



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI KELUARGA DENGAN
TINGKAT DEPRESI KELUARGA YANG MERAWAT PASIEN KANKER
DENGAN KEMOTERAPI DI RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Joko Anang Susanto
NIM 152310101311

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



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI KELUARGA DENGAN
TINGKAT DEPRESI KELUARGA YANG MERAWAT PASIEN KANKER
DENGAN KEMOTERAPI DI RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir sebagai salah satu syarat
menyelesaikan pendidikan di fakultas keperawatan
dan mencapai gelar sarjana keperawatan

oleh
Joko Anang Susanto
NIM 152310101311

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

SKRIPSI

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI KELUARGA DENGAN
TINGKAT DEPRESI KELUARGA YANG MERAWAT PASIEN KANKER
DENGAN KEMOTERAPI DI RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

oleh

Joko Anang Susanto
NIM 152310101311

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep.,M.Kep.

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat, hidayah, dan inayahnya dengan rasa bangga peneliti persembahkan skripsi ini kepada:

1. Fakultas Keperawatan Universitas Jember beserta dewan dosen, civitas akademik, dan staf sebagai institusi tempat saya belajar
2. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) secara khusus Dewan Pengurus Daerah PPNI Jember sebagai organisasi profesi keperawatan
3. Ikatan Lembaga Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia (ILMIKI) sebagai organisasi mahasiswa keperawatan di Indonesia
4. Bapak Jasmawi dan ibu Sujina beserta keluarga besar Bapak Jasmawi yang senantiasa memberikan dukungan baik moril maupun materil.

MOTO

“Janganlah kamu lemah dan minta damai padahal kamulah yang di atas dan Allah (pun) beserta kamu dan dia sekali – kali tidak akan mengurangi (pahala) amal – amal mu” (QS. Muhammad: 35)*



* Kementerian Agama Republik Indonesia. 1971. Yayasan Penyelenggara Penterjemah / Pentafsir Al – Quran .Jakarta: Lembaga Percetakan Al – Quran

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Joko Anang Susanto

NIM : 152310101311

menyatakan bahwa karya ilmiah dengan judul “Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” yang saya tulis adalah benar – benar hasil karya saya sendiri bukan hasil plagiat, kecuali kutipan substansi sumber dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran karya ilmiah ini sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini adalah hasil plagiat maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, tanpa ada intervensi dari pihak manapun.

Jember, 24 Juli 2019
yang membuat pernyataan

Joko Anang Susanto
NIM 15231010131

HALAMAN PENGESAHAN



Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember (*Correlation Between Characteristics of Family Demography with Level of Family Depression in Caring for Cancer Patient with Chemotherapy in Baladhika Husada Hospital Jember*)

Joko Anang Susanto

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Cancer patients with chemotherapy have a psychological impact that is depression. The patient's family will get the same impact as the patient feels, but the attention given to the patient's family is less. The patient's family is depressed as an impact of caregiving of cancer patients with chemotherapy. This study aimed to determine the correlation between demographic characteristic and level depression. The dependent variable was demography characteristic, and the independent variable was level depression. This study used a cross sectional research design. The sample was 133 respondents recruited by convenience sampling technique. Collected data during May - June 2019 using the Beck Depression Inventory (BDI) – II for depression and Demography Characteristic Questionnaire for characteristic demography. The research result showed there are no correlation between demographic characteristics and family depression levels. Data was analyzed by using chi - square test with significant level 0,05 and the result showed p value > 0,05. Depression in the patient's family causes caregiving to the patient not optimal. This condition will make the patient's health being worse. Nurses must pay attention to patients and their families. The future research should better do research on other causes of depression. Genetic factors, chronic physical illnesses, and coping mechanisms and family relationship status with patient are other factors causing depression.

Keywords: demography characteristics, depression, patient's family

RINGKASAN

Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember: Joko Anang Susanto, 152310101311: 2019: xvii + 103: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan

Kanker adalah sebuah penyakit yang terjadi karena adanya mutasi gen DNA sehingga pertumbuhan sel menjadi abnormal. Kanker merupakan salah satu penyakit kronis yang membutuhkan penatalaksanaan *long term care* dalam proses pengobatan. Penatalaksanaan ini merupakan layanan yang diberikan untuk pasien yang secara klinik, kompleks, dan mengalami kondisi kronik. Tindakan yang diberikan meliputi perawatan medis yang panjang dan perawatan rehabilitasi komprehensif. Hal ini berhubungan dengan orang atau keluarga yang merawat pasien kanker. Pasien kanker membutuhkan perawatan dan membutuhkan bantuan dari anggota keluarga. Seseorang yang merawat pasien kanker akan mengalami perubahan hidup, beban tanggung jawab, dan masalah finansial. Pengasuh pasien akan mengalami beban tambahan selama mengasuh pasien kanker, selain pekerjaan rumah, tanggung jawab keluarga, dan kebutuhan diri sendiri. Beban ini akan menyebabkan tekanan psikologis yang akan membuat seseorang menjadi depresi apabila terjadi dalam waktu yang lama.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel dengan menekankan waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien kanker dengan kemoterapi di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Teknik sampling yang digunakan adalah *convenience sampling* dengan besar sampel 133 yang telah ditentukan. Besar sampel ditentukan melalui metode hitung Power Analysis aplikasi G*Power. Pengumpulan data dilakukan mulai bulan Mei sampai dengan Juli 2019. Data diambil dengan menggunakan kuesioner Karakteristik Demografi dan kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden mengalami depresi minimal yaitu 119 (89,5%). Karakteristik demografi responden paling banyak dalam penelitian ini adalah perempuan berjumlah 74 (55,6%). Kelompok usia yang paling banyak adalah usia 22 – 40 tahun berjumlah 60 (45,1). Status pernikahan responden adalah 96 (72,2%) responden menikah. Tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah SD yaitu 44 (33,1%). Uji *chi – square* menunjukkan *p value* > 0,05 artinya tidak ada hubungan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi. Masing – masing *p value* karakteristik demografi adalah 0,24; 0,68; 0,35; 0,13; 0,29.

Depresi disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor demografi, genetik, biologis, dan psikososial. Faktor – faktor tersebut secara konsisten dapat memicu terjadinya depresi. Faktor demografi merupakan salah satu faktor yang sering dinyatakan secara signifikan berkaitan dengan depresi. Jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan dikaitkan dengan kejadian depresi yang dialami oleh seseorang. Namun terdapat satu faktor resiko depresi yang sangat berpengaruh terhadap faktor – faktor yang lain yaitu coping. Coping merupakan faktor penting dalam mengurangi gejala depresi dan mempromosikan pemulihan depresi. Faktor lain adalah suatu pemicu terjadinya depresi yang dapat dinetralisir dengan coping yang adaptif.

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi. Karakteristik demografi penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, dan status pekerjaan dengan nilai *p* > 0,05. Keluarga yang menjadi responden pada penelitian ini termasuk dalam kategori depresi minimal dan depresi ringan. Saran untuk penelitian selanjutnya yaitu mengidentifikasi faktor lain penyebab depresi selain karakteristik demografi. Faktor genetik, penyakit fisik, dan coping serta status hubungan keluarga dengan pasien dapat dijadikan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya.

PRAKATA

Puji syukur atas segala rahmat dan hidayah Allah SWT sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga Dengan Tingkat Depresi Keluarga Yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” dengan baik. skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan sarjana Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penulisan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan terimakasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
2. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep.,M.Kep., dan Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep.,M.Kep., selaku tim pembimbing skripsi yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga skripsi ini dapat ditulis dengan baik.
3. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J. dan Ns. Ana Nistiandani, S.Kep.,M.Kep. selaku tim penguji yang telah memberikan bimbingan dan saran untuk perbaikan skripsi ini menjadi lebih baik.
4. Latifa Aini S., S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kom., selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan dan arahan selama menempuh perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
5. Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember dan responden penelitian yang telah berkontribusi dalam pengumpulan data penelitian ini sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
6. Semua pihak yang berkontribusi dalam penulisan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat untuk bidang keilmuan dan profesi keperawatan.

Jember, 26 Maret 2019

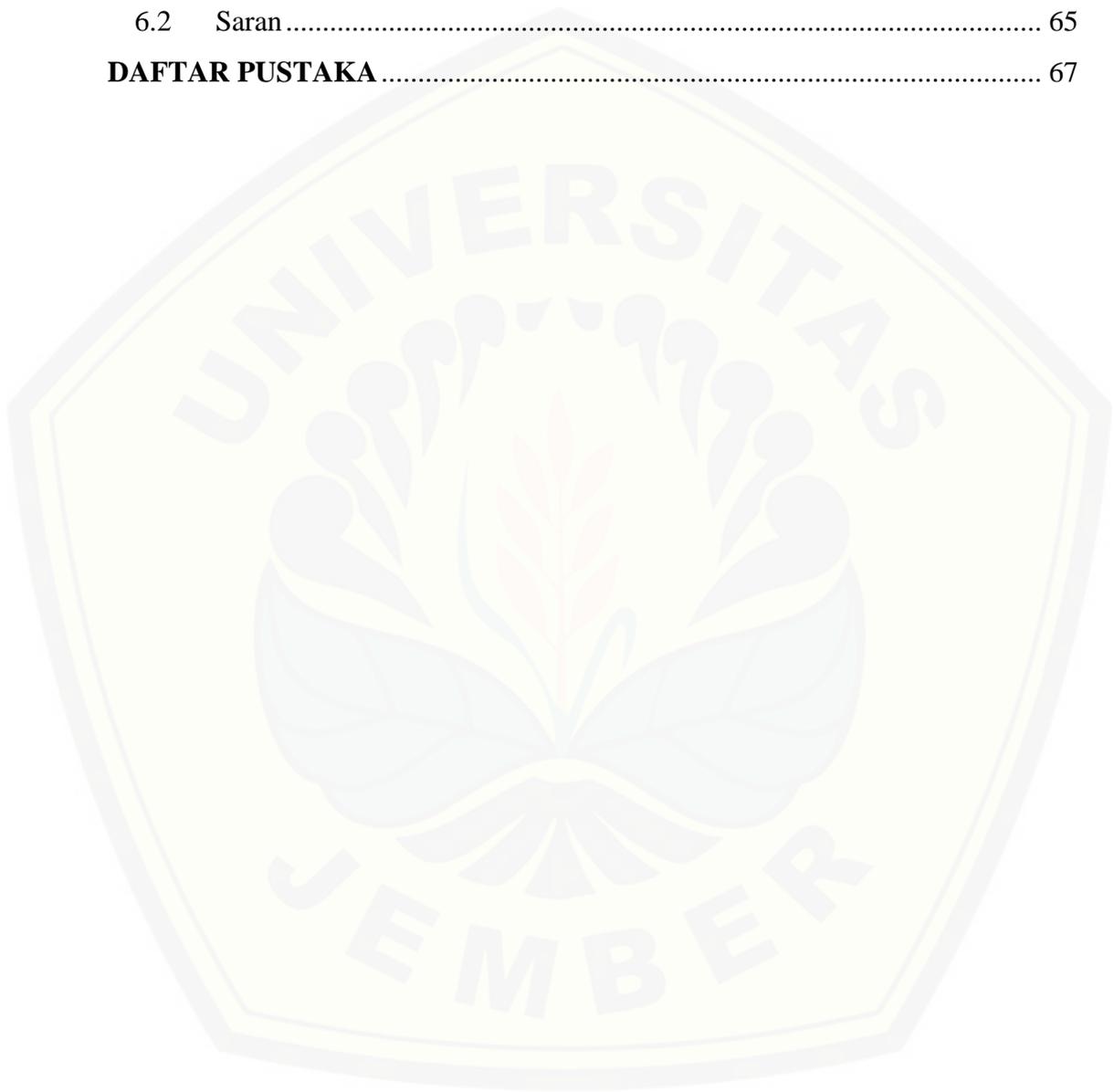
Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.4.3 Bagi Penyedia Layanan Kesehatan	6
1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan.....	7
1.5 Keaslian penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Kanker	10
2.2 Konsep Depresi	16

2.3	Depresi pada Keluarga Pasien Kanker dengan Kemoterapi.....	26
2.4	Kerangka Teori.....	28
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....		29
3.1	Kerangka Konsep	29
3.2	Hipotesis.....	30
BAB 4. METODE PENELITIAN.....		31
4.1	Desain Penelitian	31
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	31
4.2.1	Populasi Penelitian.....	31
4.2.2	Sampel Penelitian.....	31
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	32
4.2.4	Kriteria Sampel	32
4.3	Lokasi Penelitian	33
4.4	Waktu Penelitian	33
4.5	Definisi Operasional.....	35
4.6	Teknik Pengumpulan Data	38
4.6.1	Sumber Data.....	38
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data.....	38
4.6.3	Alat Pengumpulan Data	39
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas	41
4.7	Pengolahan Data.....	42
4.7.1	<i>Editing</i>	42
4.7.2	<i>Coding</i>	42
4.7.3	<i>Processing</i>	44
4.7.4	<i>Cleaning</i>	44
4.8	Analisa Data	44
4.8.1	Analisis Univariat.....	44
4.8.2	Analisis Bivariat.....	44
4.9	Etika Penelitian.....	45
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		47
5.1	Hasil Penelitian.....	47

5.2	Pembahasan	51
5.3	Keterbatasan Penelitian	64
BAB 6. PENUTUP		65
6.1	Kesimpulan.....	65
6.2	Saran	65
DAFTAR PUSTAKA		67



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian.....	9
Tabel 4.1 Waktu Penelitian	34
Tabel 4.2 Definisi Operasional	35
Tabel 4.3 Konten Kuesioner	40
Tabel 4.4 <i>Coding</i>	43
Tabel 5.1 Gambaran karakteristik demografi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember terdiri dari jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, dan status pekerjaan (n=133)	48
Tabel 5.2 Gambaran tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember (n=133)	49
Tabel 5.3 Hubungan karakteristik Demografi dengan Tingkat Depresi Keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	28
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	29



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	77
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	79
Lampiran 3. Lembar Kuesioner Data Demografi	80
Lampiran 4. Lembar Kuesioner BDI – II.....	81
Lampiran 5. Perizinan Kuesioner	86
Lampiran 6. Persetujuan Etik Penelitian	87
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian	88
Lampiran 7. <i>Logbook</i> Penelitian	91
Lampiran 8. Hasil SPSS	95
Lampiran 9. Lembar Bimbingan	106

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker menempati urutan keenam dari sepuluh penyakit penyebab kematian tertinggi di dunia (WHO, 2018). Tahun 2018 ditemukan 18,078 juta kasus kanker baru dengan 35 jenis kanker yang berbeda dan 9,5 juta kematian akibat kanker. Rata – rata kejadian kanker selama lima tahun terakhir sebanyak 4,4 juta. Berdasarkan data tersebut dari 7,64 milyar populasi di dunia satu dari lima pria dan satu dari enam wanita akan mengalami kanker (Globocan, 2018a). Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan kanker akan menjadi penyebab utama kematian di dunia pada tahun 2020 (Tejawinata dkk., 2014). Peningkatan angka kematian akibat kanker diperkirakan lebih cepat terjadi di negara miskin dan berkembang (Sulistiowati dkk., 2016). Insidensi dan angka kematian kanker lebih tinggi terjadi pada laki – laki daripada perempuan (Hodgson dkk., 2019).

Kejadian kanker di Indonesia ditemukan 348 ribu kasus baru pada tahun 2018 dengan jenis kanker yang berbeda. Angka kematian akibat kanker sebanyak 207 ribu insiden selama kurun waktu lima tahun sejak tahun 2013 – 2015 (Globocan, 2018b). Kanker menduduki peringkat ke lima sebagai penyebab utama kematian di Indonesia. Insiden kematian akibat kanker di 15 kabupaten / kota yang terjadi pada tahun 2011 berjumlah 2433 kasus (Sulistiowati dkk., 2016). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengungkapkan bahwa prevalensi kanker di Indonesia 1,8 per 1000 penduduk. Hal ini menunjukkan kenaikan angka bahwasanya hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi kanker 1,4 setiap 1000 penduduk (Kemenkes, 2018). Sementara kasus kanker di provinsi Jawa timur adalah 1,85 per seribu penduduk dan berada di posisi ke tujuh dari 33 provinsi di Indonesia (Kemenkes, 2018).

Pengobatan penyakit kanker berbeda dengan penyakit lain, proses pengobatan penyakit kanker membutuhkan waktu yang lama. Proses pengobatan penyakit kanker disesuaikan dengan jenis kanker, luas penyakit, dan gejala klinis.

Penatalaksanaan penyakit kanker secara umum yang dilakukan yaitu operasi, kemoterapi, dan radioterapi. Pasien kanker yang menjalani kemoterapi membutuhkan perawatan *long term care*. Perawatan *long term care* merupakan layanan yang diberikan untuk pasien yang secara klinik, kompleks, dan mengalami kondisi kronik. Tindakan yang diberikan meliputi perawatan medis yang panjang dan perawatan rehabilitasi komprehensif. (Abu Obead dkk., 2014).

