



**PERBEDAAN DEPRESI PADA PASIEN KANKER SEBELUM
DAN SESUDAH KEMOTERAPI PERTAMA DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Puji Arini
NIM 152310101113**

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



**PERBEDAAN DEPRESI PADA PASIEN KANKER SEBELUM
DAN SESUDAH KEMOTERAPI PERTAMA DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) serta mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

oleh

Puji Arini
NIM 152310101113

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

SKRIPSI

**PERBEDAAN DEPRESI PADA PASIEN KANKER SEBELUM
DAN SESUDAH KEMOTERAPI PERTAMA DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TINGKAT III
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

oleh

Puji Arini
NIM 152310101113

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep.

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua yang saya cintai Bapak Sudirman (Alm.) dan Ibu Siti Murdifin, Kakak Novi, Kakak Farid, Kakak Dewi dan Adik Saiful (Alm.), Mas Agung Heri dan seluruh keluarga yang selalu memberikan dukungan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
2. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen, Seluruh guru RA PSM Gondang, MI YPSM Gondang, SMPN 1 Gurah, SMAN 1 Pare, Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah memberikan ilmu serta bimbingan kepada saya;
3. Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dosen Pembimbing Akademik serta Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Penguji I Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep. dan penguji II Ns. Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., MadvN yang telah memberikan nasehat dan masukan;
5. Teman-teman Kelompok Riset Kritis dan KMB (Ifka, Joko, Dela, Arga, Ida, Indies, Mukhlis, Nuril, Arif, Mbak Zul) yang selalu memberikan bantuan, dorongan, dan semangat dalam menyusun skripsi ini;
6. Sahabat-sahabat pejuang Aulia, Sheila, Tyas, Ifka, Vita, Yuliana yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
7. Seluruh teman-teman kelas D dan teman-teman KKN (Amirul, Zilmi, Ayu, Titin, Moza, Anggun, Astari, Fitri, Yayuk) yang selalu memberikan bantuan, dorongan, dan semangat dalam menyusun skripsi ini;
8. Sahabat-sahabat kos Namira Jln. Kalimantan 6 Elif, Elly, Mei, Septi yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
9. Berbagai pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

MOTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.

(QS. Al-Insyirah: 5-6)*

Hai orang-orang yang beriman, jadikanlah sabar dan shalatmu sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.

(QS: Al-Baqarah: 153)*

* Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Puji Arini

NIM : 152310101113

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah berjudul “Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya saya sendiri bukan karya plagiat, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Juli 2019
Yang Menyatakan,

Puji Arini
NIM 152310101113

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” karya Puji Arini telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Rabu, 24 Juli 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

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

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19810712 200604 2 002

Penguji I

Ns. Baskoro Setiopotro, S.Kep. M.Kep.
NIP. 19830505 200812 1 004

Penguji II

Ns. Akhmad Zainur Ridla, S.Kep., MAdvN
NRP. 760019007

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780523 200501 2 002

Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

(The Difference of Depression in Cancer Patients Before and After The First Chemotherapy in The Flamboyan Ward of Baladhika Husada Third Grade Hospital Jember)

Puji Arini

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Cancer is one of the leading causes of death in the world. Cancer is a disease process that occurs because of abnormal cells in genetic mutations that causes rapid growth and spread. The most common treatment for cancer is chemotherapy. Chemotherapy treatment in its implementation has a physical and psychological impact on cancer patients. This study aimed to determine the difference of depression in cancer patients before and after the first chemotherapy in the Flamboyan Ward at Baladhika Husada Third Grade Hospital Jember. This was a longitudinal study with a comparative design. A total of 39 respondents were recruited by using purposive sampling. Data were collected using the Beck Depression Inventory II. Data were analyzed using wilcoxon test with significance level of < 0.05 . The results of the study that used the Wilcoxon test showed that 3 patients with depression after chemotherapy were lower than before the first chemotherapy, 5 patients experienced permanent depression, and 31 patients experienced higher depression than before the first chemotherapy. There was differences in depression in cancer patients before and after the first chemotherapy ($p=0,000; Z=-4,574$). The conclusion of this study showed that there was a difference of depression in cancer patients before and after the first chemotherapy in the Flamboyan Ward of Baladhika Third Grade Hospital Husada Jember. This difference was affected by the side effects of chemotherapy that causes depression in cancer patients. Depression can be caused by side effects of chemotherapy that affect physical and psychological aspects which is caused by increased levels of proinflammatory cytokinins named TNF α and IL 6.

Keyword: *Depression, before and after the first chemotherapy*

RINGKASAN

Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember: Puji Arini, 152310101113 : 2019 : xvii + 122 : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan

Penyakit kanker merupakan jenis penyakit yang dapat menyebabkan kematian diseluruh dunia. Kanker adalah proses penyakit yang terjadi karena sel abnormal mengalami kesalahan dalam mutasi genetik sehingga mengalami pertumbuhan dan penyebaran dengan cepat. Penatalaksanaan umum yang dapat diberikan pada pasien kanker adalah pengobatan kemoterapi. Kemoterapi adalah terapi obat yang digunakan untuk membunuh sel kanker dengan mengganggu fungsi reproduksi sel kanker maupun memperlambat pertumbuhan sel kanker. Pengobatan kemoterapi dalam pelaksanaannya memiliki dampak fisik dan psikologis bagi pasien kanker. Dampak fisik paling umum adalah mual, muntah, kelelahan, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, dan kerontokan rambut, sedangkan dampak psikologis yang sering terjadi adalah depresi. Depresi merupakan gangguan mood yang mempengaruhi suasana hati dan pikiran yang berkepanjangan. Depresi dapat disebabkan karena adanya efek samping kemoterapi maupun efek samping yang mempengaruhi aspek fisik seperti peningkatan kadar sitokin proinflamasi yaitu TNF α dan IL 6.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Desain Penelitian yang digunakan adalah komparatif dengan pendekatan studi longitudinal dengan menggunakan

teknik *sampling* yaitu *purposive sampling*. Perhitungan sampel menggunakan aplikasi *Statistical Power Analyses* dengan *Gpower*, sehingga sampel yang didapatkan sebanyak 39 responden. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner data demografi dan kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) II.

Hasil penelitian menggunakan uji *Wilcoxon* menunjukkan bahwa 3 responden dengan hasil depresi setelah kemoterapi lebih rendah daripada sebelum kemoterapi pertama, 5 responden mengalami depresi tetap, dan 31 responden mengalami depresi lebih tinggi dari sebelum kemoterapi pertama. Terdapat perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama ($p=0,000$ dan $Z= -4574$).

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Perbedaan ini dipengaruhi karena efek samping kemoterapi yang menyebabkan depresi pada pasien kanker. Faktor lain yang dapat mempengaruhi depresi adalah sosial demografi, penyakit itu sendiri, dan pengobatan kanker.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada”. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh sebab itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah serta memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi dan selama menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep.,M.Kep. selaku penguji I dan Ns. Akhmad Zainur Ridla, S.Kep.,MAdvN selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan serta arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
5. Pihak Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian;
6. Pasien kanker yang menjalani kemoterapi pertama di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember selaku responden penelitian yang telah bersedia membantu dalam pelaksanaan penelitian.

Jember, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
PERSEMBAHAN	iv
MOTO	v
PERNYATAAN	vi
PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	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	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat bagi Institusi Pendidikan.....	8
1.4.2 Manfaat bagi Profesi Keperawatan	8
1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat.....	8
1.4.4 Manfaat bagi Peneliti	8
1.5 Keaslian Penelitian	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep Kanker	12
2.1.1 Definisi.....	12
2.1.2 Etiologi.....	12
2.1.3 Epidemiologi.....	17
2.1.1 Manifestasi Klinis	17
2.1.5 Patofisiologi	18
2.1.6 Pencegahan	19
2.1.7 Terapi Kanker	20
2.2 Konsep Kemoterapi	22
2.2.1 Definisi.....	22

2.2.2 Jenis Kemoterapi dan Tujuannya	23
2.2.3 Obat Kemoterapi	24
2.2.4 Efek Samping Kemoterapi	26
2.2.5 Proses Kemoterapi	27
2.2.6 Rute Pemberian Kemoterapi	28
2.3 Konsep Depresi.....	29
2.3.1 Definisi.....	29
2.3.2 Etiologi.....	29
2.3.3 Tanda dan gejala depresi	30
2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi.....	31
2.3.6 Konsep Depresi pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi	33
2.3.7 Respon Psikologis Depresi	34
2.3.8 Kuesioner Tingkat Depresi	37
2.4 Kerangka Teori	39
BAB 3. KERANGKA KONSEP	40
3.1 Kerangka Konsep.....	40
3.2 Hipotesis.....	41
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	42
4.1 Desain Penelitian.....	42
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
4.2.1 Populasi Penelitian.....	43
4.2.2 Sampel Penelitian.....	43
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	43
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian	44
4.3 Lokasi Penelitian	45
4.4 Waktu Penelitian.....	45
4.5 Definisi Operasional.....	45
4.6 Pengumpulan Data.....	47
4.6.1 Sumber Data.....	47
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	47
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	49
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner.....	50
4.7 Pengolahan Data	52
4.7.1 <i>Editing</i>	52
4.7.2 <i>Coding</i>	52
4.7.3 <i>Entry Data</i>	53
4.7.4 <i>Cleaning</i>	54
4.8 Analisis Data.....	54
4.8.1 Analisis Univariat	54
4.8.2 Analisis Bivariat.....	55

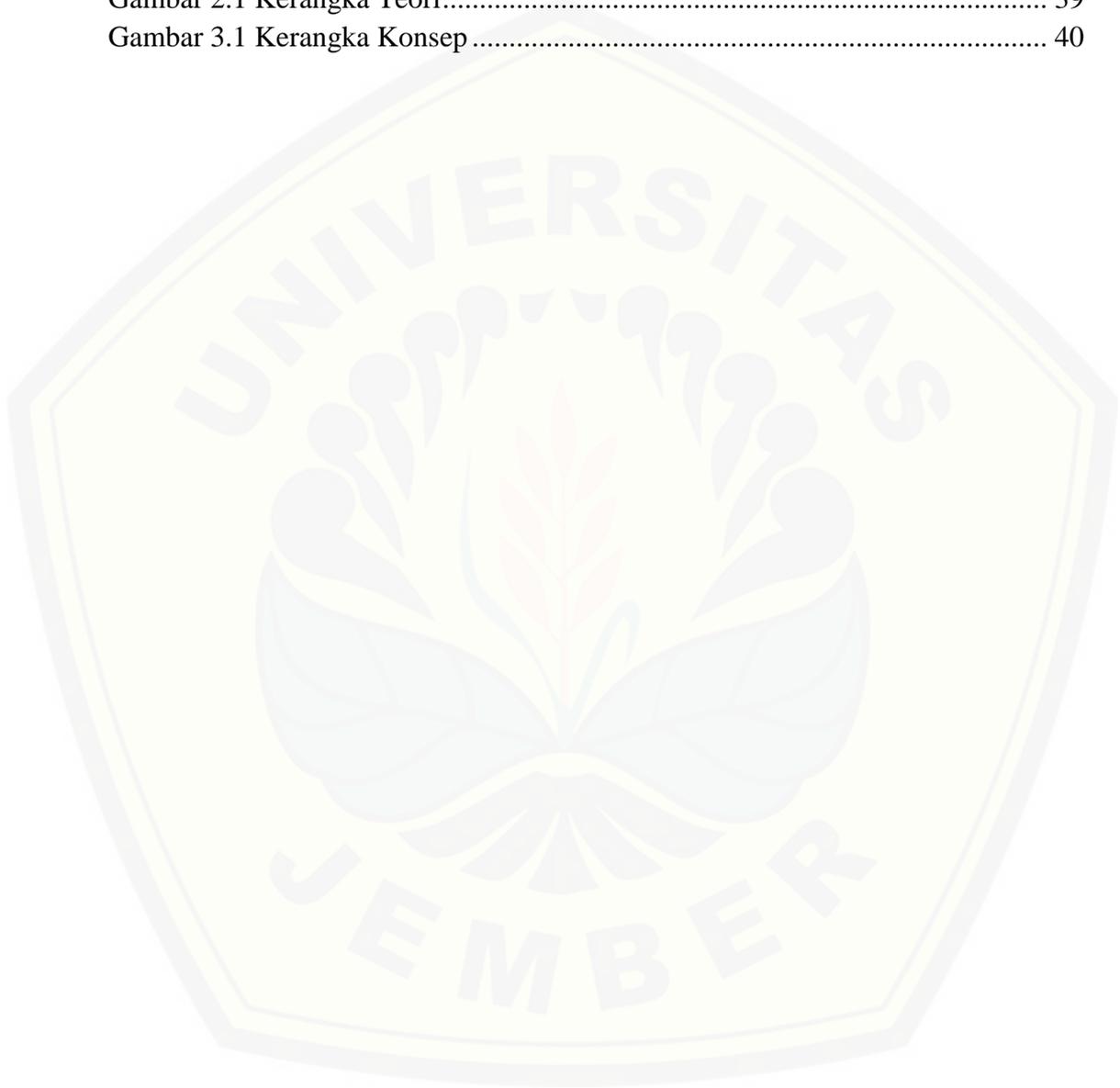
4.9 Etika Penelitian	56
4.9.1 Prinsip Otonomi	57
4.9.2 Prinsip Kerahasiaan	58
4.9.3 Prinsip Keadilan.....	58
4.9.4 Prinsip Kemanfaatan	58
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1 Hasil Penelitian.....	60
5.1.1 Karakteristik Responden	60
5.1.2 Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama.....	62
5.2 Pembahasan.....	63
5.1.2 Karakteristik Responden	63
5.2.2 Gambaran Depresi Pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama	70
5.2.3 Perbedaan Depresi Pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama	70
5.3 Keterbatasan Penelitian	73
BAB 6. PENUTUP	79
6.1 Kesimpulan.....	79
6.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA.....	82
LAMPIRAN.....	93

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	10
Tabel 4.1 Definisi Operasional	46
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI) II	50
Tabel 4.3 Coding data	53
Tabel 4.4 Hasil Uji Normalitas	55
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan RS Tingkat III Baladhika Husada Mei 2019 – Juni 2019 berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, dan jenis kanker (n=41)	61
Tabel 5.2 Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Mei 2019-Juni 2019	62
Tabel 5.3 Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Mei 2019-Juni 2019.....	63

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	94
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	95
Lampiran 3. Lembar Data Demografi	96
Lampiran 4. Lembar Kuesioner <i>Beck Depression Inventory II (BDI II)</i>	97
Lampiran 5. Waktu Penelitian	103
Lampiran 6. Studi Pendahuluan Literatur	104
Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian	105
Lampiran 8. Surat Telah Selesai Penelitian	106
Lampiran 9. <i>Logbook</i> Penelitian Sebelum Kemoterapi	107
Lampiran 10. <i>Logbook</i> Penelitian Sesudah Kemoterapi	109
Lampiran 11. Hasil Penelitian.....	110
Lampiran 12. Uji Etik	117
Lampiran 13. Perizinan Kuesioner.....	118
Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPU	119
Lampiran 15. Lembar Bimbingan DPA	121

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kanker adalah salah satu jenis penyakit yang menyebabkan kematian terbesar seluruh dunia dan menempati peringkat ke enam penyebab kematian (Kemenkes RI, 2015; WHO, 2018). Hal tersebut sesuai dengan data dari (WHO, 2018) bahwa diperkirakan beban kanker secara global meningkat menjadi 18,1 juta kasus baru dan 9,6 juta kematian ditahun 2018. Tahun 2012, penyakit kanker menyebabkan kematian kurang lebih 8,2 juta jiwa. Penyebab kematian terbesar dari penyakit kanker adalah kanker payudara, kanker paru, kolorektal, hati, dan perut (Kemenkes RI, 2015). Satu dari 5 laki-laki dan satu dari 6 wanita di seluruh dunia menderita kanker selama hidupnya dan satu dari 8 laki-laki serta satu dari 11 wanita meninggal akibat penyakit tersebut (WHO, 2018). Pada tahun 2018, hampir setengah dari kasus baru dan lebih dari setengah menyebabkan kematian diperkirakan terjadi di Asia. Peningkatan kasus kanker di Eropa menyumbang 23,4 % dari kasus kanker dan 20,3 % dari kematian akibat kanker, sedangkan di Amerika menyumbang 21,0 % kasus baru dan 14,5 % kematian (WHO, 2018). Peningkatan kasus kanker dan kematian akibat kanker juga terjadi di negara berkembang seperti di Indonesia.

Pada tahun 2013, prevalensi penyakit kanker di Indonesia pada seluruh kelompok usia berjumlah 347.792 orang atau sekitar 1,4 % dari penduduk Indonesia (Kemenkes RI, 2015). Perkiraan jumlah kanker terbanyak di Indonesia berada di provinsi Jawa Tengah dan provinsi Jawa Timur dengan estimasi

sebanyak 68.638 dan 61.230 orang (Kemenkes RI, 2015). Wilayah kabupaten Jember, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya di ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember, data kunjungan pasien kanker pada bulan September sampai Desember 2017 berjumlah 1.040 pasien dan pada bulan Januari tahun 2018 berjumlah 254 pasien (Afida, 2018; Utama, 2018).

Kanker merupakan proses penyakit yang terjadi ketika DNA sel abnormal mengalami kesalahan dalam mutasi genetik, memproduksi sel klon, dan berproliferasi dengan cepat tanpa memperhatikan pertumbuhan sel normal (Hurst, 2015). Setiap sel pada jaringan dapat mengalami tumor *maligna* (massa sel yang abnormal), setelah terjadi malignansi, sel yang abnormal akan menyebar melalui metastasis ke seluruh tubuh (Hurst, 2015). Penatalaksanaan kanker dapat dilakukan melalui beberapa pengobatan diantaranya terapi radiasi, kemoterapi, pembedahan, imunoterapi atau bioterapi, fotodinamik, transplantasi sum-sum tulang, terapi hormon, dan terapi komplementer (Lemone dkk., 2015). Penyakit kanker dapat diobati salah satunya dengan kemoterapi. Kemoterapi adalah terapi obat yang digunakan untuk membunuh sel kanker dengan mengganggu fungsi dan reproduksi sel (Lemone dkk., 2015).

Pengobatan kemoterapi dalam pelaksanaannya memiliki dampak diantaranya adalah dampak fisik dan psikologis. Dampak fisik yang dirasakan oleh pasien yang menerima kemoterapi adalah mual dan muntah, konstipasi, neuropati perifer, toksisitas kulit, *alopecia* (kerontokan rambut), penurunan berat badan, kelelahan (*fatigue*), penurunan nafsu makan, perubahan rasa, dan nyeri

(Ambarwati dan Wardani, 2014). Dampak psikologis yang terjadi akibat pengobatan kemoterapi adalah perasaan depresi, perasaan takut mengalami sakit fisik dan penyakit, kesulitan mengungkapkan emosi, kesulitan menghadapi ketidakpastian masa depan (Effendy dkk., 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Yolanda dan Karwur, (2013) menunjukkan dari 40 responden yang menjalani pengobatan kemoterapi menunjukkan gejala depresi lebih dari 72,5 % dari gejala ringan sampai berat.

