**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Persepsi mengenai parah tidaknya suatu penyakit disebut dengan persepsi keparahan penyakit.1 Persepsi penyakit terutama persepsi keparahan penyakit berfungsi sebagai dasar pemahaman dan membentuk pola perilaku. Penelitian oleh Hopman (2015) menyebutkan bahwa persepsi keparahan penyakit dapat mempengaruhi pola pikir dan perilaku terkait penyakit.2 Ini sangat penting karena pasien akan membentuk pemahaman dan penalaran secara internal mengenai suatu kondisi berdasarkan persepsi tersebut. Pada pengobatan di rumah sakit, hal ini sering terabaikan sehingga kemungkinan pasien memiliki persepsi yang salah dan menyebabkan gangguan psikologis yang tidak diinginkan.

Persepsi negatif mempengaruhi respon emosional, kondisi psikologis, dan perilaku.3 Individu dapat merasakan marah, sedih, panik, dan ansietas. Apabila dibiarkan, kondisi ini akan menyebabkan stres dan depresi. Penelitian oleh Zhang (2015) menemukan bahwa gejala fisik dan psikologis memiliki hubungan signifikan terhadap semua komponen persepsi penyakit kecuali komponen *control beliefs*.4 Ini berarti, persepsi keparahan penyakit berkaitan dengan munculnya gangguan psikologis seperti depresi.

Persepsi penyakit yang negatif sering ditemukan pada pasien dengan penyakit kronik seperti kanker payudara. Penelitian yang dilakukan oleh Shabahang (2011) menjelaskan persepsi penyakit pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dalam 5 aspek.5 Pada aspek *identity* pasien memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyakitnya. Pada aspek *timeline,* pasien berpendapat penyakit tersebut akut. Pada aspek *consequences* pasien berpendapat bahwa penyakitnya memiliki konsekuensi yang serius. Pada aspek *cause,* pasien menyakini kanker sebagai akibat dari kondisi psikologis. Pada aspek *controlability,* pasien percaya bahwa terapi medis lebih efektif dibanding kontrol diri.5

Persepsi penyakit dapat mempengaruhi kondisi psikologi seseorang dan menyebabkan depresi. Shabahang (2011) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa persepsi penyakit berpengaruh pada psikologi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi seperti kontrol personal dan mekanisme koping sebagai akibat dari persepsi penyakit khususnya persepsi keparahan penyakit yang negatif.5 Hal ini didukung dengan penelitian oleh Fortune (2004) yang menemukan hubungan positif antara komponen *Identity, consequences,* dan *control / cure* dan kondisi depresi.6

Zhang menyebutkan pada pasien kanker payudara dan ginekologikal, stres, depresi, dan gangguan psikologis / personal diasosiasikan dengan adanya persepsi penyakit khususnya persepsi keparahan penyakit yang negatif.4 Ini berarti persepsi penyakit termasuk didalamnya persepsi keparahan penyakit menentukan respon individu terhadap penyakitnya. Respon yang dimaksud meliputi kepercayaan terhadap pengobatan dan kemampuan untuk sembuh. Pada penelitian Shabahang, pasien yang menunjukkan kepercayaan rendah menunjukkan koping maladaptif seperti cemas dan berpikiran negatif.5 Apabila kondisi terus berlarut maka dapat menyebabkan gangguan psikologis seperti depresi.

Depresi pada pasien kanker payudara muncul akibat gangguan perasaan yang persuasif. Hal ini menyebabkan perubahan pada pandangan seseorang terhadap perilaku dan sikap terhadap kanker payudara.7 Gangguan mood pada depresi yang paling umum diekspresikan dengan perasaan sedih, pesimis, dan putus asa. Di Indonesia, prevalensi depresi cukup tinggi, yaitu sekitar 17-24% masalah kesehatan pertahunnya.8 Pada pasien kanker payudara depresi merupakan gangguan yang paling sering terjadi selain ansietas dan stress.11