Pasien kanker akan mengalami gangguan psikologis, sosial dan fisik sebagai dampak dari penyakit kanker. Selain pasien, orang terdekat atau pengasuh pasien juga terdampak secara psikologis. Pengasuh pasien akan mengalami perubahan hidup, beban tanggung jawab, dan masalah finansial. Pengasuh pasien akan mengalami beban tambahan selama mengasuh pasien kanker, selain pekerjaan rumah, tanggung jawab keluarga, dan kebutuhan diri sendiri. Tambahan beban pengasuhan dan tekanan psikologis akibat ketakutan terhadap penyakit yang berkelanjutan akan menyebabkan perasaan depresi (Vlachou dkk., 2014). Dua pertiga dari anggota keluarga pasien kanker dilaporkan mengalami perubahan besar dalam hidup dan kesulitan untuk kembali normal seperti semula karena peningkatan tingkat stres sejak anggota keluarga didiagnosis kanker. Anggota keluarga mengalami gejala tekanan psikologis, perasaan depresi, dan cemas yang sama dengan yang dialami pasien. (Wu dkk., 2013)

Pengasuhan merupakan kegiatan dan pengalaman yang melibatkan pemberian bantuan dan pendampingan kepada anggota keluarga atau kerabat yang tidak mampu melakukannya sendiri. Kepedulian adalah komponen afektif dari komitmen seseorang untuk kesejahteraan orang lain, dan pengasuhan adalah bentuk dari ekspresi perilaku dari komitmen ini. Memberikan perawatan kepada seseorang adalah suatu bentuk kepedulian dari seseorang. Kepedulian dan pengasuhan adalah unsur intrinsik pada setiap hubungan yang bertujuan untuk melindungi atau meningkatkan kesejahteraan satu sama lain (Pearlin dkk., 1990). Anggota keluarga sebagai sumber utama pengasuhan memainkan peran penting terhadap perawatan dan dukungan emosional kepada pasien. Keadaan psikologis keluarga sebagai pengasuh dapat mempengaruhi kondisi mental pasien secara langsung. Anggota keluarga pasien kanker berada di bawah stres yang tinggi

karena merawat pasien dengan kanker menghabiskan banyak waktu yang dapat mempengaruhi mental dan fisik anggota keluarga (Wu dkk., 2013).

Pasien yang sakit kronis membutuhkan perawatan dan membutuhkan bantuan dari anggota keluarga. Merawat anggota keluarga yang sakit memerlukan stabilitas emosional dan pengorbanan fisik yang mendalam bagi pengasuh. Tanggung jawab pengasuhan yang besar dapat membuat keluarga atau pengasuh rentan terhadap tekanan psikologis. Laporan mengenai dampak negatif dari pengasuhan terhadap psikologis yang paling sering terjadi adalah depresi (Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, 2007). Konsekuensi peningkatan pengeluaran dan masalah finansial merupakan hal yang harus diterima oleh anggota keluarga yang menderita kanker (Prigerson dkk., 2018).

Beban pengasuhan dapat dilihat sebagai upaya yang diperlukan untuk mengurus kebutuhan orang yang sakit. Dalam hal ini, termasuk jumlah waktu yang dihabiskan untuk mengasuh, tenaga yang dibutuhkan, dan jenis bantuan yang diberikan, serta biaya yang dikeluarkan. Beban pengasuhan pada anggota keluarga adalah istilah yang mencakup semua aspek termasuk fisik, sosial, dan psikologis (Vlachou dkk., 2014). Anggota keluarga yang mengasuh akan mengalami tambahan pekerjaan yaitu membantu kebutuhan pasien kanker seperti manajemen gejala, pemantauan penyakit dan pengobatan, pemberian obat, dukungan emosional, bantuan aktivitas hidup sehari – hari, dan bantuan perawatan. Kegiatan sosial yang biasanya diikuti oleh anggota keluarga maka akan ditinggalkan untuk memberikan waktu bagi anggota keluarga yang sakit kanker. Kekhawatiran terhadap penyakit dan ketidakpastian pengobatan menambah tekanan psikologis anggota keluarga (Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, 2007).

Pekerjaan tambahan ini membuat anggota keluarga kelelahan, pengabaian diri sendiri, dan kesulitan mempertahankan peran sebagai pengasuh keluarga. Pengasuh atau keluarga membutuhkan bantuan dari orang lain dan penyedia layanan kesehatan untuk mempertahankan kesejahteraan mereka sendiri dan untuk dapat mempertahankan peran mereka seperti keadaan yang normal sebelumnya (Meecharoen dkk., 2013). Anggota keluarga yang memberikan perawatan kepada

anggota keluarga dengan kanker yang mengalami tekanan psikologis dan berlangsung secara terus menerus akan menyebabkan anggota keluarga mengalami depresi. Keluarga yang memberikan perawatan atau pengasuhan kepada pasien kanker memiliki risiko depresi lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak memberikan perawatan atau pengasuhan (Yikilkan dkk., 2014).

Sebuah studi di Korea melaporkan bahwa prevalensi depresi pada pengasuh anggota keluarga penderita kanker adalah 82,2% dan 16,3% di antara mereka mengalami depresi berat. Studi tersebut juga menemukan bahwa 31,8% dari pengasuh anggota keluarga dengan kanker mengalami depresi dan memiliki keinginan bunuh diri serta 4,7% telah mencoba bunuh diri. Studi lain di China melaporkan prevalensi gejala depresi dari pengasuh anggota keluarga dengan kanker yaitu 67,3% (Han dkk., 2014). Sebuah studi di Negara – Negara Asia Timur pada umumnya dan khususnya di Taiwan menemukan prevalensi depresi pada pengasuh anggota keluarga dengan kanker berkisar dari 18% sampai 55%. Depresi pada anggota keluarga yang mengasuh pasien kanker akan menyebabkan proses pengasuhan tidak optimal serta mempengaruhi kondisi fisik, sosial, dan psikologis pengasuh (Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, 2007).

Depresi berkaitan dengan peradangan atau inflamasi yang ditandai dengan berkurangnya jumlah sel darah merah, hematokrit dan hemoglobin, peningkatan jumlah retikulosit serta perubahan metabolisme besi secara konsisten seiring dengan proses inflamasi. Dalam tubuh terdapat sitokin yang merupakan protein pleiotropik kecil sebagai pro-inflamasi (inter-leukin-1 (IL-1), IL-18, IL-6, tumor necrosis factor alpha (TNF- α)) dan anti-inflamasi (IL-1, reseptor antagonis (IL-ra), IL-4, IL 10), tergantung pada efek agregatnya pada sel target (Talarowska dkk., 2016). Saat sedang depresi terjadi peningkatan kadar IL-6 dan tumor necrosis factor (TNF) serta penurunan sel – sel pembunuh alami. IL-6, TNF dan IL-1 β terlibat dalam patofisiologi depresi (Farooq dkk., 2016). Peningkatan kadar IL-6 melalui poros Hipotalamus Pituitari Adrenal (HPA) dan katekolamin dapat mengakibatkan resistensi insulin, kelainan koagulasi, dan disfungsi endotel (Farooq dkk., 2016).

Depresi yang terjadi secara berkelanjutan diperlukan pemahaman dan pendekatan komprehensif terhadap layanan kesehatan untuk dilakukan skrining, rujukan, konseling, dan pengobatan (Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, 2007). Penyedia layanan kesehatan perlu membagi fokus antara pasien dan keluarga untuk memperhatikan dampak yang ditimbulkan dari perawatan pasien oleh keluarga. Keluarga atau pengasuh pasien memang kelompok yang rentan dan beresiko untuk diabaikan oleh sistem perawatan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan hanya memberikan sedikit perhatian kepada keluarga yang merawat dan cenderung berfokus terutama pada kebutuhan pasien (Meecharoen dkk., 2013).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut dapat diketahui bahwa kanker tidak hanya memberikan dampak secara fisik, sosial, dan psikologis kepada pasien saja tetapi keluarga yang mengasuh pasien juga mendapatkan yang sama bahkan lebih buruk dari yang dialami oleh pasien. Keluarga yang mengasuh pasien juga memerlukan perhatian dari penyedia layanan kesehatan khususnya dari segi psikologis. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian hubungan karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi di rumah sakit tingkat III baladhika husada jember.

Keterbaruan penelitian ini terletak pada variabel penelitian dan subjek penelitian. Responden penelitian ini adalah keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Penelitian ini mengidentifikasi korelasi antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi yang dialami. Penelitian mengenai beban pengasuhan anggota keluarga yang merawat pasien kanker stadium lanjut pernah dilakukan sebelumnya pada tahun 2015. Penelitian tersebut mengidentifikasi efek dari demografi pribadi, klinis dan karakteristik psikososial terhadap beban pengasuhan. Penelitian tentang tingkat depresi pada keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi belum pernah dilakukan sebelumnya. Penelitian saat ini menitik beratkan pada tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi dikaitkan dengan karakteristik demografi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah penelitian ini adalah “adakah hubungan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga dalam merawat pasien kanker dengan kemoterapi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik demografi keluarga terhadap tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran karakteristik demografi keluarga pasien kanker dengan kemoterapi.
- b. Menganalisis gambaran depresi yang dialami oleh keluarga pasien kanker dengan kemoterapi
- c. Menganalisis hubungan depresi dengan karakteristik demografi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti dalam menerapkan riset keperawatan dan berpikir kritis mengenai depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi bahan ajar atau rujukan dalam proses pembelajaran tentang depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi untuk menambah referensi.

1.4.3 Bagi Penyedia Layanan Kesehatan

Menjadi sumber rujukan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang prima dan holistik dengan memenuhi kebutuhan psikologis.

1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan

Menambah bahan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik dengan memperhatikan kebutuhan psikologis.

1.5 Keaslian penelitian

Penelitian yang berjudul “Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga Dengan Tingkat Depresi Keluarga Yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” belum pernah diteliti. Adapun penelitian yang mendukung penelitian ini antara lain “*Relationship between the depression status of patients with resectable non – small cell lung cancer and their family members in China*”, “*Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life*”, dan “*Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece*” digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini.

Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian

Perbedaan	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sekarang
Judul	Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life	Relationship between the depression status of patients with resectable non-small cell lung cancer and their family members in China	Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece	Hubungan karakteristik demografi keluarga pengasuh terhadap tingkat depresi keluarga pengasuh dalam merawat pasien kanker dengan kemoterapi di rumah sakit tingkat III Baladhika Husada Jember
Tempat	unit rawat inap Rumah Sakit tiga pusat medis dan satu rumah sakit pendidikan daerah di Barat Laut Taiwan.	Departemen Thoracic Rumah Sakit Second Xiangya Universitas Central South	Radioterapi Paliatif Pusat Onkologi Athena	RS Tingkat III Baladhika Husada
Tahun	2007	2013	2015	2019
Sampel Penelitian	170 keluarga pengasuh pasien kanker	194 pasien dan anggota keluarganya	170 pengasuh	133
Variabel Independen	Keluarga pengasuh pasien	Anggota keluarga	Demografi personal, klinis, dan karakteristik psikososial	Karakteristik demografi
Variabel Dependen	Tekanan depresi	Status depresi	Beban pengasuhan	Tingkat depresi
Peneliti	Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, Yen-Chi Liao	Xian-Ning Wu, Dan Su, Hui-Ping Li, Wei-Li Wang, Wei-Qin Wu, Ya-Juan Yang, Feng-Lei Yu,	Ourania Govina, Grigorios Kotronoulas, Kyriaki Mystakidou, Stylianos Katsaragakis, Eugenia	Joko Anang Susanto

		Jing-Ping Zhang	Vlachou, Elisabeth Patiraki	
Desain Penelitian	deskriptif komparatif	cross-sectional, deskriptif dan korelasional.	cross sectional, eksploratif, korelasional,	Cross – sectional, deskriptif
Teknik Sampling	Convenience sampling	Consecutive Sampling	Consecutive sampling	Convenience sampling
Instrumen Penelitian	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CESD) Versi Cina. Symptom Distress Scale (SDS). Caregiver Reaction Assessment (CRA).	Self-rating Depression Scale (SDS)	Bakas Caregiving Outcomes Scale - Versi Yunani (Greek BCOS) Oberst Caregiving Burden Scale. Hospital Anxiety and Depression Scale Versi Yunani (HADS) M. D. Anderson Symptom Inventory Versi Yunani (MDASI)	Beck Depression Inventory II (BDI II) Versi Bahasa Indonesia
Uji Statistik	Chi square dan t – tes independen	T – test independen One way ANOVA Pearson	Kolmogorof – smirnov T – test independen One way ANOVA Pearson	Chi Square
Search Engine	Sage Journal	Science Direct	Science Direct	

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker

Kanker merupakan golongan penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan dan penyebaran sel abnormal dan tidak terkontrol yang dapat menyebabkan kematian (American Cancer Society, 2017). Penyakit kanker memungkinkan pembelahan sel yang tidak terkontrol dan kemudian sel – sel tersebut akan mampu menyerang jaringan biologis lain dengan pertumbuhan langsung pada jaringan yang berdekatan atau metastase ke jaringan yang jauh (Sunaryati, 2011). Pertumbuhan sel kanker bersifat abnormal dan menyebar ke jaringan tubuh lain yang disebabkan oleh perubahan genetik yang mendorong pertumbuhan sel, menginaktivasi sel yang secara normal tumbuh lambat, sehingga sel yang terus membelah bersifat immortal (tidak mati). Kondisi seperti ini membuat sel tetap dalam keadaan abnormal yang kemudian dapat menyebabkan kematian sel (apoptosis) (Corwin, 2007).

Penyebab utama penyakit kanker masih belum diketahui namun terdapat faktor resiko penyebab penyakit kanker yaitu faktor genetik, faktor karsinogen, resiko lingkungan atau pekerjaan, dan faktor gaya hidup. Faktor karsinogen diantaranya adalah zat kimia, mutasi gen, radiasi pengion atau nonpengion, virus hepatitis B, virus hepatitis C, *Human Papiloma Virus* (HPV), dan hormon. Faktor gaya hidup sebagai faktor resiko penyakit kanker adalah perilaku hidup tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, dan pola makan tidak sehat (American Cancer Society, 2017).

Gejala penyakit kanker mengikuti daerah organ yang terdampak atau daerah penyebaran sel kanker dan sebagian kecil tidak menimbulkan gejala khas. Gejala umum yang ditimbulkan penyakit kanker adalah sebagai berikut (Komala dkk., 2018).

1. Batuk dan suara serak, terasa sakit pada daerah dada sampai sesak napas hingga lebih dari tiga minggu
2. Timbul benjolan pada payudara, terjadi penebalan pada kulit, testikel, getah bening namun benjolan tidak terasa sakit

3. Perubahan pola eliminasi seperti konstipasi, diare, perubahan tinja, dan gangguan kandung kemih
4. Perdarahan yang abnormal dapat terjadi bersamaan saat mengeluarkan urin, buang air besar, batuk, mimisan, muntah, dan menstruasi.
5. Kesulitan untuk menelan
6. Penurunan berat badan secara signifikan
7. Perubahan bentuk tahi lalat menjadi asimetris, bagian tepi bergerigi, berwarna lebih dari satu berupa flek warna hitam, coklat, merah, dan putih, diameter lebih dari 7 mm, menjadi keras bahkan mengeluarkan darah
8. Sariawan yang terjadi secara terus menerus dan bertambah parah di area lidah

Terapi yang dapat diberikan terhadap penderita kanker terdapat beberapa jenis, diantaranya sebagai berikut (Bariid dkk., 2015).

1. Terapi obat

Terapi obat atau kemoterapi memiliki dua jenis yaitu kemoterapi sitotoksik dan kemoterapi sitostatik. Kemoterapi sitotoksik memungkinkan peluang pasien untuk sembuh sedangkan kemoterapi sitostatik hanya mencegah sel kanker bertambah besar dan tidak mampu menghilangkan sel kanker. Efek samping kemoterapi adalah leukemia, sakit kepala, infeksi, sterilitas, rambut rontok, kelemahan, kelelahan, mati rasa, diare, konstipasi, kram perut, mual, muntah, gangguan ingatan, dan kerusakan kulit (Shahbaz Aslam dkk., 2014). Pengobatan kemoterapi diberikan secara topikal, oral, intravena, intramuskular, subkutan, arteri, intrakavitasi, dan intratekal sesuai dengan jenis obat, tipe obat, dosis obat, lokasi serta luas sel kanker (Suzanne C. Smeltzer, 2002).

Efek samping parah yang mungkin dialami oleh pasien kanker dengan kemoterapi adalah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, serta kekurangan nutrisi. Efek samping yang ditimbulkan secara berkelanjutan akan berdampak terhadap kondisi fisik dan psikologis. Pasien kanker dan keluarga dapat mengalami kecemasan dan depresi pada saat menunggu hasil pemeriksaan, menerima diagnosis yang ditegakkan, menjalani kemoterapi, dan mengantisipasi kekambuhan. Selain memberikan perawatan fisik, keluarga pasien kanker dengan kemoterapi memberikan dukungan emosional dan sosial, membantu mengelola

gejala, dan berkomunikasi dengan dokter. Keluarga mencoba untuk memprioritaskan pasien dan terlibat dalam membuat keputusan (Molassiotis, 2005; Baqutayan, 2012; Periasamy dkk., 2017).

2. Terapi radiasi

Terapi radiasi merupakan salah satu terapi menggunakan radiasi ionisasi terhadap sel target. Radiasi ionisasi akan merusak DNA sel target sehingga terjadi kematian sel pada sel kanker. Perubahan lingkungan akibat radiasi membuat sel – sel rusak berat sehingga pada akhirnya akan mati.

3. Imunoterapi

Sistem imun atau kekebalan tubuh diyakini mampu menghancurkan tumor melalui surveilans imun. Modifikasi sistem sel imun kemudian diciptakan untuk mengobati penyakit kanker. Imunoterapi dapat merangsang sistem imun host untuk lebih agresif merespon tumor menggunakan antibodi yang dibuat di laboratorium. Imunoterapi juga dapat digunakan untuk mendeteksi tumor dan daerah metastase sel kanker (Corwin, 2007).

4. Pembedahan

Tindakan pembedahan hanya dapat dilakukan apabila sel kanker belum mengalami metastasis. Pembedahan dilakukan untuk tujuan menyembuhkan penyakit kanker dan sebagai pembedahan paliatif.

