
- B. Saya khawatir mengenai masalah-masalah fisik seperti rasa sakit dan tidak enak badan, atau perut mual atau sembelit
- C. Saya sangat cemas mengenai masalah-masalah fisik dan sukar untuk memikirkan banyak hal lainnya
- D. Saya begitu cemas mengenai masalah-masalah fisik saya sehingga tidak dapat berfikir tentang hal lainnya

21. Ketertarikan pada seks

- A. Saya tidak melihat adanya perubahan dalam minat saya terhadap seks
- B. Saya kurang berminat di bidang seks dibandingkan biasanya
- C. Kini saya sangat *kurang* berminat terhadap seks
- D. Saya telah kehilangan minat terhadap seks sama sekali

Master Tabel

Kode	Pendidikan	Kerja	Usia	Status perkawinan	Pendapatan	Stadium kanker	Jenis terapi	Pemberian terapi	Lama diagnosa	Nilai BDI	Kejadian Depresi
1	SMA	IRT	52	Nikah	>1000.000	III	Kemoterapi	Sementara	>1 Tahun	8	Normal
2	PT	Bidan	40	Nikah	3.000.000	IV	Kemoterapi	Sementara	<1 Tahun	9	Normal
3	PT	Guru SD	44	Nikah	2.700.000	IV	Belum	Belum	<1 Tahun	23	Depresi
4	SMA	Pedagang	46	Nikah	>3.000.000	IV	Kemoterapi+Operasi	Sementara	>1 Tahun	18	Depresi
5	SD	Penjahit	46	Tidak Nikah	1.000.000	III	Operasi	Selesai	> 1 Tahun	25	Depresi
6	TS	IRT	53	Tidak Nikah	>1.000.000	IV	Operasi	Selesai	> 1 Tahun	23	Depresi
7	PT	Mahasiswa	21	Belum Nikah	2.500.000	II	Operasi	Selesai	< 1 Tahun	2	Normal
8	PT	PNS	38	Nikah	5.000.000	IV	Belum	Belum	< 1Tahun	23	Depresi
9	PT	PNS	38	Nikah	3.000.000	II	Operasi+kemoterapi	Sementara	< 1 Tahun	8	Normal
10	IRT	PT	47	Nikah	4.000.000	IV	Operasi+kemoterapi	Sementara	< 1 Tahun	11	Depresi
11	D3 Kebidanan	Pensiun	57	Nikah	3.000.000	IV	Mastektomi+Kemoterapi	Sementara	< 1 Tahun	11	Depresi
12	PT	Wiraswasta	63	Janda	5.000.000	II B	Belum	Belum	< 1 Tahun	11	Depresi
13	SMA	Wiraswasta	47	Nikah	3.000.000	II	Operasi	Sementara	> 1 Tahun	14	Depresi
14	PT	Karyawati	44	Nikah	4.000.000	II	Belum	Belum	> 1 Tahun	6	Normal
15	PT	Karyawati	43	Nikah	>5.000.000	II	Operasi	Sementara	<1 Tahun	14	Depresi
16	SD	Petani	65	Nikah	1.000.000	IV	Belum	Belum	< 1 Tahun	15	Depresi
17	SMA	Tidak kerja	30	Tidak Nikah	1.000.000	IV	Belum	Belum	<1 Tahun	31	Depresi
18	PT	PNS	43	Nikah	2.500.000	II	Operasi+kemoterapi	Sementara	<1 Tahun	10	Normal
19	SMP	Pelajar	15	Belum Nikah	3.000.000	II	Operasi	Sementara	<1 Tahun	18	Depresi
20	PT	PNS	36	Nikah	3.000.000	Lanjut	Belum	Belum	<1 Tahun	13	Depresi
21	PT	PNS	47	Nikah	5.000.000	Lanjut	Kemoterapi	Sementara	>1 Tahun	9	Normal
22	PT	PNS	41	Nikah	4.000.000	IV	Kemoterapi	Sementara	< 1 Tahun	1	Normal
23	SD	Petani	22	Nikah	< 1.000.000	Awal	Operasi	Selesai	< 1 Tahun	13	Depresi
24	SD	Petani	54	Nikah	1.000.000	II	Operasi	Selesai	< 1 Tahun	12	Depresi
25	SMP	IRT	40	Nikah	2.000.000	II	Operasi	Selesai	1 Tahun	10	Normal
26	PT	Wiraswasta	54	Nikah	> 2.000.000	IV	Kemoterapi	Sementara	1 Tahun	23	Depresi
27	PT	PNS	53	Nikah	3.000.000	Lanjut	Kemoterapi+Operasi	Sementara	1 Tahun	11	Depresi
28	PT	PNS	56	Nikah	5.000.000	Lanjut	Kemoterapi	Sementara	<1 Tahun	19	Depresi

