



**HUBUNGAN DEPRESI DAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
(ADL) PADA PASIEN KANKER DENGAN KEMOTERAPI**

SKRIPSI

oleh

**Wafda Niswatun Nadhir
NIM 1523101011245**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**HUBUNGAN DEPRESI DAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
(ADL) PADA PASIEN KANKER DENGAN KEMOTERAPI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

Wafda Niswatun Nadhir
NIM 1523101011245

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

SKRIPSI

**HUBUNGAN DEPRESI DAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
(ADL) PADA PASIEN KANKER DENGAN KEMOTERAPI**

oleh

**Wafda Niswatun Nadhir
NIM 1523101011245**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.

PERSEMBAHAN

Pertama, puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat-Nya, hingga skripsi ini terselesaikan dengan lancar. Kedua, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orangtua saya Bapak Nurkholis Anwar dan Ibu Hariyati, kakak saya M. Iqbal Al Faqih, serta seluruh keluarga besar saya yang telah senantiasa memberikan dukungan baik moral maupun materiil yang tiada terhingga kepada saya;
2. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh jajaran civitas akademika, seluruh guru TK Al Hidayah III Sidodadi, TPQ Darul Muta'alimin Sidodadi, MI Hidayatul Mubtadiin, MTs. Hidayatul Mubtadi'in, MAN 1 Jember, dan Ustadz Ustadzah serta pengasuh Pondok Pesantren Miftahul Ulum yang telah mendidik dan memberikan ilmu kepada saya;
3. Sahabat-sahabat tercinta saya, teman-teman kelas B Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2015 yang telah memberikan doa dan dukungan.

MOTO

“Jika engkau telah bulat telad – untuk melaksanakan sesuatu – maka bertawakkallah kepada Allah.”

(Q.S. Ali-Imran: 159)

“Jagalah Allah, niscaya Allah akan menjagamu. Jagalah Allah niscaya engkau akan mendapati Allah selalu berada di depanmu.”

(HR. At-Tirmidzi)

Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Mushaf Aisyah Al-Quran dan Terjemah untuk Wanita*. Bandung: Penerbit Jabal Imam An Nawawi. *Riyadhus Shalihin*. Surabaya: Darul Ilmi

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wafda Niswatun Nadhir

NIM : 152310101245

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah berjudul “Hubungan Depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi” yang saya tulis benar-benar hasil karya sendiri kecuali kutipan yang sumbernya telah saya tulis. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dari pihak manapun.

Jember, 21 Januari 2019

Yang Menyatakan,



Wafda Niswatun Nadhir
NIM 152310101245

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi” karya Wafda Niswaton Nadhir telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Senin, 21 Januari 2019

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep.
NIP. 19880510 201504 1 002

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 19810319 201404 1 001

Dosen Penguji Utama

Ns. Emi Wuri W., M.Kep., Sp.Kep.J.
NIP. 19850511 200812 2 005

Dosen Penguji Anggota

Ns. Dicky Endrian K., M.Kep.
NRP. 760016846

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Depresi dan Activity of Daily Living (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi (*Correlation of Depression and Activity of Daily Living (ADL) in Cancer Patients undergoing Chemotherapy*)

Wafda Niswatun Nadhir

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Cancer is a chronic disease that requires long-term care. One of the treatment of cancer is a chemotherapy. Previous studies have showed that depression is common in cancer patients undergoing chemotherapy. Depression can impact to Activity of Daily Living (ADL) cancer patients with chemotherapy. The aim of this study was to analyze the correlation between depression and ADL in cancer patients undergoing chemotherapy. This study applied a correlational design with cross-sectional approach. A total of 93 respondents aged 20 and older were enrolled in this study at November 2018 by using consecutive sampling. Depression was defined as a total score on 21 items questionnaire of Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and ADL was defined as a Care Dependency Scale (CDS). Data were analyzed by using Spearman correlation. The result showed that the median value of depression was 9 and the median value of ADL was 72. There was a significant negative correlation between depression and ADL (p value = 0,001; $r=-0,346$; $CI=95\%$). Excessive secretion of the CRH hormone from the hypothalamus can impact behavioral effect that seen in patients suffering from depression, including changes in activity, appetite and sleep. The symptoms of depression was associated with losing interest in daily activities. This study suggest the importance of depression's detection and management to increase ADL of cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: depression, activity of daily living, chemotherapy, BDI-II, CDS

RINGKASAN

Hubungan Depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi ; Wafda Niswatun Nadhir 15231010125; 2019; xix+111 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Kanker merupakan penyakit kronis, sehingga membutuhkan perawatan yang panjang dan berkelanjutan baik di pelayanan kesehatan ataupun perawatan di rumah. Masa perawatan yang panjang dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang akan dihadapi oleh pasien maupun keluarga. Salah satu pengobatan kanker yaitu kemoterapi. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa depresi sering terjadi pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Depresi dapat berdampak pula pada pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan depresi dengan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. Variabel dalam penelitian ini adalah depresi sebagai variabel independen dan ADL sebagai variabel dependen. Desain yang digunakan adalah penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. Sampel yang diteliti dihitung menggunakan rumus *power analysis* dalam aplikasi G*Power 3.1.9.2. Berdasarkan hasil perhitungan sampel menggunakan 0,3 untuk standar *effect size*, 0,05 untuk *error probability*, dan 0,08 untuk power (1- β error probability), maka diperoleh sampel sebanyak 84 responden. Sampel ditambah sebanyak 10% yaitu sebanyak 9 orang untuk mengantisipasi terjadinya *drop out*, Sehingga total akhir sampel adalah 93 responden. Kuesioner yang digunakan dalam pengumpulan data menggunakan *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) untuk mengukur depresi dan *Care Dependency Scale* (CDS) untuk mengukur ADL. Analisa data menggunakan uji korelasi spearman dengan tingkat signifikansi 0,05.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa depresi pasien kanker memiliki nilai median 9 dengan nilai minimal 1 dan nilai maksimal 26. Nilai median ADL sebesar 72 dengan nilai minimal 18 dan nilai maksimal 75. Hasil uji statistik

menggunakan *spearman correlation* menunjukkan terdapat hubungan antara depresi dengan ADL di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember ($p=0,001$; $r=-0,346$). Hasil tersebut menunjukkan terdapat korelasi negatif dengan kekuatan korelasi lemah yang berarti bahwa semakin tinggi nilai depresi, maka semakin rendah nilai ADL pasien kanker dengan kemoterapi.

Mekanisme hubungan depresi dan ADL dijelaskan dengan adanya efek stimulasi sitokin pada Hipotalamus Pituitari Adrenalin (HPA) axis dan sebagian melalui aktivasi *corticotropin releasing hormone* (CRH). Sekresi hormon CRH yang berlebihan dari hipotalamus dapat menimbulkan efek perilaku yang terlihat pada pasien yang menderita depresi, termasuk perubahan dalam aktivitas, nafsu makan dan tidur. Gejala depresi tersebut yang sering diasosiasikan dengan kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari.

Pasien kanker dengan kemoterapi yang memiliki gejala depresi dapat menurunkan pemenuhan dalam ADLnya. Pengurangan gejala depresi berpengaruh pada kemampuan pemenuhan ADL pasien. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapatnya hubungan yang signifikan antara depresi dengan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. Deteksi dini terhadap gejala depresi penting dilakukan untuk mencegah hambatan pasien kanker dalam pemenuhan ADL sehingga kualitas hidup pasien menjadi optimal.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi”. Skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir strata satu (S1) Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

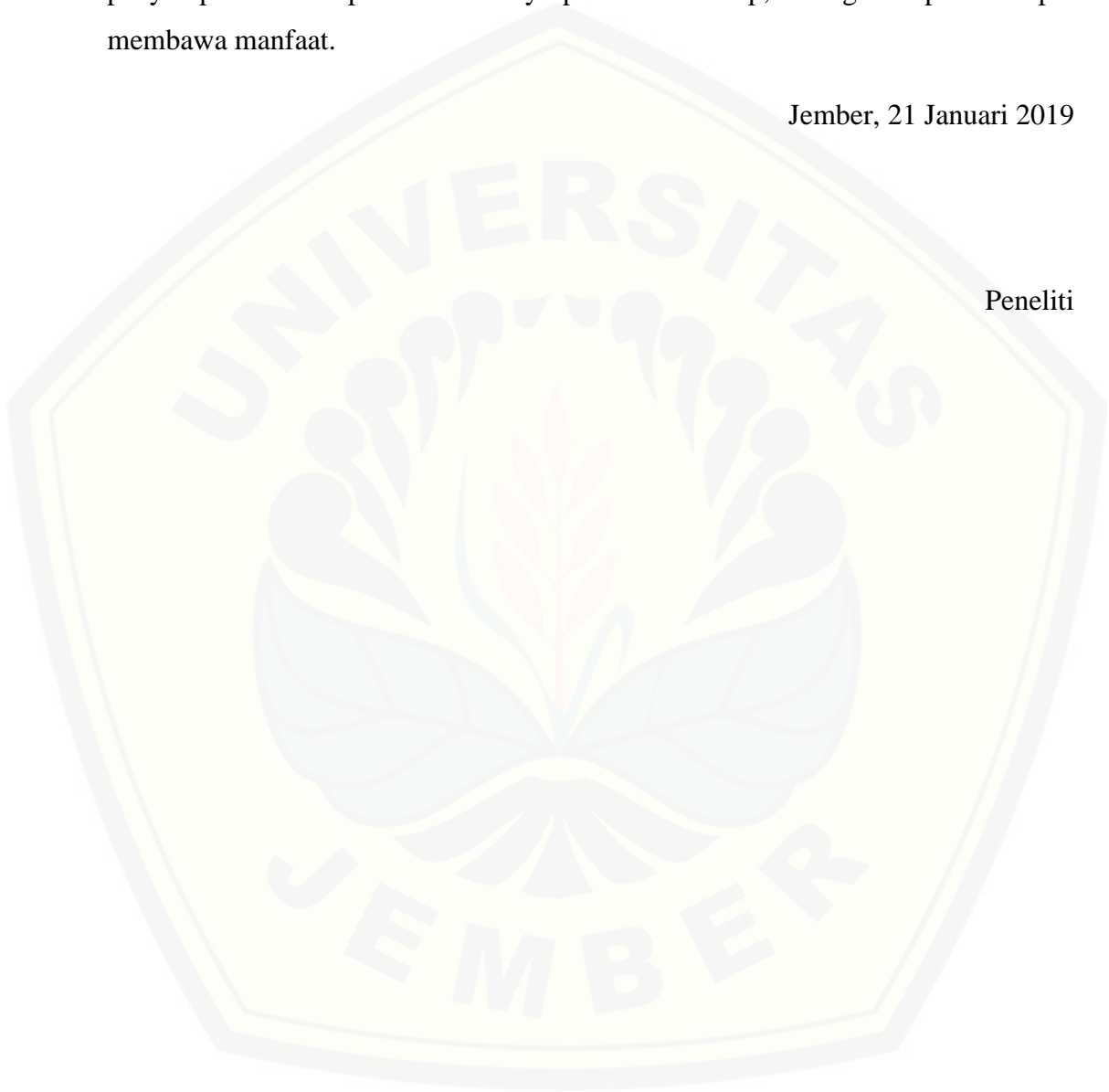
1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep. Sp.Kep.MB., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J. selaku penguji I dan Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep. selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Retno Purwandari, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
5. Seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Jember,
6. Kedua orang tua dan kakak saya yang selalu memberikan dukungan dan doa demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Pihak Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian;
8. Pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember yang telah bersedia menjadi responden penelitian sehingga proses penelitian berjalan dengan lancar;
9. teman-teman satu KeRis yang telah bersama berjuang dalam proses penelitian;

10. Semua teman-teman yang selalu mendukung dan mendoakan;
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya peneliti berharap, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, 21 Januari 2019

Peneliti

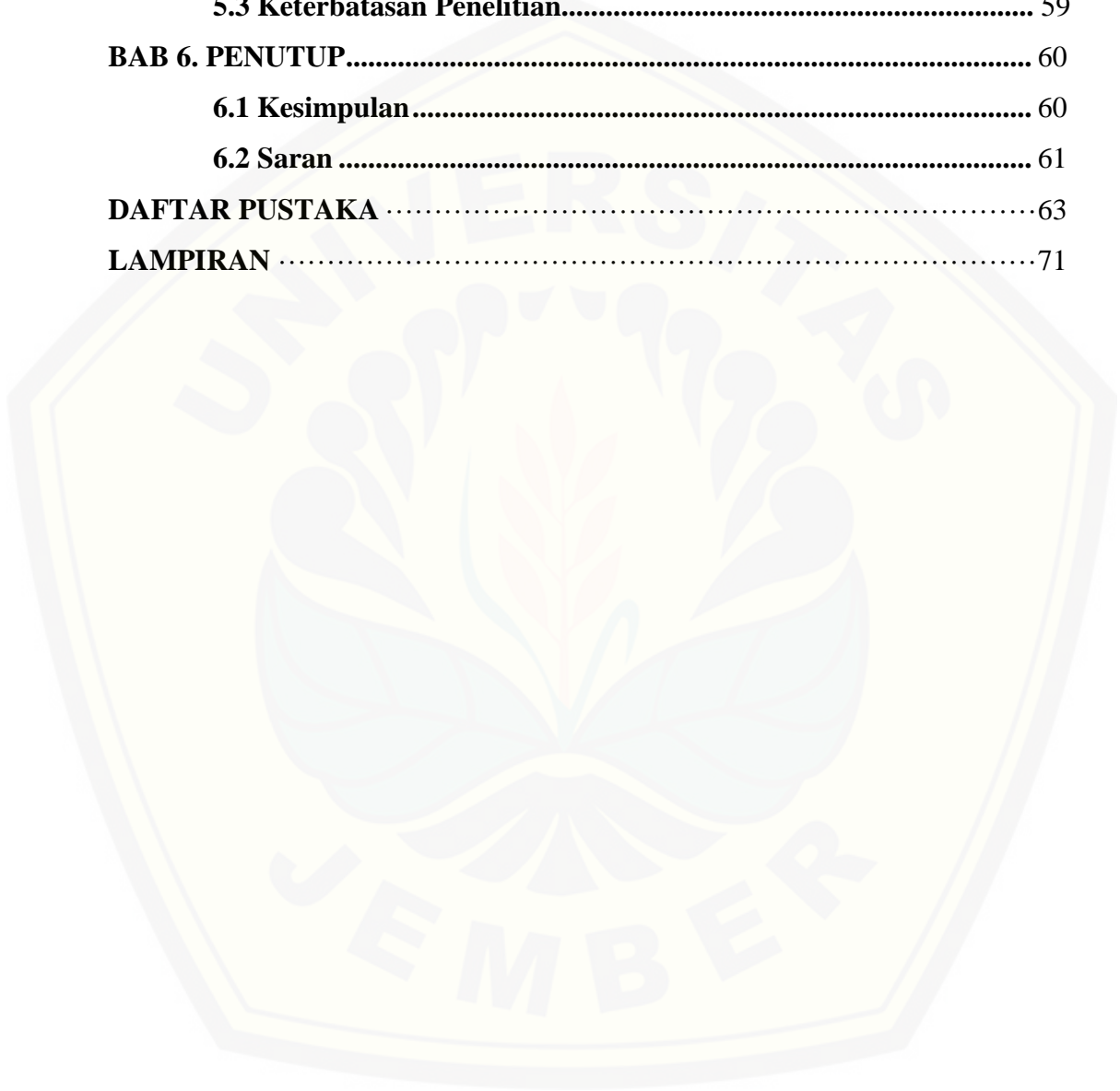


DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
MOTO	v
PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xxi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xxviii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Bagi Institusi Pendidikan	8
1.4.2. Bagi Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan	8
1.4.3. Bagi Masyarakat	8
1.4.4. Bagi Peneliti	8
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12

2.1 Konsep ADL pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi	12
2.2 Konsep Depresi pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi	18
2.3 Hubungan Depresi dan ADL	24
2.4 Kerangka Teori	26
BAB 3. KERANGKA KONSEP	27
3.1 Kerangka Konseptual	27
3.1 Hipotesis Penelitian	28
BAB 4. METODE PENELITIAN	29
4.1 Desain Penelitian	29
4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian	29
4.2.1 Populasi penelitian	29
4.2.2 Sampel penelitian	29
4.2.3 Teknik sampling	30
4.2.4 Kriteria sampel penelitian	30
4.3 Lokasi Penelitian	31
4.4 Waktu Penelitian	31
4.5 Definisi Operasional	32
4.6 Pengumpulan Data	35
4.6.1 Sumber Data	35
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	35
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	37
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilita	38
4.7 Pengolahan Data	39
4.7.1 Editing	39
4.7.2 Coding	39
4.7.3 <i>Entry data</i>	41
4.7.4 <i>Cleaning</i>	42
4.8 Analisa Data	43
4.9 Etika Penelitian	44
4.9.1 Prinsip Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	44
4.9.2 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia	45

4.9.3.Prinsip Keadilan.....	45
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
5.1 Hasil Penelitian.....	46
5.2 Pembahasan.....	54
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	59
BAB 6. PENUTUP.....	60
6.1 Kesimpulan.....	60
6.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	63
LAMPIRAN	71