5. Terapi hormon

Terapi hormon bekerja dengan menghambat reseptor pada sel kanker sehingga sel kanker tidak dapat menerima stimulus pertumbuhan yang pada akhirnya akan mencegah sel kanker tumbuh secara abnormal.

6. Terapi fotodinamik

Terapi fotodinamik menggunakan gelombang cahaya dikombinasikan dengan oksigen yang ditujukan ke sel kanker. Sebelumnya pasien harus mengkonsumsi obat secara sistemis yang terdiri atas porfirin yang telah dimodifikasi. Kemudian gelombang cahaya akan ditembakkan pada sel kanker dan merusak zat kimia fotosintetif yaitu porofin berikutan sel kanker. Terapi fotodinamik hanya merusak sel kanker dan tidak akan merusak sel normal.

7. Terapi gen

Gen merupakan salah satu faktor resiko penyakit kanker. Terapi gen bertujuan mengganti sel yang terdampak dengan sel normal. Terapi gen menggunakan potongan DNA yang bermuatan khusus untuk sel kanker dan dapat mengekspresikan sesuai kode DNA (Corwin, 2007).

Pasien kanker akan mengalami penurunan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya karena ketidakmampuan yang timbul akibat suatu penyakit. Hal ini membuat pasien kanker menjadi ketergantungan pada orang lain. Anggota keluarga dalam hal ini memiliki tanggung jawab dalam perawatan dan pengasuhan. Namun pada beberapa kasus, tanggung jawab dan perasaan yang dimiliki keluarga justru membawa keluarga tersebut pada kondisi dimana sebuah beban akan muncul (Pearlin dkk., 1990). Peningkatan beban tersebut akan menimbulkan efek secara psikologis kepada keluarga. Efek psikologis yang muncul meliputi stres traumatik, ansietas dan depresi (McAdam dkk., 2010).

Kanker merupakan penyakit serius yang berdampak pada kesehatan fisik, biologis, dan psikologis. Kanker juga disebut sebagai penyakit *silent killer*, dengan banyak terapi yang dapat digunakan tetapi keputusan dan ketakutan menjadi tekanan psikologis bagi pasien dan keluarga. Keluarga pasien akan terlibat dalam pengambilan keputusan, memberikan dukungan, merawat pasien, dan mencari pengobatan. Perasaan khawatir dan kecemasan terhadap kondisi klinis pasien akan membuat keluarga mengalami tekanan psikologis. Di sisi lain keluarga juga harus memikirkan dirinya sendiri baik dari segi kesehatan maupun kegiatan sehari – hari. Tetapi keluarga harus tetap memberikan perawatan dan dukungan terhadap pasien sebagai bentuk kasih sayang terhadap anggota keluarga (Thapa dkk., 2010; Innocent dkk., 2016).

Proses pengobatan penyakit kanker dilakukan secara berkesinambungan dan membutuhkan waktu yang cukup lama sesuai dengan jenis kanker, gejala klinis yang ditimbulkan, dan luas penyakit (Prigerson dkk., 2018). Pasien kanker membutuhkan bantuan dari keluarga dalam menjalankan kehidupan sehari – hari. Merawat pasien kanker merupakan kegiatan tambahan yang harus dilakukan oleh keluarga. Hal ini akan menambah beban pengasuhan keluarga selain kebutuhan pribadi, tanggung jawab keluarga dan pekerjaan rumah. Beban pengasuhan

keluarga yang bertambah membutuhkan pengorbanan fisik yang mendalam. Keterlibatan keluarga dalam kegiatan sosial juga akan terhambat sebagai akibat tuntutan tanggung jawab memberikan perawatan terhadap pasien (Vlachou dkk., 2014).

Anggota keluarga merupakan sumber utama pengasuhan yang memainkan peran penting terhadap perawatan dan dukungan emosional kepada pasien. Keadaan psikologis keluarga sebagai pengasuh dapat mempengaruhi kondisi mental pasien secara langsung. Anggota keluarga pasien kanker berada di bawah stres yang tinggi karena merawat pasien dengan kanker menghabiskan banyak waktu yang dapat mempengaruhi mental dan fisik anggota keluarga (Wu dkk., 2013). Pasien yang mengalami sakit kronis menerima perawatan dan membutuhkan bantuan dari anggota keluarga. Merawat anggota keluarga yang sakit memerlukan stabilitas emosional bagi pengasuh. Tanggung jawab pengasuhan yang besar dapat membuat keluarga atau pengasuh rentan terhadap tekanan psikologis. Tambahan beban pengasuhan dan tekanan psikologis akibat ketakutan terhadap penyakit yang berkelanjutan akan menyebabkan perasaan depresi (Tejawinata dkk., 2014).

Pengasuhan merupakan kegiatan dan pengalaman yang melibatkan pemberian bantuan dan pendampingan kepada anggota keluarga atau kerabat yang tidak mampu melakukannya sendiri. Kepedulian adalah komponen afektif dari komitmen seseorang untuk kesejahteraan orang lain, dan pengasuhan adalah bentuk dari ekspresi perilaku dari komitmen ini. Memberikan perawatan kepada seseorang adalah suatu bentuk kepedulian dari seseorang. Kepedulian dan pengasuhan adalah unsur intrinsik pada setiap hubungan yang bertujuan untuk melindungi atau meningkatkan kesejahteraan satu sama lain. Pengasuhan dapat berubah dari bantuan biasa satu sama lain menjadi beban yang luar biasa dan tidak merata. Ketika kemampuan setiap pihak dalam hubungan menjadi semakin tidak seimbang, maka timbal balik dalam memberi dan menerima yang telah ada akan pudar (Pearlin dkk., 1990).

Menurut Friedman dalam (Ferry Efendi, 2009) terdapat lima fungsi keluarga yang harus dicapai oleh sebuah keluarga yaitu sebagai berikut:

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan basis kekuatan keluarga yang berkaitan erat dengan fungsi internal keluarga. Fungsi afektif adalah untuk memenuhi kebutuhan psikososial keluarga. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif dapat terlihat dari kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Apabila fungsi afektif keluarga tidak terpenuhi maka kebahagiaan keluarga tidak tampak, terjadi perceraian, kenakalan anak, dan masalah keluarga karena fungsi afektif merupakan sumber energy keluarga.

2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Fungsi ini adalah wahana untuk melatih dan mengembangkan kemampuan anak-anak dalam berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga merupakan tempat untuk belajar sosialisasi bagi seseorang. Keberhasilan perkembangan seseorang dan keluarga dicapai dengan adanya interaksi antara anggota keluarga. Anggota keluarga akan belajar tentang disiplin, norma – norma, budaya, dan perilaku.

3. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi keluarga adalah melanjutkan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Untuk mengontrol fungsi reproduksi maka dicanangkan program keluarga berencana.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga juga untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan meningkatkan penghasilan serta memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan papan.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Kesehatan adalah kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Kesehatan dapat menyebabkan seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan menjadi habis. Keadaan kesehatan dan perubahan – perubahan yang dialami oleh anggota keluarga perlu diperhatikan. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Tugas – tugas yang dapat dilakukan anggota keluarga dalam fungsi

perawatan atau pemeliharaan kesehatan adalah sebagai berikut (Ferry Efendi, 2009).

- a. Mengetahui masalah kesehatan
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
- e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Keluarga memiliki tipe – tipe pembagian yang menyatakan hubungan terhadap anggota keluarga. Pembagian tipe keluarga adalah sebagai berikut (Ferry Efendi, 2009).

- a. Keluarga inti: keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak – anak.
- b. Keluarga besar: keluarga inti yang ditambah dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, sepupu, paman, bibi, dan lain – lain.
- c. Keluarga berantai: keluarga yang terdiri atas laki – laki dan perempuan yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d. Keluarga duda atau janda: keluarga yang terbentuk karena adanya perceraian atau kematian.
- e. Keluarga berkomposisi: keluarga yang berpoligami dan hidup bersama – sama.
- f. Keluarga kabitas: dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga

2.2 Konsep Depresi

Depresi adalah gangguan atau penurunan mood yang terjadi secara berkelanjutan pada aspek suasana hati yang senang dan sering berpikiran negatif. Depresi adalah suatu bentuk kesedihan yang berlangsung lama dan kecemasan yang tertutup dengan perasaan tidak berharga serta perasaan tidak nyaman dengan intensitas yang kuat. Ketidaknyamanan emosi yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang pada jiwa seseorang adalah gangguan mood yang terjadi pada seseorang yang depresi (Katona dkk., 2012). Arti lain dari depresi yaitu perubahan emosional seseorang yang ditandai dengan kesedihan, pikiran negatif, harga diri

rendah, perasaan bersalah, menarik diri, penurunan energi, dan penurunan minat mengikuti kegiatan (Rizki Suwistianisa, Nurul Huda, 2015).

Depresi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu biologis, psikologis, dan sosial, serta interaksi antar neurotransmitter yang mempengaruhi mood dan perilaku. Neurotransmitter monoaminergik memiliki peran terjadinya depresi, yang terdiri dari serotonin (5-HT), norepinefrin (NE), dan dopamin (DA). Selain itu terdapat neurotransmitter lain seperti glutamat (GLUT), asam aminobutirik gamma/gamma-aminobutyric acid (GABA) dan faktor neurotropik otak/brain-derived neurotrophic factor. Kesimbangan antara ketersediaan dan aktivitas reseptor neurotransmitter diperlukan dalam mengatur mood dan emosi. Proses ini diatur oleh sistem serotonergik dan noradrenergik yang memproduksi serotonin 1A (5-HT1A), serotonin 1B (5-HT1B), dan norepinefrin.

Seseorang yang mengalami depresi ketersediaan serotonin di celah sinaps akan menurun yang disebabkan oleh penurunan sensitifitas reseptor 5 – HT1B dan reseptor 5 – HT1A sehingga inhibisi pengambilan kembali serotonin tidak terjadi. Sensitifitas reseptor NE yang terletak pada presinaps akan meningkat sehingga pengeluaran norepinefrin menurun. Reseptor NE berfungsi mengatur keluarnya norepinefrin dengan inhibisi. Serotonin dikeluarkan dengan proses inhibisi oleh reseptor 5 – HT1B yang terletak pada presinaps. Kemudian reseptor 5 – HT1A yang terletak pada neuron presinaps dan post-sinaps akan melakukan tugasnya untuk mengatur fungsi serotonin. Serotonin dan norepinefrin dikeluarkan dari triptofan dan tirosin kemudian disimpan di dalam vesikel neuron presinaps. Serotonin dan norepinefrin akan dikeluarkan ke celah sinaps, untuk mempengaruhi neuron presinaps dan post – sinaps sehingga dapat mengatur regulasi emosi (Belmaker dan Agam, 2008).

Corticotropin Releasing Hormone (CRH) akan mensekresi hormon kortikotropin secara berlebihan saat terjadi depresi. Hal ini akan mengakibatkan aktifitas aksis *Hipotalamus Pituitari Adrenal* (HPA) meningkat. Hipotalamus Pituitari Adrenal (HPA) memproduksi hormon kortisol yang dapat mengubah eksitasi neuron dalam mempengaruhi aspek psikologis. Hormon kortisol yang berlebihan disebut hirperkortisolemia yang dapat menyebabkan supresi

neurogenesis dan atrofi hipokampus apabila terjadi dalam waktu yang cukup lama (Filkowski dan Sheth, 2019).

Depresi merupakan gejala psikotik dan apabila gejala yang ditimbulkan sudah tidak realistis serta tidak dapat dimengerti oleh orang lain. Gejala yang ditimbulkan meliputi aspek kognitif, afektif, dan somatik (Steer dkk., 1999).

a. Aspek kognitif

1. Evaluasi diri yang rendah: bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri. Seseorang yang dirinya dibutuhkan menganggap dirinya tidak berguna dalam hal kemampuan, prestasi, intelegensi, kesehatan, kekuatan, daya tarik, popularitas, dan sumber keuangannya.
2. Gangguan citra tubuh: perasaan seseorang yang kecewa dengan kondisi tubuhnya karena dianggap tidak sesuai harapan.
3. Harapan yang negatif: seseorang akan mengharapkan hal – hal yang buruk dan menolak untuk upaya yang lebih baik.
4. Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri: seseorang akan menganggap dirinya sebagai penyebab segala kesalahan dan mengkritik diri sendiri untuk segala kekurangan yang ada.
5. Ragu – ragu dalam mengambil keputusan: seseorang menjadi sulit untuk mengambil keputusan, memilih alternatif, dan mengubah keputusan.

b. Aspek afektif

1. Kesal atau patah hati: seseorang merasa sedih, bosan dan kesepian yang mendalam.
2. Perasaan negatif terhadap diri sendiri: seseorang yang merasa sedih dan secara khusus ditujukan kepada diri sendiri.
3. Hilangnya rasa puas: perasaan seseorang kehilangan kepuasan terhadap aktifitas atau hubungan sosial yang dilakukan.
4. Hilangnya keterlibatan emosional: kurangnya perhatian atau rasa keterlibatan emosi terhadap orang lain atau saat melakukan pekerjaan.
5. Kecenderungan untuk menangis diluar kemauan: seseorang akan menangis bahkan yang sebelumnya tidak pernah menangis dan ada pula yang ingin menangis tetapi tidak dapat menangis.

6. Hilangnya respon terhadap humor: seseorang tidak terhibur, tidak dapat tertawa, dan tidak puas saat mendengar lelucon karena kesulitan merespon humor.
- c. Aspek somatik
1. Gangguan fisik: seseorang akan mengalami kehilangan nafsu makan, berat badan menurun, gangguan pola tidur, kehilangan libido, kelelahan, dan menghindari orang lain.
 2. Penurunan motivasi: seseorang akan menghindari aktifitas yang menuntut adanya tanggung jawab, inisiatif bertindak, dan membutuhkan energi yang kuat.

Faktor – faktor yang menyebabkan depresi adalah genetik, hubungan sosial, keadaan biologis, stres kehidupan, penyakit kronis, dan konsumsi alkohol atau obat – obatan (Katona dkk., 2012). Faktor lain yang dapat menyebabkan depresi adalah karakteristik demografi (Uche dkk., 2014; Rohmatin dkk., 2018).

a. Genetik

Faktor genetik lebih berpengaruh terhadap individu untuk mengalami periode mood tinggi dan mood rendah (gangguan bipolar). Seseorang beresiko 1,5 sampai 3 kali mengalami depresi apabila memiliki riwayat keluarga mengalami depresi. Resiko lebih tinggi untuk mengalami depresi adalah seseorang yang kembar identik Peran genetik dalam kejadian depresi dipengaruhi oleh faktor sosial dan pengalaman seseorang (Saveanu dan Nemeroff, 2012).

b. Biologi

Seseorang yang mengalami depresi terjadi ketidakseimbangan zat – zat kimia dalam sel otak serta terdapat kelainan amin biogenik dalam darah, urin, dan cairan serebrospinal. Serotonin, dopamin, dan norepinefrin akan mengalami penurunan sehingga akan mengakibatkan penurunan fungsi kognitif , afeksi, dan motivasi. Hal ini akan membuat seseorang tidak dapat berpikir secara normal yang kemudian pada akhirnya akan mengalami depresi (Amir, 2005).

c. Psikososial

Faktor psikososial adalah stressor yang mempengaruhi kehidupan seseorang berkaitan dengan peristiwa atau pengalaman yang terjadi. Setiap orang berbeda – berbeda dalam menghadapi dan beradaptasi dengan stressor yang dirasakan. Respon seperti keluhan, kecemasan, bahkan depresi merupakan salah satu manifestasi yang ditimbulkan oleh stressor. Faktor psikososial yang dapat menyebabkan depresi yaitu kehilangan peran sosial, isolasi diri, penyakit kronis, kemiskinan, penurunan fungsi kognitif, dan kekurangan dukungan keluarga (Danesh dkk., 2007).

d. Usia

Usia mempengaruhi tingkat kematangan seseorang dalam berpikir dan menyikapi suatu masalah. Apabila seseorang tidak dapat menghadapi masalah dengan baik maka akan beresiko untuk mengalami depresi. Prevalensi depresi tertinggi terjadi di usia 20 – 24 tahun, kemudian semakin rendah pada usia 45 – 49 tahun, dan kejadian terendah pada usia lebih dari 75 tahun (Danesh dkk., 2007). Usia dikategorikan berdasarkan tahap perkembangan yang dibagi menjadi kelompok – kelompok usia sebagai berikut (Potter dan Perry, 2005).