Pengobatan kemoterapi merupakan jenis terapi pengobatan kanker yang sering digunakan (Desen, 2012). Efek samping yang ditimbulkan dari kemoterapi seringkali membuat pasien mengalami kondisi seperti ansietas, tegang, fobia, dan depresi (Desen, 2012). Perasaan takut yang dirasakan sebelum kemoterapi akan menimbulkan reaksi psikologis pasca kemoterapi yang lebih berat (Desen, 2012). Puncak efek samping kemoterapi seperti mual muntah, kelelahan, kehilangan berat badan, gangguan tidur dialami oleh pasien kanker terjadi dalam interval 24 jam hingga 1 sampai 7 hari pasca kemoterapi (Jim dkk., 2011; Elsea dkk., 2015; Rapoport, 2017). Efek samping tersebut menimbulkan masalah psikologis seperti penurunan kualitas hidup, depresi, dan kecemasan (Periasamy dkk., 2017). Penelitian Chan dan Ismail, (2014) menyebutkan bahwa kebanyakan pasien akan mengalami mulut kering dan haus (73,3%) rambut rontok (64,4%), kelelahan (56,7%), kehilangan nafsu makan (56,7%), mati rasa (46,7%), bingung atau kehilangan konsentrasi (43,3%), kesedihan atau depresi (43,3%), kehilangan rasa rentuhan (40,0%). Prevalensi depresi akibat pengobatan kanker menunjukkan

15% mengalami depresi berat, 20% mengalami depresi ringan, 10% mengalami kecemasan (Pitman dkk., 2018).

Penyakit kanker merupakan suatu kondisi ketidakpastian suatu penyakit yang terjadi pada seseorang dengan kondisi sakit kronis dan berpotensi mengalami kekambuhan (Smith dan Liehr, 2014). *Uncertainty in Illness Theory* mendefinisikan ketidakpastian penyakit sebagai suatu ketidakmampuan dalam menentukan kondisi yang berhubungan dengan penyakit termasuk ketidakmampuan dalam menilai suatu kondisi penyakit secara akurat (Smith dan Liehr, 2014). Ketidakpastian mengacu pada bagaimana seseorang mengevaluasi situasi penyakit yang dipandang sebagai bahaya atau peluang (Chen dkk., 2018). Ketidakpastian suatu penyakit meliputi semua fase penyakit dari gejala prediagnosis hingga diagnosis, pengobatan, sisa perawatan, pemulihan, potensi kekambuhan, dan eksaserbasi (Smith dan Liehr, 2014). Ketidakpastian suatu penyakit dapat dialami oleh orang yang sedang sakit, pengasuh, dan orang tua dari anak-anak yang sakit (Smith dan Liehr, 2014). Ketidakpastian suatu penyakit dianggap sebagai sumber stres pada banyak penyakit kronis (Chen dkk., 2018). Stres yang tidak ditangani dengan baik akan jatuh pada kondisi psikologis depresi (Smith dan Liehr, 2014). Ketidakpastian penyakit dengan gejala depresi merupakan faktor penting dalam mempengaruhi kondisi kesehatan pada banyak penyakit (Chen dkk., 2018).

Depresi pada pasien kanker adalah gejala yang umum terjadi dan dapat meningkat selama proses pengobatan maupun setelah pengobatan berakhir (Yusof dkk., 2016). Gejala dari kondisi psikologis depresi berupa kesedihan, kehilangan

minat, perubahan kebiasaan makan dan tidur, gugup, mengalami keterlambatan respon fisik dan mental, merasa bersalah, tidak fokus, sering memikirkan tentang kematian dan bunuh diri (Yusof dkk., 2016). Penyakit kanker dan pengobatan kanker mempengaruhi aktivasi dari sinyal sitokin yang berada di sistem saraf perifer dan sistem saraf pusat sehingga hal tersebut menyebabkan perasaan mual, kehilangan nafsu makan, menarik diri dari lingkungan sosial, kelelahan, gangguan kognitif, dan depresi pada pasien kanker (Rich dkk., 2017).

Kemoterapi berkaitan dengan peningkatan kadar sitokin proinflamasi seperti TNF α dan IL 6 (Janelsins dkk., 2012; Vyas dkk., 2014). Tumor necrosis factor alpha (TNF- α) berperan penting dalam mekanisme patogenesis sejumlah penyakit inflamasi kronis, sedangkan Interleukin 6 (IL 6) merupakan sitokin yang mempunyai efek pro dan antiinflamasi dan terlibat dalam peradangan akut dan kronis yang berkaitan dengan perkembangan sel kanker (Apriansyah dkk., 2016; Janelsins dkk., 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sitokin proinflamasi mempengaruhi perubahan perilaku dan suasana hati yang cukup parah sehingga hal tersebut menyebabkan depresi pada pasien kanker (Miranda dkk., 2014). Sitokin proinflamasi seperti TNF α dan IL 6 menginduksi resistensi glukokortikoid dan merangsang depleksi triptofan (zat yang menghambat pembentukan serotonin) sehingga menurunkan kadar serotonin (Apriansyah dkk., 2016). Penurunan kadar serotonin dapat menyebabkan gangguan suasana hati yang merupakan gejala dari depresi. Penurunan kadar serotonin yang berlangsung lama akan menyebabkan jatuh pada kondisi depresi kronis (Jenkins dkk., 2016).

Berdasarkan hasil *literatur review* (Zainal dkk., 2014), menunjukkan beberapa prevalensi depresi pada pasien kanker di negara Asia (3-39 %), Timur Tengah (0-57 %), Eropa (7-72 %), Amerika Utara (6-51%), dan Australia (4-43 %). Penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan RSUD Prof. DR. Margono Soekarjo Purwokerto, dengan jumlah responden 70 pasien didapatkan hasil 25,71 % (18 pasien) mengalami depresi ringan, 45,71 % (32 pasien) mengalami depresi sedang, 28,58 % (20 pasien) mengalami depres berat, dan tidak terdapat pasien dengan depresi minimal (Widiyono dkk., 2017).

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, maka dapat diketahui bahwa kemoterapi pada pasien kanker dapat menyebabkan permasalahan fisik dan psikologis seperti depresi. Depresi pada pasien kanker sebelumnya pernah diteliti oleh (Miranda, 2002) dengan judul "*Depression Before and After Uterine Cervix and Breast Cancer Neoadjuvant Chemotherapy*" hasilnya setelah dilakukan pengobatan tingkat depresi pada pasien kanker payudara meningkat dari 30% menjadi 45%, sedangkan pada pasien kanker serviks menurun dari 57,1% menjadi 47,6%. Penelitian tersebut tidak dijelaskan tentang depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama dan hanya berfokus pada pasien kanker payudara dan kanker serviks. Oleh sebab itu, dalam penelitian ini, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian tentang perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember karena belum pernah ada penelitian sebelumnya. Harapannya, hasil penelitian nantinya dapat digunakan sebagai pertimbangan

dalam memberikan intervensi kepada pasien tidak hanya masalah fisik saja namun juga memperhatikan masalah psikologis pada pasien kemoterapi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu adakah perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan antara depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden pasien kanker;
- b. Melihat gambaran depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama;
- c. Mengidentifikasi perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian bagi institusi pendidikan yaitu diharapkan dari hasil penelitian ini, institusi pendidikan yang terkait dapat mengetahui bagaimana perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama dan dapat dijadikan sebagai tambahan literatur untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Manfaat penelitian bagi profesi keperawatan yaitu perawat dapat memberikan intervensi atau pelayanan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien kemudian dapat meningkatkan dan mendukung dalam perawatan pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama serta dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat

Manfaat penelitian bagi masyarakat khususnya responden yaitu dapat dapat mencari bantuan pelayanan kesehatan jika mengalami tanda dan gejala depresi dan sebagai langkah awal untuk skrining kesehatan.

1.4.4 Manfaat bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti yaitu dapat menambah wawasan peneliti mengenai perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang dilakukan sekarang berjudul “Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Baladhika Husada Jember”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama. Jenis penelitian ini adalah deskriptif komparatif yang menggunakan teknik *purposive sampling* dengan desain penelitian *longitudinal study*. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Beck Depression Inventory II*.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Perbedaan	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sekarang
Judul	<i>Depression Before And After Uterine Cervix And Breast Cancer Neoadjuvant Chemotherapy</i>	<i>A Longitudinal Study Of Distress (Depression And Anxiety) Up To 18 Months After Radiotherapy F or Head And Neck Cancer</i>	<i>Depressive Symptoms among Cancer Patients Undergoing Chemotherapy</i>	Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
Tempat	Rumah Sakit Universitas Brazil	Pasien rawat jalan di <i>Peter Mac Callum Cancer Centre</i> (Melbourne, Australia)	Rumah Sakit di Kuala Lumpur, Malaysia	Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
Tahun	2002	2013	2016	2019
Sampel Penelitian	43 Responden	101 Responden	111 Responden	39 Responden
Variabel Independen	<i>Depression</i>	<i>Depression And Anxiety</i>	<i>Depressive Symptoms</i>	Depresi pada pasien kanker
Variabel Dependen	-	-	-	-
Peneliti	C. R. R. Miranda, C. N. De Resende, C. F. E. Melo, A. L. Costa, & H. Friedman	Kate Neilson, Annabel Pollard, Ann Boonzaier, June Corry, David Castle, David Smith, Tom Trauer, and Jeremy Couper.	Suzana Yusof, Fatin Nadzirah Zakaria, Nina Keterina Hashim, Razif Dasiman	Puji Arini
Desain Penelitian	Deskriptif komparatif dengan desain Cross sectional	Deskriptif observasional dengan desain longitudinal studi	Deskriptif analitik dengan desain Cross-sectional	Deskriptif Komparatif dengan desain longitudinal studi
Teknik	<i>Purposive Sampling</i>	<i>Accidental Sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>

<i>sampling</i>				
Instrumen Penelitian	<i>Beck Depression Inventory (BDI) II</i>	1. <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> 2. <i>The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Head and Neck Version</i>	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)</i>	<i>Beck Depression Inventory (BDI) II</i>
Uji Statistik	<i>Chi Square Fisher</i>	dan uji <i>t-test</i> dan regresi linear	<i>Spearmen</i>	<i>Wilcoxon</i>
Search Engine	PubMed	PubMed	Science Direct	-

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker

2.1.1 Definisi

Penyakit kanker merupakan sekelompok penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel-sel yang abnormal dan tidak terkendali (American Cancer Society, 2019). Penyebaran sel kanker yang tidak terkendali bisa berakibat pada kematian (American Cancer Society, 2019). Kanker merupakan proses penyakit yang terjadi ketika DNA sel abnormal mengalami kesalahan dalam mutasi genetik, memproduksi sel klon, dan berproliferasi dengan cepat tanpa memperhatikan pertumbuhan sel normal. Setiap sel pada jaringan dapat mengalami tumor *maligna* (massa sel yang abnormal), setelah terjadi malignansi, sel yang abnormal akan menyebar melalui metastasis ke seluruh tubuh (Hurst, 2015).

2.1.2 Etiologi

Faktor resiko yang dapat menyebabkan kanker menurut (Hurst, 2015) adalah sebagai berikut.

a. Hereditas

Kanker terjadi karena pembentukan gen atau kromosom DNA yang tidak sempurna. Kanker dimulai ketika gen didalam sel berkembang tidak normal dan sel mulai tumbuh dan membelah diri tanpa kendali (American Cancer Society, 2014). Sel berubah menjadi sel kanker sebagian besar dipengaruhi oleh mutasi pada gen sel tersebut (American Cancer Society, 2014). Mutasi gen adalah

perubahan abnormal pada DNA suatu gen (American Cancer Society, 2014). Perubahan ini disebabkan oleh paparan zat karsinogenik yang merusak DNA seperti bahan kimia, asap tembakau, radiasi, dll. Mutasi gen memainkan peran utama sekitar 5-10% dari semua jenis kanker (National Cancer Institute, 2017).

b. Usia

Kanker berkaitan dengan proses penuaan, hal tersebut dikaitkan dengan perubahan hormon pada proses penuaan. Diagnosis kanker terjadi setelah usia 55 tahun. Menurut Kemenkes RI, (2015) prevalensi penyakit kanker tertinggi berada pada kelompok usia 75 tahun keatas yaitu 5,0% dan prevalensi terendah pada kelompok usia 1-4 tahun dan 5-14 tahun sebesar 0,1%. Peningkatan prevalensi cukup tinggi terjadi pada kelompok usia 25-34 tahun, 35-44 tahun dan 45-54 tahun. Pada kelompok usia tersebut dipengaruhi oleh faktor perilaku dan pola makan yang tidak sehat (Kemenkes RI, 2015).

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin menjadi faktor resiko terhadap jenis kanker tertentu seperti kanker payudara, kanker kandung kemih dan kanker tiroid lebih sering terjadi pada wanita. Kanker payudara menempati presentase kasus tertinggi yaitu 43,3% dan presentase kematian 12,9% terjadi pada perempuan (Kemenkes RI, 2015).

d. Kemiskinan

Faktor ekonomi menjadi salah satu faktor penyebab kanker karena kurangnya akses yang adekuat terhadap pelayanan kesehatan terutama skrining preventif dan konseling kesehatan. Kemiskinan menyebabkan beberapa keterbatasan terhadap

perolehan informasi, layanan kesehatan yang memadai, rendahnya pengetahuan dan perilaku hidup yang tidak mengindahkan kesehatan (Biro APBN, 2009).

e. Stres

Stres yang tidak terkontrol akan menyebabkan kadar epinefrin dan kortisol meningkat serta dapat menyebabkan kelelahan. Stres dengan beban yang berat dapat jatuh pada kondisi depresi dan menyebabkan abrasi pada sistem imun. Penurunan fungsi sistem imun akan menyebabkan peningkatan kerentanan seseorang terhadap terjadinya penyakit-penyakit infeksi (Mayasari dan Pratiwi, 2008).

f. Diet

Makanan yang mengandung karsinogenik dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker. Menurut Kemenkes RI, (2015) pola perilaku dan pola makan memiliki peran penting dalam timbulnya penyakit kanker. Prevalensi tertinggi kurangnya mengkonsumsi buah dan sayur (97,1%) pada usia 15-24 tahun, sering mengkonsumsi makanan berlemak (41,7) pada usia 35-44 tahun, sering mengkonsumsi makanan dibakar/dipanggang (4,9%) pada usia 15-24 tahun, sering mengkonsumsi makanan hewani berpengawet (4,9%) pada usia 15-24 tahun (Kemenkes RI, 2015). Diet rendah serat membuat motilitas usus berjalan lambat sehingga karsinogen tertahan didalam mukosa usus untuk periode waktu yang lebih lama (Hurst, 2015).

g. Pekerjaan

Pekerjaan yang beresiko terhadap kanker yaitu pekerja diluar lapangan seperti petani dan pekerja bangunan yang terpajan sinar matahari, staf layanan kesehatan

seperti teknisi rontgen, dan pemajanan terhadap asbes pada individu yang bekerja bangunan. Sinar UV yang mengenai kulit secara terus menerus akan menyebabkan kerusakan pada sel sehingga menyebabkan kematian sel akibatnya melanin yang berfungsi untuk melindungi kulit tidak dapat diproduksi oleh tubuh (Hurst, 2015).

h. Infeksi

Beberapa infeksi dari virus dapat menyebabkan penyakit kanker seperti virus Epstein-Barr dan HPV. Infeksi berkontribusi sebanyak 20% menyebabkan kematian dinegara berpenghasilan rendah dan menengah (Kemenkes RI, 2015). Penularan virus HPV melalui hubungan seksual menyebabkan sekitar 235.000 kematian akibat kanker setiap tahunnya (Kemenkes RI, 2015).

i. Penggunaan tembakau

Tembakau menimbulkan karsinogenik apabila dikonsumsi dalam jumlah dan waktu yang cukup lama. Kanker paru, kanker nasofaring, kanker laring dll. sering dijumpai pada perokok. Tembakau dapat menyebabkan kanker karena menjadi salah satu zat karsinogenik yang menyebabkan mutasi genetik dan akhirnya menyebabkan kerusakan DNA (National Cancer Institute, 2017). Prevalensi tertinggi kebiasaan merokok (36,9%) terjadi pada kelompok usia 25-34 tahun (Kemenkes RI, 2015).

j. Penggunaan alkohol

Alkohol meningkatkan hubungan antarkarsinogenik dengan kanker dan meningkatkan resiko terjadinya kanker mulut, esofagus, dan laring. Alkohol secara kimiawi merupakan zat hasil fermentasi dan memiliki jalur metabolisme

tersendiri dalam tubuh. Alkohol mempengaruhi sistem organ ataupun organ dalam tubuh (Putra, 2012).

k. Penggunaan obat rekreasional

Penggunaan obat ini mempunyai efek supresif pada sistem imun sehingga dapat meningkatkan resiko kanker seperti marijuana yang menyebabkan kerusakan pada kromosom DNA dan mutasi genetik.

l. Obesitas

Kelebihan berat badan disebabkan oleh penumpukan lemak dalam tubuh sehingga berhubungan dengan peningkatan resiko kanker. Prevalensi tertinggi obesitas (36,9%) pada kelompok usia 45-54 tahun dan gaya hidup kurang gerak (42,7%) pada usia diatas 65 tahun (Kemenkes RI, 2015).

m. Pemajanan matahari

Paparan sinar matahari menyebabkan radiasi ultraviolet yang mengenai kulit secara terus menerus dapat memicu terjadinya kanker seperti kanker kulit. Kulit memiliki sel melanosit yang berfungsi untuk menghasilkan pigmen coklat (melanin) untuk melindungi kulit dari sinar ultraviolet (UV) yang berbahaya (Hurst, 2015). Kulit yang terpapar sinar matahari yang berkepanjangan akan membuat melanosit bekerja ekstra untuk menghasilkan melanin sehingga menyebabkan kulit berwarna kecoklatan (Cancer Council, 2017). Sinar UV dapat merusak DNA dan menyebabkan kematian sel, apabila terjadi kematian sel, melanosit tidak dapat menghasilkan melanin yang berfungsi untuk melindungi kulit sehingga hal tersebut dapat menyebabkan kanker kulit (Hurst, 2015). Melanoma di Australia dan Selandia baru memiliki prevalensi tertinggi yaitu lebih

dari 12.000 orang terdiagnosa setiap tahunnya dan umum terjadi pada usia lebih dari 60 tahun (Cancer Council, 2017)

2.1.3 Epidemiologi

Kanker merupakan penyakit yang menyebabkan kematian terbesar diseluruh dunia serta menempati peringkat ke enam penyebab kematian (WHO, 2018). Penyebab kematian terbesar dari kanker adalah kanker payudara, kanker paru, kanker kolorektal, kanker hati, dan kanker perut (Kemenkes RI, 2015). Pada tahun 2012, penyakit kanker menyebabkan kematian kurang lebih 8,2 juta jiwa (Kemenkes RI, 2015). Beban kanker secara global meningkat dari 18,1 juta kasus baru dan 9,6 juta kematian pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2015). Peningkatan kasus kanker di Eropa menyumbang 23,4 % dari kasus kanker dan 20,3 % dari kematian akibat kanker, sedangkan di Amerika menyumbang 21,0 % kasus baru dan 14,5 % kematian (WHO, 2018). Pada tahun 2013, prevalensi penyakit kanker di Indonesia pada seluruh kelompok usia berjumlah 347.792 orang atau sekitar 1,4 % dari penduduk Indonesia sedangkan provinsi Jawa Timur sebanyak 61.230 orang (Kemenkes RI, 2015).

2.1.1 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala kanker sangat beragam dan tergantung dari jenis kanker yang diderita serta organ tubuh yang menjadi tempat penyebaran sel kanker. Secara umum tanda dan gejala kanker adalah sebagai berikut (Sudewo, 2009) :

- a. Perubahan kebiasaan makan dan berkemih.
- b. adanya luka yang tidak kunjung sembuh dan rasa nyeri yang menetap dan terus menerus dirasakan pada bagian tubuh tertentu.