DAFTAR TABEL

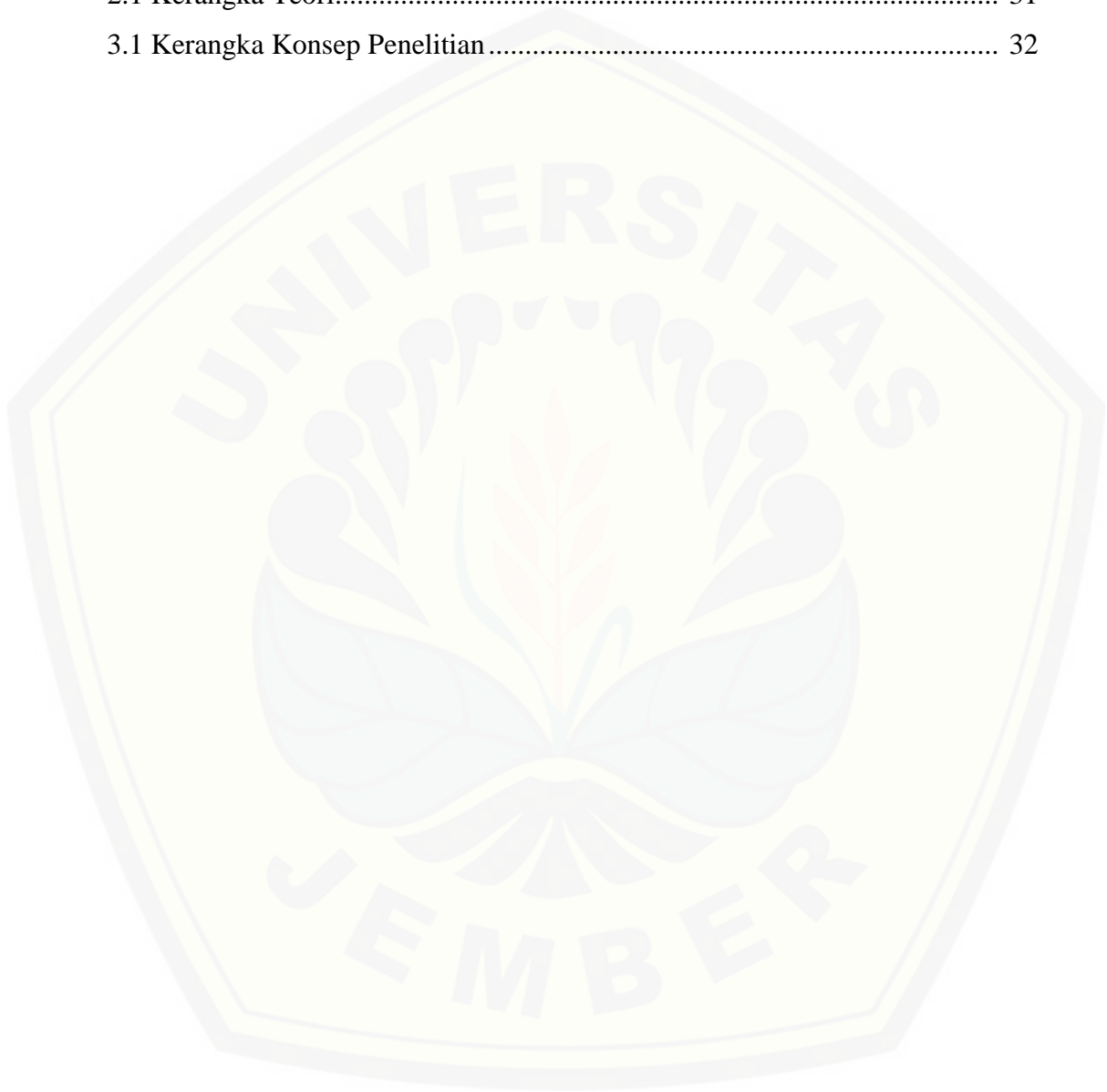
	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	8
4.1 Waktu Penelitian	32
4.2 Definisi Operasional.....	33
4.3 <i>Blue Print Beck Depression Inventory-II</i>	35
4.4 <i>Blue Print Care Dependency Scale</i>	36
4.5 Hasil Uji Normalitas Data.....	36
4.6 Panduan Interpretasi Uji Hipotesis	37
5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan frekuensi kemoterapi pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93)	47
5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia dan IMT pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93)	48
5.3 Distribusi karakteristik responden kanker dengan kemoterapi berdasarkan data kategorik (agama, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, riwayat pekerjaan, pendapatan bulanan, sumber pendanaan, riwayat pengobatan, durasi pengobatan, dan jenis kanker) di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93)	48
5.4 Gambaran depresi pada tiap indikator BDI-II pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93).....	49
5.5 Gambaran ADL pada tiap indikator BDI-II pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93).....	50

5.6 Gambaran depresi dan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember November 2018 (n=93).....	50
5.7 Nilai Korelasi komponen <i>Beck's Depression Inventory</i> (BDI)-II dengan <i>Care Dependency Scale</i> (CDS) pada pasien kanker dengan Kemoterapi di RS Tk. III Baladhika Husada Jember Bulan November 2018 (n=93).....	52



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	31
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	32



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	72
B. Lembar <i>Consent</i>	73
C. Lembar Karakteristik Responden	74
D. Lembar Kuesioner	81
E. Lembar Observasi.....	87
F. Lembar Izin Kuisisioner.....	88
G. <i>Logbook</i> Penelitian	90
H. Hasil Penelitian.....	91
I. Lembar Bimbingan Skripsi	104
J. Lembar Izin Penelitian	106
K. Lembar Surat Selesai Penelitian.....	110
L. Dokumentasi.....	111

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel abnormal dan tidak terkendali yang menyerang jaringan biologis lainnya, baik pertumbuhan pada jaringan yang berada disekitarnya (invasi) ataupun migrasi sel pada jaringan yang jauh (metastasis) (Corwin, 2009; Nugraha dan Melati, 2016). Kanker merupakan penyakit kronis, sehingga membutuhkan perawatan yang panjang dan berkelanjutan baik di pelayanan kesehatan ataupun perawatan di rumah. Masa perawatan yang panjang dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang akan dihadapi oleh pasien maupun keluarga.

Orang dewasa dan lansia dengan diagnosis kanker memiliki kemungkinan lebih besar daripada rekan-rekan seusia yang sama tanpa riwayat kanker untuk melaporkan penurunan kualitas hidup dan keterbatasan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang biasa disebut *activity of daily living* (ADL) dan aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (Pergolotti dkk., 2015). Beberapa faktor yang terkait dengan tingkat kemandirian dalam aktivitas sehari-hari adalah umur, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif dan psikososial, tingkat stress, status mental dan dari pelayanan kesehatan (Ningtiyas, 2017). Selain itu, kanker juga dapat berdampak pada kualitas hidup seseorang baik dari segi fisik, psikososial, spiritual, dan masalah lainnya. Adapun masalah psikososial yang dimaksud yaitu

kekambuhan akan penyakit, depresi, ketakutan menjalani pemeriksaan dan kematian (Widiyono dkk., 2017).

Depresi pada pasien kanker dapat muncul saat pasien mengetahui diagnosis, stadium kanker dan terapi yang diperoleh. Ketika seseorang terdiagnosis kanker, umumnya akan merasakan tekanan emosional yang sangat berat (Afida, 2018). Pengobatan kanker seperti pembedahan, radioterapi dan kemoterapi juga dapat berdampak pada kondisi psikologis pasien (Sivaprasad, 2015). Kemoterapi merupakan pengobatan yang paling sering digunakan, namun, hal itu menjadi beban moral dan emosional serta kekhawatiran bagi pasien karena akan menjadi beban orang lain hingga dapat menimbulkan gejala depresi. Gejala depresi ini dapat muncul baik karena kondisi psikologis pasien ataupun akibat dari efek kimia dari obat dan memburuk selama kemoterapi (Yusof dkk., 2016). Pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dilaporkan mengalami depresi dan kecemasan yang lebih besar daripada pasien dengan perawatan terapi lain yang dikaitkan akibat tingginya sitokin proinflamasi yang dilepaskan dari jaringan yang rusak selama kemoterapi (So dkk., 2010 dalam Reece dkk., 2013). Setiap individu dapat mengalami depresi berdasarkan kondisi, lingkungan ataupun masalah yang dihadapi seperti saat kondisi sakit dan dirawat inap di rumah sakit (Suwistianisa dkk., 2015).

Permasalahan depresi dan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi ini menjadi sangat penting untuk dibahas karena kanker telah menjadi salah satu penyakit yang berkembang di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) dalam GLOBOCAN memperkirakan secara keseluruhan bahwa ada 14,1 juta

kasus kanker baru dan 8,2 juta kematian pada tahun 2012. Kanker yang paling sering didiagnosis adalah paru-paru (1,82 juta), payudara (1,67 juta), dan kolorektal (1,36 juta). Sedangkan penyebab paling umum kematian akibat kanker adalah kanker paru-paru (1,6 juta kematian), kanker hati (745.000 kematian), dan kanker perut (723.000 kematian) dan di prediksi 20 juta kasus kanker baru pada 2025 (Ferlay dkk., 2015). Pada tahun 2018, estimasi kasus kanker di dunia mencapai 18 juta dengan 9,5 kasus pada laki-laki dan 8,5 kasus terjadi pada perempuan (*World Cancer Research Fund*, 2018).

Angka kematian akibat kanker lebih tinggi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju (Dewi, 2017). Di negara maju seperti Amerika Serikat, National Cancer Institute (2018) menunjukkan bahwa angka kematian kanker berjumlah 163,5 per 100.000 penduduk dilihat dari estimasi kasus pada tahun 2011-2015. Indonesia termasuk negara berkembang. Di Indonesia, secara nasional menurut data Riskesdas menunjukkan prevalensi kanker mencapai 1,4 per 1000 penduduk pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 1,8 per 1000 penduduk pada tahun 2018 serta diperkirakan jumlah kematian akibat kanker terus meningkat hingga 13 juta orang per tahun di 2030 (Kemenkes RI, 2015; Kemenkes RI, 2017; Kemenkes RI, 2018). Jawa Timur menduduki peringkat pertama jumlah kasus kanker serviks pada tahun 2013 yaitu sebanyak 21.313 orang dan peringkat kedua kasus kanker payudara setelah Jawa Tengah yaitu sebanyak 9.688 orang (Kemenkes RI, 2015). Sedangkan, data dari deteksi dini kanker leher rahim dan payudara di Kabupaten Jember pada 372.252 wanita usia subur didapatkan hasil sekitar 968 suspek pada pemeriksaan leher rahim dan

payudara serta sekitar 21 atau sekitar 2,17% wanita dengan IVA Positif (Dinkes Jember, 2016). Selanjutnya, berdasarkan catatan rekam medis RS Baladhika Husada tercatat sebanyak 922 pasien kanker pada bulan Januari hingga Maret 2018 (Sukma, 2018).

Masalah depresi umumnya terjadi pada usia 20 sampai 40 tahun (Nugraha dan Melati, 2016). Beberapa negara menyebutkan kejadian depresi pada pasien kanker. Menurut penelitian pada pasien kanker di rumah sakit di Islamabad, baik dari pasien rawat inap maupun rawat jalan menunjukkan bahwa dari 300 pasien kanker, sejumlah 146 pasien atau 48,7% pasien mengalami depresi dan kecemasan (Khalil dkk., 2016). Penelitian di Rumah Sakit Umum Kuala Lumpur mengungkapkan bahwasannya dari 111 pasien yang mejalani kemoterapi, 21,8% pasien menunjukkan gejala depresi ringan hingga sedang dan 24,3% pasien menunjukkan gejala depresi berat (Yusof dkk., 2016). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa 37,5% dari 32 pasien kanker payudara mengalami depresi selama menjalani kemoterapi di pusat penelitian dan perawatan kanker, Seattle Washington (Reece dkk., 2013).

Di Indonesia, masalah depresi ada pasien kanker juga perlu perhatian khusus. Prevalensi depresi berdasarkan data Riskesdas 2018 mencapai 6,1% pada penduduk usia ≥ 15 tahun (Kemenkes RI, 2018). Penelitian Effendy dkk., (2015) di 5 kota besar di Indonesia, dari 180 responden yang menjealani kemoterapi, sejumlah 34,4% menunjukkan perasaan depresi dan 71% dari pasien tersebut tidak terpenuhi kebutuhan atau perawatannya. Menurut penelitian di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya tahun 2016 dari 70 pasien kanker diketahui bahwa 37,2%

pasien mengalami depresi ringan pada kunjungan pertamanya (Hariroh dkk., 2017). Menurut Widiyono dkk., (2017) pasien kanker yang terdaftar di IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, serta di Ruang Bougenvile dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto tahun 2017, ditemukan bahwasannya dari 70 pasien yang menjalani perawatan, 25,71% pasien mengalami depresi ringan, 45,71% mengalami depresi sedang, dan 28,58% depresi berat. Penelitian di RS Dharmais juga menyebutkan bahwa 37% pasien mengalami depresi hingga berisiko menyebabkan 4.4 kali untuk mengalami gangguan tidur (Hananta dkk., 2014). Data-data diatas menunjukkan bahwa lebih dari seperempat pasien kanker yang diteliti di rumah sakit di Indonesia mengalami depresi, baik depresi ringan, sedang dan berat.

Data pasien kanker di Jember terutama di RS Baladhika Husada Jember pada tahun 2015 pasien kemoterapi di bulan Oktober berjumlah 89 pasien. Tercatat pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Baladika Husada jember memiliki strees yang cukup tinggi karena pasien dalam stadium 4, dan juga karena efek samping kemoterapi tersebut terjadi secara berulang (Ghozali dkk., 2016). Tahun 2018, didapatkan bahwa 82 pasien kanker di RS Baladhika Husada dengan tingkat deprasi sedang ada 4 orang, depresi ringan 16 orang dan pasien yang tidak mengalami depresi (normal) 62 orang (Sukma, 2018).

Gejala depresi sering ditunjukkan dengan gejala yang menyertai seperti menarik diri, kehilangan minat untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan, mudah lelah dan penurunan dalam beraktivitas. Hal ini dibuktikan sengan data penelitian sistematis dengan total 19.246 pasien kanker dari 43 penelitian

dilaporkan bahwa 36,7% pasien mengalami disabilitas dalam melakukan ADL dasar dan 54,6% pasien mengalami gangguan untuk memenuhi instrumental ADL atau ADL tambahannya. Hasil penelitian menyebutkan bahwa 55% pada pasien Indonesia lebih sering memiliki masalah dengan kegiatan sehari-hari (Effendy dkk., 2014).

Masalah yang dimiliki pasien kanker dalam melaksanakan kegiatan sehari-harinya akibat depresi menjadi hal yang penting untuk dibahas karena akan berdampak pada kualitas hidupnya. Semakin pasien depresi maka akan semakin mengganggu pemenuhan ADLnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan tingkat kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tembilahan Hulu Tahun 2013 (Nauli dkk., 2014). Penelitian Kristiyawati dkk. (2013) yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan ADL pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dengan sifat hubungan positif artinya bahwa semakin tinggi tingkat depresi pasien stroke semakin tinggi pula tingkat ketergantungan ADL pasien stroke.

Hubungan antara depresi dan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi belum pernah diteliti di RS Baladhika Husada Jember. Hal ini dapat dijadikan bahan untuk memutuskan dan menyelesaikan masalah dan memberikan intervensi yang tepat untuk pasien. Berdasarkan hasil uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui hubungan antara depresi dan ADL pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian yang dapat dirumuskan berdasarkan latar belakang diatas yaitu “bagaimana hubungan antara depresi dengan ADL pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara depresi dengan ADL pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Baladhika Husada Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember
- b. Mengetahui gambaran depresi pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember
- c. Mengetahui gambaran *activity of daily living* pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember
- d. Mengetahui hubungan antara depresi dengan *activity of daily living* pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan informasi untuk bahan pengajaran, sebagai data untuk penelitian selanjutnya, dan sebagai tambahan informasi yang dapat disampaikan saat melaksanakan pengabdian kepada masyarakat.

1.4.2. Bagi Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

Sebagai tambahan informasi untuk pelayanan kesehatan sehingga dapat memberikan perawatan paliatif yang komprehensif.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Manfaat yang dapat diperoleh bagi masyarakat adalah dapat memberikan tambahan informasi mengenai pentingnya merawat diri maupun anggota keluarga dengan kanker yang sedang menjalani kemoterapi terkait dengan depresi dan ADLnya.

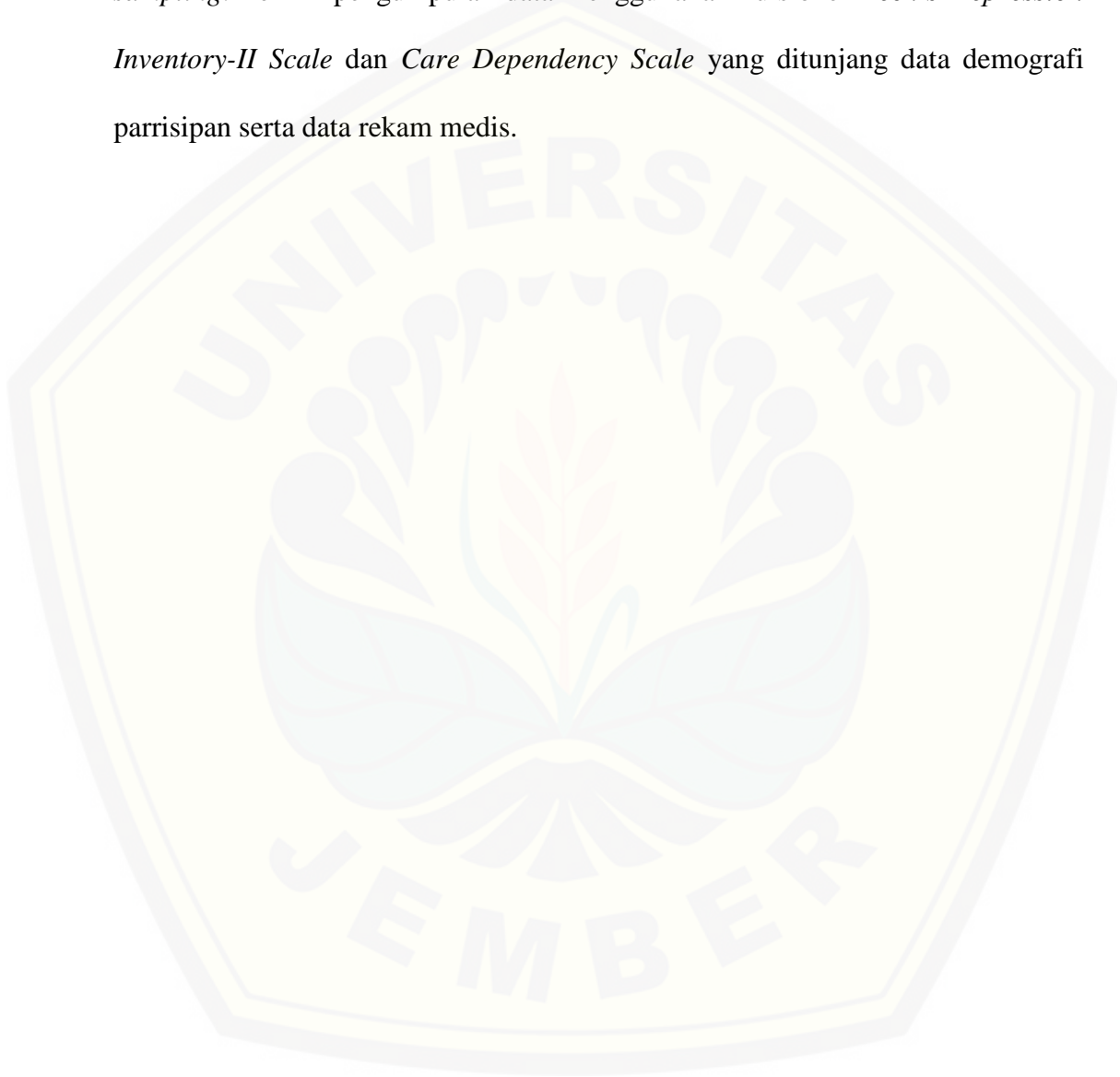
1.4.4. Bagi Peneliti

Manfaat yang dapat diperoleh bagi peneliti adalah mampu melakukan proses penelitian dan mendapatkan wawasan mengenai hubungan depresi dan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Lawrence dkk., 2014; Ghaffari dkk., 2017; dan Nakamura dkk., 2017. Penelitian kali ini yang dilakukan oleh Wafda Niswaton Nadhir dengan judul penelitian “Hubungan Depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker Dengan Kemoterapi”. Penelitian ini

bertujuan untuk mengetahui hubungan depresi dengan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi. Jenis penelitian yang dilakukan adalah *cross sectional*, menggunakan teknik sampling *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuisioner *Beck's Depression Inventory-II Scale* dan *Care Dependency Scale* yang ditunjang data demografi parrisipan serta data rekam medis.



Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya				Penelitian Sekarang
	<i>Direct Open Acces Journal</i>	<i>PubMed</i>	<i>Proquest</i>	<i>Google Scholar</i>	
Judul	<i>Activities of Daily Living, Depression, and Quality of Life in Parkinson's Disease</i>	<i>Relationship Between Depressive Symptoms and Activity of Daily Living Dependence in Older Japanese: The Kurabuchi Study</i>	<i>A Comparison of the Relation of Depression, and Cognitive Deficits in Chronic Stroke Patients: A Pilot Study</i>	Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living dengan Depresi Pada Pasien Stroke Di RSUD Tugurejo Semarang	Hubungan Depresi dan Activity of Daily Living (ADL) pada Pasien Kanker Dengan Kemoterapi
Tempat penelitian	<i>Edith Cowan University</i>	Kota Jepang	Karabuchi, Iran	RSUD Semarang	Tugurejo RS Baladhika Husada Jember
Tahun penelitian	2014	2017	2015	2013	2018
Sampel penelitian	174 partisipan dengan parkinson	709 lansia	40 partisipan dengan stroke kronis	20 responden stroke	84 pasien kanker yang menjalani kemoterapi
Variabel Independen	Depresi	Gejala Depresi	Depresi	Depresi	Depresi
Variabel Dependen	ADL, Kualitas Hidup	ADL	Status kognitif, motorik, fungsional	ADL	ADL

Variabel	Penelitian Sebelumnya				Penelitian Sekarang
	<i>Direct Open Acces Journal</i>	<i>PubMed</i>	<i>Proquest</i>	<i>Google Scholar</i>	
Peneliti	Blake J. Lawrence dkk	Takahiro Nakamura, MD, PhD, Takehiro Michikawa, MD, PhD, Haruhiko Imamura, PhD, Toru Takebayashi, MD, PhD, dan Yuji Nishiwaki, MD, PhD	Amin Ghaffari, Malahat Akbarfahimi, Bijan Forough	Pepy Ratnasari, Ns. Sri Puguh Kristiyawati, M.Kep.,Sp.MB, Achmad Solechan,S.Kom.,M.Si	Wafda Niswaton Nadhir
Jenis penelitian	<i>cross-sectional</i>	<i>Cohort</i>	<i>Pilot cross-sectional</i>	<i>cross-sectional</i>	<i>Cross sectional</i>
Teknik sampling	<i>Consecutive Sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>	<i>Consecutive Sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>	<i>Consecutive Sampling</i>
Instrumen penelitian	<i>Geriatric Depression Scale (GDS-15), Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), dan Unified Parkinson's Disease Rating Scale-section 2 (UPDRS-section 2 [ADL])</i>	<i>Geriatric Depression Scale Katz Index</i>	<i>Beck Depression Inventory Wechsler memory scale evaluation TMT(A-B) Motorcity index Barthel test Lawton test</i>	<i>Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) dan Indeks Barthel.</i>	<i>Beck Depression Inventory-II Care Dependency Scale</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Activity Daily Living* (ADL) pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi

Penilaian status fungsional seseorang dapat dilihat melalui pemenuhan aktivitas sehari-harinya. Keadaan fisiologis dapat mempengaruhi kemampuan maupun keterlibatan seseorang. ADL merupakan keterampilan dasar dan tugas okupasional yang dikerjakan seseorang dalam kehidupan sehari-harinya sebagai tujuan mencapai perannya dalam keluarga maupun masyarakat yang meliputi merawat diri, beberapa kegiatan yang dilakukan di dapur, merawat perkakas rumah tangga dan kegiatan pada umumnya yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan hidup setiap hari, seperti keterampilan menggunakan kamar kecil (WC), mengenal mata uang dan sebagainya (Fanani dkk., 2016; Ningtiyas, 2017).

Menurut Neo dkk., (2017) ADL dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. ADL dasar, seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinensia, makan
- b. ADL intrumental/tambahan seperti komunikasi menggunakan telepon, bepergian, berbelanja, menyaipakan makananan, mengerjakan pekerjaan rumah, manajemen pengobatan, mengatur keuangan.

ADL dilakukan seseorang setiap hari untuk memenuhi kebutuhannya, apabila seseorang dapat melaksanakan sendiri tanpa bantuan orang lain, maka dapat dikategorikan sebagai kemandirian dalam ADL. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian dalam ADL meliputi:

a. usia dan perkembangan

Usia dan status perkembangan seorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang tersebut bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Pada lansia akan mengalami penurunan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Marlita dkk., 2018).

b. kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan dalam *activity of daily living*, seperti sistem muskuloskeletal yang dikoordinasikan dengan sistem syaraf sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan atau motorik. Apabila terjadi gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma dapat mengganggu pemenuhan seseorang dalam *activity of daily living* (Ningtiyas, 2017)

c. fungsi kognitif

Penurunan fungsi kognitif akan menyebabkan gangguan pada sistem saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak dan menyebabkan atrosit berploriferasi sehingga *neurotransmitter* (dopamin dan serotonin) akan berubah. Perubahan pada *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas enzim monoaminoksidase (MAO). Hal inilah yang akan mengakibatkan *Activity of Daily Living* (ADL) mengalami gangguan (Murtiyani dkk., 2017).

d. ritme biologis

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living* (Susetya, 2016).

e. status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Pasien yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan misalnya apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya (Ningtiyas, 2017).

f. tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan (Ningtiyas, 2017).

Sebagian besar pasien kanker mengalami kehilangan energi dan gangguan kinerja fisik dalam perjalanan penyakitnya ataupun dalam proses pengobatannya.

Pengobatan atau perawatan yang sering digunakan untuk menghilangkan atau mengontrol pertumbuhan sel kanker agar tidak menyebar meliputi:

a. Pembedahan

Pembedahan merupakan proses pengangkatan kanker melalui tindakan invasif secara menyeluruh. Pembedahan dalam penatalaksanaan kanker dibagi menjadi 5, yaitu; 1) pembedahan sebagai pengobatan primer dengan tujuan untuk mengangkat seluruh tumor dan semua jaringan seluruhnya yang terkena; 2) bedah diagnostik yang dilakukan untuk menganalisa jaringan dan sel-sel yang diduga ganas; 3) bedah profilaktik yang melibatkan pengangkatan jaringan atau organ non-vital yang memungkinkan untuk terjadinya kanker; 4) bedah paliatif apabila kanker tidak mungkin disembuhkan, dengan tujuan untuk membuat pasien merasa nyaman dan dapat hidup produktif serta memuaskan dalam waktu selama mungkin; 5) bedah rekonstruktif yang dilakukan setelah bedah kuratif dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi atau memperoleh efek kosmetik yang dikehendaki (Smeltzer dan Bare, 2001).

b. Radioterapi

Radiasi ionisasi digunakan untuk mengganggu pertumbuhan selular pada terapi ini. Terapi radiasi mungkin digunakan untuk salah satu cara dalam penyembuhan kanker, mengontrol penyakit malignasi apabila tumor tidak dapat diangkat dengan oembedahan atau apabila terdapat metastasis pada nodus lokal, dan dapat digunakan secara profilaksis untuk mencegah infiltrasi leukemik ke otak atau medula spinalis (Smeltzer dan Bare, 2001).

c. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan salah satu terapi untuk membunuh sel-sel tumor yang bekerja dengan mengganggu fungsi reproduksi selular menggunakan preparat antineoplastik. Kemoterapi digunakan untuk mengobati penyakit sistemik daripada lesi setempat yang dapat diatasi dengan radiasi atau pembedahan. Kemoterapi juga mungkin dapat dikombinasi dengan dua terapi lainnya. Tujuan kemoterapi adalah sebagai cara untuk menyembuhkan, mengontrol, dan juga fungsi paliatif.

Efek dari berbagai pengobatan tersebut, terutama kemoterapi dapat menimbulkan berbagai masalah pada pasien. Diperkirakan bahwa masalah ini mempengaruhi hingga 70% pasien kanker selama kemoterapi dan radioterapi atau setelah operasi. Kemoterapi paling sering digunakan meskipun banyak menimbulkan dampak, baik secara fisik maupun psikologis. Kelelahan adalah disfungsi fisik utama yang menghambat perkembangan penyakit sehingga berdampak negatif pada fungsi kardiovaskular dan pernafasan yang kemudian berefek pada kegiatan kehidupan sehari-hari (ADL) (Sivaprasad, 2015).

Skala ADL bermanfaat untuk mengukur status fungsional yang ingin dikaji. Banyak instrumen telah dikembangkan dan telah dipakai serta diterjemahkan dalam beberapa bahasa di berbagai negara. Beberapa instrumen yang berguna untuk mengkaji ADL adalah sebagai berikut:

a. Indeks KATZ

Indeks Katz dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, biasa disebut KATZ ADL merupakan sebuah instrumen untuk menilai status fungsional sebagai

ukuran kemampuan klien untuk melakukan ADL secara mandiri. Alat ini biasanya digunakan untuk mendeteksi masalah dalam melakukan ADL dan merencanakan perawatan yang sesuai. Indeks KATZ terdiri dari enam indikator kecukupan kinerja; yaitu fungsi mandi, berpakaian, toileting, mentransfer, kontinensia, dan makan. Klien diberi skor ya / tidak untuk independensi di masing-masing dari enam fungsi. Skor 6 menunjukkan fungsi penuh, 4 menunjukkan gangguan sedang, dan 2 atau kurang menunjukkan gangguan fungsional berat.

b. Indeks Barthel

Indeks barthel digunakan sebagai catatan tentang apa yang dilakukan pasien, bukan sebagai catatan tentang apa yang bisa dilakukan oleh pasien. Tujuan utamanya adalah untuk menetapkan derajat kemandirian dari bantuan, fisik atau verbal. Indeks barthel terdiri dari 10 kategori, yaitu: makan, mandi, berhias, berpakaian, buang bair besar, buang air kecil, menggunakan kamar mandi, berpindah, mobilitas atau bergerak, dan menggunakan tangga. Tiap sub-kategori diberi nilai 0, 1, 2, 3 dengan keterangan masing-masing kategori yang dapat dilakukan oleh pasien. Penilaian dilakukan pada 48 jam terakhir.

c. *Care Dependency Scale (CDS)*

Care Dependency Scale (CDS) terdiri dari 15 item pertanyaan dengan pilihan jawaban yang disajikan dengan skala likert dari 1-5. CDS telah diuji validasi dan reliabilitas di bebrbagai negara. Dijkstra, dkk. (1999) telah menguji instrumen menggunakan validitas konstruk pada pasien demensia di tiga rumah perawatan psikologis lansia. Koefisien Alfa Chronbach didapatkan

konsistensi dengan nilai 0,97 yang berarti bahwa terdapat derajat konsistensi internal yang kuat pada kedua versi instrumen. Reliabilitas instrumen dalam bahasa Jerman memiliki nilai alfa 0,94 dan 0,98 diujikan pada pasien di rumah perawatan dan panti lansia, sedangkan validitas memiliki nilai PPR yang tinggi dengan rata-rata 39,3. Instrumen dalam versi bahasa Mandarin telah memiliki validitas konstruk dengan nilai faktor $>0,40$ dan reliabilitas dengan koefisien alfa 0,95. Penelitian lain menyebutkan bahwa reliabilitas CDS dengan alfa *cronbach* sebesar 0,99 ($p < 0,001$) dan validitas konstruk dengan nilai eigen kedua faktor 8,54 dan 1,13 dalam bahasa Persia. Sedangkan dalam bahasa Polandia reliabilitas CDS memiliki koefisien alfa yang tinggi yaitu 0,95 dan validitas konstruk dengan nilai eigen 11,4 dan 0,95 (Lohrmann dkk., 2003; Bogatz dkk., 2009; Dijkstra dkk., 2010; Rajabi dkk., 2016; Zhang dkk., 2016).

2.2. Konsep Depresi pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi

Penyakit kanker berdampak serius pada psikologis seseorang. Penyakit kanker yang termasuk penyakit kronis membuat pasien merasakan sakit dan perawatan yang lama. Banyak pasien kanker yang menanggapi gejala depresi dengan diagnosis kanker dan pengobatannya yang berkepanjangan. Hal yang terpenting bukanlah jika pasien mengalami depresi, namun bagaimana pasien dapat menagani ketika depresi itu terjadi (Watson dan Kissane, 2017). Depresi adalah masalah umum di antara pasien kanker lansia. Sebuah tinjauan sistematis menemukan bahwa sekitar 15% pasien rawat inap perawatan paliatif menderita

depresi berat dan prevalensi semua gangguan penyesuaian depresi kemungkinan akan dua kali lipat dari nilai ini (Naeim dkk., 2012)

Depresi merupakan suatu keadaan mood atau perasaan yang berubah. Depresi juga digambarkan sebagai perasaan kesuraman, kekosongan, mati rasa, atau putus asa dan bisa ada pada kontinum respons emosional dari sedikit perubahan mood ke depresi berat. Depresi dapat menjadi bagian dari respon kesedihan terhadap diagnosis kanker atau pengobatan kanker dan cukup sering terjadi, dengan setidaknya satu dari empat pasien dengan kanker mengalami depresi klinis, riwayat depresi sebelum diagnosis kanker, nyeri yang tidak terkontrol, masalah nutrisi, hipertiroidisme, dan peningkatan ketidaknyamanan pada semua berkontribusi pada pengalaman depresi (Ladas dan Kelly, 2012).

Faktor yang mungkin berkontribusi pada depresi pasien, meliputi: adanya perasaan bahwa dirinya tidak berguna, kurangnya kontrol, merasa dirinya tidak normal dan berbeda dengan orang lain (Watson dan Kissane, 2017). Faktor lain yang mempengaruhi depresi meliputi, terkait penyakit (lama diagnosis, tingkat keparahan, prognosis yang buruk, dan rasa sakit), dari internal pasien itu sendiri (ketakutan akan rasa sakit, mati, kehilangan kontrol dan kemandirian, merasa tidak berdaya), penanganan (efek samping terapi, lama penanganan, perawatan berulang, mahal biaya), dan tim medis (kurangnya komunikasi dan informasi) (Widiyono dkk., 2017).

Gejala yang biasanya dialami oleh pasien kanker menurut (The American Society Cancer, 2008) seperti: suasana sedih atau merasa “kosong” hampir setiap hari atau hampir sepanjang hari, hilangnya minat atau kesenangan dalam kegiatan

yang dulunya dapat dinikmati, pola makan bermasalah (kehilangan nafsu makan atau makan berlebihan, termasuk penurunan berat badan), perubahan pada pola tidur (ketidakmampuan untuk tidur, bangun pagi, atau terlalu banyak tidur), menurunnya energi atau kelelahan hampir setiap hari, adanya perasaan bersalah, tidak berharga, dan tidak berdaya, kesulitan berkonsentrasi, mengingat, atau membuat keputusan, pikiran tentang kematian atau usaha bunuh diri atau bunuh diri, perubahan suasana hati dari depresi ke periode agitasi, perilaku gelisah atau pikiran "melambat" hampir setiap hari

Diagnosis dan klasifikasi depresi (F32) menurut PPDGJ III dapat diklasifikasikan berdasarkan gejala yang umum dan penyertanya. Gejala utama depresi yaitu adanya afek depresif, hilangnya minat dan kegembiraan serta kurangnya energi yang meningkatkan lelah sehingga aktivitas berkurang. Gejala lainnya yang dapat dirasakan yaitu kurangnya konsentrasi, perhatian, harga diri, serta kepercayaan diri. Seseorang juga lebih sering merasa bahwa dirinya tidak berguna dan merasa bersalah hingga merasa pesimis serta pandangan masa depan yang suram, tidur sering terganggu serta nafsu makan berkurang (Maslim, 2001).

Pedoman diagnosa dan klasifikasi depresi adalah sebagai berikut:

a. Depresi Ringan (F32.0)

- 1) Minimal harus terdapat 2 dari 3 gejala utama di atas ditambah minimal 2 dari gejala lainnya;
- 2) Tidak boleh ada gejala yang berat;
- 3) Durasi seluruh gejala minimal 2 minggu;
- 4) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosialnya

b. Depresi Sedang (F32.1)

- 1) Minimal harus ada 2 dari 3 gejala utama ditambah minimal 3 (disarankan 4) dari gejala lainnya;
- 2) Lama seluruh episode gejala 2 minggu
- 3) Kesulitan dihadapi saat melakukan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

c. Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

- 1) Ada 3 gejala utama ditambah minimal 4 dari gejala lainnya, dan beberapa harus berintensitas berat;
- 2) Bila ada gejala penting (agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien tidak mampu melaporkan banyak gejalanya secara rinci, maka penilaian menyeluruh masih dapat dibenarkan;
- 3) Episode depresi berlangsung sekurangnya 2 minggu, tetapi apabila beronset sangat cepat dibenarkan menegakkan diagnosis kurun waktu kurang dari 2 minggu;
- 4) Sangat mungkin pasien dapat meneruskan kegiatan sehari-harinya kecuali pada taraf terbatas;

d. Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

- 1) Episode depresi berat yang memenuhi kriteria diatas;
- 2) Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. (Maslim, 2001).

Pengukuran depresi berguna untuk mengkaji kondisi pasien untuk menentukan intervensi yang tepat. Beberapa macam alat ukur depresi telah banyak digunakan, seperti:

a. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

PHQ-9 merupakan salah satu kuisioner untuk menilai besar depresi. Tingkat PHQ untuk masing-masing dari 9 item terkandung pada Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental revisi ke-4 (DSM-IV). Setiap gejala dinilai selama 2 minggu dan masuk dalam 4 kategori keparahan berdasarkan durasi dan persistensi, yang meliputi: 0 (tidak sama sekali), 1 (gejala terjadi selama kurang dari 7 hari), 2 (gejala muncul selama lebih dari 7 hari), 3 (gejala terjadi hampir setiap hari selama paling tidak dua minggu). Rentang nilai PHQ 5 ± 9 untuk ringan, 10 ± 14 untuk moderat, 15 ± 19 untuk cukup berat, dan di atas skor 20 untuk depresi berat. Instrumen ini juga digunakan untuk menilai co-morbiditas depresi dengan penyakit kronis termasuk penyakit kanker itu Instrumen ini telah divalidasi di Ethiopia (Alemayehu dkk., 2018).

b. *the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

HADS terdiri dari 14 item pertanyaan dan terdiri dari 2 sub skala yaitu ansietas dan depresi. Setiap item terdiri dari 4 poin, dengan skor maksimalnya 21 pada kedua subskala. Skor 11-21 mengindikasikan kejadian morbiditas psikologis, 8-10 menunjukkan “ambang” depresi dan interpretasi normal pada skor 0-7 (Oliveira Miranda dkk., 2014).

c. *Beck's Depression Inventory (BDI, BDI-II)*

BDI adalah salah satu alat skrining yang paling banyak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi pada orang dewasa dan remaja di atas usia 13 (Zeltzer, 2008). Untuk setiap item, pasien diminta untuk memilih

skala poin (dari 0 hingga 3) yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka dalam 2 minggu terakhir. Skor total berkisar dari 0 hingga 63, dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan tingkat depresi yang lebih tinggi (Sacco dkk., 2016). Item yang berkaitan dengan gejala depresi seperti: keputusasaan dan iritabilitas, kognisi (seperti rasa bersalah atau perasaan dihukum) dan gejala fisik (seperti kelelahan, penurunan berat badan, dan kurangnya minat dalam seks) yang diukur selama 2 minggu terakhir (Ginting dkk., 2013; Zeltzer, 2008).

Banyak penelitian telah mendukung reliabilitas dan validitas BDI-II yang menjadikan salah satu pengukuran yang paling umum digunakan pada pasien rawat inap maupun rawat jalan. BDI-II telah diuji validitas dan reliabilitas di berbagai negara, seperti Amerika (reliabilitas dengan rentang *Alpha Cronbach* 0.72 sampai 0.91, relevansi dengan total rata-rata 2.90 sampai 4.81 (M 4.14, SD 0.64), dan spesifitas dengan total rata-rata 2.52 sampai 4.24 (M 3.51, SD 0.72)), Italia (*alpha cronbach* 0.89 dan validitas konvergen berkorelasi positif dengan CMDI ($r = 0.79$; $P < 0.001$)), Portugis (Koefisien *Alpha Cronbach* yaitu 0.91 dan konvergen validitas signifikan berkorelasi dengan CES-D versi bahasa portugis ($r = .71$, $p < .001$)). Faktor I BDI-II berkorelasi .65 dan Factor II berkorelasi .60 dengan CES-D), dan Malawi (*alpha cronbach's* 0.80 dan berkorelasi dengan CDRS-R 0.42 ($p < 0.001$)) (Osman dkk., 2004; Campos dan Goncalves, 2011; Kim dkk., 2014; Sacco dkk., 2016).