29	SMP	IRT	62	Nikah	2.000.000	High Grade	Kemoterapi	Sementara	> 1 Tahun	27	Depresi
30	SMA	Wiraswasta	36	Nikah	5.000.000	Awal	Operasi+kemoterapi	Selesai	< 1 Tahun	12	Depresi
31	PT	Wiraswasta	40	Janda	7.000.000	II	Operasi	Selesai	1 Tahun	9	Normal
32	SMA	Pedagang	45	Nikah	2.000.000	IV	Kemoterapi	Sementara	> 1 Tahun	27	Depresi
33	PT	PNS	59	Nikah	3.000.000	III	Kemoterapi	Sementara	1 Tahun	15	Depresi
34	SMA	IRT	36	Nikah	3.000.000	IV	Operasi	sementara	< 1 Tahun	7	Normal
35	PT	Wiraswasta	39	Nikah	3.000.000	II	Belum	Belum	< 1 Tahun	0	Normal
36	PT	PNS	42	Nikah	3.000.000	IV	Belum	Belum	<1 Tahun	23	Depresi
37	PT	Wiraswasta	40	Nikah	5.000.000	II	Belum	Belum	> 1 Tahun	6	Normal
38	PT	PNS	45	Nikah	2.500.000	II	Operasi+kemoterapi	Sementara	<1 Tahun	10	Normal
39	PT	Pedagang	61	Janda	3.000.000	II B	Belum	Belum	< 1 Tahun	11	Depresi
40	SMA	PNS	46	Nikah	2.000.000	IV	Kemoterapi	Sementara	> 1 Tahun	27	Depresi

Master Tabel skor BDI

No.	Pertanyaan / No.Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
1	Kesedihan	0	1	3	3	1	1	0	3	1	1	0	1	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	3	2	1	1	1			
2	Pesimistik	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1		
3	Kegagalan masa lalu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
4	Kehilangan kepuasan	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	
5	Perasaan bersalah/berdosa	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	1	2	
6	Perasaan sedang dihukum	0	0	0	1	3	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	3	3	3	0	0	0	0	1	1	3	
7	Tidak menyukai diri sendiri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	Mencela diri sendiri	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
9	Keinginan bunuh diri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Menangis	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	2	0	0	1	1	
11	Lekas Marah	0	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	
12	Kehilangan minat	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
13	Pengambilan keputusan	0	0	2	0	1	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
14	Kekhawatiran	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	1	3	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
15	Kehilangan tenaga	0	1	2	2	3	2	0	2	0	0	3	0	1	0	1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	3	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	
16	Perubahan pola tidur	0	1	0	1	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	2	2	1	0	1	2	0	0	1	0	1	1	2	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	1	2	
17	Kelelahan	2	1	3	1	3	2	1	3	1	1	2	1	1	0	1	3	3	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	0	0	3	0	1	1	3	
18	Nafsu Makan	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	
19	Berat badan	0	0	1	2	2	1	0	0	0	1	0	1	2	3	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	3	0	1	1
20	Kecemasan kesehatan tubuh	0	1	2	1	3	3	0	2	1	1	1	0	1	0	2	1	2	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	0	1	
21	Ketertarikan pada seks	3	0	1	2	3	3	0	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL	8	9	23	18	25	23	2	23	8	11	11	11	14	6	14	15	31	10	18	13	9	1	13	12	10	23	11	19	27	12	9	27	15	7	0	23	6	10	11	27		