- c. Adanya perdarahan dan pengeluaran nanah dari organ tertentu secara tidak wajar.
- d. Adanya penebalan dan pembengkakan atau benjolan pada payudara dan bagian tubuh lain secara abnormal.
- e. Kehilangan nafsu makan dan kesulitan dalam menelan makanan.
- f. Adanya pertumbuhan yang terus menerus pada tahi lalat atau kutil.
- g. Batuk disertai sesak napas.

2.1.5 Patofisiologi

Kanker merupakan proses penyakit yang terjadi ketika DNA sel abnormal mengalami kesalahan dalam mutasi genetik, memproduksi sel klon, dan berproliferasi dengan cepat tanpa memperhatikan pertumbuhan sel normal (Hurst, 2015). Faktor penyebab kanker berasal dari faktor eksternal (zat kimia, radiasi, virus, dll.) serta internal (hormon, kondisi imun, dan mutasi yang diturunkan). Faktor penyebab dapat bekerja bersama dalam satu rangkaian untuk memulai atau mendukung karsinogenesis yaitu sebuah proses ketika sel normal berubah menjadi sel kanker (Hurst, 2015). Sel membutuhkan waktu lebih dari 10 tahun antara pemaparan atau mutasi dan kanker yang terdeteksi (Lemone dkk., 2015).

Pertumbuhan sel kanker terjadi karena adanya proses karsinogenesis. Proses tersebut dibagi menjadi tiga yaitu inisiasi, promosi, dan progresi (Lemone dkk., 2015). Proses inisiasi diawali dengan pelepasan karsinogen seperti zat kimia, faktor fisik, dan agen biologi sehingga menyebabkan perubahan struktur genetik DNA dan mengakibatkan mutasi genetik permanen (Lemone dkk., 2015). Proses promosi merupakan sel yang bermutasi bukan sel kanker yang berlangsung

selama bertahun-tahun sebelum sel tersebut menjadi sel kanker melalui pemajanan berulang oleh zat karsinogenik (Corwin, 2009). Promosi dapat menyebabkan sel bermutasi menjadi kanker dengan mempercepat proliferasi sel (Corwin, 2009). Contoh zat karsinogenik adalah rokok, penggunaan alkohol, obat-obatan, nitrat dan garam, dll (Corwin, 2009). Pada tahap ini gen mulai mengalami mutasi, penyusunan kembali, kehilangan kemampuan transformasi, dan akhirnya berubah menjadi keganasan lemone (Lemone dkk., 2015). Pada tahap ketiga progresi menurunkan perubahan yang didapat selama perkembangan replikasi sel menjadi sel kanker, sel-sel mulai menampakkan dan menginvasi jaringan yang berdekatan dan melakukan metastase (Lemone dkk., 2015).

2.1.6 Pencegahan

Pencegahan dilakukan sebagai upaya untuk mencegah, mengurangi, menghambat pertumbuhan sel kanker pada tubuh. Beberapa pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2015) :

- a. Tidak atau berhenti merokok dan menghindari asap rokok
- b. Tidak mengonsumsi alkohol
- c. Tidak atau mengurangi pemajanan terhadap lingkungan yang berpotensi menyebabkan karsinogenik seperti logam, arsenik, polusi udara, dan gas radon
- d. Rajin melakukan aktivitas fisik
- e. Sadar akan kesehatan diri sendiri dengan rajin melakukan pemeriksaan berkala
- f. Melakukan diet seimbang dan menjaga indeks massa tubuh ideal

- g. Istirahat yang cukup
- h. Melakukan vaksin Hepatitis dan Human Papilomavirus (HPV)
- i. Manajeeemen tingkat stress dan mekanisme koping yang baik

2.1.7 Terapi Kanker

Beberapa pilihan terapi pengobatan pada pasien kanker adalah sebagai berikut (Lemone dkk., 2015) :

a. Pembedahan

Pembedahan dilakukan untuk diagnosis dan penentuan tahap lebih dari 90% seluruh kanker dan untuk terapi primer pada lebih dari 60% kanker. Tujuan pembedahan adalah untuk profilaksis, doagnosis, terapi, rekonstruksi, dan paliasi. Pembedahan profilaksis bertujuan untuk mengangkat jaringan atau organ yang mungkin mengalami kanker. Pembedahan diagnostik bertujuan untuk memastikan diagnosis histologi, dan penentuan tahap kanker melalui biopsi, endoskopi, laringoskopi, laparoskopi, dan eksplorasi bedah terbuka. Pembedahan sebagai terapi bertujuan untuk mengangkat keseluruhan tumor atau jaringan sekitar.

b. Terapi Radiasi

Terapi radiasi dapat digunakan untuk membunuh tumor, mengurangi ukurannya, menurunkan nyeri, atau meredakan obstruksi. Radiasi yang menyebabkan kematian pada DNA diyakini menjadi mekanisme primer dalam membunuh sel, terutama sel pada tumor dan jaringan yang tumbuh lebih cepat. Radiasi yang diberikan dalam waktu yang lama tidak hanya dapat merusak perkembangan sel kanker dengan cepat, tetapi juga membelah sel normal secara cepat seperti sel kulit dan membran mukosa.

c. Kemoterapi

Kemoterapi adalah terapi obat yang digunakan untuk membunuh dan memperlambat pertumbuhan sel kanker. Kemoterapi melibatkan penggunaan obat sitotoksik untuk menyembuhkan cairan, seperti leukemia, limfoma, serta kanker payudara dan prostat, untuk menurunkan ukuran tumor, penunjang untuk pembedahan atau terapi radiasi, untuk mencegah atau menangani kecurigaan adanya metastasis. Kemoterapi mengganggu siklus sel dalam berbagai fase dengan mengganggu metabolisme dan replikasi sel. Seluruh kemoterapi memiliki efek samping atau efek sitotoksik.

d. Transplantasi Sumsum tulang

Terapi sumsum tulang merupakan terapi yang digunakan untuk menstimulasi sumsum yang tidak berfungsi atau mengganti sumsum tulang. Transplantasi tulang diberikan melalui pendonor ke pasien. Transplantasi sumsum tulang biasanya diberikan pada pasien leukemia.

e. Terapi Fotodinamik

Terapi fotodinamik adalah metode penanganan jenis tumor superfisial tertentu. Terapi ini dikenal dengan fototerapi, fotoradiasi, dan fotokemoterapi. Terapi ini biasanya diberikan pada pasien yang memiliki tumor dan tumbuh di permukaan kantung kemih, rongga peritoneum, dinding dada, pleura, bronkus, kepala dan leher.

f. Bioterapi atau imunoterapi

Bioterapi atau imunoterapi memiliki peran dalam skrining atau pendeteksian pada kelompok beresiko tinggi, diagnosis banding dan klasifikasi sel tumor,

pemantauan rangkaian penyakit dengan deteksi dini kekambuhan, terapi aktif untuk menghentikan atau membatasi penyakit. Terapi ini membuktikan bahwa sistem imun yang baik merupakan daya tahan tubuh yang paling penting dalam melawan penyakit. Bioterapi digunakan untuk malignansi hematologi seperti limfoma, dan leukemia sel rambut, dan tumor padat seperti kanker ginjal, kanker paru, dan melanoma.

g. Teknik Komplementer

Terapi komplementer merujuk pada terapi yang dipilih pasien sebagai terapi komplemen dibanding terapi medis. Terapi komplemen yang umum digunakan untuk kanker adalah agens botani, suplemen nutrisi, regimen diet, modalitas tubuh-pikiran, pemulihan energi, pendekatan spiritual, dan berbagai terapi.

2.2 Konsep Kemoterapi

2.2.1 Definisi

Kemoterapi adalah terapi obat yang digunakan untuk membunuh sel kanker dengan mengganggu fungsi dan reproduksi sel (Lemone dkk., 2015). Kemoterapi mengganggu siklus sel dalam berbagai fase dengan mengganggu metabolisme dan replikasi sel (Lemone dkk., 2015). Kemoterapi adalah penggunaan obat sitotoksik (toksik bagi sel) untuk membunuh atau memperlambat pertumbuhan sel kanker (Cancer Council, 2016). Kemoterapi merupakan penggunaan obat untuk menghancurkan sel-sel kanker yang disebut dengan obat sitotoksik (Hettler, 2013). Pengobatan kemoterapi bervariasi, kadang-kadang hanya satu obat atau beberapa obat yang berbeda dan diberikan dalam beberapa hari maupun minggu (Hettler, 2013).

2.2.2 Jenis Kemoterapi dan Tujuannya

Kemoterapi memiliki jenis dan tujuan yang berbeda-beda. Jenis dan tujuan kemoterapi adalah sebagai berikut (Hidayat, 2013):

a. Kemoterapi kuratif

Kemoterapi ini digunakan untuk membasmi secara total kanker dalam tubuh dengan dosis obat maksimum yang dapat ditoleransi tubuh.

b. Kemoterapi Adjuvan

Kemoterapi adjuvan adalah kemoterapi yang dilakukan setelah operasi radikal. Kemoterapi ini merupakan bagian dari operasi kuratif. Pada waktu pra-operasi tumor memiliki mikrometastasis, maka setelah lesi primer dieksisi, tumor yang tersisa akan tumbuh semakin pesat dan kepekaan terhadap obat akan meningkat. Oleh sebab itu, terapi dini terhadap mikrometastasis akan menyebabkan efektivitas meningkat, kemungkinan resistensi obat berkurang, dan peluang kesembuhan bertambah.

c. Kemoterapi Neoadjuvan

Kemoterapi neoadjuvan adalah kemoterapi yang dilakukan sebelum operasi atau radioterapi. Kanker yang terlokalisir akan sulit dituntaskan hanya dengan operasi atau radioterapi. Kemoterapi ini berguna untuk mengecilkan tumor, memperbaiki pasokan darah, dan berguna bagi pelaksanaan operasi dan radioterapi. Kemoterapi ini meningkatkan peluang operatif untuk kanker kepala leher, kanker sel kecil paru, osteosarkoma, kanker laring, kanker kandung kemih, kanker kanalis analis.

d. Kemoterapi Paliatif

Kemoterapi ini bersifat paliatif berguna untuk kanker dalam tahap stadium lanjut yang berperan untuk mengurangi gejala, memperpanjang waktu survival.

e. Kemoterapi Investigatif

Kemoterapi investigatif adalah uji klinis dengan regimen baru atau obat baru yang sedang diteliti. Penelitian harus memiliki tujuan yang jelas, rancangan yang baik, metode observasi dan penilaian yang rinci, serta mengikuti prinsip etika.

2.2.3 Obat Kemoterapi

Kemoterapi diberikan sebagai obat tunggal maupun obat multipel (kemoterapi kombinasi) untuk menyerang sel kanker dalam fase siklus sel yang berbeda (Hurst, 2015). Kemoterapi diberikan dalam dosis berulang selama periode waktu yang lama (biasanya terjadwal setiap 3 hingga 4 minggu sebagai terapi pasien rawat jalan) untuk mencapai target tumor (Hurst, 2015). Klasifikasi obat kemoterapi adalah sebagai berikut (Hidayat, 2013; Lemone dkk., 2015):

a. Alkilator

Obat alkilator adalah obat yang memiliki efek sitotoksik dengan merusak strukstur sel sehingga sel tersebut mati. Jenis obat ini meliputi Mekroletamin, Busulfan, Siklofosamid. Malignansi target dari obat ini adalah penyakit hodgkin, lomfosarkoma, kanker paru, leukemia kronis, leukemia mielogenosa kronis, adenokarsinoma paru, dan kanker payudara.

b. Antimetabolit

Obat golongan ini merusak metabolisme asam nukleat dengan mempengaruhi sintesis DNA, RNA, dan mikromolekul protein. Jenis obat ini

adalah Mitroteksat dan 5-Fluorasil. Pemberian obat Mitroteksat dalam 6-24 jam membuat sel tumor terutama sel tumor sistem saraf pusat berkurang relatif besar. Malignansi target dari obat ini adalah Leukemia limfoblastik akut, osteosarkoma, karsinoma trofoblastik gestasi, kanker kolon, kanker rektum, kanker payudara, kanker lambung, dan kanker pankreas.

c. Golongan antibiotik

Obat jenis ini berfungsi untuk menghindari bocornya obat dan pengenalan oleh sistem imun. Obat jenis ini adalah Doksorubisin dan Bleomycin. Malignansi target dari obat ini adalah Leukemia limfoblastik akut, leukemia mieloblastik akut, Neuroblastoma tumor, kanker paru, kanker tiroid, kanker ovarium, kanker payudara.

d. Inhibitor protein mikrotubuli

Obat ini berfungsi untuk menghentikan mitosis sel tumor, dan membuat replikasi sel terganggu. Obat jenis ini adalah Vinkristin, Vinblastin, Etoposid, Prednison, Dietilstilbesterol, dan Tamoksifen. Malignansi target dari obat ini adalah kanker prostat, kanker payudara, limfoma, leukemia

e. Inhibitor topoisomeras

Obat jenis ini berfungsi untuk memutus rantai ganda DNA dan menghambat replikasi dan sintesis DNA. Obat jenis ini yaitu etoposid, dan tenoposid.

f. Golongan hormon

Obat golongan ini berfungsi untuk menghambat sintesis hormon steroid korteks adrenal. Hormon golongan ini meliputi estrogen, progesteron, dan testosteron.

g. Golongan target molekular

Obat jenis ini beda dengan sitostatistika, tidak menimbulkan depresi sumsum tulang dan reaksi gastrointestinal. Obat jenis ini meliputi gleevec, mabtera, transtuzumab, dan gefitinib.

2.2.4 Efek Samping Kemoterapi

Individu yang menerima kemoterapi tidak semuanya akan memiliki efek samping, hal tersebut tergantung dari jenis dan dosis kemoterapi yang diberikan. Efek samping kemoterapi bisa bertahan sementara, berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun dan secara bertahap akan hilang setelah pengobatan berhenti, hal tersebut bergantung pada kesehatan individu dan jenis kemoterapi yang diberikan (Hettler, 2013; National Cancer Institute, 2018). Efek samping terjadi karena obat-obatan kemoterapi mempengaruhi perkembangan sel-sel yang sehat (National Cancer Institute, 2018). Sel-sel tersebut diantaranya sel-sel mulut dan usus, sel-sel di sumsum tulang, sel darah merah, dan sel-sel rambut. (National Cancer Institute, 2018).

Efek samping kemoterapi yang dapat terjadi adalah anemia, perubahan nafsu makan, perdarahan, konstipasi (sembelit), diare, perubahan penglihatan, kelelahan, gejala seperti flu, retensi cairan, rambut rontok, infeksi, infertilitas, mual-muntah, perubahan sistem saraf, nyeri, perubahan seksual, perubahan pada kuku dan kulit, gangguan pada perkemihan, ginjal, kandung kemih, gangguan pada mulut dan tenggorokan (National Cancer Institute, 2018). Efek Samping kemoterapi diantaranya adalah sakit kepala, infeksi, sterilitas, rambut rontok, kelelahan, kelemahan, mulut kering, mual dan muntah, diare atau konstipasi,

gangguan ingatan, kram perut, dan kerusakan kulit (Aslam dkk., 2014). Efek samping tersebut menimbulkan masalah psikologis seperti penurunan kualitas hidup, depresi, dan kecemasan (Periasamy dkk., 2017). Masalah psikologis tersebut merupakan gangguan psikologis yang umum terjadi pada pasien kanker dan sulit untuk dideteksi dan diobati (Periasamy dkk., 2017).

2.2.5 Proses Kemoterapi

Proses pelaksanaan kemoterapi terdiri dari pre-medikasi, intramedikasi, dan post medikasi (Donadear dkk., 2012). Hasil penelitian yang dilakukan Donadear dkk., (2012) pelaksanaan proses kemoterapi adalah sebagai berikut:

a. Pre-medikasi atau persiapan kemoterapi

Pada tahap pre-medikasi atau tahap persiapan terdiri dari persiapan pasien, persiapan alat, dan persiapan petugas kesehatan. Presentase persiapan pelaksanaan kemoterapi dilakukan sebanyak 70,05 % dan tidak dilakukan sebanyak 29,95%.

b. Intra medikasi atau pelaksanaan pemberian kemoterapi

Pada tahap ini terdiri dari cuci tangan, salam terapeutik, pemberian pre-medikasi, APD dalam pelarutan obat, pemberian obat kemoterapi, pemberian post-medikasi, pengelolaan alat dan bahan bekas pakai. Presentase pelaksanaan kemoterapi dilakukan sebanyak 78,85% dan tidak dilakukan sebanyak 21,15%.

c. Post medikasi atau monitoring dan evaluasi kemoterapi

Pada tahap ini terdiri dari penilaian respon dan efek samping kemoterapi, rencana tindakan selanjutnya, dan dokumentasi. Presentase dilakukan tindakan adalah sebanyak 46,56% dan tidak dilakukan tindakan sebanyak 53,44%.

2.2.6 Rute Pemberian Kemoterapi

Kemoterapi diberikan melalui rute yang berbeda-beda, tergantung pilihan yang tepat sesuai anjuran dokter. Berikut ini rute pemberian kemoterapi adalah sebagai berikut (Christie, 2017):

- d. Melalui oral yaitu dengan obat tablet, kapsul, atau cairan.
- e. Melalui injeksi ke pembuluh darah (intravena bolus) atau melalui infus (infus intrvena) dengan alat yang disebut kanula.
- f. Kateter vena senetral yaitu tabung halus yang dilewatkan dedalam vena di dada. Jalur ini baik digunakan untuk mengambil darah maupun memberikan kemoterapi.
- g. PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) yaitu sejenis kateter yang masukkan dibagian lengan dan disisipkan dibawah anestesi lokal.
- h. TIVADs (Totally implantable venous access devices) adalah alat akses vaskular yang ditanam jenis kateter vena sentral yaitu sebuah tabung berongga panjang yang dimasukkan kedalam pembuluh darah besar didalam tubuh.
- i. Infus pump yaitu sebuah alat yang digunakan untuk memberikan infus obat selama beberapa jam atau hari.

Beberapa pengobatan terdiri dari kombinasi suntikan dan tablet. Setiap siklus biasanya simulai dengan injeksi dan diikuti dengan tablet yang dibawa kerumah untuk jangka waktu hingga tiga minggu (Christie, 2017). Siklus kemoterapi bervariasi bergantung pada kondisi dan alasan pemberian perawatan total. Siklus kemoterapi antara 1 sampai dengan 4 minggu (Christie, 2017).

Pemberian kemoterapi dengan jalur intravena (infus) memiliki waktu istirahat minimal 3 minggu untuk menerima kemoterapi selanjutnya (Ochoa dkk., 2007).

2.3 Konsep Depresi

2.3.1 Definisi

Depresi adalah gangguan mood yang dapat menyebabkan gejala distress dan berefek pada perasaan, pemikiran, aktivitas sehari—hari seperti tidur, makan, dan bekerja. Diagnosis gejala depresi dapat ditegakkan jika terjadi sepanjang hari dan hampir setiap hari selama minimal 2 minggu (National Institute of Mental Health, 2016). Depresi merupakan gangguan mood yang mempengaruhi suasana hati dan pikiran dalam waktu yang lama. Depresi merupakan kondisi ketidaknyamanan seseorang akibat perubahan emosi yang berkelanjutan ditandai dengan kesedihan, pikiran negatif, harga diri rendah, menarik diri, isolasi sosial, adanya perasaan bersalah, serta kehilangan energi dan minat (Katona dkk., 2012; Suwistianisa dkk., 2015). Depresi merupakan gangguan aktivitas dalam kehidupan yang terjadi selama 2 minggu atau lebih yang berhubungan dengan perasaan sedih, dan beberapa gejala seperti gangguan pola tidur, kehilangan nafsu makan, gangguan psikomotor, kehilangan minat dan harapan, kehilangan konsentrasi, perasaan tidak berdaya, dan keinginan bunuh diri (Videbeck, 2008).