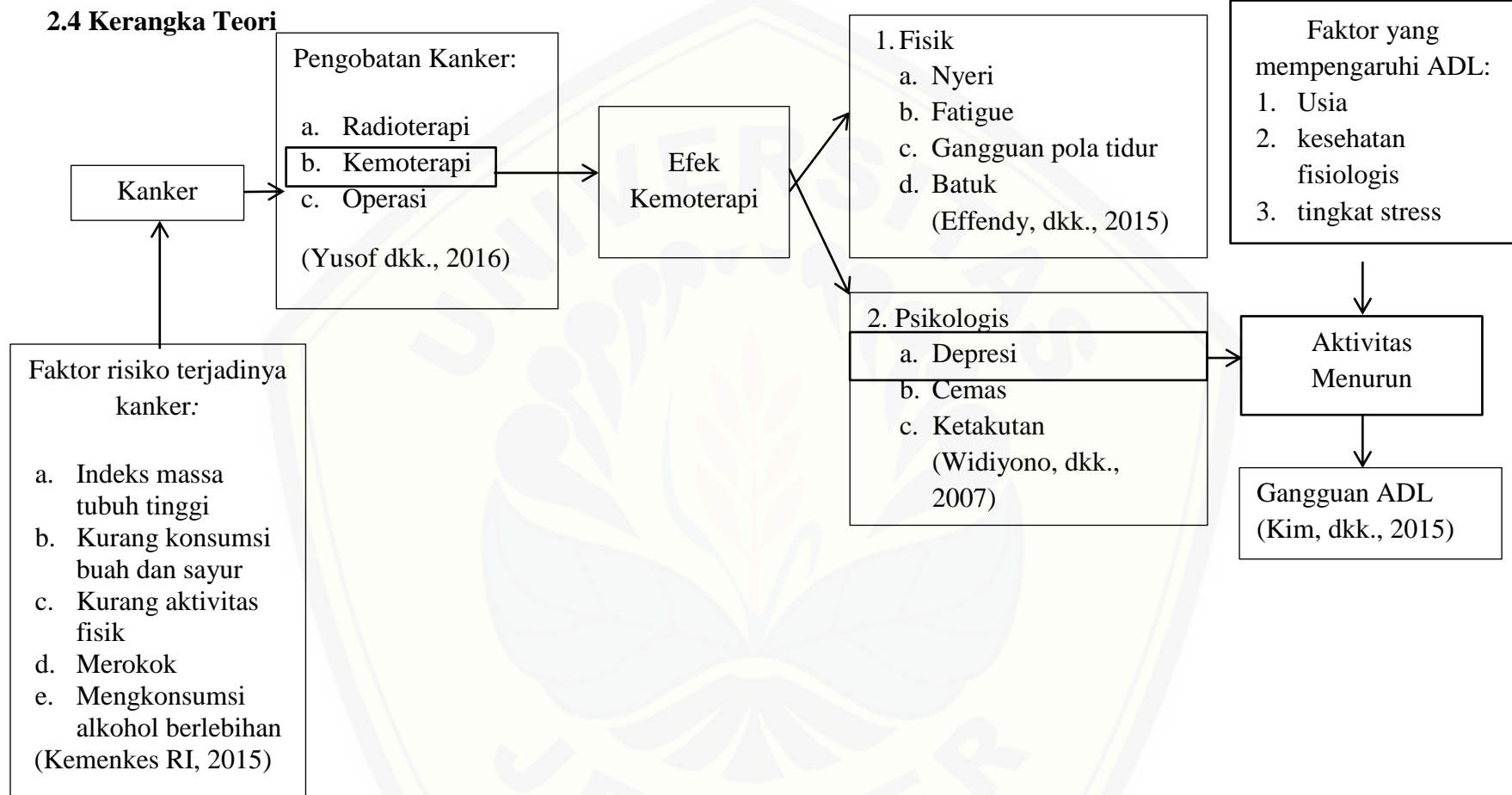
2.3. Hubungan antara Depresi dengan ADL

Depresi pada pasien kanker bukan hanya mengenai suasana hati yang sering berubah terhadap reaksi akan adanya penyakit, namun juga respon terhadap perasaan (Watson dan Kissane, 2017). Perasaan sedih atau kesedihan yang bertahan minimal dua minggu dan terjadi hampir setiap hari untuk waktu yang lama atau hingga mengganggu kegiatan sehari-hari, maka evaluasi lebih lanjut sering diperlukan (Ladas dan Kelly, 2012).

Stres yang muncul dapat mengakibatkan terjadinya mekanisme neuroendokrin dan neurotransmitter. Pelepasan neurotransmitter (termasuk serotonin), kumpulan metabolit monoamin (termasuk serotonin dan noradrenalin) yang terdapat pada cairan serebrospinal, faktor pengaktifan platelet dan oksida nitrat yang terlibat dalam patogenesis depresi ini memiliki dampak signifikan pada kesehatan pasien kanker (Katona dkk., 2012; Kim dkk., 2015; Watson dan Kissane, 2017). Stres yang berkepanjangan dapat membuat kadar kortisol meningkat sehingga dapat mengakibatkan penurunan mood melalui mekanisme penurunan ekspresi neurotropin, yang berperan penting dalam pertumbuhan neuron (Katona dkk., 2012).

Menurut Kissane dkk., (2011) depresi dapat diakibatkan oleh aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) yang terlalu aktif, seperti yang terjadi sebagai respons terhadap stres. Peningkatan kortisol, yang mungkin terjadi dengan pembesaran kelenjar pituitari dan adrenal telah dikaitkan dengan depresinya. Sekresi hormon CRH yang berlebihan dari hipotalamus dapat menimbulkan gejala depresi tersebut.

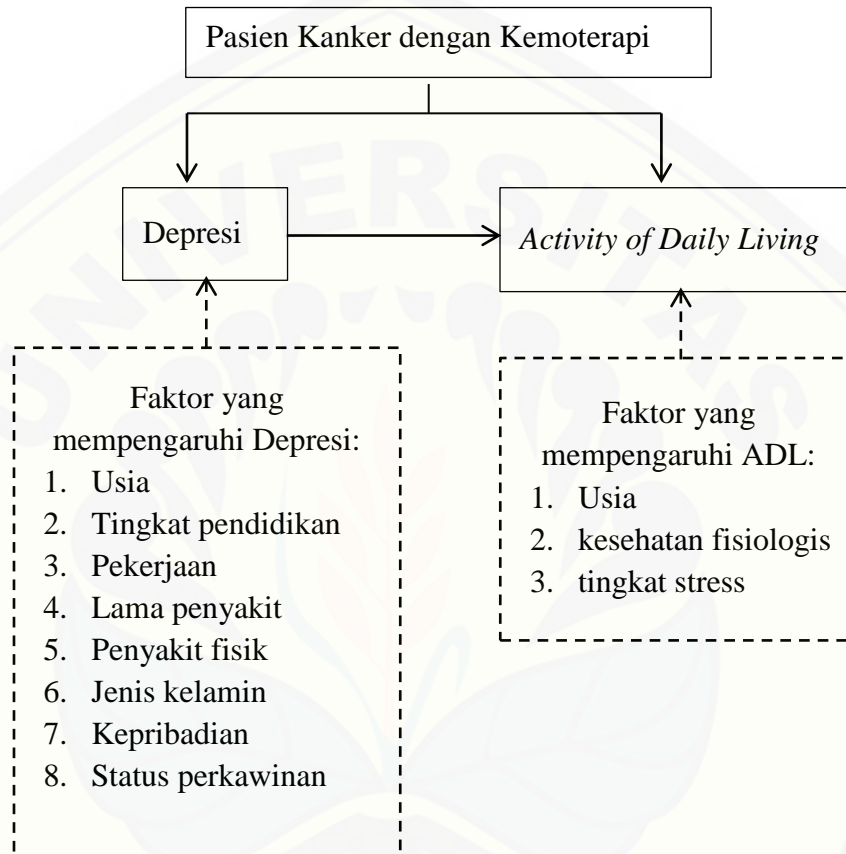
Gejala depresi yang sering diasosiasikan dengan kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari (Ladas dan Kelly, 2012). Hal ini didukung oleh penelitian Nauli dkk. (2014) yang menyebutkan bahwa lansia yang mengalami depresi akan kesulitan dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya. Nakamura dkk. (2017) juga mengemukakan bahwa gejala depresi dapat mengakibatkan ketergantungan dalam pemenuhan ADL. Sayangnya, depresi sering dibayangi oleh keluhan fisik lainnya. Depresi dilaporkan lebih jarang daripada rasa sakit dan kelelahan ketika pasien ditanya tentang gejala umum. Hal ini menjadi sangat membingungkan dengan pasien kanker, karena banyak gejala biologis dari depresi akibat konsekuensi dari kanker dan perawatannya seperti kelelahan, ketidakberdayaan, perubahan berat badan, dan kehilangan nafsu makan (Naeim dkk., 2012).



Gambar 2.1. Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



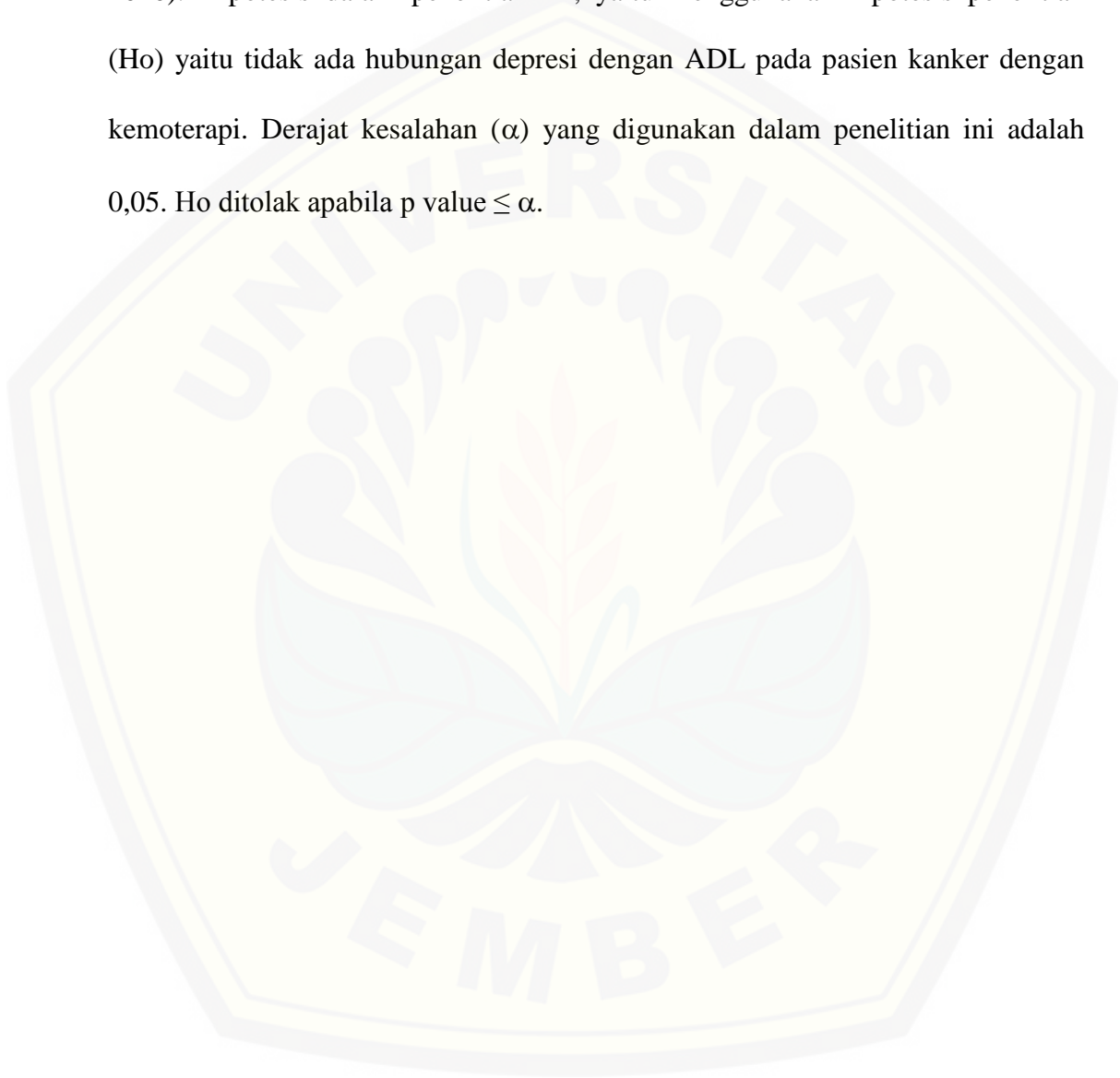
: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang diperlukan untuk memandu jalannya penelitian sehingga mencapai tujuan yang diharapkan (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini, yaitu menggunakan hipotesis penelitian (H_0) yaitu tidak ada hubungan depresi dengan ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi. Derajat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H_0 ditolak apabila $p \text{ value} \leq \alpha$.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang dirancang guna mendapatkan jawaban dari pertanyaan dalam penelitian ini (Setiadi, 2007). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian korelasional merupakan penelitian yang mengkaji keterkaitan antar dua variabel (Nursalam, 2017). Pendekatan *cross sectional* adalah penelitian dengan menguji variabel bebas dan terikat dalam satu waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini dilakukan analisis hubungan depresi dengan ADL pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi menjelaskan secara spesifik mengenai kelompok yang menjadi target penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah pasien kanker yang terdaftar menjalani kemoterapi di Ruang Flamboyan RS Tingkat III Baladhika Husada Jember.

4.2.2 Sampel penelitian

Sampel merupakan sebagian dari karakteristik obyek penelitian yang dianggap telah mewakili populasi (Setiadi, 2007; Sugiyono, 2016). Besaran sampel pada penelitian ini dihitung dengan power analisis menggunakan aplikasi G*Power 3.1.9.2. Berdasarkan perhitungan perhitungan sampel menggunakan G*Power 3.1.9.2 dengan menggunakan $\alpha = 0.05$, $power (1-\beta) = 0.8$, dan $effect size (\gamma) = 0.3$

(*medium*) didapatkan jumlah sampel 84 responden. Untuk mengatasi *drop out* maka peneliti menambah sampel menjadi 10% yaitu 9 orang, sehingga total akhir sampel yaitu 93 responden.

4.2.3 Teknik sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses dalam menentukan sampel yang dipilih (Setiadi, 2007; Sugiyono, 2016). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* merupakan cara yang digunakan dalam memilih sampel berdasarkan urutan dan penetapan subjek yang sesuai untuk diikutsertakan dalam penelitian dalam kurun waktu tertentu (Polit dan Beck, 2010; Nursalam, 2017). Pada penelitian ini pengambilan sampel pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RS Baladhika Husada Jember pada bulan November 2018.

4.2.4 Kriteria sampel penelitian

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti dalam mengurangi bias dari hasil penelitian. Kriteria sampel dapat dibagi menjadi 2 bagian (Notoatmodjo, 2010), ialah:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang harus dipenuhi oleh setiap populasi yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi penelitian ini adalah:

- 1) Pasien sedang menjalani kemoterapi, minimal pada kunjungan kedua;
- 2) Usia \geq 18 tahun;

b. Kriteria eksklusi

Kriteri eksklusi adalah karakteristik populasi yang tidak memenuhi kriteria inklusi yang tidak dapat dijadikan sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang memiliki keterbatasan fisik yaitu tunarungu, tunawicara dan tunanetra;
- 2) Pasien yang mengundurkan diri dari penelitian;
- 3) Pasien dengan komplikasi penyakit kronis lain seperti; diabetes miletus dan jantung.
- 4) Pasien dengan penurunan kesadaran.

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di ruang Flamboyan RS Tingkat III Baladhika Husada Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah dari bulan Agustus – Januari 2018 yang dihitung dari pembuatan proposal sampai dengan publikasi hasil penelitian. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan November 2018.

Tabel 4.1 Waktu Penelitian

Kegiatan	Agustus		September				Oktober				November				Desember				Januari					
	Minggu ke-																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan judul				■																				
Penyusunan proposal				■	■	■	■	■	■															
Seminar proposal																								
Pengambilan data																								
Penyusunan laporan																								
Sidang hasil																								
Revisi hasil laporan																								
Publikasi ilmiah																								

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan variabel dan istilah yang digunakan untuk mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2007). Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu depresi dan ADL. Penjelasan definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut.