Frequency Table

kejadian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak depresi	16	40.0	40.0	40.0
depresi	24	60.0	60.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

lama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baru	29	72.5	72.5	72.5
lama	11	27.5	27.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

pemberian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid belum diterapi	10	25.0	25.0	25.0
semnetara diterapi	23	57.5	57.5	82.5
telah selesai diterapi	7	17.5	17.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

jenis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid belum diterapi	10	25.0	25.0	25.0
tunggal	22	55.0	55.0	80.0
kombinasi	8	20.0	20.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

stadium

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid awal	16	40.0	40.0	40.0
lanjut	24	60.0	60.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	5	12.5	12.5	12.5
tinggi	35	87.5	87.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

status

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kawin	32	80.0	80.0	80.0
tidak kawin	8	20.0	20.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid remaja	1	2.5	2.5	2.5
dewasa muda	14	35.0	35.0	37.5
dewasa tengah	22	55.0	55.0	92.5
lansia	3	7.5	7.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
lama * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

lama * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
lama baru	Count		12	17	29
	% within kejadian		75.0%	70.8%	72.5%
lama	Count		4	7	11
	% within kejadian		25.0%	29.2%	27.5%
Total	Count		16	24	40
	% within kejadian		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.084 ^a	1	.772		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.084	1	.772		
Fisher's Exact Test				1.000	.533
Linear-by-Linear Association	.082	1	.775		
N of Valid Cases ^b	40				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pemberian * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

pemberian * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
pemberian	belum diterapi	Count	3	7	10
		% within kejadian	18.8%	29.2%	25.0%
	semnetara diterapi	Count	10	13	23
		% within kejadian	62.5%	54.2%	57.5%
	telah selesai diterapi	Count	3	4	7
		% within kejadian	18.8%	16.7%	17.5%
Total		Count	16	24	40
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.556 ^a	2	.757
Likelihood Ratio	.571	2	.752
Linear-by-Linear Association	.349	1	.555
N of Valid Cases	40		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.80.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

jenis * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
jenis	belum diterapi	Count	3	7	10
		% within kejadian	18.8%	29.2%	25.0%
	tunggal	Count	10	12	22
		% within kejadian	62.5%	50.0%	55.0%
	kombinasi	Count	3	5	8
		% within kejadian	18.8%	20.8%	20.0%
Total		Count	16	24	40
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.710 ^a	2	.701
Likelihood Ratio	.722	2	.697
Linear-by-Linear Association	.145	1	.703
N of Valid Cases	40		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.20.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
stadium * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

stadium * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
stadium	awal	Count	9	7	16
		% within kejadian	56.2%	29.2%	40.0%
	lanjut	Count	7	17	24
		% within kejadian	43.8%	70.8%	60.0%
Total		Count	16	24	40
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.934 ^a	1	.087		
Continuity Correction ^b	1.914	1	.167		
Likelihood Ratio	2.936	1	.087		
Fisher's Exact Test				.110	.083
Linear-by-Linear Association	2.861	1	.091		
N of Valid Cases ^b	40				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendapatan * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

pendapatan * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
pendapatan rendah	Count		0	5	5
	% within kejadian		.0%	20.8%	12.5%
tinggi	Count		16	19	35
	% within kejadian		100.0%	79.2%	87.5%
Total	Count		16	24	40
	% within kejadian		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.810 ^a	1	.051		
Continuity Correction ^b	2.143	1	.143		
Likelihood Ratio	5.578	1	.018		
Fisher's Exact Test				.071	.065
Linear-by-Linear Association	3.714	1	.054		
N of Valid Cases ^b	40				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

status * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
status kawin	Count		13	19	32
	% within kejadian		81.2%	79.2%	80.0%
tidak kawin	Count		3	5	8
	% within kejadian		18.8%	20.8%	20.0%
Total	Count		16	24	40
	% within kejadian		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.026 ^a	1	.872		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.026	1	.871		
Fisher's Exact Test				1.000	.601
Linear-by-Linear Association	.025	1	.873		
N of Valid Cases ^b	40				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.20.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia * kejadian	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

usia * kejadian Crosstabulation

			kejadian		Total
			tidak depresi	depresi	
usia	remaja	Count	0	1	1
		% within kejadian	.0%	4.2%	2.5%
	dewasa muda	Count	9	5	14
		% within kejadian	56.2%	20.8%	35.0%
	dewasa tengah	Count	7	15	22
		% within kejadian	43.8%	62.5%	55.0%
	lansia	Count	0	3	3
		% within kejadian	.0%	12.5%	7.5%
Total		Count	16	24	40
		% within kejadian	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.721 ^a	3	.081
Likelihood Ratio	8.070	3	.045
Linear-by-Linear Association	3.497	1	.061
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (PSIK)
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM. 10 MAKASSAR 90245
TELP : 0411-586010, 586296 FAX. 0411 - 586297

17 Oktober 2013

Nomor : 803/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013
Hal : Izin Penelitian

Kepada

Yth. : Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan
Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah
Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu
Jl. Bougenville No.5 Makassar
di –
Tempat

Dengan hormat, dalam rangka penyelesaian studi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, maka dengan ini dimohon kiranya Mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama : Jumrawati Rahim

No. Pokok : C12110259

Judul Penelitian : FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI KOTA MAKASSAR

dapat diberikan izin penelitian untuk penyusunan skripsi di Rumah Sakit Kota Makassar pada tanggal 21 Oktober s/d 21 November 2013.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Ketua Program,

[Signature]
Dr. Werna Nontji, S.Kp, M.Kep
NIP.19500114 197207 2001



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu
Jln. Bougenville No. 5 Telp (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
MAKASSAR 90222

Makassar, 21 Oktober 2013

Nomor : 4810/P2T-BKPMD/19.36P/10/VII/2013
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada

Yth. 1. Direktur RS Pendidikan UNHAS
2. Direktur RSUD Labuang Baji
di
Makassar

Berdasarkan surat Ketua Program PSIK UNHAS Makassar Nomor : 803/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013 tanggal 17 Oktober 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : Jumrawati Rahim
Nomor Pokok : C 121 10 259
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

“FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI OTA MAKASSAR”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 21 Oktober s/d 21 November 2013

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



MUHAMMAD ARIFIN DAUD, M.Si
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19540404 198503 1 001

TEMBUSAN : Kepada Yth :

1. Ketua Program PSIK UNHAS Makassar di Makassar,
2. Pertinggal

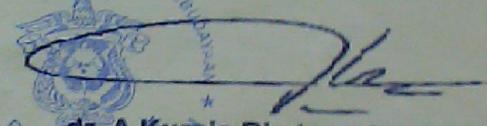




KEMENTERIAN PENDIDIKAN & KEBUDAYAAN RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Sekretariat: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245
Website: www.unhas.ac.id Telp: (0411) 591 331 Fax: (0411) 591332

LEMBAR PENGANTAR PENGAMBILAN DATA

TGL	KEPADA YTH.	PENGANTAR
23 Oktober 2013	Kepala Instalasi Rawat Jalan	<p>Dengan hormat, Sesuai disposisi Direktur Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian, mengenai persetujuan pelaksanaan penelitian di Instalasi Rawat Jalan dengan ini kami harapkan mahasiswa:</p> <p>Nama : Jumrawati Rahim Nip/Nim : C 121 10 259 Institusi : Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unhas</p> <p>Untuk dapat dibantu dalam pelaksanaan penelitian dengan judul penelitian "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Perempuan Penderita Kanker Payudara di Makassar"</p> <p>Demikian surat pengantar dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.</p> <p style="text-align: center;">Direktur Pendidikan Pelatihan dan Penelitian</p> <p style="text-align: center;"> dr. A. Kurnia Bin tang, Sp., S.MARS NIP.196405021991032001</p>