2.3.2 Etiologi

Faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya depresi pada seseorang yaitu adanya riwayat depresi yang pernah dialami oleh keluarga, kurang bersosialisasi dengan orang lain, kejadian dalam hidup yang menyebabkan trauma, keadaan rentan, adanya stress berkepanjangan, penyakit kronis, penggunaan alkohol dan

obat-obatan berlebih (Katona dkk., 2012). Menurut National Institute of Mental Health (2016) penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik, biologi, lingkungan, psikologis, dan penyakit seperti diabetes, kanker, penyakit jantung, dan parkinson memainkan peranan penting dalam munculnya depresi pada seseorang. Pengobatan depresi juga dapat menyebabkan efek samping yaitu masalah tidur, kehilangan nafsu makan, dan gangguan konsentrasi, serta gangguan suasana hati (National Institute of Mental Health, 2016).

2.3.3 Tanda dan gejala depresi

Tingkat keparahan gejala depresi pada setiap individu berbeda-beda dan bervariasi dari waktu ke waktu seperti hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, atau setidaknya selama 2 minggu. Tanda dan gejala depresi adalah sebagai berikut (National Institute of Mental Health, 2016) :

- a. Perasaan sedih, cemas dan perasaan kehilangan secara terus menerus;
- b. Perasaan putus asa dan pesimis;
- c. Perasaan bersalah, tidak berdaya, dan tidak berdaya;
- d. Kehilangan minat atau kesenangan dalam kegiatan sehari-hari;
- e. penurunan energi, kelelahan;
- f. Kesulitan berkonsentrasi, mengingat, dan membuat keputusan;
- g. Kesulitan tidur, bangun pagi, atau tidur terlalu lama;
- h. Perubahan nafsu makan dan penurunan berat badan;
- i. Berpikir tentang kematian, percobaan bunuh diri;
- j. Gelisah atau mudah tersinggung;
- k. Nyeri, sakit kepala, kram, dan masalah pencernaan.

Tanda dan gejala utama depresi menurut (Videbeck, 2008) adalah sebagai berikut :

- a. Anhedonisme atau berkurangnya perhatian dan kenikmatan dari aktivitas yang menyenangkan sebelumnya;
- b. Penurunan berat badan secara tidak sengaja sebesar 5% atau lebih dalam sebulan;
- c. Perubahan pola tidur;
- d. Agitasi;
- e. Kelelahan;
- f. Perasaan tidak berharga dan rasa bersalah dalam diri;
- g. Mengalami kesulitan berpikir, konsentrasi, maupun membuat keputusan;
- h. Mengalami keputusasaan, tidak berdaya, bahkan percobaan bunuh diri.

2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi

Beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya depresi pada seseorang adalah sebagai berikut :

- a. Usia

Depresi adalah sesuatu yang sering dialami oleh orang dewasa. Orang dewasa sering dilanda sesuatu karena kehilangan seseorang atau sesuatu. Hal tersebut terjadi karena kebergantungan atau keterikatan emosional yang mendalam dengan objek tersebut. Kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan serta kegagalan mencapai tahap dalam hidup berpotensi menyebabkan depresi pada orang dewasa

(Surbakti, 2010). Penelitian Lestari dkk., (2015) menunjukkan bahwa sebanyak 70,6% responden yang mengalami depresi berada pada rentang usia 41-60 tahun.

b. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin mempengaruhi depresi karena adanya perbedaan persepsi dalam mengontrol stressor. Perempuan lebih cepat mengalami depresi daripada laki-laki karena dipengaruhi oleh hormon, pada perempuan lebih cepat labil dan pemulihannya lebih lambat karena menggunakan perasaan dalam menghadapi masalah (Mitchell dan Subramaniam, 2005). Hasil penelitian Sutinah dan Maulani, (2017) menyebutkan sebanyak 67,9% lansia perempuan lebih banyak mengalami depresi dibandingkan dengan laki-laki.

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang baik akan mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap suatu permasalahan. Pengetahuan yang luas dapat membantu mengatasi permasalahan dan menekan gejala depresi yang timbul (Danesh dan Landeen, 2007). Hasil penelitian Sutinah dan Maulani, (2017) menyebutkan sebanyak 68,0% lansia berpendidikan rendah mengalami depresi.

d. Ekonomi

Sosial ekonomi rendah cenderung lebih rentan mengalami depresi karena penghasilan yang kurang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan terlebih kebutuhan pengobatan kemoterapi pada pasien kanker (Rohmatin dkk., 2016). Hasil penelitian sebanyak 67,7% responden beradda pada tingkat sosial ekonomi rendah, dan 32,3% berada pada sosial ekonomi sedang (Setiawan, 2011). Tingkat

sosial ekonomi rendah cenderung menimbulkan masalah-masalah dalam memenuhi kebutuhan setiap harinya (Setiawan, 2011).

e. Status Pernikahan

Seseorang yang hidup melajang cenderung memiliki kesejahteraan psikologis yang kurang optimal sehingga berdampak pada kondisi psikologis seperti tertekan, tidak bahagia, kesepian, stres, depresi, dan kesehatan emosi yang kurang baik. Sedangkan kondisi keluarga yang mengalami pertengkaran, ketidaksetiaan, perceraian, bahkan kematian salah satu pasangan juga dapat menyebabkan depresi (Rohmatin dkk., 2016). Hasil penelitian Sutinah dan Maulani, (2017) menyebutkan bahwa 70,8% depresi dialami oleh seseorang dengan status janda/duda.

2.3.6 Konsep Depresi pada Pasien Kanker dengan Kemoterapi

Depresi dikaitkan dengan peran hiperaktivitas Hypothalamic Pituitary Adrenal (HPA) Axis (Tofoli dkk., 2011; As dkk., 2017). HPA Axis merangsang sintesis dan pelepasan hormon kortisol yang berfungsi dalam pengendalian tingkat stres (Bao dan Swaab, 2019). HPA Axis dipersarafi oleh sejumlah besar neurotransmitter seperti glutamat dan GABA yang berfungsi merangsang dan menghambat sistem saraf pusat (Bao dan Swaab, 2019). Pada pasien depresi memiliki disfungsi pada HPA Axis sehingga mengakibatkan hormon kortisol menjadi abnormal dan pada gilirannya akan jatuh pada kondisi gejala depresi (As dkk., 2017).

Penyakit kanker dan pengobatan kanker seperti kemoterapi mempengaruhi aktivasi dari sinyal sitokin yang berada di sistem saraf perifer dan sistem saraf

pusat (Rich dkk., 2017). Kemoterapi berkaitan dengan peningkatan kadar sitokin proinflamasi seperti TNF α dan IL 6 (Janelsins dkk., 2012; Vyas dkk., 2014). Tumor necrosis factor alpha (TNF- α) berperan penting dalam mekanisme patogenesis sejumlah penyakit inflamasi kronis, sedangkan Interleukin 6 (IL 6) merupakan sitokin yang mempunyai efek pro dan antiinflamasi dan terlibat dalam peradangan akut dan kronis yang berkaitan dengan perkembangan sel kanker (Apriansyah dkk., 2016; Janelsins dkk., 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sitokin proinflamasi mempengaruhi perubahan perilaku dan suasana hati yang cukup parah sehingga hal tersebut menyebabkan depresi pada pasien kanker (Miranda dkk., 2014). Sitokin proinflamasi seperti TNF α dan IL 6 menginduksi resistensi glukokortikoid dan merangsang depleksi triptofan (zat yang menghambat pembentukan serotonin) sehingga menurunkan kadar serotonin (Apriansyah dkk., 2016). Penurunan kadar serotonin dapat menyebabkan gangguan suasana hati yang merupakan gejala dari depresi. Penurunan kadar serotonin yang berlangsung lama akan menyebabkan jatuh pada kondisi depresi kronis (Jenkins dkk., 2016).

2.3.7 Respon Psikologis Depresi

Respon psikologis depresi menurut Kubler-Ross dalam (Afuiakani dkk., 2017) adalah sebagai berikut:

a. *Denial* (Penolakan)

Tahap denial merupakan tahap dimana seseorang mengalami penolakan terhadap keadaan yang dialami sekarang. Situasi ini dapat mempengaruhi atau memperburuk kondisi pasien apabila belum ada upaya pengobatan. Menurut Yusuf dkk., (2015) reaksi awal individu pada tahap ini adalah perasaan tidak

percaya, syok, kaget, diam, terpaksa, gelisah, bingung, mengingkari kenyataan, berperilaku seperti tidak terjadi apa-apa dan berpura-pura senang. Reaksi awal pasien yang mempunyai penyakit kronis ketika pertama kali mendengar diagnosis penyakitnya adalah pengingkaran kemudian dimanifestasikan dengan mencari dokter atau pakar kesehatan lain yang mampu memberikan diagnosis berbeda yang lebih ringan dari penyakit yang dialami (Subihariyono dan Dewi, 2015).

b. *Anger* (Marah)

Tahap ini seseorang berada pada kondisi perasaan marah dan kecewa akan takdir yang diterimanya serta menganggap semua tidak benar sehingga menyebabkan emosi tidak stabil. Menurut Yusuf dkk., (2015) perasaan marah diproyeksikan kepada orang lain, diri sendiri, atau ben lain disekitarnya. Penelitian Afuiakani dkk., (2017) menemukan bahwa perasaan marah yang timbul dalam diri seseorang disebabkan karena persepsi tentang penyakit yang diderita. Hasil wawancara studi fenomenologi dari 5 responden ditemukan bahwa responden tidak menduga akan mengalami penyakit tersebut dan membuat persepsi negatif tentang penyakitnya sehingga 1 dari responden menyalahkan diri sendiri dan orang lain (suami), responden 2,4,5 menyalahkan diri sendiri karena tidak memperhatikan pola hidup yang salah sehingga terkena penyakit kanker, dan reponden 3 menyalahkan orang lain atas penyakit yang dialami (Afuiakani dkk., 2017).

c. *Bergaining* (Tawar-menawar)

Tahap ini seseorang lebih banyak berdoa kepada tuhan dan berjanji untuk memperbaiki dirinya. Respon individu dapat berupa mencoba menawar, menunda

realitas dengan bersalah pada masa hidupnya sehingga kemarahan dapat mereda. Individu mulai memecahkan masalah dengan berdoa, menyesali perbuatannya, menangis, dan mencari pendapat orang lain (Yusuf dkk., 2015). Penelitian Afuiakani dkk., (2017) menyimpulkan setiap responden mengharapkan kesembuhan dari Tuhan, membuat perjanjian dengan Tuhan, meminta dukungan dari orang lain, dan berdoa agar bisa sembuh.

d. Depression (Depresi)

Tahap ini akan membuat seseorang lebih menyendiri, melamun, mengalami perubahan pola makan, perubahan pola tidur, dan merasa tidak berdaya. Pada tahap ini seseorang dapat mengalami gangguan fisik apabila terjadi dalam jangka waktu yang lama. Depresi adalah tahap menuju orientasi realitas dan bermanfaat dalam tahap penerimaan (Yusuf dkk., 2015). Penelitian Afuiakani dkk., (2017) mengungkapkan bahwa responden merasa takut akan pengobatan kemoterapi, merasa tertekan akan efek samping kemoterapi, mengeluh dengan proses pengobatan yang begitu lama, dan mengeluhkan jadwal kemoterapi yang tertunda memberikan dampak stres.

e. Acceptance (Menerima)

Tahap ini seseorang mulai menerima kenyataan terhadap kondisi yang dialaminya, menjadi lebih pasrah dan kesedihan mulai berkurang (Yusuf dkk., 2015). Penelitian Afuiakani dkk., (2017) mengatakan bahwa seluruh responden mengatakan akan mengikuti pengobatan hingga selesai, siap dengan hasil pengobatan, dan yakin akan sembuh.

2.3.8 Kuesioner Tingkat Depresi

Depresi dapat diketahui dengan cara mengukur tingkat depresi menggunakan kuesioner. Berikut ini kuesioner yang digunakan untuk mengukur depresi yaitu :

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

Instrumen *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* berfokus pada masalah psikologi kecemasan dan depresi. Instrumen ini terdiri dari 14 pertanyaan mengenai tingkat depresi dan kecemasan. Instrumen ini menggunakan skala likert 0-3 (0: tidak ada, 1: kadang-kadang, 2: sering, 3: sering sekali) . Instrumen *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* telah diterjemahkan kedalam versi bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan nilai *Cronbach alpha* sebesar 0.706 untuk tingkat kecemasan dan 0.681 untuk tingkat depresi (Pratiwi dkk., 2017; Rudy dkk., 2015).

b. *Beck Depression Inventory II (BDI II)*

Instrumen *Beck Depression Inventory II (BDI II)* adalah kuesioner yang digunakan untuk menilai gejala depresi secara subjektif. Instrumen ini terdiri dari 21 pertanyaan mengenai gejala depresi mulai dari kesedihan hingga kehilangan gairah seksual. Pada setiap pertanyaan memiliki respon skala 0 (tidak) dan 3 (parah). Total skor 0-13 menandakan gejala depresi minimal, 14-19 menandakan gejala depresi ringan, 20-28 menandakan gejala depresi sedang, dan 29-63 menandakan gejala depresi berat (Beck dkk., 1996). Instrumen ini telah diterjemahkan kedalam versi bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas

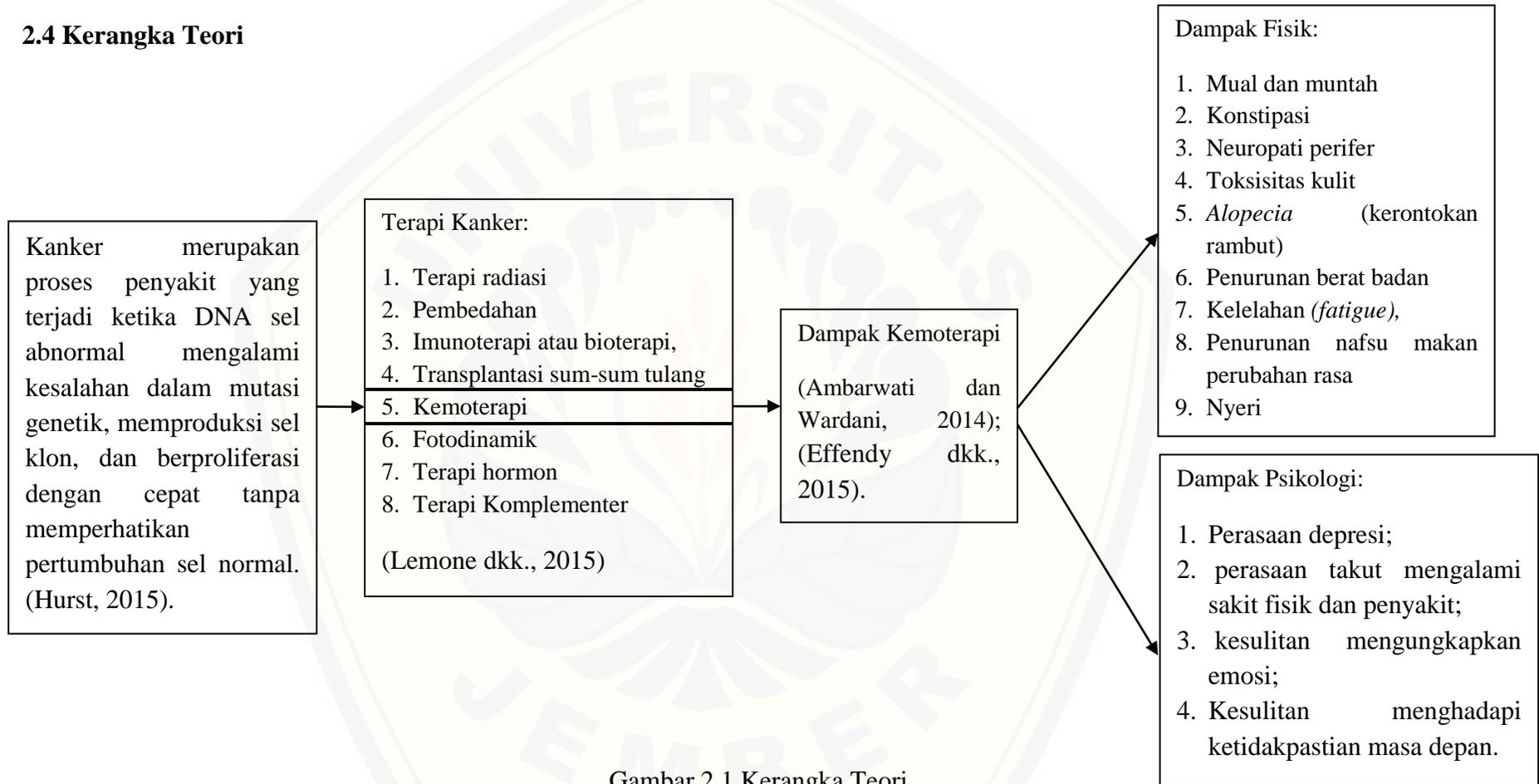
dan reliabilitas dengan nilai *Cronbach alpha* sebesar 0.90, pasien PJK 0.87, dan pasien depresi 0.91 (Ginting dkk., 2013).

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

Instrumen *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* adalah instrumen yang digunakan untuk screening, mendiagnosis, memantau, dan mengukur tingkat depresi dan berguna dalam praktik klinis. Instrumen ini memiliki skala nilai 0-3 dengan total 9 item pertanyaan dan total skor 0-27. Skor 0-4 gejala depresi minimal, 5-9 gejala depresi ringan, 10-14 gejala depresi sedang, 15-19 gejala depresi sedang-berat, 20-27 gejala depresi berat. Instrumen ini telah diterjemahkan dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas diberbagai negara salah satunya di Turki dengan nilai *Cronbach alpha* sebesar 0.842 (Sari dkk., 2016).

Berdasarkan beberapa alat pengukuran depresi yang telah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II) lebih sesuai jika digunakan dalam penelitian ini karena lebih berfokus pada gejala depresi serta telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Kuesioner BDI II memiliki pertanyaan yang lebih kompleks dibandingkan dengan kuesioner HADS dan PHQ-9. Pada kuesioner HADS memiliki 14 pertanyaan dan masih dibagi menjadi 7 pertanyaan kecemasan dan 7 pertanyaan depresi serta kurang berfokus pada depresi sedangkan pada kuesioner PHQ terdiri dari 9 pertanyaan. Jadi, kuesioner BDI II memiliki lebih banyak pertanyaan yang mewakili gejala depresi dibandingkan dengan kuesioner yang lain.