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Independen: Depresi	Penurunan kondisi emosional kanker penyakitnya sehingga menyebabkan sedih dan yang berlebihan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan 2. Pesimis 3. Kegagalan masa lalu 4. Kehilangan gairah 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Tidak menyukai diri sendiri 8. Mengkritik diri sendiri 9. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri 10. Menangis 11. Gelisah 12. Kehilangan minat 13. Sulit mengambil keputusan 14. Merasa tidak layak 15. Kehilangan tenaga (semangat) 16. Perubahan pola tidur 17. Mudah marah 18. Perubahan selera makan 19. Sulit berkonsentrasi 20. Capek atau Kelelahan 21. Kehilangan gairah seksual 	Kuisisioner <i>Beck's Depression Inventory-II</i>	Interval	Nilai minimal:0 Nilai maksimal:63

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Dependen: <i>Activity of Daily Living</i>	Kegiatan hidup sehari-hari yang mengacu pada kegiatan penting seorang individu untuh memenuhi kebutuhan hidupnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makan dan minum 2. Kontinensia 3. Postur tubuh 4. Mobilitas 5. Pola siang atau malam 6. Memakai dan melepaskan pakaian 7. Suhu tubuh 8. Hygiene 9. Menghindari bahaya 10. Komunikasi 11. Kontak dengan orang lain 12. Aturan dan nilai norma 13. Aktivitas sehari-hari 14. Aktivitas rekreasi 15. Kemampuan belajar 	Kuisisioner <i>Care Dependecy Scale</i>	Interval	Nilai minimal:15 Nilai maksimal:75

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan data sekunder. Sumber data primer merupakan data yang diperoleh dari responden, sedangkan data sekunder didapatkan dari pihak lain (Notoatmodjo, 2010; Sugiyono, 2016). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil kuisisioner *Beck's Depression Inventory-II* dan *Care Dependency Scale* yang didukung oleh data karakteristik pasien seperti nama, usia, agama, jenis kelamin, pekerjaan, status menikah, pendidikan, pekerjaan, penghasilan per-bulan, sumber pendanaan pengobatan, riwayat pengobatan, dan durasi pengobatan. Data sekunder dari penelitian ini adalah jenis kanker, IMT dan frekuensi kemoterapi.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang digunakan peneliti dalam proses untuk mendapatkan data sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017), dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian dari pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M). Setelah mendapatkan izin dari LP2M, peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Izin dari Direktur Rumah Sakit Baladhika Husada Jember kemudin diteruskan kepada kepala ruang Flamboyan. Setelah mendapatkan izin, peneliti menjelaskan maksud, tujuan dan prosedur penelitian kepada kepala ruang.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Peneliti mengurutkan responden penelitian sesuai dengan kedatangan dan menentukan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 2) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta hak untuk menolak keikutsertaan dalam penelitian kepada responden.
- 3) Peneliti memberikan surat persetujuan (*informed consent*) untuk bersedia terlibat sebagai responden dalam penelitian.
- 4) Peneliti memberikan kesempatan responden untuk bertanya hal-hal yang kurang dimengerti.
- 5) Peneliti memberikan lembar karakteristik responden, kuisioner *Beck's Depression Inventory-II* dan *Care Dependency Scale* dengan tujuan untuk mengisi kuisioner dalam durasi \pm 15-30 menit serta menjelaskan cara pengisian kuisioner serta memberitahukan bahwa responden dapat bertanya apabila terdapat pertanyaan atau pernyataan yang belum dimengerti,
- 6) Peneliti memeriksa kembali identitas dan jawaban kuisioner yang telah diisi, jika masih ada yang belum lengkap, maka peneliti meminta kepada responden untuk melengkapinya.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian (Notoatmodjo, 2010). Alat pengumpulan data yaitu menggunakan kuisioner *Beck's Depression Inventory-II* dan *Care Dependency Scale* yang diisi oleh responden.

a. *Beck's Depression Inventory-II* (BDI-II)

Kuisisioner BDI-II terdiri dari 21 indikator dengan pilihan pernyataan dari angka 0-3. 2 dari 21 pernyataan berdasarkan faktor kognitif dan somatik dan terdapat spesifikasi lebih detail terhadap kondisi yang mungkin dialami responden yang dibagi menggunakan nomor a dan b. Responden diarahkan untuk memilih salah satu pernyataan dari setiap indikator yang mewakili perasaan/hal yang dialami oleh responden selama 2 minggu terakhir.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuisisioner *Beck Depression Scale-II*

No	Indikator	Faktor	Nomor Item
1.	Kesedihan	Kognitif	1
2.	Pesimis	Kognitif	2
3.	Kegagalan masa lalu	Kognitif	3
4.	Kehilangan gairah	Somatik	4
5.	Perasaan bersalah	Kognitif	5
6.	Perasaan dihukum	Kognitif	6
7.	Tidak menyukai diri sendiri	Kognitif	7
8.	Mengkritik diri sendiri	Kognitif	8
9.	Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri	Kognitif	9
10.	Menangis	Somatik	10
11.	Gelisah	Kognitif	11
12.	Kehilangan minat	Somatik	12
13.	Sulit mengambil keputusan	Somatik	13
14.	Merasa tidak layak	Somatik	14
15.	Kehilangan tenaga (semangat)	Somatik	15
16.	Perubahan pola tidur	Somatik	16
17.	Mudah marah	Somatik	17
18.	Perubahan selera makan	Somatik	18
19.	Sulit berkonsentrasi	Somatik	19
20.	Capek atau Kelelahan	Somatik	20
21.	Kehilangan gairah seksual	Somatik	21
Total			21

b. *Care Dependency Scale (CDS)*

Kuisisioner CDS ini terdiri dari terdiri dari 15 item pertanyaan. Dalam kuisisioner ini setiap pertanyaan memiliki 5 pilihan jawaban dengan kategori sebagai berikut:

1 = sepenuhnya tergantung

2 = sangat tergantung

3 = sebagian tergantung

4 = agak mandiri

5 = mandiri

Skor total CDS merupakan penjumlahan jawaban pasien di setiap pertanyaan.

Tabel 4.4 *Blue Print* Kuisisioner *Care Dependency Scale*

No	Indikator	Nomor Item
1.	Makan dan minum	1
2.	Kontinensia	2
3.	Postur tubuh	3
4.	Mobilitas	4
5.	Pola siang atau malam	5
6.	Memakai dan melepaskan pakaian	6
7.	Suhu tubuh	7
8.	Hygiene	8
9.	Menghindari bahaya	9
10.	Komunikasi	10
11.	Kontak dengan orang lain	11
12.	Aturan dan nilai norma	12
13.	Aktivitas sehari-hari	13
14.	Aktivitas rekreasi	14
15.	Kemampuan belajar	15
Total		15

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Hal yang sangat berpengaruh terhadap keabsahan dan kelayakan instrumen yaitu adanya uji validitas dan reliabilitas. Validitas menunjukkan bahwa

instrumen tersebut merupakan alat yang tepat untuk mengukur apa yang akan diukur. Reliabilitas instrumen menunjukkan sejauh mana alat tersebut dapat dipercaya dan dapat diandalkan serta menghasilkan data yang sama ketika telah digunakan berkali-kali (Notoatmodjo, 2010; Sugiyono, 2016)

Beck's Depression Inventory-II menunjukkan nilai validitas konstruk yang signifikan berkorelasi positif dengan DS14 dan BAI ($r = 0.52, p < 0.01$; $r = 0.52, p < 0.01$) dan reliabilitas dengan *alpha cronbach* sebesar 0.90 dari total 21 item pertanyaan (Ginting dkk., 2013).

Kuisisioner Care Dependency Scale juga telah diuji validitas dan reliabilitas. Sebagian besar ahli Indonesia (91,8%) memberi peringkat kuisisioner *Care Dependency Scale* (CDS) Versi Indonesia dengan kata “baik” pada kejelasan kata-kata dengan indeks validitas konten dari kuisisioner berkisar 0,50 hingga 1,00. Kategori PrU menunjukkan nilai reliabilitas interrater dari $J = 0,92$ (95% interval kepercayaan [CI], 0,87Y 0,97) (Amir dkk., 2014).

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan hasil dari kuisisioner atau pengamatan dari responden yang dilakukan penyuntingan terlebih dahulu. Apabila terdapat data yang tidak lengkap dan tidak memungkinkan untuk dilakukan pengisian ulang oleh responden, maka data tersebut tidak diolah atau masuk dalam pengolahan “*data missing*” (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini *editing* dilakukan sebelum peneliti meninggalkan pasien sehingga jika ada

kuesioner yang belum diisi, peneliti dapat mengembalikan langsung kepada pasien untuk dilengkapi.

4.7.2 Coding

Coding merupakan cara memberikan kode dari jawaban atau data responden kedalam kategori tertentu. Kegiatan untuk merubah data huruf menjadi data angka bertujuan untuk mempermudah dalam menganalisa (Notoatmodjo, 2010). Kode pada penelitian ini adalah:

a. Jenis kelamin

Perempuan diberi kode 1

Laki-laki diberi kode 2

b. Agama

Islam diberi kode 1

Kristen diberi kode 2

Hindu diberi kode 3

Katolik diberi kode 4

Budha diberi kode 5

Konghucu diberi kode 6

c. Status Pernikahan

Kawin diberi kode 1

Belum Kawin diberi kode 2

Cerai Hidup diberi kode 3

Cerai Mati diberi kode 4

d. Pendidikan

Tidak Sekolah	diberi kode 1
SD Sederajat	diberi kode 2
SMP Sederajat	diberi kode 3
SLTA Sederajat	diberi kode 4
Diploma atau lebih tinggi	diberi kode 5

e. Riwayat Pekerjaan

Tidak Bekerja	diberi kode 1
Pensiunan	diberi kode 2
Swasta	diberi kode 3
PNS/TNI/Polri	diberi kode 4
Petani	diberi kode 5

f. Pendapatan per-bulan

\leq Rp. 1.900.000,00	diberi kode 1
$>$ Rp. 1.900.000,00	diberi kode 2

g. Sumber Pendanaan

BPJS PBI	diberi kode 1
BPJS Non-PBI	diberi kode 2
Asuransi Lain	diberi kode 3
Non BPJS/ Non Asuransi	diberi kode 4

h. Riwayat Pengobatan

Kemoterapi	diberi kode 1
Operasi	diberi kode 2

Radioterapi	diberi kode 3
Kemoterapi dan Operasi	diberi kode 4
i. Durasi Pengobatan	
Kurang dari 2 tahun	diberi kode 1
Lebih dari 2 tahun	diberi kode 2
j. Jenis Kanker	
Kanker Payudara	diberi kode 1
Kanker Prostat	diberi kode 2
Kanker Nasofaring	diberi kode 3
Kanker Paru-paru	diberi kode 4
Kanker lainnya	diberi kode 5

4.7.3 Entry data

Entry data merupakan proses memasukan data kedalam tabel yang dilakukan menggunakan program yang ada pada komputer (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini jumlah data yang akan di *entry* adalah data dari 93 sampel yang terdiri dari data karakteristik dan data yang berasal dari kuesioner BDI II dan CDS.

4.7.4 Cleaning

Cleaning merupakan pemeriksaan data, yaitu mengecek variabel apakah data sudah benar atau belum. Data yang sudah dimasukkan kemudian diperiksa ulang pada beberapa sampel dari kemungkinan data yang belum di masukkan (*entry*). Hasil *cleaning* yang diperoleh harus dipastikan bahwa tidak ada kesalahan sehingga data tersebut dapat digunakan (Notoatmodjo,

2010). Penelitian ini, peneliti memeriksa kembali data yang akan di masukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan data dan kelengkapan data.

4.8 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat pada data karakteristik responden. Data karakteristik kategorik yang meliputi agama, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan per-bulan, sumber pendanaan pengobatan riwayat pengobatan, durasi pengobatan dan jenis kanker dimunculkan dalam bentuk proporsi. Data numerik yang meliputi umur, frekuensi kemoterapi IMT, depresi, dan ADL apabila berdistribusi normal akan disajikan dalam mean dan standar deviasi, jika tidak maka disajikan dalam bentuk median, nilai maksimal dan nilai minimal. Analisa bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan depresi dengan ADL. Sebelum itu, peneliti melakukan uji normalitas menggunakan uji *kolmogorov-smirnov* karena sampel berjumlah 93. Data Usia dan IMT dinyatakan normal karena $p > 0,05$. Data frekuensi kemoterapi, depresi dan CDS tidak berdistribusi normal karena memiliki nilai $p < 0,05$. Kemudian peneliti melakukan transformasi data ke Ln, Log, Lag, Z. namun hasil uji normalitas yang didapatkan data tetap berdistribusi tidak normal. Sehingga uji korelasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *spearman correlation*.

Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas Data

No	Variabel	p value	Interpretasi
1.	Depresi	0,002	Distribusi tidak normal
2.	<i>Activity of daily living</i>	<0,001	Distribusi tidak normal
3.	Usia	0,200	Distribusi normal

Tabel 4.5 Lanjutan

No	Variabel	p value	Interpretasi
4.	IMT	0,200	Distribusi normal
5.	Frekuensi Kemoterapi	<0,001	Distribusi tidak normal

Sumber: Data Primer November 2018

Hasil uji dari uji bivariat jika nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak atau ada hubungan antar kedua variabel dan jika nilai $p > 0,05$ maka H_0 gagal ditolak atau tidak ada hubungan antar kedua variabel. Hal lainnya yang harus dilihat adalah nilai kekuatan korelasi dan arah korelasi.

Tabel 4.6 Panduan interpretasi uji hipotesis korelatif

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1	Kekuatan korelasi secara statistik	0,0-<0,2	Sangat lemah
		0,2-<0,4	Lemah
		0,4-<0,6	Sedang
		0,6-<0,8	Kuat
		0,8-1,00	Sangat kuat
2	Arah korelasi	Positif	Semakin tinggi variabel depresi semakin tinggi variabel ADL
		Negatif	Semakin tinggi variabel depresi semakin rendah variable ADL

Sumber: (Dahlan, 2014)

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian perlu diperhatikan oleh peneliti untuk menghargai dan tidak melanggar hak otonomi manusia secara disengaja (Nursalam, 2015).

4.9.1. Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap responden berhak untuk meminta diharasiakan data dirinya serta peneliti tidak diperkenankan untuk menyebarkan informasi kepada pihak yang tidak terlibat dalam penelitian (Nursalam, 2017). Peneliti

menulis nama responden menggunakan inisial atau huruf depan (*anonymity*) untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

4.9.2. Prinsip Menghargai Hak Manusia

Setiap responden memiliki hak untuk ikut serta atau menolak untuk menjadi responden penelitian. Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada pasien sebelum melakukan penelitian. Pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi secara keseluruhan terhadap maksud dan tujuan penelitian serta berhak menolak untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian (Nursalam, 2017). Peneliti menjelaskan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian kepada pasien kanker yang tertulis pada lembar *informed* untuk selanjutnya diberi kesempatan untuk memutuskan bersedia atau menolak menjadi responden penelitian dengan mengisi lembar *concent*.

4.9.3. Prinsip Keadilan

Setiap responden harus diperlakukan adil selama proses penelitian tanpa ada diskriminasi (Nursalam, 2017). Penelitian memperlakukan responden sama tanpa membedakan baik dari segi suku, agama, rasnya.

4.9.4. Prinsip Kemanfaatan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan, dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan, dan diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun kepada responden (Nursalam, 2015).

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada pasien kanker dengan kemoterapi RS Tingkat III Baladhika Husada Jember adalah sebagai berikut.

- a. Berdasarkan karakteristik responden didapatkan hasil bahwa usia responden responden rata-rata yaitu 51 tahun, rata-rata IMT pasien yaitu 23,11 dan responden menjalankan kemoterapi pada 2-18 kali. Penelitian menunjukkan bahwa 79,6% responden berjenis kelamin perempuan dengan sebagian besar responden berstatus kawin, agama yang dianut mayoritas agama islam dengan tingkat pendidikan SD/ sederajat, pekerjaan responden sebagian besar adalah swasta dengan pendapatan perbulan \leq Rp. 1.900.000,-. Responden mayoritas menggunakan BPJS non PBI sebagai pendanaan dalam pengobatan, riwayat pengobatan mayoritas dengan kemoterapi, namun tidak berbeda jauh dengan riwayat pengobatan yang telah menjalani kemoterapi dan operasi, serta durasi pengobatan yang dilakukan sebagian besar kurang dari 2 tahun, serta jenis kanker yang paling banyak adalah kanker payudara.
- b. Nilai depresi pada pasien kanker dengan kemoterapi dengan nilai median 9 yang terbagi dalam rentang nilai minimal 1 hingga maksimal 26.
- c. Nilai ADL pada pasien kanker dengan kemoterapi dengan nilai median 72 yang tersebar dalam rentang nilai minimal 18 hingga nilai maksimal pada pasien yaitu 75.

- d. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan depresi dan *Activity of Daily Living* (ADL) pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS tingkat III Baladhika Husada Jember. Semakin tinggi nilai depresi semakin rendah nilai ADL yang dapat dipenuhi.

6.2 Saran

6.2.1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti secara longitudinal terhadap depresi dan ADL pada pasien kanker dan meneliti intervensi yang dapat mengatasi depresi pada pasien kanker dengan kemoterapi.

6.2.2. Bagi Pasien Kanker dan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu untuk pasien kanker maupun keluarga dan masyarakat untuk mengenali serta mencegah depresi pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi

6.2.3. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dapat melakukan deteksi dini terhadap depresi, salah satunya dengan pengisian kuisioner depresi dan ADL yaitu *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) dan *Care Dependency Scale* pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Peran perawat dalam mengkaji permasalahan psikologis pasien diharapkan dapat memperbaiki pemenuhan ADL pasien kanker.

6.2.4. Bagi Institusi Kesehatan

Rumah sakit diharapkan dapat memfasilitasi pembentukan kelompok antar pasien kanker yang menjalani kemoterapi antar pasien dapat saling

mendukung sehingga dapat mengurangi depresi dalam kegiatan berbagi pengalaman dan informasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Afida, R. I. N. 2018. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat Iii Baladhika Husada Jember
- Alemayehu, M., N. Deyessa, G. Medihin, dan A. Fekadu. 2018. A descriptive analysis of depression and pain complaints among patients with cancer in a low income country. *PLoS ONE*. 13(3):1–14.
- Amir, Y., J. Kottner, J. M. G. A. Schols, C. Lohrmann, dan R. J. G. Halfens. 2014. Psychometric properties of the dutch national prevalence measurement of care problems used to measure quality of pressure ulcer care in indonesian hospitals. *Advances in Skin and Wound Care*. 27(8):363–370.
- Boggatz, T., T. Farid, A. Mohammedin, A. Dijkstra, C. Lohrmann, dan T. Dassen. 2009. Psychometric properties of the extended care dependency scale for older persons in egypt. *Journal of Clinical Nursing*. 18(23):3280–3289.
- Bower, J. E., P. A. Ganz, M. R. Irwin, L. Kwan, E. C. Breen, dan S. W. Cole. 2011. Inflammation and behavioral symptoms after breast cancer treatment: do fatigue, depression, and sleep disturbance share a common underlying mechanism? *Journal of Clinical Oncology*. 29(26):3517–3522.
- Campos, R. C. dan B. Gonçalves. 2011. The portuguese version of the beck depression inventory-ii (bdi-ii) preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*. 27(4):258–264.
- Dahlan, M. S. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dewi, M. 2017. Sebaran kanker di indonesia, riset kesehatan dasar 2007. *Indonesian Journal of Cancer*. 11(1):1–8.
- Dijkstra, A. 1999. Construct validity of the nursing care dependency scale. *Journal of Clinical Nursing*. 8(4):380–388.
- Dijkstra, A., G. Hakverdioğlu, M. Muszalik, R. Andela, E. A. Korhan, dan K. Kędziora-kornatowska. 2015. Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients : an international comparison. 193–200.

- Dijkstra, A., M. Muszalik, K. KeDziora-Kornatowska, dan T. Kornatowski. 2010. Care dependency scale - psychometric testing of the polish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(SUPPL. 1):62–66.
- Dinkes Jember. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2015*. Jember
- Ediawati, E. 2012. Gambaran Tingkat Kemandirian Dalam Activity Of Daily Living (Adl) Dan Resiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Dan 03 Jakarta Timur. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia.
- Effendy, C., K. Vissers, B. H. P. Osse, S. Tejawinata, M. Vernooij-Dassen, dan Y. Engels. 2014. Comparison of problems and unmet needs of patients with advanced cancer in a european country and an asian country. *Pain Practice*. 15(5):433–440.
- Fanani, K., Kushariyadi, dan Murtaqib. 2016. Hubungan kadar haemoglobin (hb) dengan activity daily living (adl) pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa reguler di rs jember klinik kabupaten jember. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*
- Ferlay, J., I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D. M. Parkin, D. Forman, dan F. Bray. 2015. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in globocan 2012. *International Journal of Cancer*. 136(5):E359–E386.
- Ghaffari, A., M. Akbarfahimi, dan B. Forough. 2017. A comparison of the relation of depression, and cognitive, motor and functional deficits in chronic stroke patients: a pilot study. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*. 5(4):1.
- Ghozali, A. M., A. Azza, dan Y. Suryaningsih. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Yang Menjalani Kemoterapi Di Rs Baladhika Husada Jember. Jember: Universitas Muhammadiyah Jember.
- Ginting, H., G. Näring, W. M. Van Der Veld, W. Srisayekti, dan E. S. Becker. 2013. Validating the beck depression inventory-ii in indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 13(3):235–242.
- Hananta, L., S. Benita, J. Barus, dan F. Halim. 2014. Gangguan tidur pada pasien kanker payudara di rumah sakit dharmais jakarta. *Damianus Journal of Medicine*. 13(2):84–94.