1. Bayi: 0 – 1 tahun
2. Toodler: 1 – 3 tahun
3. Pra sekolah: 3 – 6 tahun
4. Sekolah: 6 – 12 tahun
5. Remaja: 18 – 21 tahun
6. Dewasa muda: 21 – 40 tahun
7. Dewasa tengah: 40 – 65 tahun
8. Dewasa akhir: > 65 tahun

Berdasarkan kategori usia diatas dapat diketahui bahwa prevalensi depresi tertinggi terjadi pada tahap perkembangan remaja sampai dengan dewasa muda. Kemudian prevalensi depresi menurun pada usia 40 – 45 tahun. Depresi yang terjadi pada usia remaja sampai dengan dewasa muda dipengaruhi oleh bagaimana individu melakukan tanggung jawab sosial, menetapkan dan mempertahankan

standar kehidupan, serta menerima dan menyesuaikan perubahan fisiologis (Danesh dkk., 2007).

e. Jenis kelamin

Wanita memiliki resiko dua kali lebih rentan terkena depresi daripada pria. Depresi pada wanita meningkat saat pubertas setelah onset menarche, gangguan premenstrual dysphoric (PMDD), gangguan depresi postpartum (PPD) dan depresi perimenopausal. Hal ini berkaitan dengan hormon steroid yang memainkan peran dalam perkembangan neurobiologica dari depresi wanita. Salah satunya adalah ovarium gonadalhormon memberikan efek pada suasana hati dan perilaku dengan melewati sawar otak kemudian memengaruhi aktivitas saraf. Sistem hormonal lain yang dapat dipengaruhi oleh ovarium gonadalhormon adalah *Hipotalamus Pituitary Adrenal* (HPA), neurotransmitter seperti serotonin dan dopamine yang berperan dalam perkembangan gangguan depresi (Stickel dkk., 2019). Depresi pada pria meningkat ketika terjadi penurunan testosteron plasma. Penurunan kadar testosteron pada hipogonadal pria dikaitkan dengan banyak gejala spesifik termasuk depresi dan kecemasan. Testosteron berperan mengakomodasi penularan ser – otoninergik yang memainkan peran penting dalam perkembangan depresi., sebagian besar estradiol yang bersirkulasi pada pria adalah turunan primer dari aromatisasi perifer testosteron yang dialirkan oleh adiposity (Stanikova dkk., 2018).

f. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang yang lebih tinggi memungkinkan dalam pemahamaman yang lebih baik terhadap permasalahan. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat melakukan penilaian yang lebih objektif terhadap permasalahan dan lebih terbuka mengenai informasi. Pemahaman yang baik akan membantu dalam mengatasi masalah dan menekan gejala depresi (Danesh dkk., 2007).

g. Status pekerjaan

Status pekerjaan dikategorikan menjadi tiga yaitu, bekerja, tidak bekerja, dan pelajar (Chuka Ifeanyi dkk., 2018). Seseorang yang tidak bekerja akan lebih rentan untuk mengalami depresi. Hal ini disebabkan oleh apabila terdapat anggota

keluarga yang sakit dan harus menjalani pengobatan akan berdampak signifikan terhadap pengeluaran ekonomi keluarga. Kebutuhan – kebutuhan hidup sehari – hari relatif konstan bahkan dapat bertambah. Beban ekonomi yang meningkat akibat adanya pengobatan akan membuat seseorang yang tidak bekerja akan mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan sehari – hari sehingga beresiko mengalami depresi (Danesh dkk., 2007).

h. Status pernikahan

Seseorang yang belum menikah memiliki kesejahteraan psikologis yang kurang optimal. Resiko masalah kesehatan mental bagi seseorang yang belum menikah adalah tertekan, kesepian, tidak bahagia, tidak puas, dan stres. Masalah yang timbul pada seseorang yang telah menikah adalah pertengkaran, hal ini memicu terjadinya depresi. Kematian salah satu pasangan, dan perceraian merupakan masalah pernikahan yang dapat memperberat gejala depresi seseorang (Rancans dkk., 2014).

Depresi memiliki tanda gejala khas yang dapat muncul pada seseorang yang mengalami depresi. Tanda gejala yang secara umum muncul adalah sebagai berikut (Katona dkk., 2012; Yusof dkk., 2016).

- a. Anhedonia yang kemudian diikuti dengan kehilangan motivasi serta emosi yang tidak stabil.
- b. Gejala biologis yang meliputi perubahan pola tidur, perubahan pola makan, penurunan berat badan, penurunan gairah seksual, dan kelelahan.
- c. Aktivitas motorik mengalami perubahan berhubungan dengan terjadinya agitasi atau retardasi.
- d. Isi pikiran yang bermuatan negatif dan pesimis tentang dirinya, dunia, dan masa depannya sehingga dapat mengganggu hidupnya.
- e. Rasa bersalah, tidak berharga, dan ingin bunuh diri yang muncul.
- f. Fungsi kognitif mengalami penurunan yang ditandai dengan adanya penurunan konsentrasi dan perhatian, serta tidak mampu dalam mengambil keputusan.
- g. Mengalami waham dan halusinasi

Klasifikasi depresi dikelompokkan menjadi beberapa kategori sesuai dengan gejala yang menyertai. Depresi dikategorikan menjadi depresi minimal, depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat. Depresi memiliki gejala yang dibagi menjadi aspek kognitif, aspek afektif, dan aspek somatik. Gejala depresi dibagi menjadi dua bagian yaitu gejala utama dan gejala lain. Gejala utama meliputi afek depresif, kehilangan minat, kesedihan, penurunan energi yang berakibat mudah lelah, dan penurunan aktivitas. Gejala lain yang muncul meliputi penurunan konsentrasi dan perhatian, penurunan harga diri dan kepercayaan diri, merasa bersalah dan tidak berguna, pesimis tentang masa depan, perbuatan yang membahayakan diri sendiri atau bunuh diri, gangguan pola tidur, serta penurunan nafsu makan (Maslim, 2003). Klasifikasi depresi menurut (Beck dkk., 1996) antara lain depresi minimal, depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat. Tanda dan gejala depresi yang dapat muncul pada seseorang adalah meliputi aspek kognitif, aspek afektif, dan aspek somatik.

a. Aspek kognitif

Tanda gejala depresi pada aspek kognitif adalah pesimis, merasa gagal pada masa lalu, kehilangan gairah, perasaan bersalah, perasaan dihukum, tidak menyukai diri sendiri, mengkritik diri sendiri, sulit mengambil keputusan, dan berpikiran ingin bunuh diri.

b. Aspek afektif

Aspek afektif yang muncul pada tanda gejala depresi adalah perasaan sedih, menangis, gelisah, kehilangan minat, merasa tidak layak, dan mudah marah.

c. Aspek somatik

Aspek somatik pada tanda gejala depresi terdiri dari kehilangan tenaga (semangat), perubahan pola tidur, perubahan selera makan, sulit berkonsentrasi, capek atau kelelahan, dan kehilangan gairah seksual.

Depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi perlu dilakukan identifikasi untuk mengetahui gambaran depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi dan menyusun rencana intervensi yang dapat dilakukan. Depresi dapat diketahui melalui tanda gejala yang secara subjektif dirasakan oleh

seseorang. Alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai tingkat depresi terdapat beberapa instrument antara lain sebagai berikut.

Klasifikasi depresi dapat menggunakan nilai kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II. Skor tertinggi setiap item BDI II adalah 3 dan skor terendah adalah 0 serta nilai total adalah 63. Rentang depresi untuk nilai 0 – 13 diklasifikasikan sebagai depresi minimal. Nilai 14 – 19 termasuk dalam klasifikasi depresi ringan. Nilai 20 – 28 adalah klasifikasi depresi sedang. Klasifikasi depresi untuk nilai 29 – 63 adalah depresi berat. (Beck dkk., 1996). Jenis responden dapat mempengaruhi nilai total dari BDI II. Nilai total rata – rata BDI II lebih tinggi dilaporkan terjadi pada pasien medis daripada bukan pasien. Tetapi nilai masih tetap berada di sekitar atau dibawah nilai ambang batas yang direkomendasikan oleh Aaron T. Beck yaitu 13 – 14 (Wang dan Gorenstein, 2013).

1. *Beck Depression Inventory* (BDI) II

BDI II merupakan instrument yang sering digunakan dalam penelitian tentang depresi. Kuesioner BDI II telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk populasi di Indonesia. Kuesioner ini telah diuji untuk digunakan sebagai alat ukur depresi yang sensitif, spesifik, dan prediktif. BDI II terdiri dari 21 item yang memuat pertanyaan tentang kesedihan hingga kehilangan gairah seksual. Hasil uji validitas dan reliabilitas BDI II di beberapa negara salah satunya adalah China dengan nilai *cronbach's alpha* 0,92 dan nilai *split – half reliability* 0,879 (Zhu dkk., 2018).

2. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)

Kuesioner HADS fokus pada dua masalah psikologi yang diukur dalam waktu yang bersamaan yaitu depresi dan ansietas. Kuesioner HADS memiliki 7 item yang berisi pertanyaan tentang depresi dan 7 item yang berisi pertanyaan tentang ansietas. Pengisian kuesioner HADS menggunakan skala likert dari rentang 0 – 4. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner HADS yang dilakukan di Indonesia mencatat nilai *cronbach's alpha* 0,82 (Sonia dkk., 2014).

3. *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ – 9)

Kuesioner PHQ – 9 merupakan instrument serbaguna yang dapat digunakan untuk melakukan *screening*, diagnosis, observasi, dan mengukur tingkat depresi. Kuesioner PHQ – 9 merupakan instrument yang sederhana dan singkat sehingga dapat digunakan pada praktik klinis. Skor PHQ – 9 adalah ≥ 10 dengan tingkat sensitivitas dan spesivitas 88% untuk tingkat depresi tinggi. Uji validitas dan reliabilitas PHQ – 9 yang dilakukan di arab mencatatkan skor *cronbach's alpha* 0,76 yang artinya reliabilitas PHQ – 9 diterima (Al-Maharbi dkk., 2018).

Teori – teori yang digunakan sebagai dasar mekanisme gangguan depresi menyatakan terdapat tiga indikator yang mempengaruhi depresi yaitu *inflamasi*, aksis *Hipotalamus Pituitary Adrenalin* (HPA) hiperaktif, dan Eksitotoksitas Glutamat. Seseorang yang mengalami depresi memiliki kadar sitokin pro – inflamasi. Gangguan psikologis dan psikososial mampu menimbulkan *inflamasi* atau peradangan yang dapat menyebar secara sentral maupun perifer. Salah satu teori mekanisme biologi depresi yang sangat relevan adalah peran aksis *Hipotalamus Pituitary Adrenalin* (HPA). Saat seseorang mengalami stres dan mengancam homeostasis maka kemudian tubuh akan memberikan respon yang teratur dari sistem kekebalan tubuh, endokrin, dan sistem saraf yang bertujuan untuk menengahi rangsangan atau memberikan kompensasi. Aksis *Hipotalamus Pituitary Adrenalin* (HPA) yang hiperaktif merupakan salah satu tanda depresi. Glutamat merupakan neurotransmitter rangsan utama dalam Sistem Saraf Tepi (SSP) yang berperan antagonis dengan γ – *aminobutyric acid* (GABA) (Young dan Singh, 2018).

Depresi dikaitkan sebagai penanda peradangan yang ditandai dengan berkurangnya jumlah sel darah merah, hematocrit, dan hemoglobin, peningkatan jumlah retikulosit serta perubahan metabolisme besi secara konsisten seiring dengan proses inflamasi. Di dalam tubuh terdapat sitokin yang merupakan protein pleiotropik kecil sebagai pro-inflamasi (inter-leukin-1 (IL-1), IL-18, IL-6, *Tumor Necrosis Factor alpha* (TNF – α) dan anti-inflamasi (IL-1, reseptor antagonis (IL-ra), IL-4, IL 10), tergantung pada efek agregatnya pada sel target. Sitokin diinduksi sebagai respons terhadap infeksi, cedera otak traumatis, stroke iskemik

atau hemoragik, dan penyakit neurodegeneratif lain (Talarowska dkk., 2016). Saat sedang depresi terjadi peningkatan kadar IL-6 dan *Tumor Necrosis Factor alpha* (TNF – α) serta penurunan sel – sel pembunuh alami. IL-6, TNF dan IL-1 β terlibat dalam patofisiologi depresi. Peningkatan kadar IL-6 dapat mengakibatkan resistensi insulin, kelainan koagulasi, dan disfungsi endotel melalui aksis *Hipotalamus Pituitary Adrenalin* (HPA) dan katekolamin (Farooq dkk., 2016).

2.3 Depresi pada Keluarga Pasien Kanker dengan Kemoterapi

Penyakit kronis atau keadaan multipatologi dan polifarmasi dapat meningkatkan kejadian depresi (Cvetković dan Nenadović, 2016). Kasus kanker dengan kemoterapi tidak hanya berdampak pada pasien saja tetapi juga keluarga pasien. Sejak didiagnosis dan selama pengobatan penyakit kanker pasien dan keluarga akan sama sama terlibat. Keluarga pasien lebih sering terlibat aktif dalam banyak aspek perawatan dan advokasi dengan sungguh-sungguh untuk pasien. Perawatan jangka panjang akan diberikan kepada pasien kanker dengan kemoterapi. Perawatan yang diberikan merupakan upaya untuk membantu memenuhi kebutuhan hidup pasien. Hal ini dapat menyita banyak waktu dan menjadi tanggung jawab baru (Prigerson dkk., 2018).

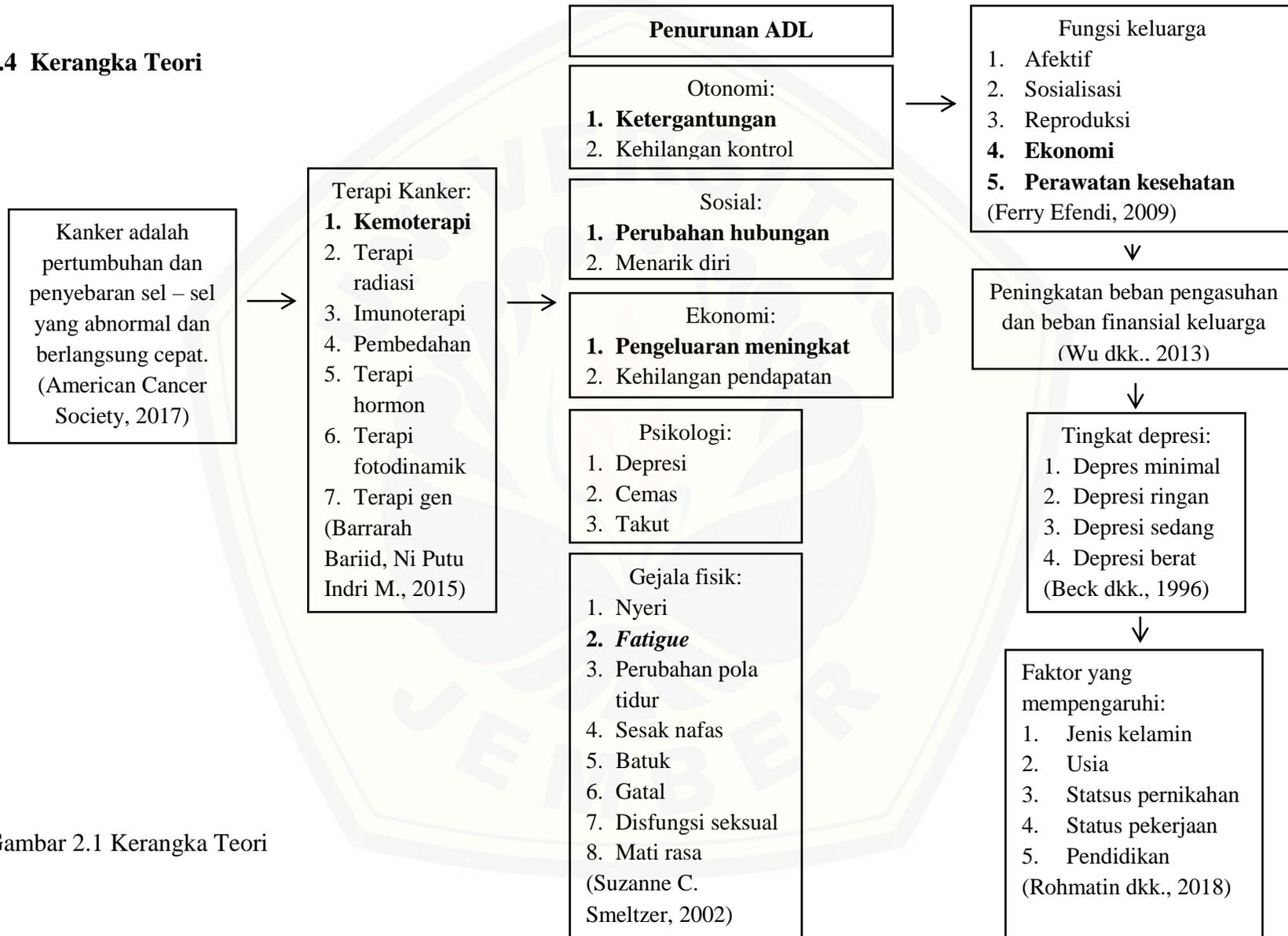
Keluarga yang merawat pasien kanker menjadi rentan terhadap penyakit fisik dan tekanan psikologis. Mereka tidak dapat mengikuti kegiatan sosial rutin yang biasa dilakukan. Konsekuensi ini sebagai dampak meningkatnya beban pengasuhan dan beban finansial yang berlangsung lama. Perubahan hidup ini terjadi pada keluarga yang merawat pasien kanker bahkan kebutuhan individu mereka sendiri akan diabaikan. Gangguan fisik, emosional, sosial, dan konflik keuangan akan dihadapi oleh keluarga. Ikatan keluarga yang kuat, intens, dan kombinasi norma adat dan agama mengarahkan membentuk jaringan yang panjang sebagai pelindung keluarga. Keluarga bertindak sebagai pengasuh primer yang diharapkan dapat memberikan perawatan yang lebih baik (Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, 2007).

Salah satu dampak psikologis yang dialami oleh keluarga adalah depresi. Depresi merupakan suatu kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang

mendalam, perasaan tidak berguna, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, susah tidur, kehilangan selera makan, penurunan hasrat seksual dan penurunan minat terhadap kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Gejala – gejala depresi dapat berbeda – beda pada setiap orang, hal ini bergantung pada tingkatan usia maupun budaya (Gerald C. Davison, John M. Neale, 2006).