Depresi murupakan fenomena yang sering dijumpai pada pasien dengan penyakit kronis seperti kanker payudara.10 Selain stres dan cemas, depresi merupakan salah satu kondisi psikologis umum yang sering terjadi pada penderita kanker payudara.11 Kondisi depresi yang terjadi pada pasien kanker payudara mencakup *syok* mental, takut, tidak dapat menerima kenyataan, putus asa, takut mati, dan ketakutan akan masa depan.12 Perasaan negatif timbul terutama setelah diagnosis diketahui. Burgess (2005) menyebutkan bahwa pada pasien kanker payudara; 50% perempuan mengalami depresi pada tahun pertama sejak diagnosis; 25% pada tahun kedua, ketiga, dan kempat; 15% mengalami depresi pada tahun kelima.13

Depresi pada pasien dengan penyakit berat seperti kanker payudara dapat terjadi akibat pengobatan seperti kemoterapi.8 Penelitian oleh Polikandrioti (2008) menemukan bahwa pada 159 pasien yang menjalani kemoterapi, 67,7% mengalami depresi normal, 21,5% mengalami depresi ringan, 10,2% mengalami depresi sedang, dan 0,6% mengalami depresi berat.14 Penelitian ini juga menyebutkan bahwa depresi yang lebih berat ditemukan pada pasien berusia >70 tahun, memiliki penyakit penyerta, menjalani kemoterapi, dan ketidakadekuatan nutrisi.

Depresi yang dialami pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi disebabkan karena hilangnya perasaan normal dan perubahan lingkungan. Perasaan depresi yang dirasakan mencakup perasaan sedih, penurunan harga diri, perasaan bersalah, dan perbuatan mencela diri sendiri.8 Pasien dapat merasa tertekan dengan kondisi tubuhnya. Perasaan negatif tersebut ditambah dengan efek samping pengobatan seperti kemoterapi yang juga membebani tubuh. Kondisi seperti inilah yang membuat pasien kanker payudara mudah terserang depresi.

Depresi pada pasien kanker payudara dapat menyebabkan perubahan pada respon afektif, kognitif, dan motorik.7,9 Gejala yang muncul meliputi apatis, berpikiran negatif, hilangnya minat, menutup diri, nafsu makan menurun dan kehilangan berat badan. Depresi juga menyebabkan rasa lelah dan letargik bila terjadi insomnia / hipersomnia. Apabila depresi terjadi dalam waktu lama maka terjadi komplikasi yang lebih serius berupa malnutrisi atau sebaliknya. Gangguan memori jangka pendek dan timbulnya keinginan bunuh diri juga dapat terjadi sebagai efek dari depresi yang berlarut.

Penelitian mengenai hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi belum ada di Indonesia. Penelitian terbaru mengenai hubungan persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi dilakukan oleh Lestari pada pasien asma. Lestari (2014) berhasil menemukan adanya hubungan positif antara persepsi keparahan penyakit dengan tingkat depresi pada pasien asma di IGD Kota Semarang.15 Studi yang dilakukan Lestari juga didukung oleh teori *Self-regulation Models* yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan signifikan antara persepsi keparahan penyakit dengan kondisi psikologis seperti depresi.3

Studi pendahuluan dilakukan pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. Saat ditanyakan mengenai pengalaman menjalani kemoterapi pada 3 orang pasien, diketahui bahwa mereka merasa tidak berdaya dan tidak nyaman selama kemoterapi. Mereka juga mengatakan sering kehilangan nafsu makan tertutama 3-5 hari setelah kemoterapi, merasa mudah marah, dan sedih hampir setiap hari. Seorang pasien sudah tidak lagi menjalani kemoterapi dan 2 orang lainnya mengatakan tidak teratur menjalani kemoterapi karena merasa takut. Salah seorang pasien mengatakan merasa sedih, tidak berdaya, dan takut menjalani pengobatan lanjut. Sebagai referensi tambahan, tercatat pada bulan Maret-Mei 2016 terdapat 320 pasien kanker payudara di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Perawat sebagai tenaga kesehatan merupakan profesional yang berperan aktif dalam pembentukan persepsi pasien terutama pada kunjungan pertama. Diharapkan dengan adanya penelitian ini, perawat dapat memahami persepsi pasien mengenai penyakit kanker payudara. Komponen persepsi keparahan penyakit membentuk persepsi pasien mengenai parah / tidaknya penyakit dan efeknya. Perawat dapat membantu mengembangkan mekanisme koping positif dengan memberikan informasi yang tepat dan mengubah persepsi keparahan penyakit menjadi lebih positif. Diharapkan, pasien menjadi lebih optimis dalam menjalani pengobatan.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Antara Persepsi Keparahan Penyakit Dan Tingkat Depresi Pada Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”. RSUD Dr. Moewardi dipilih karena merupakan salah satu rumah sakit rujukan kanker payudara yang cukup besar di Jawa Tengah. Rumah sakit tersebut juga didukung dengan fasilitas kemoterapi dan radiasi. Sebagai rumah sakit rujukan, RSUD Dr. Moewardi memiliki jumlah pasien kanker yang cukup besar.