- Hariroh, N., Khairina, dan H. Ishardyanto. 2017. Hubungan antara tingkat gejala depresi dengan stadium kanker payudara di poli onkologi satu atap (posa) rsud dr. soetomo, surabaya. *Indonesian Journal of Cancer*. 11(1):9–13.
- Hsiao, F. H., K. J. Chang, W. H. Kuo, C. S. Huang, Y. F. Liu, Y. M. Lai, G. M. Jow, R. T. H. Ho, S. M. Ng, dan C. L. W. Chan. 2013. A longitudinal study of cortisol responses, sleep problems, and psychological well-being as the predictors of changes in depressive symptoms among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*. 38(3):356–366.
- Katona, C., C. Cooper, dan M. Robertson. 2012. *At a Glance Psikiatri*. Edisi Edisi Keem. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2015. *Data and Health Information of Cancer Situation*
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018*
- Kenis, C., L. Decoster, J. Bastin, H. Bode, K. Van Puyvelde, J. De Grève, G. Conings, K. Fagard, J. Flamaing, K. Milisen, J. P. Lobelle, dan H. Wildiers. 2017. Functional decline in older patients with cancer receiving chemotherapy: a multicenter prospective study. *Journal of Geriatric Oncology*. 8(3):196–205.
- Khalil, A., M. Faheem, A. Fahim, H. Innocent, Z. Mansoor, S. Rizvi, dan H. Farrukh. 2016. Prevalence of depression and anxiety amongst cancer patients in a hospital setting: a cross-sectional study. *Psychiatry Journal*. 6.
- Kim, K. Y., S. H. Lee, J. H. Kim, dan P. J. Oh. 2015. Disturbance in adl from chemotherapy-induced peripheral neuropathy and quality of life in cancer patients: the mediating effect of psychological distress. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 45(5):661.
- Kim, M. H., A. C. Mazenga, A. Devandra, S. Ahmed, P. N. Kazembe, X. Yu, C. Nguyen, dan C. Sharp. 2014. Prevalence of depression and validation of the beck depression inventory-ii and the children's depression inventory-short amongst hiv-positive adolescents in malawi. *Journal of the International AIDS Society*. 17:1–8.
- Kissane, D. W., M. Maj, dan N. Sartorius. 2011. *Depression and Cancer*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladas, E. J. dan K. Kelly. 2012. *Integrative Strategies for Cancer Patients: A*

Practical Resource for Managing the Side Effects of Cancer Theraphy. World Scientific Publishing.Co.

- Lawrence, B. J., N. Gasson, R. Kane, R. S. Bucks, dan A. M. Loftus. 2014. Activities of daily living, depression, and quality of life in parkinson's disease. *PLoS ONE*. 9(7):1–5.
- Loh, K. P., J. Zittel, S. Kadambi, C. Pandya, H. Xu, M. Flannery, A. Magnuson, J. Bautista, C. McHugh, K. Mustian, W. Dale, P. Duberstein, dan S. G. Mohile. 2018. Elucidating the associations between sleep disturbance and depression, fatigue, and pain in older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 9(5):464–468.
- Lohrmann, C., A. Dijkstra, dan T. Dassen. 2003. Care dependency: testing the german version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17(1):51–56.
- Marlita, L., R. Saputra, dan M. Yamin. 2018. Kemandirian lansia dalam melakukan activity daily living (adl) di upt pstw khusnul khotimah. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*. 1(2):64–68.
- Maslim, R. 2001. *Buku Saku: Diagnosis Gangguan Jiwa*. Jakarta: Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.
- Melia, E. K. A., I. D. P. G. Putrayasa, dan A. Aziz. 2013. Hubungan antara frekuensi kemoterapi dengan status fungsional pasien kanker yang menjalani kemoterapi di rsup sanglah denpasar. *COPING (Community of Publishing in Nursing)*. 1(1)
- Murtiyani, N., A. Hartono, H. Suidah, N. Putri Pangertika, A. Keperawatan Dian Husada, P. Ilmu Keperawatan, S. Bahkti Husada Mulia hartonoaris, Y. Akademi Keperawatan Dian Husada suidahhartin, Y. Prodi Ilmu Keperawatan, dan S. Dian Husada. 2017. Fungsi Kognitif Dengan Activities of Daily Living (ADL) Pada Lansia (Kognitif Function with Activites of Daily Living (ADL) in the Elderly). *Prosiding Seminar Nasional*. 2017. 235–248.
- Naeim, A., D. Reuben, dan P. Ganz. 2012. *Management of Cancer in the Older Patient*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Nakamura, T., T. Michikawa, H. Imamura, T. Takebayashi, dan Y. Nishiwaki. 2017. Relationship between depressive symptoms and activity of daily living

dependence in older japanese: the kurabuchi study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 65(12):2639–2645.

National Cancer Institute. 2018. Cancer Statistics. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics> [Diakses pada October 18, 2018].

National Cancer Institute. 2011. Understanding Chemotherapy. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Accelerating+HPV+Vaccine+Uptake++Urgency+for+Action+to+Prevent+Cancer#0>

Nauli, F. A., E. Yuliatrini, dan R. Savita. 2014. Hubungan tingkat depresi dengan tingkat kemandirian dalam aktifitas sehari-hari pada lansia di wilayah kerja puskesmas tembilahan hulu. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 2(1):17–23.

Neo, J., L. Fettes, W. Gao, I. J. Higginson, dan M. Maddocks. 2017. Disability in activities of daily living among adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*. 61:94–106.

Ningtiyas, I. F. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Activity Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Universitas Lampung.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugraha, S. dan R. M. Melati. 2016. Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh*. 1–6.

Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.

Oliveira Miranda, D., T. A. Soares de Lima, L. Ribeiro Azevedo, O. Feres, J. J. Ribeiro da Rocha, dan G. Pereira-da-Silva. 2014. Proinflammatory cytokines correlate with depression and anxiety in colorectal cancer patients. *BioMed Research International*. 2014:739650.

- Osman, A., B. A. Kopper, F. Barrios, P. M. Gutierrez, dan C. L. Bagge. 2004. Reliability and validity of the beck depression inventory--ii with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*. 16(2):120–132.
- Pergolotti, M., A. M. Deal, G. R. Williams, A. L. Bryant, B. B. Reeve, dan H. B. Muss. 2015. A randomized controlled trial of outpatient cancer rehabilitation for older adults: the care program. *Contemporary Clinical Trials*. 44:89–94.
- Polit, D. F. dan C. T. Beck. 2010. *Essentials of Nursing Research*. Edisi 7th. China: Wolter Kluwer.
- Ponticelli, E., M. Clari, S. Frigerio, A. De Clemente, I. Bergese, E. Scavino, A. Bernardini, dan C. Sacerdote. 2017. Dysgeusia and health-related quality of life of cancer patients receiving chemotherapy: a cross-sectional study. *European Journal of Cancer Care*. 26(2):1–7.
- Rajabi, G., M. Namadmalan, A. Dijkstra, R. Ghasemzade, M. Foroughan, dan S. Zahednejad. 2016. Psychometric properties of the persian version of care dependency scale in nursing homes. *Rehabilitation Nursing*. 1–8.
- Ratnasari, P., S. P. Kristiyawati, dan A. Solechan. 2013. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke di rs panti wilasa citarum semarang. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*. 1:1–7.
- Reece, J. C., Y. F. Chan, J. Herbert, J. Gralow, dan J. R. Fann. 2013. Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *General Hospital Psychiatry*. 35(4):376–381.
- Rulianti, M. R., D. Almasdy, dan A. W. Murni. 2013. Hubungan depresi dan sindrom dispepsia pada pasien penderita keganasan yang menjalani kemoterapi di rsup dr. m. djamil padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2(3):137–140.
- Sacco, R., G. Santangelo, S. Stamenova, A. Bisecco, S. Bonavita, L. Lavorgna, L. Trojano, A. D'Ambrosio, G. Tedeschi, dan A. Gallo. 2016. Psychometric properties and validity of beck depression inventory ii in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*. 23(4):744–750.
- Setiadi. 2007. *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sivaprasad, M. 2015. The influence of aerobic exercise on fatigue, activities of

daily living and aerobic fitness in post gastrectomy individuals undergoing chemotherapy. *International Journal of Physiotherapy*. 2(6):911–916.

Smeltzer, S. C. dan B. Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8th. Jakarta: EGC.

So, W. K. W., G. Marsh, W. M. Ling, F. Y. Leung, J. C. K. Lo, M. Yeung, dan G. K. H. Li. 2010. Anxiety, depression and quality of life among chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(1):17–22.

Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sukma, D. M. 2018. Gambaran Tingkat Depresi Pada Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat Iii Baladhika Husada Jember. Universitas Jember.

Sulung, N. dan R. Yananda. 2018. Determinan kejadian ca mammae di poli rawat jalan bedah rsud dr . achmad mochtar. *Jurnal Endurance*. 3(3):575–587.

Susetya, B. E. 2016. Gambaran Tindakan Keperawatan Dalam Pemenuhan Activity Daily Living Pasien Fraktur Di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Sutinah dan Maulani. 2017. Hubungan pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan dengan depresi pada lansia. *Jurnal Endurance*. 2(2):209.

Suwistianisa, R., N. Huda, dan J. Ernawaty. 2015. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada pasien kanker yang dirawat di rsud arifin achmad provinsi riau. *Jom*. 2(2)

The American Society Cancer. 2008. *Cancer Caregiving A to Z: An At-Home Guide for Patients and Families* CANCER. Atlanta: Amrican Cancer Society.

Utama, H. N. P. 2018. Kesejahteraan Spiritual Pada Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember : Studi Deskriptif Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember : Studi Deskriptif. Universitas Jember.

Watson, M. dan D. W. Kissane. 2017. *Management of Clinical Depression and*

Anxiety. New York: Oxford University Press.

Widiyono, S., S. Setiyarini, dan C. Effendy. 2017. Tingkat depresi pada pasien kanker di rsup dr. sardjito, yogyakarta, dan rsud prof. dr. margono soekarjo, purwokerto: *Indonesian Journal of Cancer*. 11(4):171–177.

World Cancer Research Fund. 2018. Worldwide Cancer Data: Global Cancer Statistics for the Most Common Cancers. <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data> [Diakses pada October 18, 2018].

Yusof, S., F. N. Zakaria, N. K. Hashim, dan R. Dasiman. 2016. Depressive symptoms among cancer patients undergoing chemotherapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 234:185–192.

Zalai, D., L. Szeifert, dan M. Novak. 2012. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Seminars in Dialysis*. 25(4):428–438.

Zeltzer, L. 2008. Beck Depression Inventory (BDI, BDI-II). <https://www.stroking.ca/en/assess/bdi/> [Diakses pada September 21, 2018].

Zhang, S.-Q., H.-M. Wang, X.-Y. Yang, dan W.-Q. Ye. 2016. The care dependency scale: psychometric testing of the chinese version. *Chinese Nursing Research*. 3(2):62–65.



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed*

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada,

Yth.....

di.....

Dengan hormat,

Saya Muh Zulfatul A'la, Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan Tim Penelitian, mohon bapak/ibu/saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya yang berjudul “Dampak Status Depresi, tingkat nyeri, Kelelahan (Fatigue), terhadap *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien Kanker: pendekatan Analisis Jalur (*Path Analysis*)”. Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien kanker di RS Bhaladika Husada, Jember. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari bapak/ibu . Penelitian ini tidak menimbulkan risiko apapun bagi bapak/ibu . Jika bapak/ibu merasa tidak nyaman selama wawancara bapak/ibu dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu penelitian akan diatur sesuai keinginan bapak/ibu. Peneliti berjanji akan menghargai dan menjunjung tinggi bapak/ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh.

Setelah penelitian ini dilaksanakan. Saya sangat menghargai kesediaan bapak/ibu menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya menjadi partisipan. Saya ucapkan banyak terimah kasih.

Peneliti

Lampiran B. Lembar *Consent*

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian :

Dampak Status Depresi, tingkat nyeri, Kelelahan (Fatigue), terhadap *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien Kanker : pendekatan Analisis Jalur (*Path Analysis*)

Setelah memperoleh penjelasan dan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian, saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga mengetahui bahwa keikutsertaan saya akan memberikan manfaat bagi peningkatan pelayanan kesehatan dalam upaya peningkatan pelayanan ruang intensif pada keluarga pasien

Berkaitan dengan hal tersebut, maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya berikan dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan.

....., 2018

.....
Responden Penelitian

Apabila ada pertanyaan terkait dengan penelitian ini, dapat menghubungi :

Nama : Muh. Zulfatul A'la

HP : 081221678919

Lampiran C. Lembar Karakteristik Responden**DATA DEMOGRAFI**

Nomor responden :

- a. Umur : tahun
- b. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
- c. Agama : Islam Hindu Budha
 Kristen Katolik Konghucu
- d. Status Pernikahan : Kawin Belum Kawin
 Cerai Mati Cerai Hidup
- e. Pendidikan : Tidak sekolah
 SD Sederajat
 SMP sederajat
 SLTA sederajat
 Diploma atau lebih tinggi
- f. Riwayat pekerjaan : Tidak bekerja PNS/TNI/Polri
 Pensiunan Petani
 Swasta
- g. Pendapatan bulan : \leq Rp. 1.900.000,00
 $>$ Rp. 1.900.000,00
- h. Sumber Pendanaan : BPJS PBI
 BPJS Non-PBI
 Asuransi Lain
 Non BPJS/Non Asuransi
- i. Riwayat Pengobatan: Kemoterapi
 Operasi
 Radioterapi
 Kemoterapi dan operasi
- i. Durasi Pengobatan : lebih dari 2 Tahun
 kurang dari 2 tahun

Lampiran D. Lembar Kuesioner Penelitian

KUESIONER KETERGANTUNGAN (CARE DEPENDENCY)

Untuk setiap aktivitas, tentukan Skala Ketergantungan Keperawatan (Care Dependency Scale). Berikan tanda centang (✓) untuk keadaan yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu selama 7 hari terakhir:

Aktivitas	1	2	3	4	5
	Sepenuhnya Tergantung	Sangat Tergantung	Sebagian Tergantung	Agak Mandiri	Mandiri
MAKAN DAN MINUM Sejauh mana pasien dapat memenuhi kebutuhan makan dan minum tanpa bantuan					
KONTINENSIA Sejauh mana pasien mampu mengontrol pengeluaran urin dan feses dengan baik					
POSTUR TUBUH Sejauh mana pasien dapat mengadopsi perubahan posisi tubuh yang sesuai dalam aktivitas tertentu					
MOBILITAS Sejauh mana pasien dapat bergerak tanpa bantuan					
POLA SIANG ATAU MALAM Sejauh mana pasien dapat mempertahankan siklus siang/malam tanpa bantuan					

MEMAKAI DAN MELEPASKAN PAKAIAN Sejauh mana pasien dapat memakai pakaian dan melepaskan pakaian tanpa bantuan					
SUHU TUBUH Sejauhmana pasien dapat mempertahankan suhu tubuhnya dari pengaruh eksternal tanpa bantuan					
HYGIENE Sejauhmana pasien mampu untuk memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya tanpa bantuan					
MENGHINDARI BAHAYA Sejauhmana pasien mampu menjaga keselamatannya tanpa bantuan					
KOMUNIKASI Sejauh mana pasien mampu untuk berkomunikasi					
KONTAK DENGAN ORANG LAIN Sejauhmana pasien mampu untuk membuat, mempertahankan dan mengakhiri kontak sosial dengan baik					

KUESIONER DEPRESI (*BDI II*)

Petunjuk : Kuesioner berikut ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Mohon setiap kelompok pernyataan dibaca dengan cermat, setelah itu pilih satu dari pernyataan di dalam setiap kelompok yang paling menggambarkan perasaan anda selama 2 minggu terakhir, termasuk hari ini. Lingkarilah angka di samping pernyataan yang anda pilih. Apabila di dalam satu kelompok terdapat beberapa pernyataan yang terasa sama, lingkarilah angka yang paling tinggi dari kelompok pernyataan yang terasa sama tersebut. Pastikan bahwa anda tidak memilih lebih dari satu pernyataan di dalam setiap kelompok, termasuk pernyataan 16 (Perubahan pola tidur) dan pernyataan 18 (Perubahan selera makan).

<p>1. Kesedihan</p> <p>0. Saya tidak merasa sedih.</p> <p>1. Saya sering kali merasa sedih.</p> <p>2. Saya merasa sedih sepanjang waktu.</p> <p>3. Saya merasa sangat tidak bahagia atau sedih sampai tidak tertahankan</p>	<p>3. Kegagalan masa lalu</p> <p>0. Saya tidak merasa gagal.</p> <p>1. Saya telah gagal lebih dari yang seharusnya.</p> <p>2. Saya melakukan banyak kegagalan di masa lalu.</p> <p>3. Saya merasa gagal sama sekali (betul-betul gagal).</p>
<p>2. Pesimis</p> <p>0. Saya tidak meragukan masa depan saya.</p> <p>1. Saya merasa lebih meragukan masa depan saya dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya merasa segala sesuatu tidak berjalan dengan baik bagi saya.</p> <p>3. Saya merasa masa depan saya tidak ada harapan dan akan semakin buruk</p>	<p>4. Kehilangan gairah</p> <p>0. Saya mendapatkan kesenangan dari hal-hal yang saya lakukan.</p> <p>1. Saya tidak menikmati sesuatu seperti biasanya.</p> <p>2. Saya hanya mendapatkan sangat sedikit kesenangan dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.</p> <p>3. Saya tidak mendapatkan kesenangan sama sekali dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.</p>
<p>5. Perasaan bersalah</p> <p>0. Saya sama sekali tidak merasa bersalah.</p>	<p>8. Mengkritik diri sendiri</p> <p>0. Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri sendiri lebih</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Saya merasa bersalah atas banyak hal yang telah atau seharusnya saya lakukan. 2. Saya sering merasa bersalah. 3. Saya merasa bersalah setiap waktu 	<p>dari biasanya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saya mengkritik diri sendiri lebih dari biasanya. 2. Saya mengkritik diri sendiri atas semua kesalahan yang saya lakukan. 3. Saya menyalahkan diri sendiri untuk semua hal-hal buruk yang terjadi.
<p>6. Perasaan dihukum</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum. 1. Saya merasa bahwa mungkin saya akan dihukum. 2. Saya yakin bahwa saya akan dihukum. 3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum. 	<p>9. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak berpikir untuk bunuh diri. 1. Saya berpikir untuk bunuh diri, tetapi hal itu tidak akan saya lakukan. 2. Saya ingin bunuh diri. 3. Saya akan bunuh diri seandainya ada kesempatan.
<p>7. Tidak menyukai diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak merasa kecewa pada diri sendiri. 1. Saya kehilangan kepercayaan pada diri sendiri. 2. Saya merasa kecewa pada diri sendiri. 3. Saya benci pada diri sendiri. 	<p>10. Menangis</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak menangis lagi seperti biasanya. 1. Saya lebih sering menangis dibanding biasanya. 2. Saya menangis bahkan untuk masalah masalah kecil. 3. Rasanya saya ingin sekali menangis tetapi tidak bisa.
<p>11. Gelisah</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak lagi merasa gelisah atau tertekan dibandingkan biasanya. 1. Saya merasa lebih mudah gelisah atau tertekan dibanding biasanya. 2. Saya sangat tertekan dan gelisah sampai sulit untuk berdiam diri. 3. Saya sangat gelisah sehingga 	<p>14. Merasa tidak layak</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya merasa layak. 1. Saya merasa tidak layak dan tidak berguna dibandingkan biasanya. 2. Saya merasa lebih tidak layak dibanding orang lain. 3. Saya merasa sama sekali tidak layak.