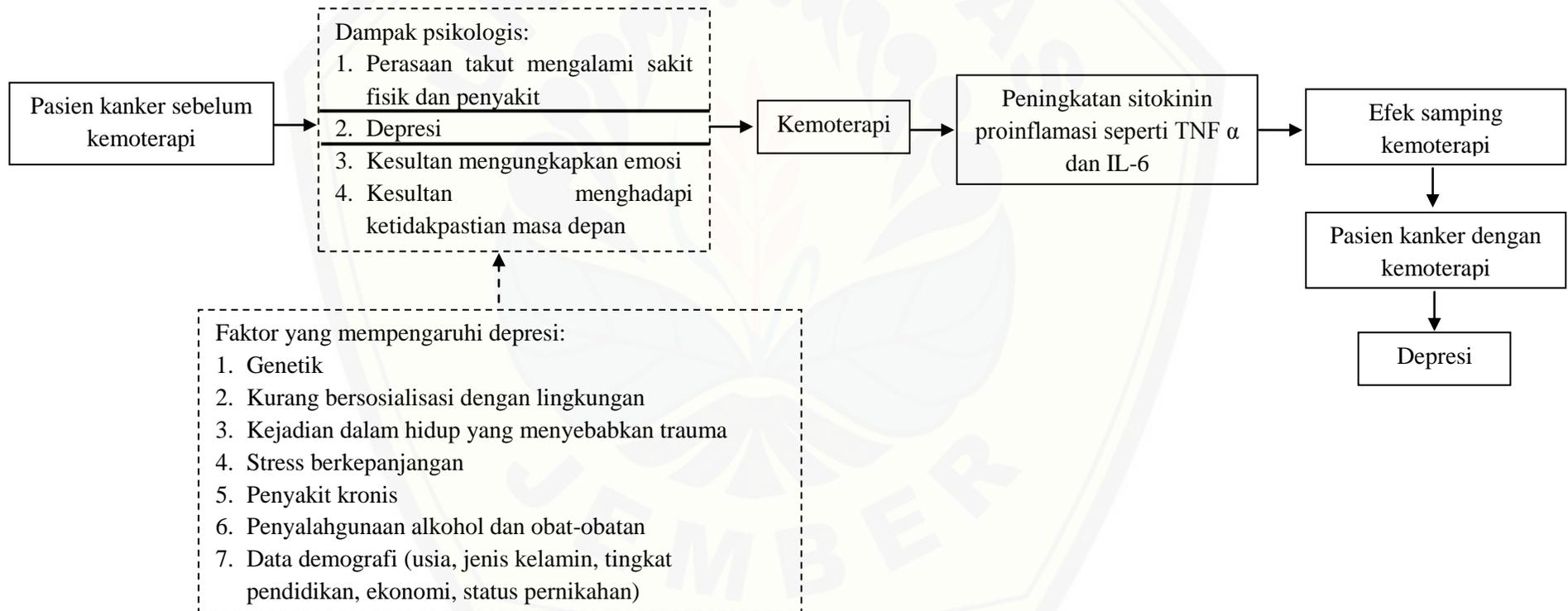
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

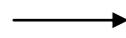


Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Diteliti



: Diteliti



: Tidak Diteliti



: Tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban atau dugaan sementara dari penelitian yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Setelah dilakukan penelitian maka akan diketahui bahwa hipotesis tersebut benar atau salah, diterima atau ditolak (Notoadmodjo, 2010). Hipotesis alternatif (H_a) dari penelitian ini adalah ada perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. H_a diterima apabila hasil uji statistik menunjukkan nilai $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$).

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah strategi penelitian dalam mengidentifikasi masalah dan mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan serta sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan untuk mencapai tujuan penelitian (Nursalam, 2015). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yaitu penelitian yang mempunyai sifat subjek, seperti pengumpulan data kuantitatif dan menggunakan metode analisis statistik. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi perbandingan (*Comparative Study*), yaitu penelitian yang membandingkan persamaan dan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor dan situasi yang menyebabkan timbulnya suatu peristiwa (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi longitudinal prospektif, yaitu penelitian yang digolongkan berdasarkan dimensi waktu serta pengumpulan data dilakukan sebanyak dua kali selama waktu yang ditentukan (Donsu, 2016). Pengumpulan data pertama dilakukan pada saat pasien akan menjalani kemoterapi pertama kali, kemudian setelah 7 hari setelah kemoterapi pasien akan dilakukan pengambilan data kedua. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Jumlah populasi pasien kanker berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya pada bulan Januari 2018 berjumlah 254 pasien (Afida, 2018).

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Penentuan jumlah sampel dihitung menggunakan program G*Power. G*Power adalah sebuah aplikasi komputer yang digunakan dalam perhitungan sampel. Hasil perhitungan menggunakan G*Power dengan *family test* yaitu *t test* (*Alpha error* 5%, *effect size* 0.5, dan *power* 0.80 dan perhitungan kesalahan atau *drop out* 20%) (Prajapati dkk., 2010), diperoleh estimasi jumlah sampel sebanyak 34 responden, namun untuk mengatasi jumlah sampel yang *drop out* maka perhitungan sampel ditambah 20% dari jumlah sampel yaitu 7 responden sehingga diperoleh jumlah sampel sebanyak 41 responden.

Pada penelitian ini jumlah sampel diperoleh 41 responden. Dua responden dinyatakan *drop out* karena tidak dapat menyelesaikan pengisian kuesioner sesudah kemoterapi dikarenakan sibuk dan tidak mengangkat telepon, sehingga responden yang diambil adalah 39 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel atau teknik sampling adalah proses seleksi dari suatu populasi agar dapat digunakan untuk mewakili populasi. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *non probability* yaitu setiap subjek dalam populasi tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih atau tidak dipilih sebagai sampel. Teknik sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik penetapan sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti seperti tujuan, masalah, dan karakteristik khusus yang mewakili populasi (Nursalam, 2015).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Kriteria sampel dalam penelitian ini terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yaitu sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi dari setiap anggota populasi yang diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien berusia ≥ 18 tahun;
- 2) Pasien kanker yang akan menjalani kemoterapi pertama;
- 3) Pasien kanker yang dapat memahami bahasa Indonesia;
- 4) Pasien bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang menyatakan berhenti kemoterapi.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak penyusunan proposal penelitian pada bulan Februari 2019. Waktu penelitian terhitung mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan dan publikasi hasil penelitian. Pengambilan data penelitian dimulai dari 24 Mei 2019 sampai dengan 21 Juni 2019 (rancangan waktu penelitian dapat dilihat di lampiran 5).

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan variabel operasional dalam penelitian berdasarkan karakteristik yang diamati, ditentukan berdasarkan parameter ukuran dalam penelitian, serta menjelaskan secara detail tentang variabel yang akan diamati (Donsu, 2016).

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama	Keadaan psikologis yang dirasakan oleh pasien kanker sebelum kemoterapi pertama dan sesudah (7 hari) kemoterapi pertama	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan 2. Pesimis 3. Kegagalan masa lalu 4. Kehilangan gairah 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Tidak menyukai diri sendiri 8. Mengkritik diri sendiri 9. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri 10. Menangis 11. Gelisah 12. Kehilangan minat 13. Sulit mengambil keputusan 14. Merasa tidak layak 15. Kehilangan tenaga (semangat) 16. Perubahan pola pikir 17. Mudah marah 18. Perubahan selera makan 19. Sulit berkonsentrasi 20. Capek atau kelelahan 21. Kehilangan gairah seksual 	<i>Beck Depression Inventory II</i>	Interval	<p>Total Skor minimal= 0 Total skor maksimal= 63</p> <p>Skor semakin tinggi maka semakin tinggi depresi yang dialami pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama.</p>

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari lokasi penelitian dan objek penelitian (Bungin, 2017). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *Beck Depression Inventory II* yang sudah diadopsi dalam bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Data primer lain dalam penelitian ini diperoleh dari data demografi responden.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang dibutuhkan (Bungin, 2017). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari jumlah pasien yang menjalani kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember selama periode Mei sampai dengan Juni 2019.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan pengisian kuesioner. Kuesioner yang digunakan yaitu *Beck Depression Inventory II* yang sudah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Pengumpulan data dilakukan sebanyak dua kali yaitu

pada saat sebelum kemoterapi pertama kali dan 7 hari sesudah kemoterapi pertama. Langkah-langkah yang dilakukan peneliti dalam pengambilan data adalah sebagai berikut:

- a. Mengajukan surat pengajuan permohonan izin melakukan penelitian;
- b. Menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi;
- c. Memberikan lembar *informed* kepada responden dan menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian;
- d. Memberikan lembar *consent* apabila responden bersedia menjadi responden penelitian;
- e. Membagikan kuesioner *Beck Depression Inventory II* dengan memberikan penjelasan kuesioner dan pengisian kuesioner oleh responden sebelum kemoterapi;
- f. Melakukan pengambilan data sebelum kemoterapi pada malam hari yaitu diatas jam 18.00 WIB. Kemudian, peneliti memberikan kuesioner kepada responden untuk dibawa pulang dan meminta responden untuk mengisi sesuai dengan kondisi yang dialami selama 7 hari setelah kemoterapi.
- g. Melakukan pengecekan ulang pada kuesioner sebelum kemoterapi, apabila terdapat pertanyaan yang belum terjawab segera meminta responden untuk melengkapi;
- h. Melakukan pengambilan data kedua dengan menghubungi kembali responden melalui telfon setelah 7 hari sesudah kemoterapi pertama untuk dilakukan pengambilan data kedua dengan kuesioner *Beck Depression Inventory II*;

- i. Melakukan klarifikasi atau mengkonfirmasi kepada responden melalui telfon untuk memastikan jawaban yang diberikan oleh responden tepat sehingga data yang diisi benar.
- j. Melakukan pengecekan ulang pada kuesioner setelah kemoterapi, apabila terdapat pertanyaan yang belum terjawab segera meminta responden untuk melengkapi;
- k. Analisis data;
- l. Penulisan dan publikasi hasil penelitian.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua kuesioner yaitu:

- a. Kuesioner data demografi

Kuesioner data demografi terdiri dari karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, jenis kanker, dan stadium kanker.

- b. Kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI II)

Kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI II) adalah sebuah alat ukur yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi seseorang. *Beck Depression Inventory II* (BDI II) adalah kuesioner yang disajikan dalam bentuk bahasa Inggris dan telah diadopsi dalam banyak bahasa antara lain Brazil, Jamaica, dan Croasia (Gomes-Oliveira dkk., 2012; Lipps dkk., 2007; Ivezic dkk., 2013). *Beck Depression Inventory II* (BDI II) telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh Ginting dkk., (2013) dan telah dilakukan uji validitas

dan uji reliabilitas. Proses penerjemahan kedalam bahasa Indonesia dilakukan oleh dua orang dosen penerjemah dari jurusan bahasa Inggris yang memiliki gelar pasca sarjana dari Amerika Serikat dan Universitas di Inggris. Kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI II) terdiri dari 21 pertanyaan dan memiliki pilihan jawaban 0-3. Jawaban 0 menunjukkan keadaan mental yang sehat sedangkan jawaban 3 menunjukkan keadaan mental yang buruk.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II)

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.	Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri	9
10.	Menangis	10
11.	Gelisah	11
12.	Kehilangan minat	12
13.	Sulit mengambil keputusan	13
14.	Merasa tidak layak	14
15.	Kehilangan tenaga atau semangat	15
16.	Perubahan pola tidur	16
17.	Mudah marah	17
18.	Perubahan selera makan	18
19.	Sulit berkonsentrasi	19
20.	Capek atau kelelahan	20
21.	Kehilangan gairah seksual	21
Total		21

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Kuesioner sebagai alat ukur yang digunakan dalam penelitian harus melewati uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu supaya dapat mengukur data dengan tepat. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar-

benar mengukur apa yang diukur serta digunakan untuk mengukur ketepatan dan kecermatan data yang akan diteliti. Untuk mengetahui kuesioner yang mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka diperlukan uji korelasi antara skor atau nilai tiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner. Apabila semua pertanyaan mempunyai korelasi yang bermakna (*Construct validity*), berarti semua item pertanyaan dalam kuesioner mampu mengukur apa yang akan diukur (Donsu, 2016; Notoatmodjo, 2010). Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan tetap menunjukkan hasil yang konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih oleh orang dalam waktu yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

Kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI II) telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Ginting dkk., (2013) dan telah dinyatakan valid dan reliabel dalam mengukur depresi. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan kuesioner BDI II dengan kuesioner lain seperti DS 14, BAI, MSPSS, dan LOT-R. Hasil uji validitas konstruk dari total responden menunjukkan BDI II versi bahasa Indonesia mempunyai korelasi positif signifikan dengan DS 14 ($r = 0.52, p < 0.01$) dan BAI ($r = 0.52, p < 0.01$) serta berkorelasi negatif signifikan dengan MSPSS ($r = - 0.39, p < 0.01$) dan LOT-R ($r = - 0.46, p < 0.01$). Hal tersebut menunjukkan bahwa kuesioner BDI II versi bahasa Indonesia dinyatakan valid.

Uji reliabilitas dilihat dari nilai *Cronbach Alpha*. Kuesioner dikatakan reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* > 0.60 dan apabila nilai *Cronbach Alpha* < 0.60 maka kuesioner dianggap tidak variabel (Sujarweni, 2015). Hasil uji reliabilitas dari kuesioner BDI II versi bahasa Indonesia didapatkan nilai

Cronbach Alpha 0.90. Hasil uji reliabilitas dari setiap faktor menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* pada faktor kognitif 0.80, faktor somatik 0.81, dan faktor afektif 0.74. Nilai *Cronbach Alpha* dari kuesioner BDI II versi bahasa Indonesia pada orang sehat adalah 0.90, pasien PJK 0.87, dan pasien depresi 0.91 (Ginting dkk., 2013).

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan atau *editing* terlebih dahulu. *Editing* secara umum merupakan kegiatan pengecekan dan perbaikan isi kuesioner (Notoatmodjo, 2010). Proses *editing* dalam penelitian ini dilakukan dengan memeriksa kembali kelengkapan hasil kuesioner yang dilakukan sendiri oleh peneliti.

4.7.2 Coding

Coding atau pemberian kode sangat penting dilakukan sebelum memasukkan data (*entry data*). Setelah kuesioner diedit, langkah selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding* dengan mengubah data yang berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2010). *Coding* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Coding data

NO	Karakteristik	Kode
1.	Usia	-
2.	Jenis Kelamin	
	Laki-laki	1
	Perempuan	2
3.	Tingkat Pendidikan	
	Tidak Sekolah	1
	SD	2
	SMP	3
	SMA	4
	Diploma	5
	Sarjana	6
4.	Status Perkawinan	
	Lajang	1
	Menikah	2
	Cerai Hidup/Mati	3
5.	Pekerjaan	
	Tidak bekerja	1
	Bekerja	2
6.	Pendapatan	
	\leq UMR	1
	\geq UMR	2
7.	Jenis Kanker	
	Kanker Payudara	1
	Kanker Paru	2
	Kanker Kepala dan Leher	3
	Kanker Prostat	4
	Kanker Limfoma	5
	Kanker Saluran Cerna	6
	Kanker jenis lain	7

4.7.3 Entry Data

Entry data adalah proses memasukkan data dari hasil jawaban responden yang telah diberikan kode kedalam suatu program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan program komputer SPSS dalam proses *entry data*. Data yang dimasukkan terdiri dari data demografi dan skor kuesioner BDI II dengan jumlah 39 responden sebelum dan sesudah kemoterapi.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan pengecekan data kembali dari setiap sumber data yang sudah selesai dimasukkan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan dalam pemberian kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya untuk dilakukan pembetulan atau koreksi data (Notoatmodjo, 2010). Pada tahap ini peneliti melakukan pengecekan kembali hasil data demografi dan hasil kuesioner dari 39 responden sebelum dan sesudah kemoterapi untuk menghindari terjadinya kesalahan dan jika perlu dilakukan perbaikan.

4.8 Analisis Data

Data adalah kumpulan dari huruf, kata, kalimat dan angka yang diperoleh melalui pengumpulan data. Analisis data bertujuan untuk mendeskripsikan, menginterpretasikan dan memperoleh makna atau hasil dari pengolahan data. Data yang telah diolah baik manual maupun dengan bantuan komputer, tidak akan bermakna apabila tidak dilakukan analisis data (Notoatmodjo, 2010). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis data univariat dan bivariat.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat umumnya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel dengan melihat jenis datanya. Jenis data numerik digunakan nilai mean, median, dan standar deviasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menganalisis data demografi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, dan jenis kanker.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dapat digunakan apabila telah dilakukan uji normalitas terlebih dahulu. Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah suatu data berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas dilakukan dengan menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* dan uji *Shapiro-Wilk*. Uji *Kolmogorov-Smirnov* dilakukan apabila sampel lebih dari 50, sedangkan uji *Shapiro-Wilk* dilakukan apabila sampel kurang dari 50. Pengambilan keputusan dalam uji normalitas yaitu jika nilai signifikan atau *p value* $> \alpha$ ($\alpha = 0,05$) maka data tersebut berdistribusi normal. Jika *p value* $< \alpha$ ($\alpha = 0,05$) maka data tidak berdistribusi normal sehingga dilakukan transformasi data (Sujarweni, 2015).

Pada penelitian ini dilakukan uji normalitas terlebih dahulu pada variabel skor BDI II sebelum dan sesudah kemoterapi pertama. Uji normalitas menggunakan *Shapiro Wilk* karena sampel 39 responden sebelum dan sesudah kemoterapi. Hasil uji normalitas menunjukkan variabel skor BDI II sebelum dan sesudah kemoterapi dinyatakan tidak berdistribusi normal karena memiliki nilai *p* sebelum kemoterapi 0,000 dan *p* sesudah kemoterapi 0,003. Peneliti kemudian melakukan transformasi data namun hasil uji normalitas yang didapat tetap berdistribusi tidak normal.

Tabel 4.4 Hasil Uji Normalitas

No	Variabel	<i>p value</i>	Interpretasi
1.	Usia	0,433	Distribusi normal
2.	Sebelum kemoterapi pertama	0,000	Distribusi tidak normal
3	Sesudah kemoterapi pertama	0,003	Distribusi tidak normal

Uji statistik terbagi menjadi 2 yaitu uji statistik parametrik dan non parametrik. Uji statistik parametrik pada desain penelitian komparatif dilakukan dengan syarat data berdistribusi normal dengan jenis data numerik. Uji beda digunakan untuk mengetahui perbedaan antara dua kelompok yang berpasangan (Dahlan, 2014). Uji beda statistik parametrik meliputi *Independent sample t-test*, *One sample t-test*, dan *Paired sample t-test*. Uji statistik non parametrik pada desain penelitian komparatif dilakukan apabila data tidak berdistribusi normal dengan jenis data ordinal. Uji beda non parametrik meliputi uji *runs*, *wilcoxon*, *Mann Withney*, *Friedman test*, dan *Kruskal Willis* (Dahlan, 2014). Penelitian ini merupakan penelitian komparatif dengan membandingkan dua kelompok berpasangan dengan skala data numerik. Uji statistik yang dilakukan dapat menggunakan uji beda parametrik dan non parametrik. Uji beda parametrik yang digunakan adalah *t-test* dependen dengan syarat jenis data numerik dan data berdistribusi normal, sedangkan uji non parametrik yang digunakan yaitu *Wilcoxon* apabila data tidak berdistribusi normal dan jenis data numerik (Dahlan, 2014). Pada penelitian ini menggunakan uji beda statistik non parametrik yaitu *Wilcoxon* karena data berdistribusi tidak normal.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian adalah upaya dalam mencari kebenaran terhadap fenomena kehidupan manusia yang menyangkut fenomena alam, sosial, budaya, pendidikan, kesehatan, ekonomi, politik, dan lain-lain, yang berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sehingga bermanfaat bagi kesejahteraan manusia. Pada umumnya penelitian akan melibatkan manusia sebagai subjek penelitian

sehingga peneliti harus memperhatikan etika dalam melakukan penelitian. Etika penelitian adalah prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian dari penyusunan proposal hingga publikasi hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini telah dilakukan uji etik di Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada tanggal 23 Mei 2019 dengan nomor etik yaitu 2835/UN25.1.1/SP/2019

4.9.1 Prinsip Otonomi

Prinsip otonomi adalah mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan penelitian serta memberikan kebebasan kepada subjek penelitian untuk bersedia berpartisipasi dalam memberikan informasi atau tidak. Prinsip otonomi diwujudkan dalam bentuk lembar *informed consent* yang mencakup:

- 1) Penjelasan mengenai manfaat penelitian
- 2) Penjelasan kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan selama penelitian
- 3) Penjelasan manfaat yang akan didapatkan oleh responden
- 4) Persetujuan menjawab setiap pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti mengenai prosedur penelitian
- 5) Persetujuan pengunduran diri sebagai objek penelitian kapan saja
- 6) Jaminan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan responden

Peneliti memberikan lembar *informed consent* kepada responden sebelum pengisian kuesioner. Peneliti menjelaskan secara detail penelitian yang dilakukan kepada responden. Jika responden bersedia berpartisipasi maka responden harus

menandatangani lembar *consent* yang diberikan oleh peneliti sebagai bukti persetujuan dilakukan penelitian.