1. **Rumusan Masalah**

Pasien kanker payudara rentan mengalami depresi, terutama pada pasien yang juga menjalani kemoterapi. Lelah, nyeri, keterbatasan aktivitas ditambah efek samping kemoterapi seperti anhedonia, dapat mempengaruhi tidak hanya kondisi fisik tetapi juga psikologis pasien. Tanda dan gejala penyakit ditambah pengalaman dari pasien kanker payudara kemudian membentuk persepsi keparahan penyakit yang bersifat subyektif. Persepsi keparahan penyakit berperan sebagai tolak ukur keparahan penyakit dan berfungsi sebagai dasar pembentukan sikap serta mempengaruhi kondisi emosional pasien kanker payudara. Pasien merasakan tekanan yang besar dan merasa tidak berdaya sehingga dapat menyebabkan gangguan depresi yang lebih berat. Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan antara persepsi penyakit dan tingkat depresi pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1. **Tujuan Penelitian**
2. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

1. Tujuan Khusus
2. Mengetahui persebaran demografi dan stadium pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
3. Mengetahui persepsi keparahan penyakit pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
4. Mengetahui tingkat depresi yang dialami pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
5. Mengetahui hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
6. **Manfaat Penelitian**
7. Manfaat Kepada Profesi
8. Mengetahui hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi sehingga dapat merencanakan pemberian informasi yang tepat dan meminimalkan kejadian depresi.
9. Membantu mengetahui permasalahan depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi berkaitan dengan persepsi keparahan penyakitnya dengan mengembangkan persepsi keparahan penyakit yang positif.
10. Membantu mengembangkan *support system* yang tepat untuk mengatasi depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi berkaitan dengan pengaruh persepsi penyakitnya.
11. Manfaat Kepada Masyarakat

Membantu pasien dan keluarga untuk mengembangkan pemahaman yang baik dan positif tentang kanker payudara melalui aspek persepsi keparahan penyakit.

1. Manfaat Kepada Rumah Sakit

Membantu merancang intervensi yang tepat melalui pembentukan persepsi keparahan penyakit dan mengurangi insiden depresi pada pasien kanker payudara.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Kanker Payudara**
2. Pengertian Kanker Payudara

Kanker yaitu penyakit yang disebabkan abnormalitas reproduksi sel yang terus-menerus. Sel yang membelah dari sel kanker bersifat anaplastik dan otonomi sehingga dapat bermetastasis ke bagian tubuh lain dari tempat awal. Kanker payudara adalah bentuk kanker paling umum yang dijumpai pada perempuan diseluruh dunia dan menempati urutan pertama penyebab kematian pada perempuan akibat kanker.16

1. Etiologi Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan kanker letal yang sering dijumpai pada perempuan dan terus mengalami peningkatan signifikan setiap tahunnya. Pada tahun 2013 diperkirakan terdapat 232,340 kasus baru dan 39,620 kematian akibat kanker payudara.16 Hal ini berarti, 1 dari 8 perempuan di Amerika akan mengalami kanker payudara.16 Jumlah ini bertambah menjadi 234.190 kasus baru dan 40.730 kematian pada tahun 2015.17Di Indonesia, Riskesdas (2013) menyebutkan bahwa kanker payudara menempati urutan kedua setelah kanker serviks pada perempuan dengan estimasi prevalensi kejadian terbesar di Provinsi Jawa Barat dan Jawa Tengah.18

1. Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Kanker Payudara

Estrogen dan progresteron merupakan faktor penting yang mempengaruhi pertumbuhan kanker payudara.Sel kanker membutuhkan hormon estrogen dan gestagen untuk tumbuh. Pada Sebagian besar kasus, sel kanker payudara memiliki reseptor estrogen α (ERα) dan reseptor progesteron (PR) sedangkan reseptor estrogen β (ERβ) berkurang atau tidak diproduksi.19,20Genetik dan hereditas. mempengaruhi sekitar 10%-20% angka kejadian kanker payudara. Tidak aktifnya gen BRCA1 dan BRCA2 meningkatkan resiko kanker payudara hingga 80%.19Banyak penelitian menyebutkan bahwa pajanan estrogen yang terlalu lama dan dini dapat meingkatkan resiko kanker payudara. Hal ini terjadi pada kejadian awal mentruasi diusia yang lebih muda dan fase menopause yang lebih lambat.19,21Diet tinggi lemak, konsumsi alkohol, kehamilan, dan terapi hormon merupakan beberapa faktor yang juga mendorong kanker payudara.19

1. Tanda Dan Gejala Kanker Payudara

Sel kanker payudara berbentuk tidak teratur dan merupakan sekumpulan sel yang membelah secara abnormal. Kulit menjadi keras sebagai akibat dari desakan sel kanker dan berubah warna, batasannya tidak jelas dan terasa benjolan yang terfiksasi di satu tempat. Restraksi puting dan kerutan pada areola mengindikasikan adanya adenokasinoma pada duktus. Rasa gatal dan nyeri sering terjadi.

Keganasan yang lebih berat ditandai dengan inflamasi, mengkerut dan terjadi penyusutan pada kulit payudara, pertambahan pada massa payudara yang keras dan edema. Nyeri tulang, penyakit kuning dan pengurangan berat badan dapat terjadi apabila kanker telah bermetastasis. Apabila telah bermetastasis, kelenjar getah bening akan bereaksi sehingga menyebabkan rasa sakit di ketiak atau klavikula.

1. Patofisiologi Kanker Payudara

Payudara terletak pada dinding depan facia superficial. Panjangnya dapat bervariasi, mulai dari kuadran lateral atas hingga aksila. Payudara tersusun atas lapisan kulit, jaringan lemak, lobus dan lobulus. Setiap kenjar susu terdiri dari 15-25 lobus dan setiap lobus terdiri dari bagian-bagian kecil yang disebut lobulus. Kelenjar susu menghasilkan ASI yang dialirkan melalui ductus lactiferous menuju puting. Terdapat pula jaringan ikat, pembuluh darah, dan sistem limfatik.

Lobus-lobus parenkim dan duktusnya tersusun secara radial dengan posisi dari papilla mammae. Apabila dilihat, duktus tampak seperti barisan sentral pada papilla seperti jari-jari roda berakhir secara terpisah di puncak dari papilla. Segmen dari duktus dalam papilla merupakan bagian duktus yang tersempit. Oleh karena itu, sekresi atau pergantian sel-sel cenderung untuk terkumpul dalam bagian duktus yang berada dalam papilla. Hal ini menyebabkan ekspansi duktus saat berdilatasi akibat penumpukan sekret. Lokasi ini dinamakan *lactiferous sinuse.* Pada area bebas lemak di bawah areola, bagian yang dilatasi dari duktus laktiferus (*lactiferous sinuses*) merupakan satu-satunya tempat untuk menyimpan susu. *Intraductal papillomas* sering terjadi bagian ini.

Ligamentum suspensori cooper membentuk jalinan yang kuat. Pita jaringan ikat berbentuk ireguler menghubungkan dermis dengan lapisan dalam dari fascia superfisial. Jaringan ini melewati lobus-lobus parenkim dan menempel ke elemen parenkim dan duktus. Kadang-kadang, fascia superfisial terfiksasi hingga ke kulit.Sebagian tanda-tanda keganasan nampak sebagai akibat perubahan pada jaringan ini. Contoh yang sederhana yaitu apabila terjadi invasi keganasan, sebagian dari ligamentum Cooper akan mengalami kontraksi, menghasilkan retraksi dan fiksasi atau lesung dari kulit yang khas. Ini berbeda dengan penampilan kulit yang kasar dan ireguler yang disebut *peau d'orange*, dimana pada *peau d'orange* perlekatan subdermal dari folikel-folikel rambut dan kulit yang bengkak menghasilkan gambaran cekungan dari kulit.