<p>harus senantiasa bergerak atau melakukan sesuatu.</p>	
<p>12. Kehilangan minat</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak kehilangan minat untuk berelasi dengan orang lain atau melakukan aktivitas. 1. Saya kurang berminat untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu dibandingkan biasanya. 2. Saya kehilangan hampir seluruh minat saya untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu. 3. Saya tidak berminat akan apapun. 	<p>15. Kehilangan tenaga (semangat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya memiliki tenaga (semangat) seperti biasanya. 1. Saya memiliki tenaga lebih sedikit dibanding yang seharusnya saya miliki. 2. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk berbuat banyak. 3. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk melakukan apapun.
<p>13. Sulit mengambil keputusan</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya dapat mengambil keputusan sebagaimana yang biasanya saya lakukan. 1. Saya agak sulit mengambil keputusan dibanding biasanya. 2. Saya lebih banyak mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan dibanding biasanya. 3. Saya sangat mengalami kesulitan setiap kali mengambil keputusan. 	<p>16. Perubahan pola tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak mengalami perubahan apapun dalam pola tidur saya. <ol style="list-style-type: none"> 1a. Saya tidur lebih dari biasanya. 1b. Saya tidur kurang dari biasanya. 2a. Saya tidur jauh lebih lama dari biasanya. 2b. Saya tidur sangat kurang dari biasanya. 3a. Saya tidur hampir sepanjang hari. 3b. Saya bangun 1-2 jam lebih awal dan tidak dapat tidur kembali.
<p>17. Mudah marah</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak lebih mudah marah seperti biasanya. 1. Saya lebih mudah marah dibanding biasanya. 2. Saya jauh lebih mudah marah dibanding biasanya. 3. Saya mudah marah sepanjang waktu. 	<p>20. Capek atau Kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak lebih capek atau lelah dibanding biasanya. 1. Saya lebih mudah capek atau lelah dari biasanya. 2. Saya merasa capek atau lelah untuk melakukan banyak hal yang biasanya saya lakukan. 3. Saya terlalu capek atau lelah untuk melakukan hampir semua

<p>18. Perubahan selera makan</p> <p>0. Selera makan saya tidak berubah (tidak lebih buruk) dari biasanya.</p> <p>1a. Selera makan saya kurang dari biasanya.</p> <p>1b. Selera makan saya lebih dari biasanya.</p> <p>2a. Selera makan saya sangat kurang dibanding biasanya.</p> <p>2b. Selera makan saya sangat lebih dibanding biasanya.</p> <p>3a. Saya tidak punya selera makan sama sekali.</p> <p>3b. Saya ingin makan setiap waktu.</p>	<p>hal yang biasanya saya lakukan.</p> <p>21. Kehilangan gairah seksual</p> <p>0. Saya tidak melihat adanya perubahan pada gairah seksual saya.</p> <p>1. Gairah seksual saya berkurang, tidak seperti biasanya</p> <p>2. Saya menjadi sangat kurang berminat pada aktivitas seksual saat ini.</p> <p>3. Gairah seksual saya hilang sama sekali.</p>
<p>19. Sulit berkonsentrasi</p> <p>0. Saya mampu berkonsentrasi seperti biasanya.</p> <p>1. Saya tidak mampu berkonsentrasi seperti biasanya.</p> <p>2. Saya sangat sulit untuk tetap memusatkan pikiran terhadap sesuatu dalam jangka waktu yang panjang.</p> <p>3. Saya merasa saya tidak mampu berkonsentrasi dalam semua hal.</p>	

LAMPIRAN E. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Nama :

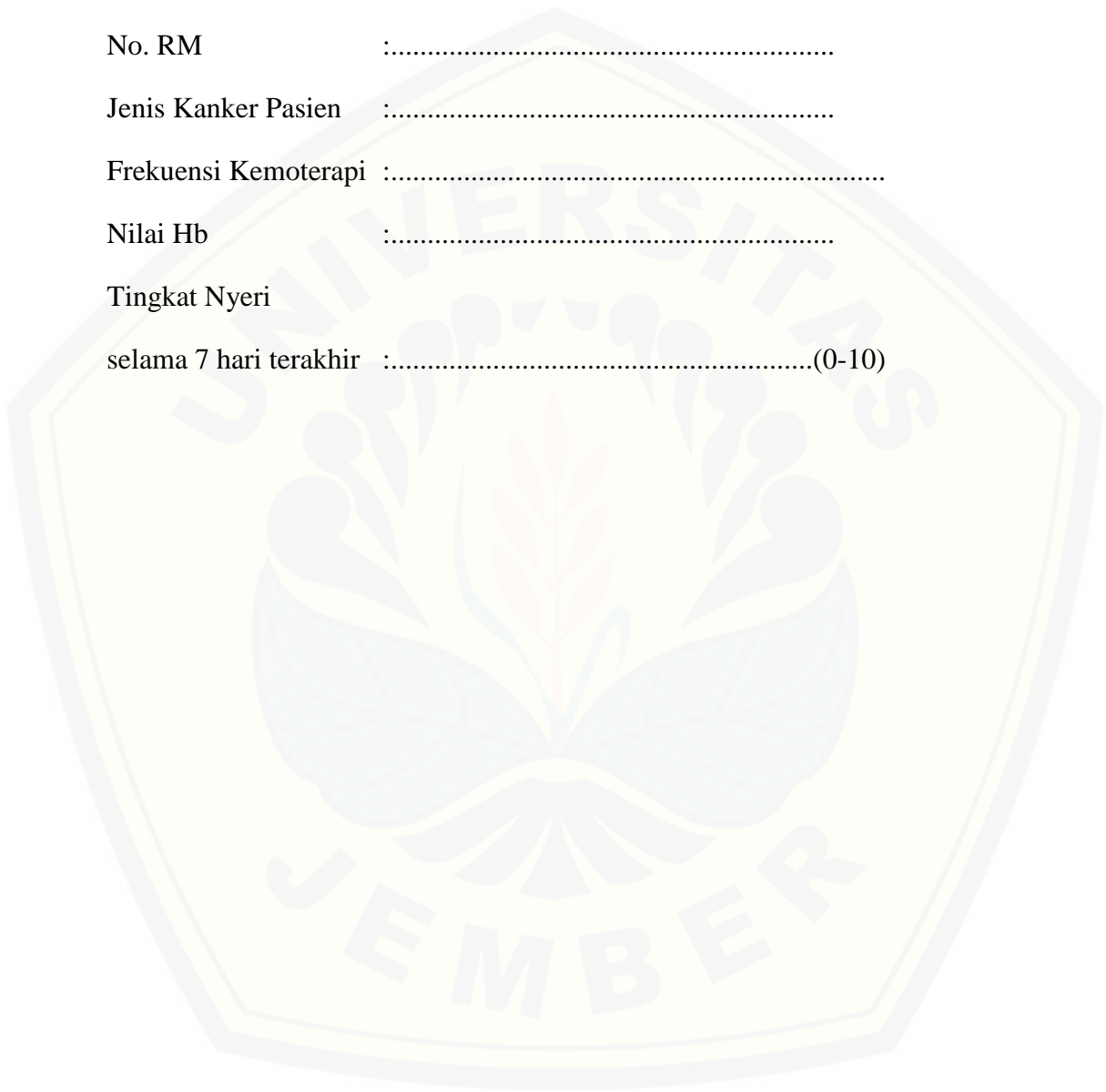
No. RM :

Jenis Kanker Pasien :

Frekuensi Kemoterapi :

Nilai Hb :

Tingkat Nyeri
selama 7 hari terakhir :(0-10)



LAMPIRAN F. Izin Kuisisioner

10/4/2018

Jember University Mail - Ingin bertanya mengenai Care dependency



Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>

Ingin bertanya mengenai Care dependency

5 messages

Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>
 To: nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at
 Cc: nursiswati@unpad.ac.id

Fri, Aug 24, 2018 at 10:51 AM

yth Bu Nursiswati
 Assalamualaikum Wr. Wb

Pertama-tama Perkenalkan, saya Muhamad Zulfatul A'la, saya alumni dosen magang UNPAD 2012, alumni S2 Keperawatan UNPAD 2012-2014. Sekarang saya bekerja di Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

kebetulan tahun ini saya mendapatkan hibah penelitian pada pasien kanker. dalam tujuan penelitian saya ingin melihat korelasi activity daily living dengan fatigue, depresi dan nyeri pada pasien kemoterapi. saya tertarik pada penelitian ibu yang berjudul Change in Care Dependency of Stroke Patients: A Longitudinal and Multicenter Study. didalam jurnal tersebut, ibu menggunakan Care Dependency Scale (CDS)

bersama email ini, saya memohon ijin untuk bertanya mengenai :

1) konsep Care dependency. yang saya tahu, ketika berbicara independent dan dependent Care kita bicara mengenai activity daily living. apakah dua konsep ini merupakan konsep yang sama bu?atau apakah ada perbedaan?

2) saya ingin bertanya mengenai kuesioner CDS yang berbahasa indonesia, dimana inggih bu, saya bisa dapatkan kuesioner tersebut?saya sudah menelusur ke artikel Psychometric properties of the Dutch national prevalence measurement of care problems used to measure quality of pressure ulcer care in Indonesian hospitals, namun saya tidak menemukan author correspondence nya. apakah ibu berkenan memberikan kuesioner tersebut?atau saya harus kontak penulis jurnal tersebut

terimakasih banyak bu atas perhatiannya. semoga ibu sukses studi S3 nya

--
 Regards,
 Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., Ns., M.Kep
 School of Nursing, Universitas Jember
 +6281221678919

Nursiswati, Nursiswati <nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at>
 To: Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>

Tue, Aug 28, 2018 at 8:15 PM

Wassalamualaikum wr. wb.

Ok saya ingat kok sama masnya.. wara wiri bimbingan bu Hana toh?

Berikut tanggapan saya:

Untuk konsep care dependency merupakan konsep Yang lebih luas dari ADL, bahkan ADL merupakan Salah satu dari 15 item Yang dinilai pada penilaian tingkat ketergantungan. Konsep care dependency mencakup aspek fisik, psiko dan sosial.

Untuk kuesioner CDS Indonesian versionnya saya yakin boleh dan bisa saya berikan. Namun secara etika, saya akan bertanya terlebih dahulu pada penulisnya ya. Mas 'Ala ingin mempelajari dan akan menggunakannya juga atau bagaimana?

terimakasih doanya. sukses juga u mas A'la.

10/4/2018

Jember University Mail - Ingin bertanya mengenai Care dependency

Wassalam,

Nursis

From: Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>
Sent: Friday, August 24, 2018 05:51
To: Nursiswati, Nursiswati
Cc: nursiswati@unpad.ac.id
Subject: Ingin bertanya mengenai Care dependency

[Quoted text hidden]

Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>
To: "Nursiswati, Nursiswati" <nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at>

Tue, Aug 28, 2018 at 8:53 PM

Alhamdulillah, Ibu masih ingat saya..iya bu, dulu yg sering wira wiri eijkman-Jatinangor utk bertemu bu Hana

Terimakasih atas penjelasannya bu.
Inggih bu, ini rencana saya akan gunakan CDS ini utk mengukur care dependency pasien kanker dan korelasinya dengan beberapa variable. Saya sudah review literatur memang CDS ini luas dan mudah digunakan. Kalau ibu berkenan apakah bisa disampaikan maksud saya ini ke penulisnya utk penggunaan CDS ini di penelitian saya?
Terimakasih banyak atas bantuannya

On Tue, 28 Aug 2018 at 20.15 Nursiswati, Nursiswati <nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at> wrote:

Wassalamualaikum wr. wb.

Ok saya ingat kok sama masnya.. wara wiri bimbingan bu Hana toh?

Berikut tanggapan saya:

Untuk konsep care dependency merupakan konsep Yang lebih luas dari ADL, bahkan ADL merupakan Salah satu dari 15 item Yang dinilai pada penilaian tingkat ketergantungan.
Konsep care dependency mencakup aspek fisik, psiko dan sosial.

Untuk kuesioner CDS Indonesian versionnya saya yakin boleh dan bisa saya berikan. Namun secara etika, saya akan bertanya terlebih dahulu pada penulisnya ya. Mas 'Ala ingin mempelajari dan akan menggunakannya juga atau bagaimana?

terimakasih doanya..sukses juga u mas A'la.

Wassalam,

Nursis

From: Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>
Sent: Friday, August 24, 2018 05:51
To: Nursiswati, Nursiswati
Cc: nursiswati@unpad.ac.id
Subject: Ingin bertanya mengenai Care dependency

--
Regards,

10/4/2018

Jember University Mail - Ingin bertanya mengenai Care dependency

Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., Ns., M.Kep

School of Nursing, Universitas Jember

+6281221678919

[Quoted text hidden]

Nursiswati, Nursiswati <nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at>
To: Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>

Thu, Aug 30, 2018 at 12:26 PM


Sudah diberikan izin oleh penulisnya mas..monggo. Attached 2 file CDS. Monggo kl ada yg diperlukan lg dg senang hati insya Allah sy bantu. Good luck.

Wassalam,

Nursis

From: Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>**Sent:** Tuesday, August 28, 2018 15:53**To:** Nursiswati, Nursiswati**Subject:** Re: Ingin bertanya mengenai Care dependency

[Quoted text hidden]

2 attachments **The Indonesian version of CDS Y.amir.pdf**
7K **Instrumen CDS INDO fix NS.pdf**
45K

Muhamad Zulfatul A'la <m.zulfatul@unej.ac.id>
To: "Nursiswati, Nursiswati" <nursiswati.nursiswati@stud.medunigras.at>

Fri, Aug 31, 2018 at 9:05 AM

Terimakasih banyak bu Nursiswati ataa bantuannya

[Quoted text hidden]


LAMPIRAN G. Logbook Penelitian

LOGBOOK PENELITIAN

Minggu ke-I

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden
1.	07 November 2018	Mengambil data hari ke 1. Jumlah pasien yang ada di ruangan 13. Dan mendapat responden no 1-3	1. Menolak: 9 2. Memiliki DM: 1 3. Responden yang didapat: 3 responden	3 responden
2.	08 November 2018	Mengambil data hari ke 2. Jumlah pasien yang ada di ruangan 13 pasien. Dan mendapat responden no 4-11	1. Menolak: 4 2. Kemo pertama: 1 3. Responden yang didapat: 8 responden	11 responden
3.	09 November 2018	Mengambil data hari ke 3. Jumlah pasien yang ada di ruangan 9. Dan mendapat responden no 12-16	1. Menolak: 3 2. Kemo pertama: 1 3. Responden yang didapat: 5 responden	16 responden
4.	10 November 2018	Hari Sabtu tidak ada jadwal kemoterapi		

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan RS Tk. III Baladhika Husada


 (.....)

NIP. ABD ROHM, S.Kep.
NIP: 19721101199001

LOGBOOK PENELITIAN

Minggu ke-II

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden
1	11 November 2018	Mengambil data hari ke 4. Jumlah pasien yang ada di ruangan 12 pasien. Dan mendapat responden no 17-22	1. Menolak: 4 2. Kemo pertama: 2 3. Responden yang didapat: 6 responden	22 responden
2	12 November 2018	Mengambil data hari ke 5. Jumlah pasien yang ada di ruangan 14 pasien. Dan mendapat responden no 23-27	1. Menolak: 7 2. Kemo pertama: 2 3. Responden yang didapat: 5 responden	27 responden
3	13 November 2018	Mengambil data hari ke 6. Jumlah pasien yang ada di ruangan 11 pasien. Dan mendapat responden no 28-32	1. Menolak: 6 2. Kemo pertama: 0 3. Responden yang didapat: 5 responden	22 responden
4.	14 November 2018	Mengambil data hari ke 7. Jumlah pasien yang ada di ruangan 15. Dan mendapat responden no 33-38	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama : 4 3. Responden yang didapat: 6 responden	38 responden
5.	15 November 2018	Mengambil data hari ke 8. Jumlah pasien yang ada di ruangan 15 pasien. Dan mendapat responden no 39-42	1. Menolak: 8 2. Kemo pertama: 3 3. Responden yang didapat: 4 responden	42 responden
6.	16 November 2018	Mengambil data hari ke 9. Jumlah pasien yang ada di ruangan 1. Dan tidak mendapat tambahan responden	1. Menolak: - 2. Kemo pertama: 1 3. Responden yang didapat: 0 responden	42 responden
7.	17 November 2018	Hari Sabtu tidak ada jadwal kemoterapi		

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan RS Tk. III Baladhika Husada

(.....) 
NIP. 

LOGBOOK PENELITIAN

Minggu ke-III

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	
1.	18 November 2018	Mengambil data hari ke 10. Jumlah pasien yang ada di ruangan 1 pasien. Dan tidak mendapat tambahan responden	1. Kemo pertama: 1 2. Responden yang didapat: 0 responden	42 responden	
2.	19 November 2018	Mengambil data hari ke 11. Jumlah pasien yang ada di ruangan 1. Dan tidak mendapat tambahan responden	1. Kemo pertama: 1 2. Responden yang didapat: 0 responden	42 responden	
3.	20 November 2018	Mengambil data hari ke 12. Jumlah pasien yang ada di ruangan 11 pasien. Dan mendapat responden no 43-44	1. Menolak: 7 2. Kemo pertama: 1 3. Sudah pernah diambil: 1 4. Responden yang didapat: 2 responden	44 responden	
4.	21 November 2018	Mengambil data hari ke 13. Jumlah pasien yang ada di ruangan 11. Dan mendapat responden no 45-47	1. Menolak: 7 2. Kemo pertama: 1 3. Responden yang didapat: 3 responden	47 responden	
5.	22 November 2018	Mengambil data hari ke 14. Jumlah pasien yang ada di ruangan 13 pasien. Dan mendapat responden no 48-50	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama: 5 3. Responden yang didapat: 3 responden	50 responden	
6.	23 November 2018	Mengambil data hari ke 15. Jumlah pasien yang ada di ruangan 15. Dan mendapat responden no 51-53	1. Menolak: 9 2. Kemo pertama: 3 3. Responden yang didapat: 3 responden	53 responden	
7.	24 November 2018	Hari Sabtu tidak ada jadwal kemoterapi			

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan RS Tk. III Baladhika Husada

(.....
NIP. ABD ROHIM, S.Kep
NIP: 19721101199001.....)

Minggu ke – IV

LOGBOOK PENELITIAN

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden
1.	25 November 2018	Mengambil data hari ke 22. Jumlah pasien yang ada di ruangan 14 pasien. Dan mendapat responden no 54-57	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama: 5 3. Responden yang didapat: 4 responden	57 responden
2.	26 November 2018	Mengambil data hari ke 23. Jumlah pasien yang ada di ruangan 13. Dan mendapat responden no 58-64	1. Eksklusi: 1 (tuna rungu) 2. Kemo pertama: 5 3. Responden yang didapat: 7 responden	64 responden
3.	27 November 2018	Mengambil data hari ke 24. Jumlah pasien yang ada di ruangan 12 pasien. Dan mendapat responden no 65-72	1. Menolak: 4 2. Kemo pertama: 0 3. Responden yang didapat: 8 responden	72 responden
4.	28 November 2018	Mengambil data hari ke 25. Jumlah pasien yang ada di ruangan 15. Dan mendapat responden no 73-81	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama: 1 3. Responden yang didapat: 9 responden	81 responden
5.	29 November 2018	Mengambil data hari ke 26. Jumlah pasien yang ada di ruangan 15 pasien. Dan mendapat responden no 82-89	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama: 2 3. Responden yang didapat: 8 responden	89 responden
6.	30 November 2018	Mengambil data hari ke 27. Jumlah pasien yang ada di ruangan 9. Dan mendapat responden no 90-93	1. Menolak: 5 2. Kemo pertama: 0 3. Responden yang didapat: 4 responden	93 responden.
7.		Hari Sabtu tidak ada jadwal kemoterapi		

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan RS Tk. III Baladhika Husada

(.....
NIP.