4.9.2 Prinsip Kerahasiaan

Setiap orang yang dijadikan sebagai responden penelitian mempunyai hak-hak individu termasuk privasi dan kebebasan dalam memberikan informasi. Oleh sebab itu, etika penelitian dalam prinsip kerahasiaan adalah tidak boleh memberikan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek (Notoatmodjo, 2010). Peneliti dalam menjaga kerahasiaan subjek penelitian menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas dari responden penelitian.

4.9.3 Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan adalah menjamin semua subjek penelitian mendapatkan perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Prinsip keadilan dilakukan peneliti dengan cara mendampingi dan mengarahkan responden dalam pengisian kuesioner. Selain itu peneliti akan memperlakukan responden secara adil tanpa diskriminasi apabila responden tidak bersedia dan menolak menjadi responden penelitian.

4.9.4 Prinsip Kemanfaatan

Penelitian akan lebih baik jika mempunyai manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat terutama pada subjek penelitian. Peneliti yang baik hendaknya meminimalkan resiko yang membahayakan bagi subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini dilakukan sesuai dengan prosedur penelitian agar memberikan hasil yang bermanfaat bagi instansi terkait, profesi keperawatan,

masyarakat, dan khususnya subjek penelitian sehingga harapannya dapat memberikan intervensi yang tepat bagi pasien yang mempunyai mengalami depresi sebelum dan sesudah kemoterapi pertama. Penelitian ini tidak membahayakan responden karena tidak ada intervensi khusus yang dapat mengancam jiwa.



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan tentang perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan karakteristik responden didapatkan rata-rata usia responden adalah $47,51 \pm 11,262$. Paling banyak responden berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 32 (82,1%). Responden umumnya memiliki tingkat pendidikan SD sejumlah 16 (41%) dengan sebagian besar responden telah bekerja 28 (71,8%). Paling banyak responden sudah menikah yaitu sejumlah 34 (87,2%), berpenghasilan kurang dari UMR yaitu 35 (89,7%), dan jenis kanker adalah kanker payudara yaitu sejumlah 31 (79,5%).
- b. Variabel depresi pada pasien kanker sebelum kemoterapi pertama dengan mempunyai nilai median 12, nilai minimum 4 dan maksimum 46, sedangkan variabel depresi sesudah kemoterapi mempunyai nilai median 16, nilai minimum 7 dan nilai maksimum 46.
- c. Terdapat perbedaan depresi pada pasien kanker sebelum dan sesudah kemoterapi pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Perbedaan dipengaruhi oleh adanya efek samping kemoterapi yang mengganggu fisik maupun psikologis pasien kanker.

6.2 Saran

Saran pemaparan hasil, penelitian juga memberikan saran kepada banyak pihak untuk memberikan perhatian kepada pasien kanker tidak hanya pada efek samping secara fisik tetapi juga pada efek psikologis.

a. Bagi Peneliti

Penelitian selanjutnya sebaiknya memperhatikan siklus kemoterapi yang tidak hanya pada kemoterapi pertama tetapi juga kemoterapi kedua dan selanjutnya serta setiap satu kali siklus kemoterapi dapat dilakukan beberapa kali pengambilan data dan mendokumentasikan setiap dampak yang muncul akibat kemoterapi. Selain itu, diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat meneliti mengenai kualitas hidup pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

b. Bagi Instansi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi literatur bagi pelajar terutama dalam menempuh mata kuliah yang berhubungan dengan keperawatan medikal.

c. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai gejala depresi pada pasien kanker dengan kemoterapi pertama. Selain itu, dari hasil penelitian ini diharapkan pemberi layanan keperawatan dapat memberikan pelayanan dalam upaya pencegahan dan penanganan masalah psikologis pasien kanker. Perawat dapat memberikan perencanaan pulang atau *discharge planning* untuk membantu menyiapkan pasien dalam menghadapi dampak

kemoterapi sehingga dapat menurunkan gejala depresi dengan mekanisme koping yang positif.

d. Bagi Masyarakat dan Responden

Masyarakat maupun Responden dapat mencari bantuan kesehatan apabila mengalami gejala depresi yang diakibatkan oleh efek samping kemoterapi.



DAFTAR PUSTAKA

- Afida, R. I. . N. 2018. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Afuiakani, M. S., H. M. A. Djogo, Dan M. Y. Bina. 2017. Studi Fenomenologi Respon Psikologis Kubler Ross Pada Pasien Kanker Di RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. *Chmk Nursing Scientific Journal*. 2(2): 31-58.
- Alacacioglu, A., O. Tarhan, I. Alacacioglu, A. Dirican, Dan U. Yilmaz. 2013. Depression and Anxiety in Cancer Patients and their Relatives. *Journal Balkan Union Of Oncology*. 18(3):767–774.
- Ambarwati, W. N. Dan E. K. Wardani. 2014. Efek Samping Kemoterapi Secara Fisik Pasien Penderita Kanker Servik. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- American Cancer Society. 2014. Genes and Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/genetics/genes-and-cancer/gene-changes.html> [Diakses Pada April 27, 2019].
- American Cancer Society. 2019. *Cancer Facts & Figures 2019*. Atlanta: American Cancer Society.
- Apriansyah, M. A., R. Putranto, E. M. Salim, H. Shatri. 2016. The Correlation of Depression Level with Tumor Necrosis Factor- Korelasi Tingkat Depresi dengan Kadar Tumor Necrosis Factor-Alpha (TNF-a) Pada Penderita Asma Bronkial Tidak Terkontrol. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 3(2):74–80.
- As, G., B. Aksoy, Dan C. Eker. 2017. What Should Psychiatrists Know About HPA Axis Dysfunction and Altered Cortisol Levels in Major Depression ?. *Austin Psychiatry*. 2(1): 151-155.
- Aslam, M. S., S. Naveed, A. Ahmed, Z. Abbas, I. Gull, dan M. A. Athar. 2014. Side Effects of Chemotherapy In Cancer Patients And Evaluation of Patients Opinion about Starvation Based Differential Chemotherapy. *Journal Of Cancer Therapy*. 5(8): 817–822.
- Bao, A. Dan D. F. Swaab. 2018. The HPA Axis in the Center The Human Hypothalamus in Mood Disorders: the HPA Axis in the Center. *Ibro Reports*. 6(June): 45–53.
- Baqutayan, S. M. S. 2012. Review Article The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian Journal Of Psychological Medicine*. 34(2): 119-123.

- Beck, A. T., R. A. Steer, R. Ball, W. F. Ranieri, A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, W. F. Ranieri, A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, dan W. F. Ranieri. 1996. Comparison of Beck Depression Inventories-Ia and-II in Psychiatric Outpatients Comparison of Beck Depression 1 In Psychiatric Inventories-Ia and - Outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 67(3): 599–597.
- Bhattacharyya, S., S. Bhattacharjee, T. Mandal, dan D. K. Das. 2017. Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy In A Tertiary Care Hospital of North Bengal, India. *Indian Journal Of Psychological Medicine*. 61(1):14–18.
- Biro Apbn. 2009. Hubungan Kesehatan dan Kemiskinan. [Http://Www.Dpr.Go.Id/Doksetjen/Dokumen/Apbn_Hubungan_Kesehatan_Dan_Kemiskinan20130611103510.Pdf](http://www.dpr.go.id/doksetjen/dokumen/apbn_hubungan_kesehatan_dan_kemiskinan20130611103510.pdf) [Diakses Pada April 29, 2019].
- Bower, J. E., P. A. Ganz, M. R. Irwin, L. Kwan, E. C. Breen, dan S. W. Cole. 2011. Inflammation and Behavioral Symptoms After Breast Cancer Treatment: Do Fatigue, Depression, and Sleep Disturbance Share A Common Underlying Mechanism?. *Journal Of Clinical Oncology*. 29(26): 3517–3522.
- Bulechek, G. M., H. Butcher, J. Dochterman, dan C. Wagner. 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi Edisi 6. Singapore: Elsevier Ltd.
- Bungin, M. B. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT. Fajar Interpratama Mandiri.
- Cancer Council. 2016. Understanding Chemotherapy. [Https://Www.Cancer.Org.Au/Content/About_Cancer/Ebooks/Can708 Chemo Nat Lores2014.Pdf](https://www.cancer.org.au/content/about_cancer/ebooks/can708_chemo_nat_lores2014.pdf) [Diakses Pada April 26, 2019].
- Cancer Council. 2017. Understanding Melanoma. [Https://Www.Cancercouncil.Com.Au/Wp-Content/Uploads/2017/01/Uc-Pub_Can726_Melanoma_Web-Lo-Res_Jan-2017.Pdf](https://www.cancercouncil.com.au/wp-content/uploads/2017/01/Uc-Pub_Can726_Melanoma_Web-Lo-Res_Jan-2017.pdf) [Diakses Pada April 27, 2019].
- Chan, H. Dan S. Ismail. 2014. Side Effects of Chemotherapy among Cancer Patients an a Malaysian General Hospital : Experiences, Perceptions and Informational Needs from Clinical Pharmacists. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 15(13): 5305–5309.
- Chen, T., C. K. Id, S. Cheng, Dan Y. Chang. 2018. Uncertainty and Depressive Symptoms as Mediators of Quality of Life In Patients with Heart Failure. *Plus One*. 13(11): 1–13.
- Cheng, K. K. . Dan R. M. . Yeung. 2012. Impact of Mood Disturbance, Sleep Disturbance, Fatigue and Pain among Patients Receiving Cancer Therapy. *European Journal Of Cancer Care*. 22(1): 70-78.

- Chintamani, A. Gogne, R. Khandelwal, M. Tandon, S. Jain, Y. Kumar, N. Narayan, R. Bamal, S. Srivinas, dan S. Saxena. 2011. The Correlation of Anxiety and Depression Levels with Response to Neoadjuvant Chemotherapy In Patients With Breast Cancer. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*. 2(3):1–6.
- Christie, T. 2017. *Chemotherapy: A Guide For Patients And Their Carers*. United Kingdom: Nhs Foundation Trust
- Corwin, E. J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Cvetkovic, J. dan M. Nenadovic. 2016. Depression in Breast Cancer Patients. *Psychiatry Research*. 240(June): 343–347.
- Dahlan, M. S. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, dilengkapi dengan Menggunakan SPSS*. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Danesh, N. A. dan J. Landeen. 2007. Relation Between Depression and Sociodemographic Factors. *International Journal of Mental Health*. 4(1):1–9.
- Darlina, D. 2012. *Discharge Planning dalam Keperawatan Discharge Planning in Nursing; A Literature Review*. *Idea Nursing Journal*. 3(2):32–41.
- Desen, W. 2012. *Buku Ajar Onkologi Klinis*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Donadear, A., A. Prawesti, dan A. Anna. 2012. Gambaran Pelaksanaan Kemoterapi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Unpad*. 1(1):1–13.
- Donsu, J. D. T. 2016. *Metode Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Duc, S., M. Rainfray, P. Soubeyran, M. Fonck, J. F. Blanc, J. Ceccaldi, L. Cany, dan V. Brouste. 2016. Predictive Factors Of Depressive Symptoms of Elderly Patients with Cancer Receiving First-Line Chemotherapy. *Psycho Onkologi*. 26(1): 15-21.
- Efendi, F. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Effendy, C., K. Vissers, B. H. P. Osse, S. Tejawinata, dan P. Ecu. 2015. Comparison of Problems and Unmet Needs Of Patients with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country. *Pain Practice*. 15(5): 433–440.

- Elkacemi, H., J. Aarab, S. Elmajjaoui, T. Kebdani, dan N. Benjaafar. 2018. Nuclear Medicine & Radiation Therapy Anxiety, Depression and Their Risk Factors in Cancer Moroccan Patients Undergoing Radiation Therapy: A Cross-Sectional Study. *Journal Nuclear Medicine & Radiation Therapy*. 9(2): 1-5.
- Elsea, C. R., J. A. Kneiss, dan L. J. Wood. 2015. Induction Of Il-6 by Cytotoxic Chemotherapy is Associated With Loss of Lean Body and Fat Mass in Tumor-Free Female Mice. *Biological Research For Nursing*. 17(5): 549–557.
- Fann, J. R., M. P. H, A. M. Thomas-Rich, M. D, W. J. Katon, M. D, D. Cowley, M. D, M. Pepping, D. Ph, B. A. Mcgregor, D. Ph, J. Gralow, dan M. D. 2008. Major Depression after Breast Cancer: A Review Of Epidemiology and Treatment. *General Hospital Psychiatry*. 30(2): 112–126.
- Fata, U. H. 2015. The Correlation of Anxiety and Depression with Fatigue In Cancer Patient Undergoing Chemotherapy. *Jurnal Ners Dan Kebidanan*. 2(1):95–102.
- Ginting, H., G. Naring, 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.
- Gomes-Oliveira, M. H., C. Gorenstein, F. L. Neto, L. H. Andrade, dan Y. P. Wang. 2012. Validation of The Brazilian Portuguese Version of The Beck Depression Inventory-II in a Community Sample. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. 34(4): 389–394.
- Hagen, K. B., T. Aas, J. T. Kvaloy, H. Eriksen, H. Soiland, dan R. Lind. 2016. Fatigue, Anxiety and Depression Overrule The Role of Oncological Treatment in Predicting Self-Reported Health Complaints in Women with Breast Cancer Compared To Healthy Controls. *The Breast*. 28(August):100–106.
- Hettler, R. 2013. Chemotherapy Information For Patients. <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/120124chemotherapy.pdf> [Diakses Pada April 29, 2019].
- Hidayat, Y. M. 2013. *Bandung Controversies And Consensus In Obstetrics & Gynecology*. Bandung: CV. Sagung Seto.
- Hong, J. S. dan J. Tian. 2014. Prevalence Of Anxiety And Depression And Their Risk Factors In Chinese Cancer Patients. *Support Care Cancer*. 22(2):453–459.

- Howren, M. B., D. M. Lamkin, Dan J. Suls. 2009. Associations Of Depression With C-Reactive Protein, Il-1, And Il-6: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 71(February):171–186.
- Hurst, M. 2015. *Belajar Mudah Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Irawan, E. D. 2017. Hubungan Antara Usia Menarche dan Riwayat Keluarga Dengan Kejadian Kanker Payudara Usia 35-60 Tahun di Ruang Kemoterapi RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Alma Ata Yogyakarta.
- Ivezic, E., N. Jaks, S. Stojanovic, dan Z. Sura. 2013. Factorial and Diagnostic Validity of The Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian Primary Health Care. *Journal Clinical Medical Setting*. 20(3): 311-322
- Janelins, M. C., K. M. Mustian, O. G. Palesh, S. G. Mohile, A. W. Katz, J. P. Williams, dan G. R. Morrow. 2012. Differential Expression of Cytokines In Breast Cancer Patients Receiving Different Chemotherapies : Implications For Cognitive Impairment Research. *Support Care Cancer*. 20(4): 831–839.
- Jenkins, T. A., J. C. D. Nguyen, K. E. Polglaze, Dan P. P. Bertrand. 2016. Influence of Tryptophan And Serotonin on Mood and Cognition with a Possible Role of The Gut-Brain Axis. *Nutrients*. 8(56): 1–15.
- Jim, H. S. L., D. Ph, B. Small, D. Ph, L. A. Faul, D. Ph, J. Franzen, S. Apte, P. B. Jacobsen, dan D. Ph. 2011. Fatigue, Depression, Sleep, and Activity during Chemotherapy: Daily and Intraday Variation And Relationships among Symptom Changes. *The Society Of Behavioral Medicine*. 42(3): 321–333.
- Kamen, B. A. 2010. Clinical Aspects of Pharmacogenetics of Pain And Co-Morbidities Of Emotional Distress. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 11(February): 27-30.
- Katona, C., C. Cooper, dan M. Robinson. 2012. *At A Glance Psikiatri*. Edisi 4. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2015. Situasi Penyakit Kanker. [Http://Www.Depkes.Go.Id/Resources/Download/Pusdatin/Infodatin/Infodatin-Kanker.Pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf) [Diakses Pada February 20, 2019].
- Lavdaniti, M., G. Barbas, A. Fratzana, dan S. Zyga. 2012. Evaluation Of Depression In Colon Cancer Patients. *Health Science Journal*. 6(4): 681-692.
- Lemone, P., K. M. Burke, dan G. Bauldoff. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

- Lestari, R., Ismonah, dan Shobirun. 2015. Perbedaan Tingkat Depresi Sebelum dan Sesudah Relaksasi Autogenik pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Di SMC RS Telogorejo. *Skripsi*. Semarang: Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Lipps, G. E., G. A. Lowe, dan R. Young. 2007. Validation of The Beck Depression Inventory – II in A Jamaican University Student Cohort. *56(5):404–408*.
- Maneeton, B., N. Maneeton, Dan P. Mahathep. 2012. Prevalence Of Depression And Its Correlations : A Cross-Sectional Study In Thai Cancer Patients. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 13(5): 2039–2043.
- Mayasari, D. dan A. Pratiwi. 2008. Hubungan Respon Imun dan Stress Dengan Tingkat Kekambuhan Demam Tifoid Pada Masyarakat Di Wilayah Puskesmas Colomadu Karanganyar. *Berita Ilmu Keperawatan*. 2(1):13–18.
- Melia, Putrayasa, dan Azis. 2014. Hubungan antara Frekuensi Kemoterapi Dengan Status Fungsional Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Di RSUP Sanglah Denpasar. *Skripsi*. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Miranda, D. O., T. Aparecida, S. De Lima, L. R. Azevedo, O. Feres, J. Joaquim, dan G. Pereira-Da-Silva. 2014. Proinflammatory Cytokines Correlate With Depression And Anxiety In Colorectal Cancer Patients. *Biomed Research International*. 2014(5): 1-6.
- Mishra, N. dan R. Dwivedi. 2015. Study of Depression In Women with Cervical And Breast Cancer. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences Scopus*. 4(12):1936–1943.
- Mitchell, A. J., M. Chan, H. Bhatti, M. Halton, L. Grassi, C. Johansen, N. Meader, L. Royal, dan U. K. A. J. Mitchell. 2011. Prevalence Of Depression, Anxiety, And Adjustment Disorder In Oncological, Haematological, And Palliative-Care Settings: A Meta-Analysis Of 94 Interview-Based Studies. *Lancet Oncology*. 12(2): 160-174.
- Mitchell, A. J. dan H. Subramaniam. 2005. Reviews and Overviews Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age : A Systematic Review Of Comparative Studies. *The American Journal Of Psychiatry*. 162(9):1588–1601.
- National Cancer Institute. 2017. The Genetics of Cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics> [Diakses Pada April 27, 2019].
- National Cancer Institute. 2018. *Chemotherapy and You*. United State Of America: NCI Office Of Communications and Public Liaison.