Faktor predisposisi terjadinya depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi adalah demografi personal yaitu usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, status ekonomi, dan domisili. Faktor – faktor tersebut menentukan tingkat depresi keluarga yang mengasuh pasien kanker dengan kemoterapi. Depresi berkaitan erat dengan jumlah bantuan keluarga yang diberikan kepada pasien dan tuntutan tindakan yang berkaitan langsung dengan tingkat penyakit, tingkat gangguan fungsional, dan gejala terkait pasien. Penilaian situasi perawatan menyiratkan bagaimana keluarga membandingkan secara subyektif tingkat depresi dengan sumber daya yang tersedia (Wu dkk., 2013).

2.4 Kerangka Teori

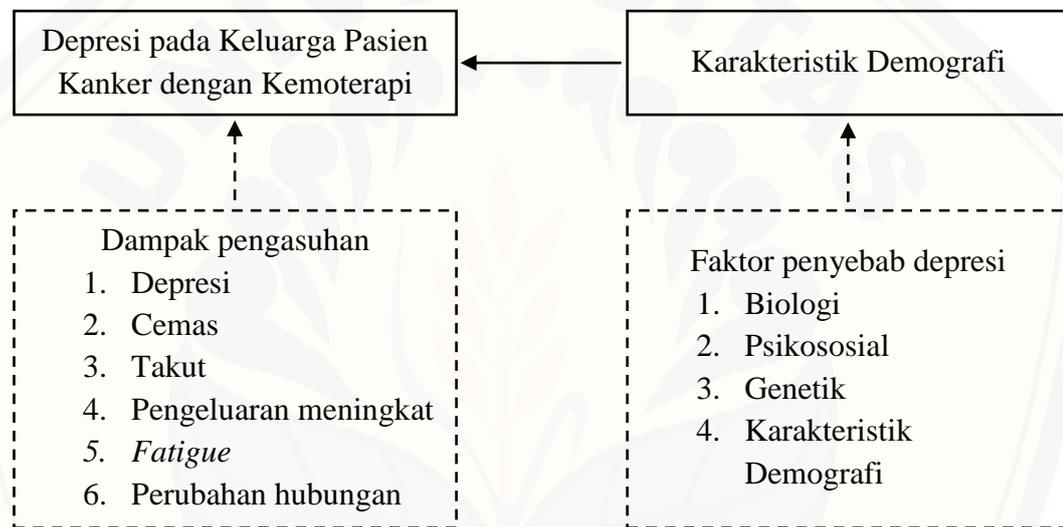


Gambar 2.1 Kerangka Teori

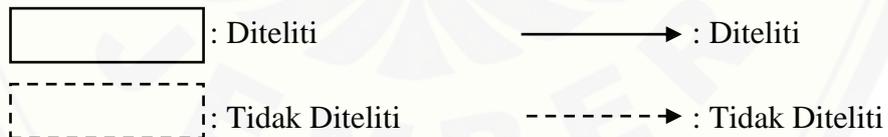
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antar konsep – konsep yang akan diidentifikasi dan diukur dalam sebuah penelitian atau konsep yang akan digunakan sebagai dasar pemikiran dalam lingkup kegiatan ilmu (Nursalam, 2015). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.



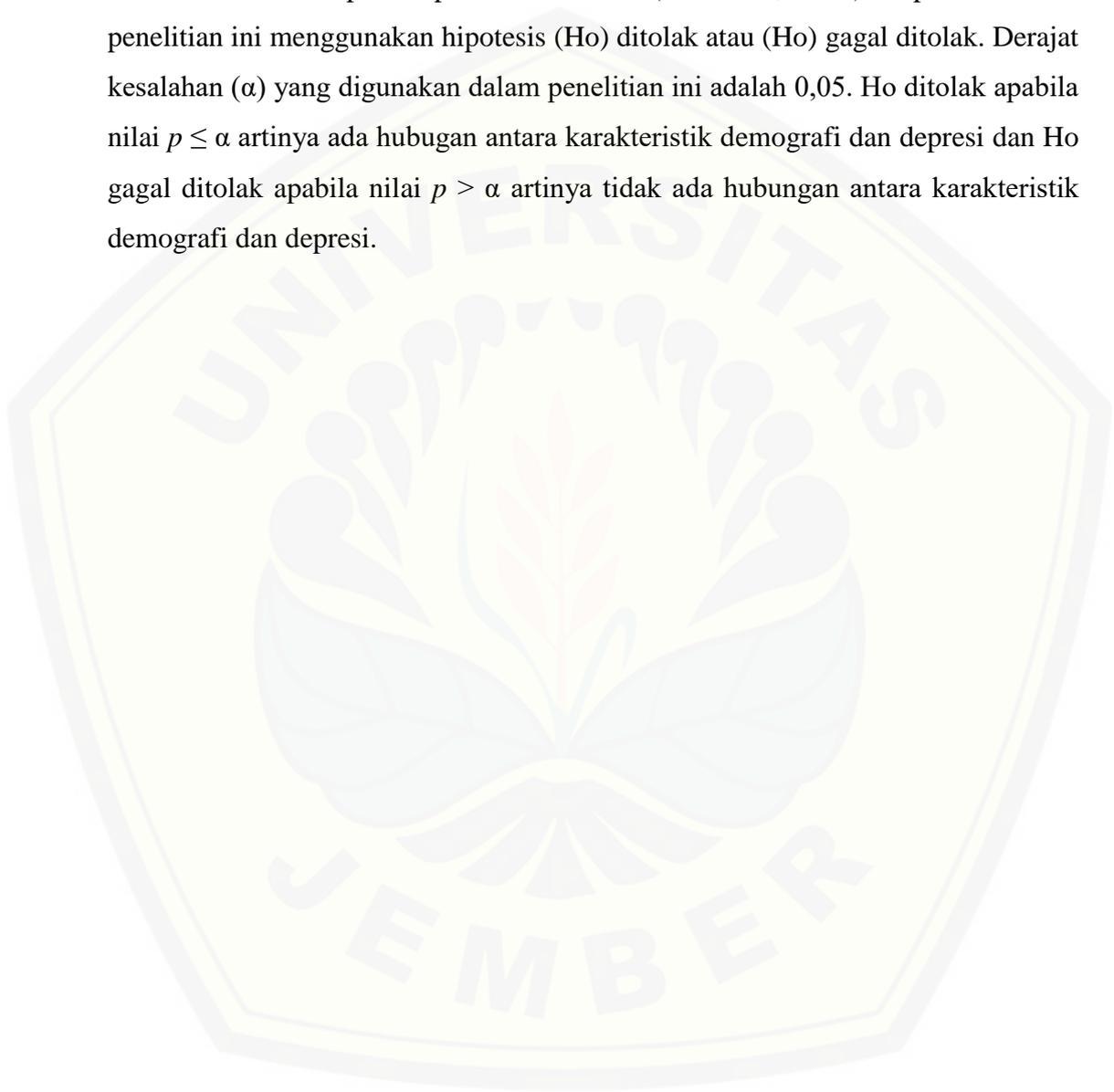
Keterangan:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari pertanyaan penelitian yang dituangkan dalam bentuk kalimat. Kebenaran jawaban sementara ini harus dibuktikan melalui proses penelitian ilmiah (Nursalam, 2015). Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan hipotesis (H_0) ditolak atau (H_0) gagal ditolak. Derajat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H_0 ditolak apabila nilai $p \leq \alpha$ artinya ada hubungan antara karakteristik demografi dan depresi dan H_0 gagal ditolak apabila nilai $p > \alpha$ artinya tidak ada hubungan antara karakteristik demografi dan depresi.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel dengan menekankan waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat dan tidak ada tindak lanjut. Tujuan desain penelitian *cross sectional* adalah mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel. Hubungan korelatif mengacu pada kecenderungan variasi suatu variabel diikuti oleh variasi variabel yang lain. Desain penelitian *cross sectional* melibatkan minimal dua variabel (Nursalam, 2015). Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi dan tingkat depresi.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan subjek penelitian yang telah memenuhi ketetapan kriteria penelitian (Nursalam, 2015). Populasi penelitian adalah area generalisasi berupa subjek atau objek yang dipilih oleh peneliti dengan karakteristik dan kualitas yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien kanker dengan kemoterapi di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang berjumlah lebih kurang 254 pasien pada bulan Januari 2018.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang terjangkau dan dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui teknik sampling. Sampel penelitian dapat ditetapkan dengan dua syarat yaitu representatif dan cukup banyak. Data yang diperoleh dari sampel yang representative dan cukup banyak dapat digeneralisasikan dalam suatu populasi (Nursalam, 2015). Jumlah sampel dalam penelitian ini dihitung dengan metode hitung Power Analysis menggunakan aplikasi G*Power 3.1.9.4. Penghitungan sampel tersebut

menggunakan *test family* χ^2 *test, statistical test goodness of fit tests: contingency tables* dengan α error probability = 0,05; power $(1-\beta) = 0,8$; dan *effect size* (γ) = 0,3 (medium) serta *degree of freedom* = 4 (Prajapati dkk., 2010). Hasil penghitungan didapatkan jumlah sampel sebanyak 133 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel atau teknik sampling adalah proses seleksi porsi dari suatu populasi agar dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan langkah – langkah yang dilakukan untuk mengambil sampel. Tujuan menggunakan teknik sampling dalam pengambilan sampel adalah agar memperoleh sampel yang benar – benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2015). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah non – probability sampling, bahwasanya setiap subjek dalam populasi tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih atau tidak dipilih sebagai sampel. Teknik sampling yang digunakan adalah *convenience* sampling yang artinya subjek dijadikan sampel apabila dijumpai pada tempat dan waktu yang sama saat pengumpulan data. *Convenience* sampling memungkinkan sampel diambil tanpa sistematika tertentu namun tetap berdasarkan kriteria inklusi.

4.2.4 Kriteria Sampel

Kriteria sampel perlu ditetapkan oleh peneliti untuk membantu mengurangi adanya bias hasil penelitian. Kriteria sampel terdiri dari dua bagian yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeliminasi subjek yang masuk dalam kriteria inklusi karena alasan tertentu (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

1. Berusia ≥ 18 tahun
2. Bertanggung jawab dalam memberikan perawatan terhadap pasien di rumah sakit
3. Keluarga pasien kanker dengan kemoterapi
4. Mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia

5. Bersedia untuk menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

Tidak ada kriteria eksklusi pada penelitian ini.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit di Kabupaten Jember yang memiliki Unit Layanan Kemoterapi terbesar.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada bulan Maret 2019 hingga Juni 2019 dihitung mulai dari penyusunan proposal hingga publikasi ilmiah hasil penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah sebuah unsur dalam penelitian yang memuat penjelasan tata cara menentukan, mengukur, dan menjelaskan variabel dan istilah yang digunakan dalam operasional penelitian. Tujuan dari pembuatan definisi operasional adalah untuk mempermudah pembaca dalam menginterpretasikan penelitian (Setiadi, 2007).

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependen Depresi	Kondisi stres atau gangguan mood yang berkepanjangan pada seseorang	<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. Keinginan bunuh diri 10. Menangis 11. Gelisah 12. Kehilangan minat 	Ordinal	Beck Depression Inventory II	Depresi Minimal 0 – 13 Depresi Ringan 14 – 19 Depresi Sedang 20 – 28 Depresi Berat 29 – 63 Depresi ≥ 17 Tidak Depresi < 17

			13. Kesulitan mengambil keputusan			
			14. Merasa tidak pantas			
			15. Kehilangan semangat			
			16. Perubahan pola tidur			
			17. Mudah marah			
			18. Perubahan nafsu makan			
			19. Kesulitan berkonsentrasi			
			20. Mudah lelah			
			21. Kehilangan gairah seksual			
Variabel independen jenis Kelamin	Perbedaan antara laki – laki dan perempuan secara biologis sejak dilahirkan	–		Nominal	Kuesioner Karakteristik Demografi	1. Laki – laki 2. Perempuan
Variabel independen usia	Durasi hidup seseorang sejak dilahirkan sampai saat penelitian	–		Ordinal	Kuesioner Karakteristik Demografi	1. Remaja 18 – 21 tahun 2. Dewasa muda 22 – 40 tahun 3. Dewasa tengah

						41 – 65 tahun 4. Dewasa akhir > 65 tahun
Variabel independen status pernikahan	Hubungan atau ikatan antar pribadi yang diakui secara hukum	–	Nominal	Kuesioner Karakteristik Demografi		1. Belum menikah 2. Menikah 3. Duda/janda bercerai 4. Duda/janda meninggal
Variabel independen pendidikan	Jenjang pendidikan yang ditempuh seseorang	–	Ordinal	Kuesioner Karakteristik Demografi		1. Sarjana 2. SMA 3. SMP 4. SD 5. Tidak Sekolah
Variabel independen status pekerjaan	Aktifitas seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup	–	Nominal	Kuesioner Karakteristik Demografi		1. Bekerja 2. Tidak bekerja

4.6 Teknik Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah primer dan sekunder. Data primer diperoleh dengan menggunakan kuesioner dan pertanyaan tentang data demografi keluarga pasien. Data primer dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, status pernikahan, hubungan dengan pasien, tempat tinggal, pendidikan, status pekerjaan, dan durasi pengasuhan. Data primer lain yaitu depresi keluarga pasien.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah suatu langkah pendekatan terhadap subjek dan pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2015). Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan setelah tindakan kemoterapi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini terdapat beberapa proses sebagai berikut:

1. Peneliti melengkapai persyaratan administrasi izin penelitian yang terdiri dari permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M) Universitas Jember, dan Direktur Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.
2. Peneliti meminta izin kepada kepala ruang dan perawat jaga ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.
3. Peneliti mengambil data mulai pukul 18.30 – 21.00 WIB
4. Peneliti mengambil sampel untuk diteliti sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya
5. Peneliti mendatangi tiap – tiap responden yang telah memenuhi kriteria inklusi
6. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan peneliti kemudian memberikan informasi mengenai penelitian serta memberikan lembar *informed consent* kepada responden.
7. Peneliti meminta responden untuk tanda tangan di lembar *informed consent* apabila bersedia untuk menjadi responden
8. Peneliti memberikan kuesioner kepada responden untuk diisi

9. Peneliti mendampingi dan membantu responden apabila terdapat kesulitan dalam mengisi kuesioner
10. Peneliti memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi untuk memastikan data yang diisi lengkap dan benar

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan beberapa metode antara lain *setting*, sumber, dan cara. Pengumpulan data apabila ditinjau dari cara pengumpulan data dapat dilakukan dengan wawancara, kuesioner, observasi atau gabungan dari ketiganya (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan kuesioner untuk mengukur tingkat depresi pada keluarga pasien kanker dengan kemoterapi. Kuesioner yang digunakan adalah *Beck Depression Inventory* (BDI) II versi bahasa Indonesia.

1. Kuesioner data demografi

Tahap awal penyusunan instrumen penelitian perlu dituliskan data tentang karakteristik responden seperti usia, pekerjaan, sosial ekonomi, jenis kelamin dan data demografi lainnya (Nursalam, 2015). Kuesioner karakteristik demografi terdiri dari jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, status pekerjaan.

2. Kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II

Kuesioner BDI II memuat 21 item pertanyaan dengan pilihan jawaban 0 – 3 pada setiap item pertanyaan. Jawaban 0 mengindikasikan kondisi mental yang lebih sehat dan jawaban 3 mengindikasikan kondisi mental yang lebih buruk. Item pertanyaan terdapat beberapa yang memiliki jawaban lebih dari 1 di setiap angka seperti 2a, 2b, dan 2c tetapi responden tetap memilih salah satu jawaban yang benar – benar menunjukkan kondisi yang dirasakan. Penilaian hasil kuesioner menggunakan *cut of point* dari penelitian sebelumnya yaitu ≥ 17 (Ginting dkk., 2013). Peneliti memilih kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II dengan alasan kuesioner ini telah digunakan dan telah dilakukan uji validitas serta reliabilitas di beberapa negara. Hasil uji validitas dan reliabilitas menunjukkan BDI II valid dan reliabel untuk digunakan. Kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) II telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Indonesia. Kuesioner ini telah diuji untuk digunakan sebagai alat ukur depresi yang sensitif, spesifik, dan

prediktif. BDI II terdiri dari 21 item yang memuat pertanyaan tentang kesedihan hingga kehilangan gairah seksual. Hasil uji validitas dan reliabilitas BDI II di beberapa negara salah satunya adalah China dengan nilai *cronbach's alpha* 0,92 dan nilai *split – half reliability* 0,879 (Zhu dkk., 2018).

Tabel 4.3 Konten Kuesioner

No	Indikator	Nomor Item
1.	Kesedihan	1
2.	Pesimis	2
3.	Kegagalan masa lalu	3
4.	Kehilangan gairah	4
5.	Perasaan bersalah	5
6.	Perasaan dihukum	6
7.	Tidak menyukai diri sendiri	7
8.	Mengkritik diri sendiri	8
9.	Keinginan bunuh diri	9
10.	Menangis	10
11.	Gelisah	11
12.	Kehilangan minat	12
13.	Kesulitan mengambil keputusan	13
14.	Merasa tidak pantas	14
15.	Kehilangan semangat	15
16.	Perubahan pola tidur	16
17.	Mudah marah	17
18.	Perubahan nafsu makan	18
19.	Kesulitan berkonsentrasi	19
20.	Mudah lelah	20
21.	Kehilangan gairah seksual	21
Total		21

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kualitas hasil penelitian dipengaruhi oleh kualitas instrumen penelitian dan pengumpulan data. Pengumpulan data dalam suatu penelitian diperlukan alat dan cara pengumpulan data yang baik agar data yang didapatkan merupakan data yang valid dan reliabel. Uji validitas dan reliabilitas merupakan salah satu metode untuk menguji kualitas suatu instrumen penelitian. Instrumen penelitian dinilai valid apabila instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur variabel yang memang harus diukur menggunakan instrumen tersebut. Instrumen penelitian dinilai reliabel apabila telah digunakan berkali – kali dan tetap menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2016).