KETERANGAN SELESAI PENGAMBILAN DATA

Kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian,

Dengan ini kami melaporkan bahwa:

Nama : Jumrawati Rahim

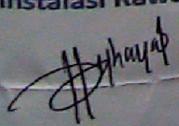
Nim : C 121 10 259

Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan Unhas

Telah selesai melakukan pengambilan data sesuai subyek/obyek / metode yang telah disepakati.
Demikian, terimakasih.

Catatan:

Kepala Instalasi Rawat Jalan


(NURHIDAYAH ZAINAL)
NIP



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

RUMAH SAKIT UMUM LABUANG BAJI

JL. Dr. RATULANGI NO. 81 Telp. 873482 - 872120 - 872836 - 874684 Fax : 0411-830454

E-mail: rumahsakitlabuangbaji@yahoo.co.id

MAKASSAR

REKOMENDASI

Nomor : 87/RSUDLB/DIKLAT/XI/2013

Berdasarkan Surat dari Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Makassar Nomo : 4810/P2T-BKPM/19.36 P/VII/2013 dari tanggal 21 Oktober 2013 Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal /Penelitian, dengan ini disampaikan bahwa yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama : Jumrawati Rahim
Nomor Pokok : C 121 10 259
Program Studi : Keperawatan (PSIK UNHAS)
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Poltek Unhas ,Makassar

Diberikan Rekomendasi untuk :

Melakukan Pengambilan Data Awal / Peneliti dalam rangka penyusunan Skripsi/Karya Tulis dari tanggal 21 Oktober s/d 21 November dengan Judul " **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PEREMPUAN PENDERITA KANKER PAYUDARA DI KOTA MAKASSAR** " di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana seperlunya.

Makassar, 25 Oktober 2013



an. Wadiv Umum, SDM Dan Diklat RSUD Labuang Baji
Kabag. Diklat

Magdalena Rieuwpassa, SKM, S.Kep.Ns.M.Kes
NIP. 19620925 198302 2 003



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN & KEBUDAYAAN
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Sekretariat: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245
Telp: (04111) 5911331 Fax: (04111) 5911332 email: rs_unhas@yahoo.com

SURAT KETERANGAN

NO. : 528 /UN4.32.2/UM.15/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian
Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar yang menerangkan bahwa :

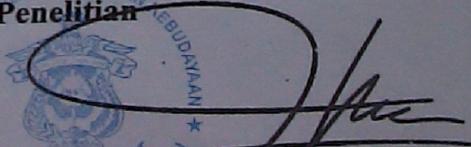
Nama : Jurnawati Rahim
NIM : C 121 10 259
Instansi : Prodi Keperawatan, Fakultas Kedokteran Unhas
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi
pada Penempatan Pasien Kanker Payudara di Makassar

telah menjalankan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
Makassar, sejak tanggal 23 Oktober – 15 Nopember 2013 dan dinyatakan bebas
tunggakan.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 17 Februari 2014

**Direktur Pendidikan Pelatihan dan
Penelitian**


dr. A. Kurnia Biptang, Sp.,S,MARS
NIP.196405021991032001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA PRIBADI

Nama : Jumrawati Rahim
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Bantaeng, 25 September 1992
Agama : Islam
Alamat : Jalan Raya Panaikang Kel. Bonto Manai Kab.
Bantaeng RT 001/RW 007
Nomor Telepon/HP : 082395859649
Email : jumrawatirahim@yahoo.co.id

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Negeri No. 25 Panaikang (2001-2004)
2. SMP Negeri 1 Bissappu (2004-2007)
3. SMA Negeri 1 Bantaeng (2007-2010)

C. PENGALAMAN ORGANISASI

Anggota Komisi A MAPERWA HIMIKA FK UNHAS (2012-2013)