- National Institute Of Mental Health. 2016. Depression Basics. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressionbasics-508-01112017_150043.pdf [Diakses Pada March 15, 2019].
- Neilson, K., A. Pollard, A. Boonzaier, J. Corry, D. Castle, D. Smith, T. Trauer, dan J. Couper. 2013. A Longitudinal Study Of Distress (Depression And Anxiety) Up To 18 Months After Radiotherapy For Head And Neck Cancer. *Psycho Onkologi*. 22(8):1843–1848.
- Nilamsari dan N. Handayani. 2014. Tingkat Pengetahuan akan Mempengaruhi Tingkat Depresi Penderita Kanker. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 7(2):107–113.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nova, P. dan E. N. Sumintardja. 2016. Peran Brief CBT Terhadap Tingkat Depresi dan Masalah *Body Image* Pasien Kanker Payudara Dewasa Muda. *Jurnal Ilmiah Psikologi*. 5(2):103–113.
- Nursalam. 2015. *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurwijaya, H., Andrijono, dan Suheimi. 2010. *Cegah dan Deteksi Kanker Serviks*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, Gramedia.
- Ochoa, G., M. Villasana, Dan E. K. Burke. 2007. An Evolutionary Approach to Cancer Chemotherapy Scheduling. *Genetic Programming and Evolvable Machines*. 8(4):301–318.
- Oetami, F., I. L. M. Thaha, Dan Wahiduddin. 2014. Analisis Dampak Psikologis Pengobatan Kanker Payudara Di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar. *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Pandey, M., G. P. Sarita, N. Devi, B. C. Thomas, B. M. Hussain, dan R. Krishnan. 2006. Distress, Anxiety, and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*. 4(1):1-5.
- Periasamy, U., S. M. 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*. 70(3):131–141.
- Pitman, A., S. Suleman, N. Hyde, Dan A. Hodgkiss. 2018. Depression And Anxiety In Patients With Cancer. *BMJ*. 1415(361):1–6.

- Ponticelli, O. Services, M. C. Rn, N. S. F. Rn, N. Officer, A. D. C. Rn, N. I. B. Rn, C. Nurse, E. S. Rn, N. Tutor, A. B. Rn, Dan M. Epidemiologist. 2017. Dysgeusia And Health- - Related Quality Of Life Of Cancer Patients Receiving Chemotherapy : A Cross- - Sectional Study. *European Journal Of Cancer Care*. 26(2):1–7.
- Prajapati, B., M. Dunne, Dan R. Armstrong. 2010. Sample Size Estimation And Statistical Power Analyses. [Http://Www.Floppybunny.Org/Robin/Web/Virtualclassroom/Stats/Basics/Articles/Gpower/Gpower_Tutorial_Prajapati_2010-.Pdf](http://www.floppybunny.org/robin/web/virtualclassroom/stats/basics/articles/gpower/gpower_tutorial_prajapati_2010-.pdf) [Diakses Pada 18 Maret 2019].
- Pratiwi, S. H., E. A. Sari, Dan T. Hernawaty. 2017. Level Of Anxiety And Depression In Post-Stroke Patients At Dr . Hasan Sadikin Hospital Bandung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 3(2):139–144.
- Pratiwi, S. R., E. Widiarti, Dan T. Solehati. 2017. Gambaran Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Pasien Kanker Payudara Dalam Menjalani Kemoterapi. *Jrnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 3(2):167–174.
- Putra, A. 2012. Pengaruh Alkohol Terhadap Kesehatan. [Https://Ejournal.Undiksha.Ac.Id/Index.Php/Semnasmipa/Article/View/2749](https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/semnasmipa/article/view/2749) [Diakses Pada April 29, 2019].
- Rapoport, B. L. 2017. Delayed Chemotherapy-Induced Nausea And Vomiting : Pathogenesis, Incidence, And Current Management. *Frontiers In Pharmacology*. 8(January):1–10.
- Rich, T., F. Zhao, D. Cella, J. Manola, Dan M. J. Fisch. 2017. Association Of Fatigue And Depression With Circulating Levels Of Proinflammatory Cytokines And Epidermal Growth Factor Receptor Ligands : A Correlative Study Of A Placebo-Controlled Fatigue Trial. *Cancer Management And Research*. 2017(9): 1–10.
- Rohmatin, Y. K., S. Limantara, Dan S. Arifin. 2016. Demografi Dan Psikososial. *Berkala Kedokteran*. 12(2):239–253.
- Rudy, M., E. Widyadharma, dan O. Adnyana. 2015. *Reliability Indonesian Version Of The Hospital Anxiety And Depression Scale (HASD) of Stroke Patients In Sanglah General. Denpasar.* [Http://Digilib.Unisayogya.Ac.Id/1061/1/Naskah Publikasi Ferry.Pdf](http://digilib.unisayogya.ac.id/1061/1/naskah_publicasi_ferry.pdf). [Diakses Pada 16 Maret 2019]
- Saligan, L. N., K. Olson, K. Filler, D. Larkin, F. Cramp, Y. Sriram, C. P. Escalante, A. Giglio, K. M. Kober, J. Kamath, dan O. Palesh. 2015. The Biology Of Cancer-Related Fatigue : A Review Of The Literature. *Support Care Cancer*. 23(8): 2461-2478.

- Sari, M., Y. I. Dewi, dan A. Utami. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Kanker Payudara dalam Menjalani Kemoterapi di Ruang Cendrawasih I RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Ners Indonesia*. 2(2): 158-166.
- Sari, Y. E., B. Kokoglu, H. Balcioglu, U. Bilge, E. Colak, dan I. Unluoglu. 2016. Turkish Reliability Of The Patient Health Questionnaire-9. *Biomedical Research*. 0(0): 460–462.
- Setiawan, F. P. 2011. Hubungan Status Sosial Ekonomi Keluarga dengan Stres Pada Pasangan Usia Muda Di Desa Giricahyo Purwosari Gunungkidul. [Http://Digilib.Unisayogya.Ac.Id/1061/1/Naskah Publikasi Ferry.Pdf](http://Digilib.Unisayogya.Ac.Id/1061/1/Naskah_Publikasi_Ferry.Pdf) [Diakses Pada March 16, 2019].
- Smith, M. J. dan P. R. Liehr. 2014. *Middle Range Theory For Nursing*. Edisi 3. New York: Springer Publising Company.
- Sonia, G., H. Arifin, dan A. W. Murni. 2014. Mengalami Ansietas dan Depresi. *MKA*. 37(1):32–37.
- Souza, B. F. De, A. Elisa, B. De Camargo, dan A. I. Miasso. 2014. Women With Breast Cancer Taking Chemotherapy: Depression Symptoms and Treatment Adherence. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 22(5):866–873.
- Subihariyono, H. M. L. Dan T. K. Dewi. 2015. Prediktor Health Locus Of Control Terhadap Health Seeking Behavior Pada Wanita Dewasa Madya Yang Menderita Kanker Payudara. *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental*. 2(2):103–111.
- Sudewo, B. 2009. *Buku Pintar Hidup Sehat Cara Mas Dewo*. Jakarta: Agro Media Pustaka.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Tesis. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Univiversitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Sujarweni, W. 2015. *Statistik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Surbakti, E. B. 2010. *Gangguan Kebahagiaan Anda Dan Solusinya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Susanto, J. A. 2019. Hubungan Karakteristik Demografi Keluarga Dengan Tingkat Depresi Keluarga Yang Merawat Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Sutinah dan Maulani. 2017. Hubungan Pendidikan, Jenis Kelamin dan Status. *Journal Endurance*. 2(2): 209–216.

- Suwistianisa, R., N. Huda, Dan J. Ernawaty. 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi Pada Pasien Kanker yang Dirawat Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Online Mahasiswa*. 2(2): 1463-1473.
- Syarif, H. dan A. Putra. 2014. Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi: a Randomized Clinical Trial. *Idea Nursing Journal*. 5(3):1-8.
- Tofoli, S. M. De C., C. V. W. Baes, C. S. Martins, dan M. Juruena. 2011. Early Life Stress , Hpa Axis , And Depression. *Psychology & Neurosciece*. 4(2):229-234.
- Trakatelli, M., K. Barkitzi, C. Apap, S. Majewski, Dan E. De Vries. 2016. Skin Cancer Risk In Outdoor Workers : A European Multicenter Case – Control Study. *European Academy Of Dermatology And Venereology*. 30(3): 5-11.
- Tung, H., T. Chao, Y. Lin, S. Wu, H. Lee, C. Ching, K. Hung, dan T. Lin. 2016. Depression, Fatigue, and QOL in Colorectal Cancer Patients During and After Treatment. *Western Journal Of Nursing Research*. 38(7): 893-908.
- Utama, H. N. P. 2018. Kesejahteraan Spiritual Pada Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember: Studi Deskriptif Eksploratif. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Videbeck, S. . 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Edisi 1. Jakarta: EGC
- Villar, R. R., S. P. Fernández, C. C. Garea, M. Teresa, dan S. Pillado. 2017. Quality of Life and Anxiety in Women With Breast Cancer Before and After Treatment. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 25(E2958): 1-13.
- Vyas, D., G. Laput, dan A. K. Vyas. 2014. Chemotherapy-Enhanced Inflammation May Lead To The Failure Of Therapy And Metastasis. *Oncotargets And Therapy*. 2014(7): 1015-1023.
- 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. 2013. Latest World Cancer Statistics Global Cancer Burden Rises To 14.1 Million New Cases In 2012: Marked Increase In Breast Cancers Must Be Addressed Latest World Cancer Statistics Global Cancer Burden Rises To 14.1 Million New Cases In 2012. https://www.iarc.fr/Wp-Content/Uploads/2018/07/Pr223_E.Pdf. [Diakses Pada Juli 7, 2019].
- WHO. 2018. Latest Global Cancer Data : Cancer Burden Rises To 18.1 Million New Nases And 9.6 Million Cancer Deaths In 2018 Latest Global Cancer Data: Cancer Burden Rises To 18.1 Million New Cases and 9.6 Million Cancer Deaths In 2018. https://www.iarc.fr/Wp-Content/Uploads/2018/09/Pr263_E.Pdf. [Diakses Pada Februari 20, 2019].

- Widianti, E., Suryani, dan D. Puspasari. 2014. Strategi Koping Pada Pasien Yang Baru Terdiagnosa Kanker. *Skripsi*. Bandung: Fakultas Keperawatan Universitas Padjajaran.
- Widiyono, S. Setiyarini, dan C. Efendy. 2017. Tingkat Depresi Pada Pasien Kanker Di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto: *Indonesian Journal of Cancer*. 11(4):171–177.
- Yolanda, A. E. dan F. F. Karwur. 2013. Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Serviks Pada Golongan Ekonomi Rendah yang Mengikuti Program Kemoterapi. *Sains Medika*. 5(2): 68–81.
- Yusof, S., F. Nadzirah, N. Keterina, dan R. Dasiman. 2016. Depressive Symptoms among Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*. 234(October): 185–192.
- Yusuf, A., R. Fitrayasari, dan H. E. Nihayati. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zainal, N. Z., N. R. Nik-Jaafar, A. Baharudin, A. Sabki, dan C. G. Ng. 2013. Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors : A Systematic Review Of Observational Studies. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 14(4): 2649–2656.
- Zainal, Nik-Jaafar, B. A., S. Z.A, dan N. Cg. 2014. Prevalence of Depression in Cancer Patients : A Review on The Comparison Between Different Regions. *MJP Online Early*. 23(2): 1-24.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed***PENJELASAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Puji Arini
NIM : 152310101113
No. Hp : 085604981197
E-mail : pujiarini20@gmail.com
Alamat : Jln. Kalimantan VI No. 18A, Sumpalsari – Jember

Bermaksud untuk melakukan penelitian yang berjudul “Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember”. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien kanker dengan kemoterapi di RS Baladhika Husada Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden. Penelitian ini bersifat sukarela. Apabila responden merasa tidak nyaman selama wawancara, responden dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan atau mengundurkan diri dari penelitian ini.

Responden penelitian akan mengisi lembar kuesioner yang terdiri dari 21 pertanyaan dengan waktu pengisian selama 10 menit. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga serta dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Anda bersedia menjadi responden, maka saya memohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab beberapa pertanyaan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Jember,.....2019

Puji Arini
NIM 152310101113

Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden:

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat:

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari :

Judul Penelitian : Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

Nama : Puji Arini

NIM : 152310101113

Asal : Jln. Kalimantan VI No. 18A Sumbersari-Jember

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa ada paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden penelitian. Saya mengetahui tidak ada resiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan data yang digunakan akan dijaga dan juga memahami manfaat penelitian ini bagi responden.

Dengan ini saya menyatakan dengan sukarela untuk ikut sebagai responden serta bersedia menjawab pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, 2019

Peneliti

Responden

(Puji Arini)

()

Lampiran 3. Lembar Data Demografi

Kode Responden:

Kuesioner Data Demografi**Petunjuk Pengisian Kuisisioner:**

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan kondisi yang Anda alami dengan cara memberikan tanda *check list* (v) pada pilihan jawaban yang tepat.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Usia :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Tingkat Pendidikan : Tidak Sekolah SMA
 SD Diploma
 SMP Sarjana
4. Status Perkawinan : Lajang Menikah Cerai Hidup/Mati
5. Pekerjaan : Tidak bekerja Bekerja
6. Pendapatan : Kurang dari UMR Lebih dari UMR
7. Jenis Kanker : Kanker Payudara Kanker Kepala dan Leher
 Kanker Paru Limfoma
 Kanker Prostat Kanker saluran cerna
 Kanker jenis lain

Lampiran 4. Lembar Kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II)

Kode Responden:

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 sebelum dan setelah kemoterapi, 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).

<p>1. Kesedihan</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>3. Kegagalan masa lalu</p> <ul style="list-style-type: none"> 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).
--	--

<p>2. Pesimis</p> <ol style="list-style-type: none">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.	<p>4. Kehilangan gairah</p> <ol style="list-style-type: none">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.
<p>5. Perasaan bersalah</p> <ol style="list-style-type: none">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.	<p>8. Mengkritik diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none">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.

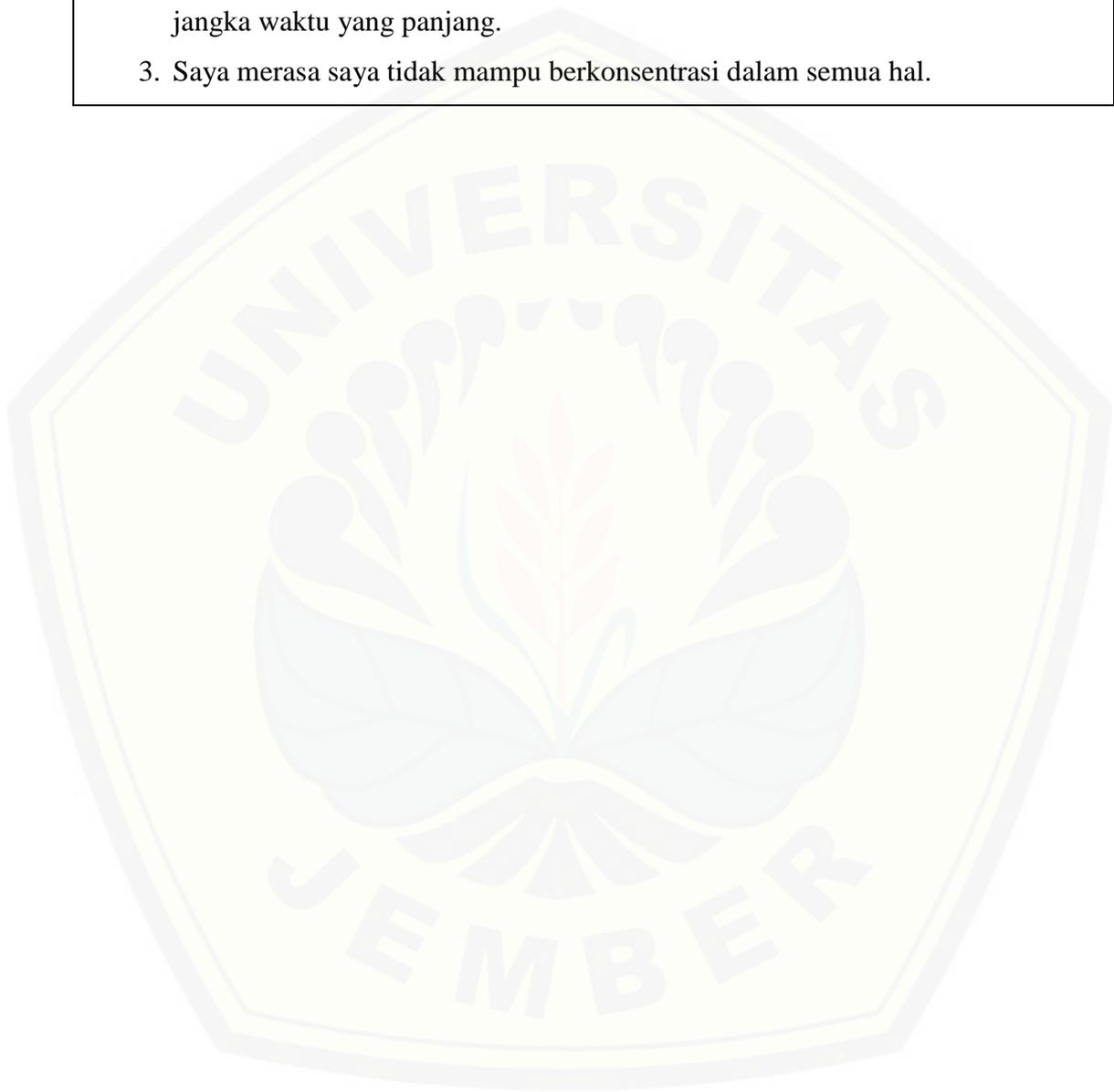
<p>6. Perasaan dihukum</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum. 1. Saya merasa bahwa mungkin saya akan dihukum. 2. Saya yakin bahwa saya akan dihukum. 3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum. 	<p>9. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri</p> <ol style="list-style-type: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

<p>12. Kehilangan minat</p> <p>0. Saya tidak kehilangan minat untuk berelasi dengan orang lain atau melakukan aktivitas.</p> <p>1. Saya kurang berminat untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu dibandingkan biasanya.</p> <p>2. Saya kehilangan hampir seluruh minat saya untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu.</p> <p>3. Saya tidak berminat akan apapun.</p>	<p>15. Kehilangan tenaga (semangat)</p> <p>0. Saya memiliki tenaga (semangat) seperti biasanya.</p> <p>1. Saya memiliki tenaga lebih sedikit dibanding yang seharusnya saya miliki.</p> <p>2. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk berbuat banyak.</p> <p>3. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk melakukan apapun.</p>
<p>13. Sulit mengambil keputusan</p> <p>0. Saya dapat mengambil keputusan sebagaimana yang biasanya saya lakukan.</p> <p>1. Saya agak sulit mengambil keputusan dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya lebih banyak mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan dibanding biasanya.</p> <p>3. Saya sangat mengalami kesulitan setiap kali mengambil keputusan.</p>	<p>16. Perubahan pola tidur</p> <p>0. Saya tidak mengalami perubahan apapun dalam pola tidur saya.</p> <hr/> <p>1a. Saya tidur lebih dari biasanya.</p> <p>1b. Saya tidur kurang dari biasanya.</p> <hr/> <p>2a. Saya tidur jauh lebih lama dari biasanya.</p> <p>2b. Saya tidur sangat kurang dari biasanya.</p> <hr/> <p>3a. Saya tidur hampir sepanjang hari.</p> <p>3b. Saya bangun 1-2 jam lebih awal dan tidak dapat tidur kembali.</p>

<p>17. Mudah marah</p> <ol style="list-style-type: none">0. Saya tidak lebih mudah marah seperti biasanya.1. Saya lebih mudah marah dibanding biasanya.2. Saya jauh lebih mudah marah dibanding biasanya.3. Saya mudah marah sepanjang waktu.	<p>20. Capek atau Kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none">0. Saya tidak lebih capek atau lelah dibanding biasanya.1. Saya lebih mudah capek atau lelah dari biasanya.2. Saya merasa capek atau lelah untuk melakukan banyak hal yang biasanya saya lakukan.3. Saya terlalu capek atau lelah untuk melakukan hampir semua hal yang biasanya saya lakukan.
	<p>20. Kehilangan gairah seksual</p> <ol style="list-style-type: none">0. Saya tidak melihat adanya perubahan pada gairah seksual saya.1. Gairah seksual saya berkurang, tidak seperti biasanya2. Saya menjadi sangat kurang berminat pada aktivitas seksual saat ini.3. Gairah seksual saya hilang sama sekali.