1. Validitas

Validitas memiliki aspek utama yang disebut dengan *face validity*. Tujuan *Face validity* adalah untuk melihat sebuah kuesioner benar – benar dapat digunakan untuk mengukur suatu variabel yang seharusnya diukur dan tepat digunakan oleh responden yang akan menyelesaikan kuesioner tersebut. Aspek lain dalam validitas yaitu isi instrumen yang relevan, sasaran subjek yang relevan, dan cara pengukuran yang relevan (Nursalam, 2015).

Kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk populasi di Indonesia. Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II dengan beberapa kuesioner lain. Hasil uji validitas *Beck Depression Inventory* (BDI) II versi bahasa Indonesia untuk total responden menunjukkan korelasi positif yang signifikan dengan *type D scale – 14* (DS14) ($r = 0.52$) dengan *Beck Anxiety Inventory* (BAI) yang menunjukkan ($r = 0.52$). Berdasarkan hasil tersebut maka validitas konstruk *Beck Depression Inventory* (BDI) II versi bahasa Indonesia dapat diterima (Ginting dkk., 2013).

2. Reliabilitas

Reliabilitas dilihat dari nilai *cronbach's alpha* dari *reliability analysis*. Sebuah kuesioner dinilai reliabel apabila menunjukkan nilai *cronbach's alpha* minimal 0,7. Nilai *cronbach's alpha* ≥ 8 dinilai lebih baik, semakin tinggi nilai *cronbach's alpha* maka kuesioner tersebut dinilai semakin reliabel. Uji reliabilitas

kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II menunjukkan nilai *cronbach's alpha* 0,90. Setiap faktor dalam kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II juga diukur dan menunjukkan nilai *cronbach's alpha* 0,80 untuk faktor kognitif (7 item), 0,81 untuk faktor somatic (9 item), dan 0,74 untuk faktor afektif (5 item). Nilai *cronbach's alpha* kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II versi bahasa Indonesia adalah 0,90 untuk responden yang sehat, 0,87 untuk pasien Penyakit Jantung Koroner, dan 0,91 untuk pasien depresi (Ginting dkk., 2013).

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan sebuah langkah yang dilakukan peneliti untuk memeriksa kuesioner yang telah diisi oleh responden. Tujuan dari editing adalah untuk memastikan kuesioner telah diisi dengan lengkap, jelas, relevan, dan konsisten. Proses editing dalam penelitian ini dilakukan sebelum peneliti meninggalkan responden untuk memeriksa kuesioner telah diisi dengan lengkap, jelas, relevan, dan konsisten. Apabila saat diperiksa oleh peneliti terdapat kekurangan atau kesalahan dalam pengisian kuesioner maka peneliti meminta responden untuk memperbaiki.

4.7.2 Coding

Coding adalah sebuah proses merubah data menjadi kategori – kategori berupa kode angka. Proses koding dalam penelitian ini yaitu merubah jawaban – jawaban responden menjadi kode angka.

Tabel 4.4 Coding

No.	Pilihan Jawaban	Kode
1.	Tingkat Depresi Depresi minimal Depresi ringan Depresi sedang Depresi berat	1 2 3 4
1.	Jenis Kelamin Laki – laki Perempuan	1 2
2.	Usia (tahun) 18 – 21 22 – 40 41 – 65 > 65	1 2 3 4
3.	Status Pernikahan Belum menikah Menikah Duda/janda bercerai Duda/janda meninggal	1 2 3 4
4.	Pendidikan Sarjana SMA SMP SD Tidak Sekolah	1 2 3 4 5
5.	Status Pekerjaan Bekerja Tidak Bekerja	1 2

4.7.3 Processing

Processing merupakan proses input data dari kuesioner ke program komputer untuk dilakukan uji statistik. Processing dalam penelitian ini dilakukan dengan input data sejumlah 133 sampel yang terdiri dari data demografi dan data kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II.

4.7.4 Cleaning

Cleaning merupakan proses pemeriksaan ulang setelah input data dari kuesioner ke program komputer. Cleaning dilakukan untuk memastikan proses input data ke program komputer telah lengkap dan tidak ada kesalahan *coding* data.

4.8 Analisa Data

Analisis data adalah proses yang dilakukan oleh peneliti setelah mengumpulkan data dari semua responden. Proses analisa data dilakukan dengan cara memasukkan data, mengelompokkan data, melakukan tabulasi, menyajikan data, dan melakukan penghitungan data untuk menjawab hipotesis penelitian (Sugiyono, 2016).

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis deskriptif yaitu pengolahan data dengan cara menyajikan gambaran data dalam bentuk tabel maupun grafik secara ilmiah (Nursalam, 2015). Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden. Deskripsi variabel kategorik jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, status pekerjaan, tempat tinggal, hubungan dengan pasien dan tingkat depresi disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase. Data numerik yaitu umur dan durasi pengasuhan disajikan dalam bentuk mean dan standar deviasi

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis terhadap dua kelompok variabel yang saling berhubungan. Analisis bivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dan tingkat depresi keluarga pasien kanker dengan kemoterapi. (Sujarweni, 2015). Analisis korelasi yang digunakan

dalam penelitian ini adalah uji *Chi – Square*. Uji *Chi – square* digunakan jika jenis table 2x2 dengan nilai *expected count* > 5. Hasil dari analisi bivariat apabila nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dengan interpretasi ada hubungan atau ada perbedaan antar dua variabel. Sedangkan apabila nilai $p > 0,05$ maka H_0 gagal ditolak dengan interpretasi tidak ada hubungan atau tidak ada perbedaan antar dua variabel (Sujarweni, 2015).

4.9 Etika Penelitian

Problematika etika untuk penelitian dengan subjek manusia menjadi isu hangat saat ini. Penelitian ilmu keperawatan, peneliti harus memahami prinsip – prinsip etika penelitian karena hampir 90% menjadikan manusia sebagai subjek penelitian. Etika penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan nomor registrasi 397/UN25.8/KEPK/DL/2019. Peneliti dikatakan melanggar hak azasi manusia apabila tidak melakukan etika penelitian. Prinsip etika dalam penelitian dibagi menjadi:

1. Prinsip manfaat (*beneficience*)

Dalam penelitian ini manfaat yang diperoleh adalah ada atau tidaknya hubungan antara depresi yang merupakan masalah psikologis pasien dengan karakteristik demografi keluarga pasien kanker dengan kemoterapi. Sehingga pasien kanker dan kemoterapi mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih kompleks. Peneliti menjelaskan dengan tujuan penelitian dan manfaat yang diperoleh responden dari penelitian yang dilakukan sebelum responden bertanda tangan pada lembar *informed concent*.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

Dalam penelitian ini peneliti menjelaskan terlebih dahulu gambaran umum penelitian, tujuan, dan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian. Peneliti juga menjelaskan bahwasanya hasil penelitian digunakan untuk keperluan pendidikan. Setelah menjelaskan tentang penelitian maka responden dipersilahkan untuk memberikan tandatangan pada lembar *informed concent* apabila bersedia menjadi responden penelitian.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

Responden memiliki hak diperlakukan secara adil mulai dari sebelum, selama, dan setelah selesai penelitian. Peneliti tidak memberikan perlakuan istimewa salah satu responden dengan responden lain sebelum, selama, dan setelah penelitian. Dalam penelitian ini peneliti tidak membedakan pasien kanker berdasarkan status sosial, ekonomi, dan budaya yang dimiliki pasien.

4. Asas Kerahasiaan (*Confidentially*)

Dalam penelitian ini peneliti tidak memberitahukan semua informasi tentang responden yang didapat dari kuesioner atau wawancara kepada pihak yang tidak terlibat dalam penelitian. Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner untuk menjaga privasi dan hanya menggunakan nomor urut responden. Namun, peneliti mencantumkan nama responden serta nomor rekam medik pasien pada lembar observasi dan hanya peneliti yang mengetahui lembar tersebut untuk digunakan dalam proses analisa data agar tidak terdapat data yang sama atau diambil dua kali.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil dan pembahasan penelitian tentang hubungan karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember adalah:

1. Karakteristik demografi keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah perempuan dan status pernikahan telah menikah. Kelompok usia 22 – 40 tahun dan 41 – 65 tahun mendominasi responden pada penelitian ini. Tingkat pendidikan responden paling banyak adalah SD dan SMA. Mayoritas status pekerjaan responden adalah bekerja.
2. Gambaran tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi termasuk dalam kategori depresi minimal dan depresi ringan. Tidak ada yang termasuk dalam kategori depresi sedang dan depresi berat.
3. Analisis hubungan dalam penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi.
4. Karakteristik demografi penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, dan status pekerjaan dengan nilai $p > 0,05$.

6.2 Saran

1. Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian terhadap faktor – faktor lain penyebab depresi selain karakteristik demografi. Faktor genetik, penyakit fisik, dan coping serta status hubungan keluarga dengan pasien dapat dijadikan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya. Faktor – faktor tersebut dapat diidentifikasi kaitannya dengan tingkat depresi. Kemanfaatan penelitian selanjutnya diharapkan dapat memberikan dampak secara langsung terhadap

responden untuk penatalaksanaan yang dapat dilakukan berdasarkan hasil yang didapatkan dari kuesioner.

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan perlu untuk menambah referensi mengenai faktor – faktor penyebab depresi. Kejadian depresi memiliki perbedaan di setiap daerah sehingga perlu untuk memperbarui referensi mengenai faktor – faktor penyebab depresi. Kemudian penatalaksanaan yang dapat dilakukan menjadi penting apabila terindikasi mengalami depresi. Hal – hal yang berkaitan dengan depresi perlu untuk dibekalkan kepada perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik. Penelitian ini dapat menjadi referensi tambahan bagi institusi pendidikan keperawatan dalam hal depresi.

3. Bagi penyedia layanan kesehatan

Penyedia layanan kesehatan baik rumah sakit, puskesmas, atau klinik kesehatan diharapkan dapat melakukan pengkajian psikologis dengan memperhatikan faktor – faktor penyebab depresi. Pihak Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember sebaiknya mencantumkan jenis kanker dan stadium kanker dalam rekam medis, karena penyakit kronis fisik merupakan salah satu penyebab depresi.

4. Bagi profesi keperawatan

Profesi keperawatan perlu untuk menerapkan perawatan pasien yang holistik. Kebutuhan biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual harus dapat dipenuhi sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan hasil pengkajian. Kebutuhan psikologis membutuhkan pengkajian yang spesifik dan menyeluruh karena faktor penyebab depresi terdapat beberapa faktor. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai penatalaksanaan depresi yang dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan hasil pengkajian.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Obead, K., S. Yaser, M. Khattab, F. Al-Badainah, L. Saqer, dan N. Al-dosouqi. 2014. Chemotherapy-induced fatigue among jordanian cancer patients: what are the contributing factors? *Middle East Journal of Cancer*. 5(2):75–82.
- Al-Maharbi, S., A. B. Abolkhair, H. Al Ghamdi, M. Haddara, Y. Tolba, A. El Kabbani, A. Al Sadoun, E. Pangilinan, J. Joy, S. A. Khait, dan M. W. Al-Khudhairy. 2018. Prevalence of depression and its association with sociodemographic factors in patients with chronic pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital in saudi arabia. *Saudi Journal of Anesthesia*
- American Cancer Society. 2017. Cancer Fact and Figures
- Amir, N. 2005. *Depresi: Aspek Neurobiologi Diagnosis Dan Tatalaksana*. Jakarta: FKUI.
- Baqutayan, S. S. 2012. The effect of anxiety on breast cancer patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 34(2):119.
- Bariid, B., N. P. I. M., dan T. Hadiningsih. 2015. *Dasar-Dasar Patofisiologi Terapan: Panduan Penting Untuk Mahasiswa Keperawatan Dan Kesehatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Beck, A., R. Steer, R. Ball, dan W. Ranieri. 1996. Comparison of beck depression 1 in psychiatric inventories -1a and - outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 67(3):588–597.
- Belmaker, R. dan G. Agam. 2008. Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*. 358(1):55–68.
- Bemister, T. B., B. L. Brooks, R. H. Dyck, dan A. Kirton. 2015. Predictors of caregiver depression and family functioning after perinatal stroke. *BMC Pediatrics*. 15(1):1–11.
- Candra, I. V. dan Sulastri. 2011. Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan anggota keluarga terhadap tingkat kecemasan keluarga pada pasien

yang dirawat di icu rsud dr. moewardi surakarta. 114–121.

Cherney, K. 2017. Signs and Symptoms of Mild, Moderate, and Severe Depression. <https://www.healthline.com/health/depression/mild-depression> [Diakses pada July 25, 2019].

Chuka Ifeanyi, U., F. Shehu Sa'ad, O. Chukwukdi Martin, M. Stanley Monday, dan N. Juliet Onyinyechukwu. 2018. Prevalence of depression among primary caregivers of stroke survivors in nigeria. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*. 5(2)

Corwin, E. J. 2007. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Coventry, P. A., C. Dickens, dan C. Todd. 2014. How does mental-physical multimorbidity express itself in lived time and space? a phenomenological analysis of encounters with depression and chronic physical illness. *Social Science and Medicine*. 118(C):108–118.

Cvetković, J. dan M. Nenadović. 2016. Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Research*. 240(2016):343–347.

Danesh, A., N. Landeen, dan Janet. 2007. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*. 1:1–9.

Farooq, R. K., K. Asghar, S. Kanwal, dan A. Zulqernain. 2016. Role of inflammatory cytokines in depression: focus on interleukin-1 β . *Biomedical Reports*. 6(1):15–20.

Ferry Efendi, M. 2009. *KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Filkowski, M. M. dan S. A. Sheth. 2019. Deep brain stimulation for depression: an emerging indication. *Neurosurgery Clinics of North America*. 30(2):243–256.

Frampton, N. M. A., J. C. Poole, K. S. Dobson, dan D. Pusch. 2018. The effects of adult depression on the recollection of adverse childhood experiences. *Child*

Abuse and Neglect. 86(September):45–54.

Geng, H., D. Chuang, F. Yang, Y. Yang, W. Liu, L. Liu, dan H. Tian. 2018. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients. *Medicine*. 97(39):e11863.

Gerald C. Davison, John M. Neale, A. M. K. 2006. *Psikologi Abnormal*. Edisi 9. Rajagrafindo Persada.

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.

Globocan. 2018a. Number of New Cases in 2018 (World). <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf> [Diakses pada February 18, 2019].

Globocan. 2018b. Number of New Cases in 2018 (Indonesia). <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheets.pdf> [Diakses pada February 18, 2019].

Gnilka, P. B. dan M. D. Broda. 2019. Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*. 139(August 2018):295–300.

Han, Y., D. Hu, Y. Liu, C. Lu, Z. Luo, J. Zhao, V. Lopez, dan J. Mao. 2014. Coping styles and social support among depressed chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(6):571–577.

Ho, Y. R., S. P. Ma, dan K. Y. Chang. 2019. Trends in regional cancer mortality in taiwan 1992–2014. *Cancer Epidemiology*. 59(February):185–192.

Hu, X., X. Peng, Y. Su, dan W. Huang. 2018. Caregiver burden among chinese family caregivers of patients with lung cancer: a cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 37(March):74–80.

Innocent, H., Z. Mansoor, H. Farrukh, A. Khalil, S. Rizvi, M. Faheem, dan A.

- Fahim. 2016. Prevalence of depression and anxiety amongst cancer patients in a hospital setting: a cross-sectional study. *Psychiatry Journal*. 2016:1–6.
- Kato, T. 2016. Relationship between coping flexibility and the risk of depression in indian adults. *Asian Journal of Psychiatry*. 24(2016):130–134.
- Katona, C., C. Cooper, dan M. Robertson. 2012. *At A Glance Psikiatri*. Edisi 4. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta
- Komala, A. S., A. Harsal, A. Rachman, dan C. M. Rumende. 2018. Perbandingan kadar soluble platelet-selectin pada berbagai stadium karsinoma nasofaring dan korelasinya dengan hitung trombosit. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 2(2):65.
- Lin, L. Y. 2015. Coping strategies, caregiving burden, and depressive symptoms of taiwanese mothers of adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 15–16:1–9.
- Luca, M., S. Bellia, M. Bellia, A. Luca, dan C. Calandra. 2014. Prevalence of depression and its relationship with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 10:519–525.
- Manoppo, M. L., Wungouw, H. H, Kallo, dan V. D. 2017. Hubungan status bekerja dengan tingkat depresi pada lanjut usia di jemaat gmim kyrios kawiley kecamatan kauditan minahasa utara. *E-Journal Keperawatan*. 5:1–5.
- Marsasina, A. 2016. Gambaran dan hubungan tingkat depresi dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pada pasien rawat jalan puskesmas. *Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*. 5(4):440–450.
- Maslim, R. 2003. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa : Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.
- McAdam, J. L., K. A. Dracup, D. B. White, D. K. Fontaine, dan K. A. Puntillo. 2010. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 38(4):1078–1085.