ABD ROHIM, S.Kep
NIP: 19727101193001

Lampiran H. Hasil Penelitian

Hasil Uji Statistik Menggunakan SPSS

1. Uji Normalitas

Statistics				
		Usia	IMT	FrekuensiKemoterapi
N	Valid	93	93	93
	Missing	0	0	0
Mean		50,95	23,1103	5,33
Median		50,00	23,3100	4,00
Mode		50	21,64	2
Std. Deviation		9,928	4,85859	3,916
Minimum		26	11,81	2
Maximum		75	37,83	18

Statistics			
		TotalCDS	TotalBDI
N	Valid	93	93
	Missing	0	0
Mean		69,08	10,12
Median		72,00	9,00
Mode		75	9 ^a
Std. Deviation		10,291	5,585
Minimum		18	1
Maximum		75	26
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown			

2. Uji Transformasi Data

No	log_CDS	log_BDI	ln_CDS	ln_CDS	Lag_CDS	Lag_BDI
1	1,88	1	4,32	2,3		
2	1,72	1,11	3,97	2,56	75	10
3	1,86	1,23	4,28	2,83	53	13
4	1,85	0,95	4,25	2,2	72	17

5	1,86	1,18	4,29	2,71	70	9
6	1,34	1,15	3,09	2,64	73	15
7	1,79	1	4,11	2,3	22	14
8	1,87	1,32	4,3	3,04	61	10
9	1,85	1	4,26	2,3	74	21
10	1,78	0,6	4,09	1,39	71	10
11	1,85	0,9	4,26	2,08	60	4
12	1,81	0,95	4,17	2,2	71	8
13	1,64	1,26	3,78	2,89	65	9
14	1,88	0,48	4,32	1,1	44	18
15	1,88	0,9	4,32	2,08	75	3
16	1,88	0,95	4,32	2,2	75	8
17	1,79	1,04	4,11	2,4	75	9
18	1,86	0,6	4,28	1,39	61	11
19	1,86	0,78	4,29	1,79	72	4
20	1,88	1	4,32	2,3	73	6
21	1,85	1,11	4,26	2,56	75	10
22	1,78	1,04	4,09	2,4	71	13
23	1,85	0,3	4,26	0,69	60	11
24	1,82	1,23	4,19	2,83	71	2
25	1,8	1,2	4,14	2,77	66	17
26	1,85	0,6	4,26	1,39	63	16
27	1,85	0,7	4,25	1,61	71	4
28	1,88	1,08	4,32	2,48	70	5
29	1,87	0,95	4,3	2,2	75	12
30	1,88	0,7	4,32	1,61	74	9
31	1,86	0,78	4,28	1,79	75	5
32	1,87	0,9	4,3	2,08	72	6
33	1,74	1,23	4,01	2,83	74	8
34	1,88	1,04	4,32	2,4	55	17
35	1,88	0,9	4,32	2,08	75	11
36	1,87	0,48	4,3	1,1	75	8
37	1,85	1,4	4,25	3,22	74	3
38	1,86	0,95	4,29	2,2	70	25
39	1,86	1	4,29	2,3	73	9
40	1,88	0,95	4,32	2,2	73	10
41	1,86	0,7	4,29	1,61	75	9
42	1,87	0,78	4,3	1,79	73	5
43	1,74	0,85	4,01	1,95	74	6

44	1,88	1	4,32	2,3	55	7
45	1,84	1,3	4,23	3	75	10
46	1,81	0,95	4,16	2,2	69	20
47	1,85	0,9	4,26	2,08	64	9
48	1,88	1	4,32	2,3	71	8
49	1,85	1	4,26	2,3	75	10
50	1,87	1,2	4,3	2,77	71	10
51	1,88	0,7	4,32	1,61	74	16
52	1,88	0,85	4,32	1,95	75	5
53	1,85	0,7	4,26	1,61	75	7
54	1,83	1,04	4,2	2,4	71	5
55	1,48	1,2	3,4	2,77	67	11
56	1,86	0,95	4,29	2,2	30	16
57	1,87	1,11	4,3	2,56	73	9
58	1,26	1,04	2,89	2,4	74	13
59	1,86	1,23	4,28	2,83	18	11
60	1,84	1,38	4,23	3,18	72	17
61	1,85	0,7	4,25	1,61	69	24
62	1,88	0,48	4,32	1,1	70	5
63	1,87	0,85	4,3	1,95	75	3
64	1,88	0,6	4,32	1,39	74	7
65	1,7	1,32	3,91	3,04	75	4
66	1,86	1	4,28	2,3	50	21
67	1,86	1,15	4,29	2,64	72	10
68	1,88	1,08	4,32	2,48	73	14
69	1,87	0,48	4,3	1,1	75	12
70	1,86	1,41	4,29	3,26	74	3
71	1,88	1,2	4,32	2,77	73	26
72	1,88	0	4,32	0	75	16
73	1,85	0,95	4,26	2,2	75	1
74	1,88	1,04	4,32	2,4	71	9
75	1,86	0,85	4,28	1,95	75	11
76	1,85	0,7	4,25	1,61	72	7
77	1,84	1,15	4,23	2,64	70	5
78	1,86	1,11	4,29	2,56	69	14
79	1,85	0,85	4,26	1,95	73	13
80	1,85	1,23	4,26	2,83	71	7
81	1,88	0,6	4,32	1,39	71	17
82	1,88	0,6	4,32	1,39	75	4

83	1,85	0,7	4,26	1,61	75	4
84	1,85	1,23	4,25	2,83	71	5
85	1,86	0,6	4,28	1,39	70	17
86	1,85	0,85	4,25	1,95	72	4
87	1,85	1,18	4,25	2,71	70	7
88	1,82	1,23	4,19	2,83	70	15
89	1,86	0,3	4,29	0,69	66	17
90	1,88	0	4,32	0	73	2
91	1,86	1,26	4,29	2,89	75	1
92	1,87	0,78	4,3	1,79	73	18
93	1,86	0,9	4,29	2,08	74	6

3. Normalitas hasil transformasi

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
log_CDS	,338	93	,000	,445	93	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
log_BDI	,118	93	,003	,947	93	,001
a. Lilliefors Significance Correction						

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ln_CDS	,338	93	,000	,445	93	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ln_BDI	,118	93	,003	,947	93	,001
a. Lilliefors Significance Correction						

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
lag_CDS	,309	92	,000	,572	92	,000
lag_BDI	,119	92	,003	,954	92	,003

a. Lilliefors Significance Correction

4. Uji Univariat

JenisKelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	74	79,6	79,6	79,6
	Laki-laki	19	20,4	20,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Agama					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	90	96,8	96,8	96,8
	Kristen	2	2,2	2,2	98,9
	Hindu	1	1,1	1,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

StatusPernikahan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	77	82,8	82,8	82,8
	Belum Kawin	3	3,2	3,2	86,0
	Cerai Hidup	1	1,1	1,1	87,1
	Cerai Mati	12	12,9	12,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	9	9,7	9,7	9,7

SD/Sederajat	44	47,3	47,3	57,0
SMP/Sederajat	18	19,4	19,4	76,3
SLTA/Sederajat	13	14,0	14,0	90,3
Diploma/Lebih Tinggi	9	9,7	9,7	100,0
Total	93	100,0	100,0	

RiwayatPekerjaan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	21	22,6	22,6	22,6
	Pensiunan	2	2,2	2,2	24,7
	Swasta	35	37,6	37,6	62,4
	PNS/TNI/POLRI	2	2,2	2,2	64,5
	Petani	33	35,5	35,5	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Pendapatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤ 1.900.000	68	73,1	73,1	73,1
	> 1.900.000	25	26,9	26,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

SumberPendanaan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BPJS PBI	19	20,4	20,4	20,4
	BPJS Non PBI	73	78,5	78,5	98,9
	Asuransi Lain	1	1,1	1,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

RiwayatPengobatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kemoterapi	48	51,6	51,6	51,6
	Kemoterapi dan Operasi	45	48,4	48,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

DurasiPengobatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 Tahun	82	88,2	88,2	88,2
	> 2 Tahun	11	11,8	11,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

JenisKanker					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ca Mamae	62	66,7	66,7	66,7
	Ca Prostate	4	4,3	4,3	71,0
	Ca Nasofaring	7	7,5	7,5	78,5
	Ca Paru	4	4,3	4,3	82,8
	Kanker Lainnya	16	17,2	17,2	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

5. Gambaran BDI-II dan CDS

BDI_1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sedih	43	46,2	46,2	46,2
	Merasa sedih	50	53,8	53,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak merasa pesimis	74	79,6	79,6	79,6

	Merasa pesimis	19	20,4	20,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak merasa gagal	61	65,6	65,6	65,6
	Merasa gagal	32	34,4	34,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak kehilangan gairah	54	58,1	58,1	58,1
	Kehilangan gairah	39	41,9	41,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak merasa gagal	61	65,6	65,6	65,6
	Merasa gagal	32	34,4	34,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak kehilangan gairah	54	58,1	58,1	58,1
	Kehilangan gairah	39	41,9	41,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Merasa bersalah	41	44,1	44,1	44,1
	Tidak merasa bersalah	52	55,9	55,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak merasa dihukum	53	57,0	57,0	57,0
	Merasa dihukum	40	43,0	43,0	100,0
Total		93	100,0	100,0	

BDI_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meyukai diri sendiri	73	78,5	78,5	78,5
	Tidak menyukai diri sendiri	20	21,5	21,5	100,0
Total		93	100,0	100,0	

BDI_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mengkritik diri sendiri	58	62,4	62,4	62,4
	Mengkritik diri sendiri	35	37,6	37,6	100,0
Total		93	100,0	100,0	

BDI_9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada keinginan bunuh diri	90	96,8	96,8	96,8
	Ada keinginan bunuh diri	3	3,2	3,2	100,0
Total		93	100,0	100,0	

BDI_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak menangis	43	46,2	46,2	46,2
	Menangis	50	53,8	53,8	100,0
Total		93	100,0	100,0	

BDI_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Gelisah	49	52,7	52,7	52,7
	Gelisah	44	47,3	47,3	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak kehilangan minat	75	80,6	80,6	80,6
	Kehilangan minat	18	19,4	19,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada kesulitan mengambil keputusan	83	89,2	89,2	89,2
	Kesulitan mengambil keputusan	10	10,8	10,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Merasa layak	74	79,6	79,6	79,6
	Merasa tidak layak	19	20,4	20,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak kehilangan tenaga	54	58,1	58,1	58,1
	Kehilangan tenaga (semangat)	39	41,9	41,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mengalami perubahan pola tidur	34	36,6	36,6	36,6
	Mengalami perubahan pola tidur	59	63,4	63,4	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mudah marah	65	69,9	69,9	69,9
	Mudah marah	28	30,1	30,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mengalami perubahan selera makan	42	45,2	45,2	45,2
	Ada perubahan pola makan	51	54,8	54,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sulit berkonsentrasi	78	83,9	83,9	83,9
	Sulit berkonsentrasi	15	16,1	16,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak capek atau kelelahan	12	12,9	12,9	12,9
	Capek atau kelelahan	81	87,1	87,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

BDI_21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak kehilangan gairah seksual	70	75,3	75,3	75,3
	Kehilangan gairah seksual	23	24,7	24,7	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

CDS_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	67	72,0	72,0	72,0
	1	26	28,0	28,0	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

CDS_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	80	86,0	86,0	86,0
	1	13	14,0	14,0	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

CDS_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	79	84,9	84,9	84,9
	1	14	15,1	15,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

CDS_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	70	75,3	75,3	75,3
	1	23	24,7	24,7	100,0

Total	93	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

CDS_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	71	76,3	76,3	76,3
	1	22	23,7	23,7	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	81	87,1	87,1	87,1
	1	12	12,9	12,9	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	85	91,4	91,4	91,4
	1	8	8,6	8,6	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	76	81,7	81,7	81,7
	1	17	18,3	18,3	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	62	66,7	66,7	66,7
	1	31	33,3	33,3	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	87	93,5	93,5	93,5
	1	6	6,5	6,5	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	85	91,4	91,4	91,4
	1	8	8,6	8,6	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	59	63,4	63,4	63,4
	1	34	36,6	36,6	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	46	49,5	49,5	49,5
	1	47	50,5	50,5	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	48	51,6	51,6	51,6
	1	45	48,4	48,4	100,0
Total		93	100,0	100,0	

CDS_15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	0	85	91,4	91,4	91,4
	1	8	8,6	8,6	100,0
Total		93	100,0	100,0	

6. Uji Hubungan







Correlations				
			BDI	CDS
Spearman's rho	BDI	Correlation Coefficient	1,000	-,346**
		Sig. (2-tailed)	.	,001
		N	93	93
	CDS	Correlation Coefficient	-,346**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.
		N	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran I. Lembar Bimbingan Skripsi

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Wafda Niswatu Nadhir
NIM : 152310101245
Dosen Pembimbing I : Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep.







Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
29/08/2018	Konrol rancangan Proposal Bab 1-4	- Ganti Instrumen ADL dengan Excutorer Care dependency Scale. - Bab 1 tambahkan referensi: Pamerdek Antikater di Indonesia. - Omislah ter mnggunakan penelitian Sari DAAJ, Proquest, science Direct, Konsep penelitian BAE II	
30/08/2018	Konsultasi instrumen penelitian dan meredeley	- Sumber rfen' mnggunakan meredeley style korward LINES - Menanti nilai validitas dan reliabilitas.	
14/09/2018	Kontrol pembahasan dan G*power	- Hitung sampel mnggunakan apt G*power - Validitas dan reliabilitas kuisisioner dari berbagai versi dicantumkan	
17/09/2018	Kontrol mekanisme pengambilan data	1. Pengambilan data Blokatan Pre-teso 2. Bab 2 ditambahkan pembahasan kaku pada obat kromotropi 3. Follow-up size pengman.	
26/09/2018	Kontrol Bab 1 - Bab 4.	1. Prevalen Nasional dan International dan beberapa Jurnal 2. Instrumen dari meta-analysis dan Jurnal terbaru 3. kuantitatif validity 4. kuantitatif data dan kuantitatif 5. Data penelitian 6. Arah kuantitatif.	
	Done Sampri		





**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Wafda Niswaton Nadhir

NIM : 152310101245

Dosen Pembimbing II : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
19/2018 19	rapit dippt. dengan ADL pada tanker	- latar belakang mnt dengan stabi normal dan berbagai sumber penelitian - bagian akhir - Bab 1 - kerangka acuan teor.	
24/1/18 9	BAB 2 - IV	- kerangka dip. kekin - urutannya 2.1 - Titik 2.1 - indikator interpretasi 2	
3/6 '18	BAB 2 - IV	- Variabel terikat - Relasi Bab 4.	
5/6 '18	BAB I - IV	bagian 4i akhir	
	Ace sempu		
27/12/18	BAB II	Hasil tabel faktor dengan sklerot ADL di bedah Faktor' cas p: ikm dengan Bdi Akupus.	

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
3/01/2018	Bab V	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel kelesan ADL dengan kelas numerik dipisah - Pada pembahasan ditambah opini dari praktisi berdasarkan teori dan patte dengan praktik 	
4/01/2018		<ul style="list-style-type: none"> - Angkera dan abstrak - Simpulan menjawab tawar kelas - Supan sekutan dengan menpa - at yang implementasi 	
8/1/19	Abstrak Rybase	<ul style="list-style-type: none"> - Variabel diabstrak dimasukka ke metode - di Rybase di tambah variabel 	
	Ace Fidany Skripsi		

LAMPIRAN J. SURAT IZIN PENELITIAN

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 13 Agustus 2018

Nomor : B/383/VIII/2018
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Data Penelitian

Kepada

Yth, Ketua Lembaga Penelitian Dan
Pengabdian Kepada Masyarakat
Universitas Jember.

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember No: 2812/UN25.3.1./LT/2018 tanggal 31 Juli 2018 tentang permohonan melaksanakan penelitian;
2. Sehubungan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember atas nama:
 - a. Nama : Ns. Nur Widayanti, MN
 - b. NIP : 198106102006042002;
 - c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
 - d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember;
 - e. Judul : Dampak Status depresi, tingkat Nyeri, Kelelahan (Fatigue) Terhadap *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien Kanker : Pendekatan Analisis (*Path Analysis*) Di Rumkit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
 - f. Waktu : Agustus s.d. Desember 2018; dan
3. Demikian mohon dimaklumi.

DANDENKESYAH MALANG
RUMKIT Tk. III BALADHIKA HUSADA
KEPALA
dr. Masri Orombang, Sp.OT (K) Hip & Knee, M.Kes
Letnan Kolonel Ckm NRP.11970006960569

Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Kainstaldik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 2812/UN25.3.1/LT/2018 31 Juli 2018
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. **Direktur**
 Rumah Sakit Baladhika Husada Tingkat.III Jember
 Di
 Jember

Bersama ini kami sampaikan, bahwa peneliti yang tersebut dibawah ini,

Ketua Peneliti/NIP/NRP : Ns. Nur Widayati,MN./198106102006042002
 Anggota/NIP/NRP : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep./198805102015041002
 Tenaga Lapang : 1. Rr. Hermitha Maharani Novanda./152310101169
 2. Andini Zahrotul Fauziah./152310101163
 3. Tantia Ismi Nitalia./152310101064
 4. Wafda Niswaton Nadhir./152310101245
 5. Rizki Amalia./152310101065
 6. Rina Pujihastutik./152310101035
 7. Pungki Wahyuningtyas./152310101195

Fakultas/Jurusan : Keperawatan/Illmu Keperawatan
 Alamat : Jl. Kalimantan No.37 Kampus Tegal Boto Jember 68121
 Telp/Fax. 0331-323450

Judul Penelitian : "Dampak Status Depresi, Tingkat Nyeri, Kelelahan (Fatigue)
 terhadap Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Kanker :
 Pendekatan Analisis Jalur (Path Analysis)"

Lokasi Penelitian : RS DKT Jember
 Pelaksanaan Penelitian : Bulan Agustus-Desember 2018

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada dosen yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



Prof. Achmad Subagio, M.Agr., Ph.D.
 NIP. 19590517 199201 1 001

Tembusan Yth
 1. Dosen ybs; ✓
 2. Arsip.



CERTIFICATE NO. QMS/173

LAMPIRAN K. SURAT SELESAI PENELITIAN

**DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA**

Jember, 31 Desember 2018

Nomor : B/733/XII/2018
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Keterangan Selesai Penelitian

Kepada

Yth, Ketua Lembaga Penelitian Dan
Pengabdian Kepada Masyarakat
Universitas Jember.

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember No: 2812/UN25.3.1./LT/2018 tanggal 31 Juli 2018 tentang permohonan melaksanakan penelitian;
2. Sehubungan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada memberikan keterangan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember telah selesai melaksanakan penelitian atas nama:
 - a. Nama : Ns. Nur Widayanti, MN;
 - b. NIP : 198106102006042002;
 - c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
 - d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember;
 - e. Judul : Dampak Status depresi, tingkat Nyeri, Kelelahan (Fatigue) Terhadap *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien Kanker : Pendekatan Analisis (*Path Analysis*) Di Rumkit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
 - f. Waktu : Agustus s.d. Desember 2018; dan
3. Demikian mohon dimaklumi.



Tembusan :
Letnan Kolonel Ckm NRP.11950008540771

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Kainstaldik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.

LAMPIRAN L. Dokumentasi Penelitian