19. 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.



Lampiran 6. Studi Pendahuluan Literatur

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Dosen Pembimbing Utama, menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember:

Nama : Puji Arini
NIM : 152310101113
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan literatur untuk menyusun skripsi dengan judul "Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember"

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 25 Maret 2019
Dosen Pembimbing Utama

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

Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 22 Mei 2019

Nomor : B/328/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:1528/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 10 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 : Puji Arini;
b. NIM : 1523101011113;
c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Jember;
e. Judul : Perbedaan Depresi Pada Pasien Kanker Sebelum Dan Sesudah Kemoterapi Pertama Di Ruang Flamboyan Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
f. Waktu : Mei s.d. Juli 2019; dan

3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala Rumkit III Baladhika Husada

Dr. Meksud Handelima, Sp.OT
Letak: Jember, 7 km NRP.11950008540771

Tembusan :

1. Kakesdam 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. Surat Telah Selesai Penelitian

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 03 Juli 2019

Nomor : B / 389 / 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:1528/JN25.3.1/LT/2019 tanggal 10 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 : Puji Arini;
- b. NIM : 1523101011113;
- c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
- d. Alamat : Jln. Kalimantan 37 Jember;
- e. Judul : Perbedaan Depresi Pada Pasien Kanker Sebelum Dan Sesudah Kemoterapi Pertama Di Ruang Flamboyan Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
- f. Waktu : Mei s.d. Juli 2019; dan

3. Demikian mohon dimaklumi.



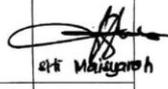
Tembusan :

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

Dr. Maksud Pandelima, Sp.OT
Letnan Kolonel Ckm NRP.11950008540771

Lampiran 9. Logbook Penelitian Sebelum Kemoterapi

LOGBOOK PENELITIAN

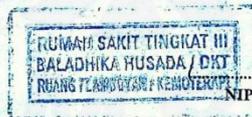
No.	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf
1.	24 ^{Mei} Juni 2019	Mengambil data hari 1 jumlah pasien kemoterapi pertama 1	1 Pasien kemoterapi pertama menolak.	1 responden.	 R. Mulyanti
2.	25 ^{Mei} Juni 2019	Tidak ada jadwal kemoterapi	-	-	
3.	26 ^{Mei} Juni 2019	Mengambil data hari ke-2	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 3 pasien	3 pasien	 R. Subruti
4.	27 ^{Mei} Juni 2019	Mengambil data hari ke-3	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 1 pasien - bersedia : 1 pasien - menolak : -	4 pasien	 L. Lenti
5.	28 Mei 2019	Mengambil data hari ke-4	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 3 Pasien - bersedia : 3 Pasien - menolak : -	7 pasien	 R. Nyahol
6.	29 Mei 2019	Mengambil data hari ke-5	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 2 Pasien - bersedia : 2 Pasien - menolak : -	9 pasien	 R. Subruti
7.	30 Mei 2019	Mengambil data hari ke-6	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 4 pasien - bersedia : 4 Pasien - menolak : -	13 pasien	 R. Toey
8.	31 Mei 2019	Mengambil data hari ke-7	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 3 pasien - bersedia : 2 - menolak : 1	15 pasien.	 R. Lenti

No.	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf
9.	01 Juni 2019	Tidak ada jadwal kemoterapi	-	-	-
10.	02 Juni 2019	Mengambil data hari ke-8	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 2 pasien - bersedia : 2 pasien - menolak : -	17 pasien.	 R. Subruti
11.	3 Juni - 9 Juni 2019	Libur Lebaran	-	-	
12.	10 Juni 2019	Mengambil data hari ke-9	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 2 Pasien - bersedia : 2 Pasien - menolak : -	19 pasien	 R. Lenti
13.	11 Juni 2019	Mengambil data hari ke-10	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 3 Pasien - bersedia : 3 Pasien - menolak : -	22 pasien	 R. Nyahol
14.	12 Juni 2019	Mengambil data hari ke-11	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 1 Pasien - bersedia : 1 Pasien - Menolak : -	23 pasien	 R. Lenti
15.	13 Juni 2019	Mengambil data hari ke-12	Jumlah pasien kemoterapi pertama : 3 Pasien - bersedia : 3 pasien - menolak : -	26 pasien.	 R. Subruti

No.	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf
16.	14 Juni 2019	Mengambil data hari ke 13	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama = 2 pasien - bersedia = 2 pasien - menolahi = -	28 pasien.	Ban BAWA
17.	15 Juni 2019	Tidak ada jadwal kemoterapi	-	-	
18	16 Juni 2019	mengambil data hari ke 14	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama = 1 pasien - bersedia = - - menolahi = -	29 pasien	Boey.
19.	17 Juni 2019 .	mengambil data hari ke 15	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama = 1 pasien - bersedia = - - menolahi = -	30 pasien	Reyhad
20.	18 Juni 2019	Mengambil data hari ke-16	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama : 4 - bersedia : - - menolahi : -	34 pasien	Ambr.
21.	19 Juni 2019	mengambil data hari ke 17	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama : 2 - bersedia : - - menolahi : -	36	Ban Rahar
22.	20 Juni 2019	mengambil data hari ke - 18	Tidak ada pasien kemoterapi pertama	-	P P. Rung

No.	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf
23	21-06-2019	Mengambil data hari ke 19	Jumlah pasien kemoterapi: - Pertama : 5 - bersedia : 5 - menolahi : -	41	leni

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan Rs. Tk. III Baladhika Husada



ABD ROHIM, S.Kep
NIP: 19721101199001

Lampiran 10. Logbook Penelitian Sesudah Kemoterapi

LOGBOOK PENELITIAN SESUDAH KEMOTERAPI

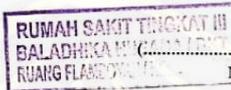
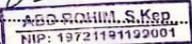
No.	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Pasien	Paraf
1.	Jumat, 31 Mei 2019	Tidak Melakukan pengambilan data pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama karena tidak ada pasien.	-		
2.	Minggu, 2 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 3 pasien.	Menolak : - Bersedia : 3 pasien	3 pasien	
3.	Senin, 3 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 1 pasien.	Menolak : - Bersedia : 1 pasien	4 pasien	
4.	Selasa, 4 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 3 pasien.	Menolak : - Bersedia : 3 pasien	7 pasien	
5.	Rabu, 5 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 pasien.	Menolak : - Bersedia : 2 pasien	9 pasien	
6.	Kamis, 6 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama	Menolak : - Bersedia : 4 pasien	13 pasien	

		sebanyak 4 pasien.			
7.	Jumat, 7 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 pasien.	Menolak : - Bersedia : 2 pasien	15 pasien	
8.	Minggu, 9 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 responden.	Menolak : - Bersedia : 2 pasien	17 pasien	
9.	Senin, 17 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 pasien	Menolak : 1 pasien Bersedia : 1 pasien	18 pasien	
10.	Selasa, 18 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 3 pasien.	Menolak : - Bersedia : 3 pasien	21 pasien	
11.	Rabu, 19 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 1 pasien.	Menolak : - Bersedia : 1 pasien	22 pasien	
12.	Kamis, 20 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7	Menolak : - Bersedia : 3 pasien	25 pasien	

		sesudah kemoterapi pertama sebanyak 3 pasien.			
13.	Jumat, 21 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 pasien.	Menolak : - Bersedia : 2 pasien	27 pasien	
14.	Senin, 23 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 1 pasien	Menolak : - Bersedia : 1 pasien	28 pasien	
15.	Selasa, 24 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 1 pasien.	Menolak : - Bersedia : 1 pasien	29 pasien	
16.	Rabu, 25 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 4 pasien.	Menolak : - Bersedia : 4 pasien	33 pasien	
17.	Kamis, 26 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 2 pasien.	Menolak : - Bersedia : 2 pasien	35 pasien	
18.	Jumat, 27 Juni	Tidak Melakukan pengambilan data	-	-	

	2019	pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama karena tidak ada pasien.			
19.	Minggu, 28 Juni 2019	Melakukan pengambilan data melalui telfon pada hari ke 7 sesudah kemoterapi pertama sebanyak 5 pasien.	Menolak : 1 pasien Bersedia : 4 pasien	39 pasien	

Mengetahui,
Kepala Ruang Flamboyan Rs. Tk. III Baladhika Husada

Lampiran 11. Hasil Penelitian

1. Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	,092	39	,200 [*]	,972	39	,418

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sebelum Kemoterapi	,183	39	,002	,856	39	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sesudah Kemoterapi	,125	39	,125	,907	39	,003

a. Lilliefors Significance Correction

2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

a. Usia

Statistics

Usia

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		47,51
Median		49,00
Std. Deviation		11,262
Minimum		21
Maximum		71

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
21	1	2,6	2,6	2,6
22	1	2,6	2,6	5,1
34	2	5,1	5,1	10,3
37	2	5,1	5,1	15,4
38	1	2,6	2,6	17,9
39	1	2,6	2,6	20,5
40	3	7,7	7,7	28,2
41	1	2,6	2,6	30,8
42	2	5,1	5,1	35,9
43	3	7,7	7,7	43,6
45	1	2,6	2,6	46,2
47	1	2,6	2,6	48,7
49	2	5,1	5,1	53,8
50	1	2,6	2,6	56,4
51	2	5,1	5,1	61,5
52	2	5,1	5,1	66,7
53	1	2,6	2,6	69,2
54	2	5,1	5,1	74,4
55	2	5,1	5,1	79,5
56	1	2,6	2,6	82,1
58	2	5,1	5,1	87,2
59	2	5,1	5,1	92,3
69	1	2,6	2,6	94,9
70	1	2,6	2,6	97,4
71	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

b. Jenis Kelamin**Statistics**

Jenis Kelamin

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		1,82
Median		2,00
Std. Deviation		,389
Minimum		1
Maximum		2

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-Laki	7	17,9	17,9	17,9
Valid Perempuan	32	82,1	82,1	100,0
Total	39	100,0	100,0	

c. Tingkat Pendidikan**Statistics**

Tingkat Pendidikan

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		2,82
Median		2,00
Std. Deviation		1,430
Minimum		1
Maximum		6

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	5	12,8	12,8	12,8
SD	16	41,0	41,0	53,8
SMP	7	17,9	17,9	71,8
SMA	7	17,9	17,9	89,7
Sarjana	4	10,3	10,3	100,0
Total	39	100,0	100,0	

d. Status Perkawinan**Statistics**

Ststus Perkawinan

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		2,13
Median		2,00
Std. Deviation		,339
Minimum		2
Maximum		3

Ststus Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	34	87,2	87,2	87,2
Valid Cerai Hidup/Mati	5	12,8	12,8	100,0
Total	39	100,0	100,0	

e. Pekerjaan**Statistics**

Pekerjaan

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		1,72
Median		2,00
Std. Deviation		,456
Minimum		1
Maximum		2

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	11	28,2	28,2	28,2
Valid Bekerja	28	71,8	71,8	100,0
Total	39	100,0	100,0	

f. Pendapatan**Statistics**

Pendapatan

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		1,10
Median		1,00
Std. Deviation		,307
Minimum		1
Maximum		2

Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Dari UMR	35	89,7	89,7	89,7
Valid Lebih Dari UMR	4	10,3	10,3	100,0
Total	39	100,0	100,0	

g. Jenis Kanker**Statistics**

Jenis Kanker

N	Valid	39
	Missing	0
Mean		1,59
Median		1,00
Std. Deviation		1,371
Minimum		1
Maximum		6

Jenis Kanker

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kanker Payudara	31	79,5	79,5	79,5
Kanker Paru	3	7,7	7,7	87,2
Kanker Prostat	1	2,6	2,6	89,7
Limfoma	3	7,7	7,7	97,4
Kanker Saluran Cerna	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

3. Gambaran Depresi Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama

		Statistics	
		Sebelum Kemoterapi	Sesudah Kemoterapi
N	Valid	39	39
	Missing	0	0
Mean		14,64	18,67
Median		12,00	16,00
Std. Deviation		9,571	10,158
Minimum		4	7
Maximum		46	46

4. Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah Kemoterapi - Sebelum Kemoterapi	Negative Ranks	3 ^a	10,33	31,00
	Positive Ranks	31 ^b	18,19	564,00
Ties		5 ^c		
Total		39		

a. Sesudah Kemoterapi < Sebelum Kemoterapi

b. Sesudah Kemoterapi > Sebelum Kemoterapi

c. Sesudah Kemoterapi = Sebelum Kemoterapi

Test Statistics ^a	
	Sesudah Kemoterapi - Sebelum Kemoterapi
Z	-4,574 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 12. Uji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
(HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE)
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"
 No. 2875 /UN25.1.14/SP/2019

Setelah Tim Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember menelaah dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan oleh :
After The Ethics Committe of the Faculty of Nursing, University of Jember reviewed the research protocol thoroughly proposed by:

Peneliti <i>Researcher</i>	:	Puji Arini, Muhamad Zulfatul A'la, Wantiyah
Judul	:	Perbedaan Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Sesudah Kemoterapi Pertama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
Title	:	<i>The Difference Of Depression In Cancer Patients Before And After The First Chemotherapy In The Flamboyan Ward Of Baladhika Husada Thirrd Grade Hospital Jember</i>
Unit / Lembaga <i>Institution</i>	:	Fakultas Keperawatan, Universitas Jember <i>Faculty of Nursing, Universitas Jember</i>
Waktu Penelitian <i>Time of The Research</i>	:	23 Mei 2019 – 31 Juli 2019 <i>May 23, 2019-July 31, 2019</i>
Tempat Penelitian <i>Place of the research</i>	:	Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember <i>Baladhika Husada Hospital, Jember</i>

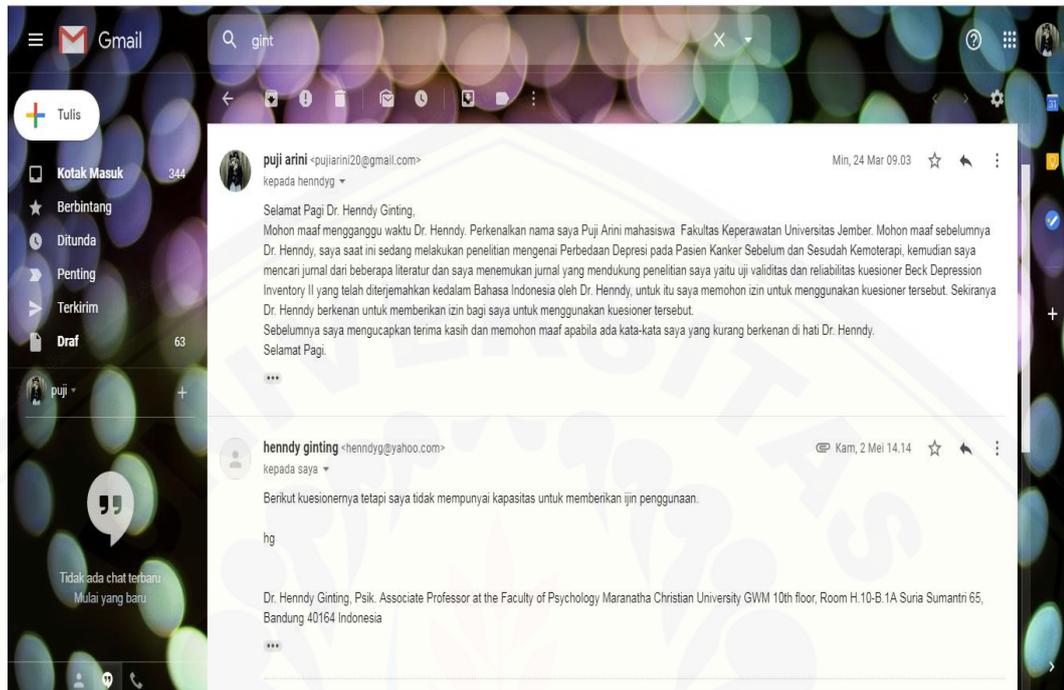
menyetujui protocol tersebut untuk kelaikan etik.
approve the research protocol for ethical clereance.

Jember, 23 MAY 2019

Ketua,
 Chairman



Ns. Tamut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., PhD
 NIP. 198001052006041004

Lampiran 13. Perizinan Kuesioner

Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPU

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Puji Arini

NIM : 152310101113

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
31 Januari 2019	Konsultasi Judul	- Mencari jurnal yang mendukung judul penelitian dan kuesioner yang tervalidasi dan reliabel	HA
8 Februari 2019	Bimbingan referensi jurnal	- Pelajari tentang sesun penelitian sampel, kriteria inklusi - eksklusi dan uji statistik	HA
15 Februari 2019	Diskusi Design Penelitian, Sampel, uji dan kriteria inklusi	- Pelajari lagi uji statistik dan G* power - susun Bab 1	HA
28 Februari 2019	Konsultasi uji statistik, perhitungan sampel dan BAB 1	- Tambahkan di BAB 1 mengenai depresi dan aspek Fitt (Fitt α dan LLG) - Tambahkan tentang penelitian sebelumnya mulai susun BAB 2 - 4	HA
25 Maret 2019	Konsultasi BAB 1 - 4	- Peneliti kerangka konsep AE	HA
11 April 2019		ACE susun	HA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Puji Arini

NIM : 152310101113

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
25/19 6	Konsul tabel Bab V Hasil	<ul style="list-style-type: none"> - Buat tabel berdasarkan Ayman penelitian - pada tabel jgn diberikan garis. - hilangkan kata total di tabel 	
27/19 6	Konsul Bab V Hasil	<ul style="list-style-type: none"> - apabila ada karafektifitas caranya di jelaskan. - karafektifitas menurut dan kategori di jelaskan satu tabel - no. uji etik diteliti di bab 9 serta uji normalitas & skor. - pelayan 2 skor. 	
5/19 07	Konsul Bab V Hasil dan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel cukup 2 - Pada pembahasan fokus pada akibat kemo - pada jurnal pendeteksi antibiotes, meqam - Peroleh Alun sesawitan hijuan - kesimpulan - Cara kerja ada barang merah. 	
10/19 07	Konsul Abstrak	perbaiki abstrak	
		Acc ujian	

Lampiran 15. Lembar Bimbingan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Puji Arini

NIM : 152310101113

Dosen Pembimbing : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
20 Maret 2019	Konsultasi BAB 1	Perbaiki bab tulis, cek kembali keruc. depri?	
29 Maret 2019	Konsultasi BAB I	Perbaiki bab tulis lengkapi pendahuluan bab I lengkap bab 2-4.	
11 April 2019	Konsultasi BAB 2-4	Perbaiki Bab f.	
1/4-2019		acc lengkap	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Puji Arini
 NIM : 152310101113
 Dosen Pembimbing II : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
04/19 7	Konsul Bab 5 hasil dan Pembahasan	FTD	
08/19 7	Konsul Bab 5 hasil dan Pembahasan	Bulkan abstrak perbaiki teks, sitasi Tipean - hasil - Pembahasan in line	
12/19 7	Konsul Bab 5 hasil dan Pembahasan	tambahkan font perbaiki foto ada turunan	
		are sidang	