- Meecharoen, W., L. L. Northouse, Y. Sirapo-ngam, dan S. Monkong. 2013. Family caregivers for cancer patients in thailand : an integrative review
- Misra, P., S. Liu, dan X. Meng. 2019. What dna methylation modifications and/or genetic variations interact with childhood maltreatment in the development of depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 252:325–333.
- Molassiotis, A. 2005. Managing nausea and vomiting after cancer treatments: patients still suffer unnecessarily. *European Journal of Oncology Nursing*. 9(1):4–5.
- Nam, B., J. Y. Kim, J. E. DeVlyder, dan A. Song. 2016. Family functioning, resilience, and depression among north korean refugees. *Psychiatry Research*. 245:451–457.
- Niño, F., J. Alfredo, B. Tinoco, L. Juliana, M. Espinoza, B. Soledad, R. Martínez, Martin, S. Ortiz, dan A. Luisa. 2018. Work status, retirement, and depression in older adults: an analysis of six countries based on the study on global ageing and adult health (sage). *SSM - Population Health*. 6(July):1–8.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Salemba Medika.
- Parekh, R. 2017. Depression: What Is Depression? <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> [Diakses pada July 25, 2019].
- Park, B., S. Y. Kim, J. Y. Shin, R. W. Sanson-Fisher, D. W. Shin, J. Cho, dan J. H. Park. 2013. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in korea. *Supportive Care in Cancer*. 21(10):2799–2807.
- Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, dan M. M. Skaff. 1990. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 30(5):583–594.
- Periasamy, U., S. Mohd Sidik, L. Rampal, S. I. Fadhilah, M. Akhtari-Zavare, dan R. Mahmud. 2017. Effect of chemotherapy counseling by pharmacists on

quality of life and psychological outcomes of oncology patients in malaysia: a randomized control trial. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15(1):1–10.

Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Pradita, D. A. dan R. Ida. 2017. Hubungan antara faktor demografi dengan depresi pada penderita riwayat stroke di kabupaten gunungkidul diy. *Medical and Health Science Faculty of Universitas Muhammadiyah*

Prajapati, B., M. Dunne, dan R. Armstrong. 2010. Sample size estimation and power analysis. *Optometry Today*. (16):123–132.

Prigerson, H. G., M. N. Wittink, P. R. Duberstein, S. Mohile, R. A. Rodenbach, R. M. Epstein, dan S. A. Norton. 2018. When chemotherapy fails: emotionally charged experiences faced by family caregivers of patients with advanced cancer. *Patient Education and Counseling*

Rancans, E., J. Vrublevska, S. Snikere, I. Koroleva, dan M. Trapencieris. 2014. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of latvia. *Journal of Affective Disorders*. 156:104–110.

Retnaningsih, D. dan E. Etikasari. 2016. HUBUNGAN komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di unit perawatan kritis. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*. 11 No.1:35–43.

Rizki Suwistianisa, Nurul Huda, J. E. 2015. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada pasien kanker yang dirawat di rsud arifin achmad provinsi riau. *JOM*. 2(2)

Rohmatin, Y. K., S. Limantara, dan S. Arifin. 2018. Gambaran kecenderungan depresi keluarga pasien skizofrenia berdasarkan karakteristik demografi dan psikososial. *Berkala Kedokteran*. 12(2):239.

Saveanu, R. V. dan C. B. Nemeroff. 2012. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 35(1):51–71.

- Sentana, A. D. 2016. Analisis faktor - faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang intensive care rsud provinsi ntb tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Prima*. 10(2):1694–1708.
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shahbaz Aslam, M., S. Naveed, A. Ahmed, Z. Abbas, I. Gull, M. A. Athar, dan M. S. Aslam. 2014. Side effects of chemotherapy in cancer patients and evaluation of patients opinion about starvation based differential chemotherapy. *Journal of Cancer Therapy*. 5(5):817–822.
- Siew Tzuh Tang, Chung-Yi Li, Y.-C. L. 2007. Factors associated with depressive distress among taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine*. 21(3):249–257.
- Sonia, G., H. Arifin, dan A. W. Murni. 2014. Mengalami ansietas dan depresi. *MKA*. 37(April)
- Stanikova, D., T. Luck, Y. J. Bae, J. Thiery, U. Ceglarek, C. Engel, C. Enzenbach, K. Wirkner, J. Stanik, J. Kratzsch, dan S. G. Riedel-Heller. 2018. Increased estrogen level can be associated with depression in males. *Psychoneuroendocrinology*. 87(May 2017):196–203.
- Steer, R. A., R. Ball, W. F. Ranieri, dan A. T. Beck. 1999. Dimensions of the beck depression inventory-ii in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 55(1):117–128.
- Stickel, S., L. Wagels, O. Wudarczyk, S. Jaffee, U. Habel, F. Schneider, dan N. Chechko. 2019. Neural correlates of depression in women across the reproductive lifespan – an fmri review. *Journal of Affective Disorders*. 246(May 2018):556–570.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Sujarweni, W. 2015. *Statistik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Sulistiowati, E., D. B. Lolong, dan L. Pangaribuan. 2016. Gambaran penyebab kematian karena kanker di 15 kabupaten / kota , indonesia tahun 2011 (profiles the causes of cancer deaths in 15 districts / municipalities , indonesia year 2011). *Gambaran Penyebab Kematian Karena Kanker*. 2011(29)
- Sunaryati, S. S. 2011. *Penyakit Paling Sering Menyerang Dan Sangat Mematikan*. Yogyakarta: Flash Books.
- Sutinah, S. dan M. Maulani. 2017. Hubungan pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan dengan depresi pada lansia. *Jurnal Endurance*. 2(2):209.
- Suzanne C. Smeltzer, B. G. B. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Talarowska, M., J. Szemraj, dan P. Galecki. 2016. The role of interleukin genes in the course of depression. *Open Medicine (Poland)*. 11(1):41–48.
- Tejawinata, S., M. S. Kristanti, K. Vissers, Y. Engels, S. Setiyarini, C. Effendy, dan M. Vernooij-Dassen. 2014. Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*. 24(5):585–591.
- Thapa, P., N. Rawal, dan Y. Bista. 2010. A study of depression and anxiety in cancer patients. *Nepal Medical College Journal*. 12(3):171–175.
- Uche, G., P. Iloh, G. Oguejiofor, C. Okafor, dan A. NkwaAmadi. 2014. Epidemiology of metabolic syndrome among adult nigerians in a rural hospital in eastern nigeria. *Science Journal of Public Health*. 2(2):135–143.
- Vlachou, E., E. Patiraki, O. Govina, K. Mystakidou, G. Kotronoulas, dan S. Katsaragakis. 2014. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in greece. *European Journal of Oncology Nursing*. 19(1):81–88.
- Wang, Y. dan C. Gorenstein. 2013. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the beck depression inventory-ii. *Clinics*.

68(9):1274–1287.

WHO. 2018. The Top 10 Causes of Death. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [Diakses pada February 18, 2019].

Wu, X.-N., H.-P. Li, Y.-J. Yang, J.-P. Zhang, D. Su, F.-L. Yu, W.-L. Wang, dan W.-Q. Wu. 2013. Relationship between the depression status of patients with resectable non-small cell lung cancer and their family members in china. *European Journal of Oncology Nursing*. 17(5):668–672.

Yikilkan, H., C. Aypak, dan S. Görpelioğlu. 2014. Depression, anxiety and quality of life in caregivers of long-term home care patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 28(3):193–196.

Young, K. dan G. Singh. 2018. Biological mechanisms of cancer-induced depression. *Frontiers in Psychiatry*. 9(JUL):1–9.

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.

Zhu, J., J. Zhang, Z. Sheng, dan F. Wang. 2018. Reliability and validity of the beck depression inventory-ii applied to chinese construction workers. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 46(2):249–258.

LAMPIRAN



Lampiran 1. Lembar *Informed*

Kode Responden:

PENJELASAN PENELITIAN

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir sebagai syarat menyelesaikan program sarjana ilmu keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

nama : Joko Anang Susanto
NIM : 152310101311
alamat : Jl. Kaca Piring III No. 28
nomor HP : 089635055124
email : anangsusanto100@gmail.com

bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi keluarga yang merawat pasien kanker dengan kemoterapi. Dosen pembimbing saya dalam penelitian Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep.,M.Kep. dan Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep.,M.Kep dari Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

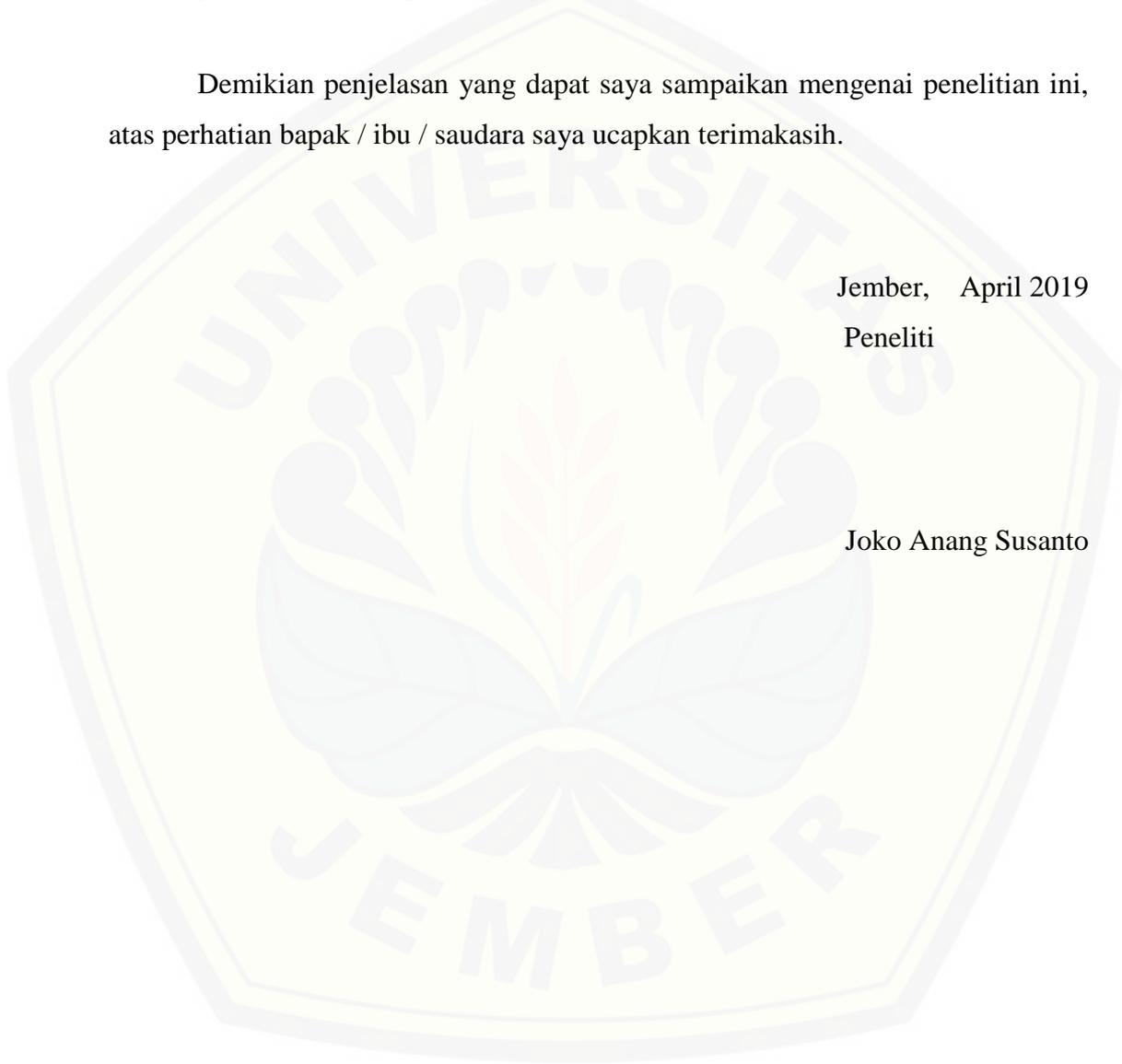
Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien kanker dengan kemoterapi di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian atau bahaya bagi responden penelitian. Manfaat penelitian ini adalah untuk penyedia layanan kesehatan dapat memberikan perawatan yang holistik dengan memperhatikan aspek psikologis keluarga. Apabila responden tidak bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini maka boleh untuk menolak. Sedangkan apabila bersedia untuk menjadi responden maka harus memberikan tanda tangan persetujuan. Kemudian responden akan diberikan lembar kuesioner untuk diisi yang terdiri dari 21 item pertanyaan. Peneliti akan mendampingi responden ketika mengisi kuesioner agar

responden dapat langsung bertanya kepada peneliti apabila responden mengalami kesulitan dalam mengisi kuesioner. Peneliti akan menjaga kerahasiaan data responden dan tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner melainkan dengan menggunakan kode responden. Data yang diperoleh dari responden hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Demikian penjelasan yang dapat saya sampaikan mengenai penelitian ini, atas perhatian bapak / ibu / saudara saya ucapkan terimakasih.

Jember, April 2019
Peneliti

Joko Anang Susanto



Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden:

PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama :

alamat :

menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan keadaan sadar, jujur, dan tanpa adanya pemaksaan pada penelitian:

judul penelitian : Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

peneliti : Joko Anang Susanto

NIM : 152310101311

alamat : Jl. Kaca Piring III No. 28

Setelah mengetahui informasi mengenai penelitian ini saya mengerti bahwa tidak ada resiko yang dapat merugikan atau membahayakan dalam penelitian ini. Data yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Demikian pernyataan yang saya buat dengan sesungguhnya dan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, April 2019

Peneliti

Responden

(Joko Anang Susanto)

()

Lampiran 3. Kuesioner Data Demografi

Kode Responden:

Kuesioner Data Demografi

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan teliti setiap nomor dalam kuesioner ini.
2. Berikan tanda contreng pada tempat yang telah disediakan

Data Demografi Responden:

a. Jenis Kelamin

- Laki – laki
 Perempuan

b. Usia (tahun)

- 18 – 21
 22 – 40
 41 – 65
 > 65

c. Status pernikahan

- Belum menikah
 Menikah
 Duda / janda bercerai
 Duda / janda meninggal

d. Pendidikan

- Tidak Sekolah
 SD
 SMP
 SMA
 SARJANA

e. Status Pekerjaan

- Tidak bekerja
 Bekerja

Lampiran 4. Lembar Kuesioner BDI – II

Kode Responden:

Beck Depression Inventory (BDI) – II

Petunjuk : Kuesioner berikut ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Mohon setiap kelompok pernyataan dibaca dengan cermat, setelah itu di dalam setiap kelompok pilih satu dari pernyataan 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 pernyataan-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).

a. Kesedihan

0. Saya tidak merasa sedih.
1. Saya sering kali merasa sedih.
2. Saya merasa sedih sepanjang waktu.
3. Saya merasa sangat tidak bahagia atau sedih sampai tidak tertahankan.

b. Pesimis

0. Saya tidak meragukan masa depan saya.
1. Saya merasa lebih meragukan masa depan saya dibanding biasanya.
2. Saya merasa segala sesuatu tidak berjalan dengan baik bagi saya.
3. Saya merasa masa depan saya tidak ada harapan dan akan semakin buruk.

c. Kegagalan masa lalu

0. Saya tidak merasa gagal.
1. Saya telah gagal lebih dari yang seharusnya.
2. Saya melakukan banyak kegagalan di masa lalu.
3. Saya merasa gagal sama sekali (betul-betul gagal).

d. Kehilangan gairah

0. Saya mendapatkan kesenangan dari hal-hal yang saya lakukan.
1. Saya tidak menikmati sesuatu seperti biasanya.
2. Saya hanya mendapatkan sangat sedikit kesenangan dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.
3. Saya tidak mendapatkan kesenangan sama sekali dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.

e. Perasaan bersalah

0. Saya sama sekali tidak merasa bersalah.
1. Saya merasa bersalah atas banyak hal yang telah atau seharusnya saya lakukan.
2. Saya sering merasa bersalah.
3. Saya merasa bersalah setiap saat.

f. Perasaan dihukum

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.

g. Tidak menyukai diri sendiri

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.

h. Mengkritik diri sendiri

0. Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri sendiri lebih dari biasanya.
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.

i. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri

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.

j. Menangis

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.

k. Gelisah

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 harus senantiasa bergerak atau melakukan sesuatu.

l. Kehilangan minat

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.

m. Sulit mengambil keputusan

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.

n. Merasa tidak layak

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.

o. Kehilangan tenaga (semangat)

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. Perubahan pola tidur

0. Saya tidak mengalami perubahan apapun dalam pola tidur saya.
1.
 - a) Saya tidur lebih dari biasanya.
 - b) Saya tidur kurang dari biasanya.
2.
 - a) Saya tidur jauh lebih lama dari biasanya.
 - b) Saya tidur sangat kurang dari biasanya.
3.
 - a) Saya tidur hampir sepanjang hari.
 - b) Saya bangun 1-2 jam lebih awal dan tidak dapat tidur kembali.

q. Mudah marah

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.

r. Perubahan selera makan

0. Selera makan saya tidak berubah (tidak lebih buruk) dari biasanya.
1.
 - a) Selera makan saya kurang dari biasanya.
 - b) Selera makan saya lebih dari biasanya.
2.
 - a) Selera makan saya sangat kurang dibanding biasanya.
 - b) Selera makan saya sangat lebih dibanding biasanya.
3.
 - a) Saya tidak punya selera makan sama sekali.
 - b) Saya ingin makan setiap waktu.

s. Sulit berkonsentrasi

0. Saya mampu berkonsentrasi seperti biasanya.
1. Saya tidak mampu berkonsentrasi seperti biasanya.
2. Saya sangat sulit untuk tetap memusatkan pikiran terhadap sesuatu dalam jangka waktu yang panjang.
3. Saya merasa saya tidak mampu berkonsentrasi dalam semua hal.

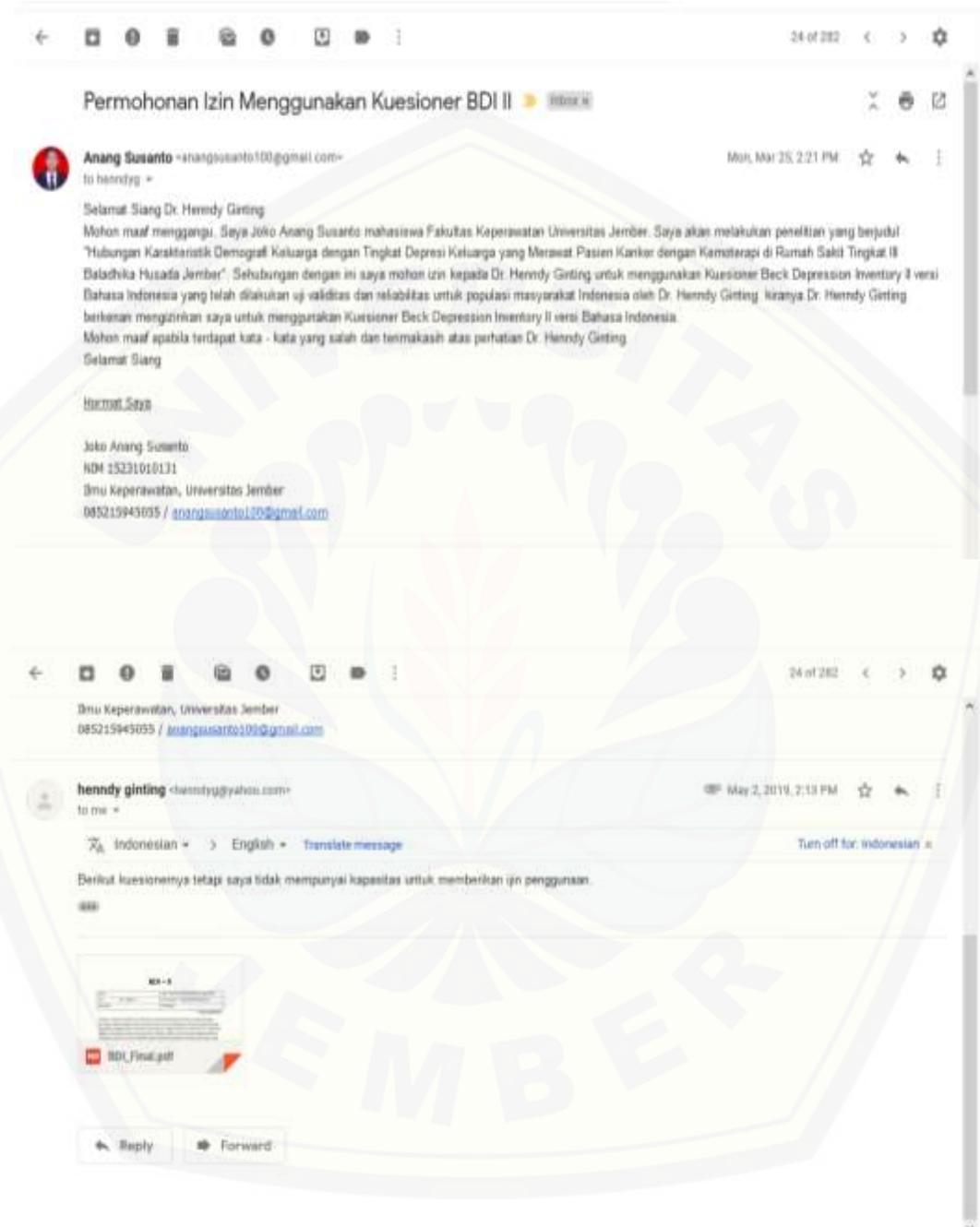
t. Capek atau Kelelahan

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 hal yang biasanya saya lakukan.

u. Kehilangan gairah seksual

0. Saya tidak melihat adanya perubahan pada gairah seksual saya.
1. Gairah seksual saya berkurang, tidak seperti biasanya
2. Saya menjadi sangat kurang berminat pada aktivitas seksual saat ini.
3. Gairah seksual saya hilang sama sekali.

Please cite as: Ginting, H., Näring, G., van der Veld, W. M., Srisayekti, W., & Becker, E. S. (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.

Lampiran 5. Perizinan Menggunakan Kuesioner

Lampiran 6. Persetujuan Etik Penelitian

 KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

ETHIC COMMITTEE APPROVAL
No. 397/UN25.B/KEPK/DL/2019

Title of research protocol : "Relationship Between Characteristics Of Family Demography With Level Of Family Depression In Caring For Cancer Patient Chemotherapy In Baladhika Husada Hospital Jember"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Joko Anang Susanto

Member of research : 1. Ni. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep.,M.Kep
2. Ni. Bashoro Setioputra, S.Kep.,M.Kep.

Responsible Physician : Joko Anang Susanto

Date of approval : April-May 26th, 2019

Place of research : Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, May 03rd, 2019

 Faculty of Dentistry
Universitas Jember
(Chairperson: Nurhikmah P. M. Kes, Sp. Proxi)

 Chairperson of Research Ethics Committee
Faculty of Dentistry Universitas Jember
(Chairperson: Ni. Nurhikmah Ayu Ratna Dewanti, M.Si)

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian

**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@unjember.ac.id - pengabdian.lp2m@unjember.ac.id

Nomor : 1505 /UN25.3.1/LT/2019 8 Mei 2019
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Direktur
Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada
Di
Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 2476/UN25.3.14/LT/2019 tanggal 7 Mei 2019 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

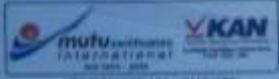
Nama : Joko Anang Susanto
NIM : 152310101311
Fakultas : Keperawatan
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Kacaping III No.28 Gebang-Jember
Judul Penelitian : "Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga Dengan Tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember"
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada-Jember
Lama Penelitian : 1 Bulan (10 Mei-10 Juni 2019)

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

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.


Ketua
Rumah Sakit Tingkat III
Baladhika Husada Jember
Dr. Susanto, M.Pd.
NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth.
1. Dekan Fak. Keperawatan Unju Jember;
2. Mahasiswa yhs; ✓
3. Arsip.


CERTIFICATE NO. QMS/173

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 21 Mei 2019

Nomor : B/ 326 / V / 2019
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Lembaga Penelitian dan
Pengabdian Kepada
Masyarakat Universitas Jember.

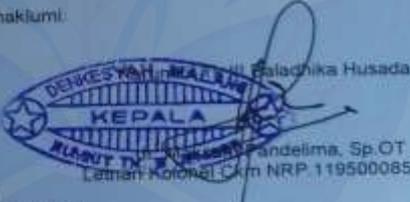
di
Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember No: 1505/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 08 Mei 2019 tentang permohonan ijin melaksanakan penelitian mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember;

2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa, Rumkit Tk.III Baladhika Husada memberikan ijin melaksanakan penelitian di Rumkit Tk.III Baladhika Husada atas nama:

a. Nama : Joko Anang Susanto;
b. NIM : 152310101311;
c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Jember;
e. Judul : Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga Yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
f. Waktu : Mei s.d. Juni 2019; dan

3. Demikian mohon dimaklumi.



Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandankesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Ket Timkordik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.

Letnan Kolonel Cam NRP. 11950008540771

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 05 Juli 2019

Nomor : B / 585 / VII / 2019
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:1505/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 08 Mei 2019 tentang permohonan ijin melaksanakan penelitian mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember;

2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa, mahasiswa yang tersebut dibawah ini telah selesai melaksanakan penelitian di Rumkit Tk.III Baladhika Husada atas nama:

a. Nama : Joko Anang Susanto;
b. NIM : 152310101311;
c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Jember;
e. Judul : Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga Yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
f. Waktu : Mei s.d. Juni 2019; dan

3. Demikian mohon dimaklumi.


Kepala
di Meksun Pandelima, Sp.OT
Letnan Kolonel Ckm NRP.11950008540771

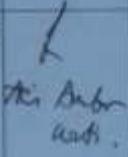
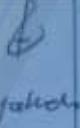
Tembusan :

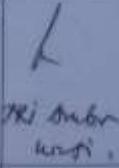
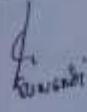
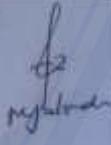
1. Kakedam V/Brawijaya
2. Dandenkesyah 05.04.03, Malang
3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada
4. Ket Timkordik Rumkit Tk.III Baladhika Husada

Lampiran 8. Logbook Penelitian

LOGBOOK PENELITIAN

Nama : Joko Anang Susanto
NIM : 152310101311
Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Judul Penelitian :
 "Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga dengan Tingkat Depresi Keluarga yang Merawat Pasien Kanker dengan Kemoterapi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember"

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Paraf CI
1.	24 Mei 2019 Jumat	Koordinasi Pelaksanaan Penelitian di Ruang Flamboyan RT. Baladhika Husada Jember dengan Kepala Ruang dan Perawat. Mengambil data dari keluarga pasien hari ke 1	Responen yang diambil: 12 Berkas: 9 Menolak: 3	 Sri Mulyanti
2.	Sabtu 25 Mei 2019	libur Tidak ada jadwal kemoterapi	-	
3.	16 Mei 2019 Minggu	Mengambil data hari ke-2	Responen yang diambil: 8 Berkas: 6 Menolak: 2	 Sri Anwar
4.	27 Mei 2019 Senin	Mengambil data hari ke-3	Responen yang diambil: 8 Berkas: 5 Menolak: 3	 Sri Anwar
5.	28 Mei 2019 Selasa	Mengambil data hari ke-4	Responen yang diambil: 16 Berkas: 13 Menolak: 3	 Sri Mulyanti

6.	29 Mei 2019 Rabu	Mengambil data hati ke-5	Responden yang diambil: 13 Bersedia: 12 Menolak: 4 1	
7.	30 Mei 2019 Kamis	Mengambil data hati ke-6	Responden yang diambil: 15 Bersedia: 10 Menolak: 5	
8.	31 Mei 2019 Jumat	Mengambil data hati ke-7	Responden yang diambil: 14 Bersedia: 8 Menolak: 6	
9.	01 Juni 2019 Sabtu	Likut Tidak ada jadwal kemoterapi	—	
10.	02 Juni 2019 Minggu	Mengambil data hati ke-8	Responden yang diambil: 15 Bersedia: 10 Menolak: 5	
11.	03 Juni 2019 10 Juni 2019	Cuti Hari Raya Idul Fitri 1440 H	—	
12.	11 Juni 2019 Selasa	Mengambil data hati ke-9	Responden yang diambil: 11 bersedia: 7 Menolak: 4	

13	12 Juni 2019 Rabu	Mengambil data hati ke-10	Responden yang diambil: 11 Bersedia: 9 Menolak: 2	J. Ieni
14	13 Juni 2019 Kamis	Mengambil data hati ke-11	Responden yang diambil: 8 Bersedia: 5 Menolak: 3	f Antri.
15	14 Juni 2019 Jumat	Mengambil data hati ke-12	Responden yang diambil: 9 Bersedia: 5 Menolak: 4	Ban Bani
16	15 Juni 2019 Sabtu	Libur Tidak ada jadwal kunjungan	-	
17	16 Juni 2019 Minggu	Mengambil data hati ke-13	Responden yang diambil: 17 Bersedia: 12 Menolak: 5	f Antri.
18				
19	18 Juni 2019 Selasa	Mengambil data hati ke-14	Responden yang diambil: 16 Bersedia: 14 Menolak: 2	f Antri.

20.	19 Juni 2019 Rabu	Mengambil data kati ke-15	Responden yang diambil : 12 Benar : 7 Menolak : 5	<i>Rozi</i>
21.				
22.	21 Juni 2019 Jumat	Mengambil data kati ke-16	Responden yang diambil : 1 Benar : 1 Menolak : 0	<i>Rozi</i>
23.				
24.				

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan





ABD ROHIM, S.Kep
NIP. 19721101199801

Lampiran 9. Hasil SPSS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * BDI II	133	100,0%	0	,0%	133	100,0%
Usia * BDI II	133	100,0%	0	,0%	133	100,0%
Status Pernikahan * BDI II	133	100,0%	0	,0%	133	100,0%
Pendidikan * BDI II	133	100,0%	0	,0%	133	100,0%
Status Pekerjaan * BDI II	133	100,0%	0	,0%	133	100,0%

Jenis Kelamin * BDI II

Crosstab

			BDI II		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Jenis Kelamin	Laki - Laki	Count	53	6	59
		% within Jenis Kelamin	89,8%	10,2%	100,0%
	Perempuan	Count	60	14	74
		% within Jenis Kelamin	81,1%	18,9%	100,0%
Total		Count	113	20	133
		% within Jenis Kelamin	85,0%	15,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,967 ^a	1	,161		
Continuity Correction ^b	1,342	1	,247		
Likelihood Ratio	2,030	1	,154		
Fisher's Exact Test				,223	,123
Linear-by-Linear Association	1,952	1	,162		
N of Valid Cases	133				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Usia * BDI II

Crosstab

			BDI II		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Usia	18-21	Count	7	1	8
		% within Usia	87,5%	12,5%	100,0%
	22-40	Count	51	9	60
		% within Usia	85,0%	15,0%	100,0%
	41-65	Count	47	7	54
		% within Usia	87,0%	13,0%	100,0%
	>65	Count	8	3	11
		% within Usia	72,7%	27,3%	100,0%
Total		Count	113	20	133
		% within Usia	85,0%	15,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,511 ^a	3	,680
Likelihood Ratio	1,316	3	,725
Linear-by-Linear Association	,343	1	,558
N of Valid Cases	133		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,20.

Status Pernikahan * BDI II

Crosstab

			BDI II		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Status Pernikahan	Belum menikah	Count	20	2	22
		% within Status Pernikahan	90,9%	9,1%	100,0%
	Menikah	Count	82	14	96
		% within Status Pernikahan	85,4%	14,6%	100,0%
	Duda/janda bercerai	Count	3	2	5
		% within Status Pernikahan	60,0%	40,0%	100,0%
	duda/janda meninggal	Count	8	2	10
		% within Status Pernikahan	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	113	20	133
		% within Status Pernikahan	85,0%	15,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,256 ^a	3	,354
Likelihood Ratio	2,712	3	,438
Linear-by-Linear Association	1,462	1	,227
N of Valid Cases	133		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

Pendidikan * BDI II

Crosstab

			BDI II		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Pendidikan	Sarjana	Count	15	1	16
		% within Pendidikan	93,8%	6,3%	100,0%
	SMA	Count	34	2	36
		% within Pendidikan	94,4%	5,6%	100,0%
	SMP	Count	9	4	13
		% within Pendidikan	69,2%	30,8%	100,0%
	SD	Count	36	8	44
		% within Pendidikan	81,8%	18,2%	100,0%
	Tidak sekolah	Count	19	5	24
		% within Pendidikan	79,2%	20,8%	100,0%
Total		Count	113	20	133
		% within Pendidikan	85,0%	15,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,990 ^a	4	,136
Likelihood Ratio	7,348	4	,119
Linear-by-Linear Association	3,559	1	,059
N of Valid Cases	133		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

Status Pekerjaan * BDI II

Crosstab

			BDI II		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Status Pekerjaan	Bekerja	Count	63	8	71
		% within Status Pekerjaan	88,7%	11,3%	100,0%
	Tidak bekerja	Count	50	12	62
		% within Status Pekerjaan	80,6%	19,4%	100,0%
Total		Count	113	20	133
		% within Status Pekerjaan	85,0%	15,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,694 ^a	1	,193		
Continuity Correction ^b	1,120	1	,290		
Likelihood Ratio	1,695	1	,193		
Fisher's Exact Test				,229	,145
Linear-by-Linear Association	1,682	1	,195		
N of Valid Cases	133				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,32.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 10. Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Joko Anang Susanto
NIM : 152310101311
Dosen Pembimbing : Ns. Muhamad Zulfatol A'la, M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
31 Januari 2019	Konsultasi Judul Penelitian	Mencari referensi penelitian dari jurnal yang terindeks, sesuai dengan penelitian	HA
8 Februari 2019	Bimbingan Registrasi Penelitian	Pelajari design penelitian, teknik sampling, kriteria inklusi, kriteria eksklusi.	HA
15 Februari 2019	Diskusi design Penelitian, Sampel, dan kriteria inklusi	Pelajari uji statistik, Perhitungan sampel dengan G-power, Susun DAB 1 dan 2	HA
28 Februari 2019	Konsultasi uji statistik, Perhitungan sampel, dan DAB	Perbaiki DAB 1, ditambah mengenai jenis uji dari aspek statistik dan penelitian sebelumnya.	HA
26 Maret 2019		ACC semprom	HA
25 Juli 2019	Konsultasi hasil dan tabel persahan data	Tabel hasil sesuai dengan tujuan penelitian Tabel hasil disesuaikan dengan buku PPKI	HA

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA : Joko Anang Susanto

NIM : 152310101311

Dosen Pembimbing : Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
14 Maret 2019	Konsultasi BAB I	konsep karakteristik demografi dimunculkan dalam latar belakang BAB II harus ada karakteristik responden sebagai faktor depresi	
19 Maret 2019	Konsultasi BAB I - BAB IX Mau revisi BAB I	Kriteria inklusi diperbaiki Skala data hasil pengukuran sesuai dengan kriteria kriteria depresi	
25 Maret 2019	Amatasi Amati BAB I - IV	ACC Sempurna	
10 Juli 2019	Konsultasi label Penelitian dan hasil	1. Penjelasan isi tabel yang tertinggi saja 2. literatur untuk pembahasan harus jelas faktor lain penyebab depresi 3. Mengapa tidak menyebutkan dan faktor lainnya ada?	
11 Juli 2019	Konsultasi Pembahasan	1. Jawaban sesuai dengan hasil dan pembahasan 2. Alasan tidak ada hubungan harus kuat.	
15 Juli 2019	Konsultasi Hasil, Pembahasan, kesimpulan dan saran	ACC Sidang	