Kanker payudara terjadi bila terjadi perubahan genetik pada sel sehingga terus-menerus berproliferasi. Gen onkosupresor seperti BRCA1 dan BRCA2 bertugas sebagai pengontrol integritas dan perbaikan DNA. Pada sebagian besar kasus kanker payudara dan herediter, gen-gen ini mengalami kerusakan sehingga tidak berfungsi. Penyebab lainnya adalah reaksi berlebihan dari reseptor ERα yang kemudian mengirimkan sinyal proliferasi tanpa adanya estrogen. Reseptor ERβ yang bertugas menghambat proliferasi tidak diproduksi atau tidak aktif pada sel kanker.20 Tidak aktifnya gen onkosupresor menyebabkan proses proliferasi terjadi dan berkembang menjadi sel kanker.

1. Klasifikasi Kanker Payudara

Karsinoma (keganasan sel epitelial) payudara merupakan bentuk kanker payudara yang paling banyak dijumpai. Sarkoma (keganasan sel jaringan ikat) payudara jarang dijumpai dan prevalensinya lebih sedikit dibanding karsinoma. Kanker payudara dikelompokkan menjadi 2 berdasarkan histologinya yaitu karsinoma non invasif dan karsinoma invasif.21,22

Karsinoma non invasif yaitu proliferasi sel kanker yang berkembang kedalam tanpa melebihi lapisan basalnya. Karsinoma jenis ini merupakan suatu tanda peringatan dan dapat berkembang menjadi karsinoma invasif. Termasuk dalam jenis ini yaitu karsinoma intradutus non infasif/DCIS (karsinoma pada duktus lactiferous) dan karsinoma lubular in situ/LCIS (karsinoma pada kelenjar susu). Jenis kanker ini sulit untuk dideteksi karena tidak dapat dipalpasi. Sel kanker terlihat sebagai bagian yang terkalsifikasi bila menggunakan mamografi.21

Karsinoma invasif yaitu proliferasi sel kanker yang berkembang keluar lapisan basal, stroma bahkan menginvasi jaringan sekitarnya (metastasis). Pada kanker jenis ini, tanda gejala kanker payudara dapat diamati seperti kemerahan, perubahan pada puting dan perubahan bentuk payudara. Karsinoma invasif terbagi menjadi 3 yaitu karsinoma duktus invasif, karsinoma lobular invasif dan kanker khusus/ jarang. Karsinoma lubular invasif dan kanker yang jarang (sel squamosa, apokrin, adenoid sistik) memiliki prevalensi yang lebih kecil dibanding karsinoma duktus invasif (70%).21Karsinoma duktus invasif terdiri atas adenokasinoma dengan fibrosis produktif, karsinoma medular, karsinoma musinosum, karsinoma papiler dan karsinoma tubular.

1. Stadium Kanker Payudara

Stadium pada kanker payudara dinilai dari 3 aspek yaitu besar tumor (T), keterkaitan dengan node limfa terdekat (N), dan ada/tidaknya metastasis (M). Sistem ini disebut sistem TNM dan digunakan baik dalam menilai stadium klinis maupun stadium patologik.21

Tabel 1. Stadium Kanker Payudara

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stadium Klinis** | **Tumor** | **Nodus Limfa** | **Metastasis** |
| Stage 0 | Tis | N0 | M0 |
| Stage I A | T1 | N0 | M0 |
| Stage I B | T0 | N1mi | M0 |
| T1 | N1mi | M0 |
| Stage II A | T0 | N1 | M0 |
| T1 | N1 | M0 |
| T2 | N0 | M0 |
| Stage II B | T2 | N1 | M0 |
| T3 | N0 | M0 |
| Stage III A | T0 | N2 | M0 |
| T1 | N2 | M0 |
| T2 | N2 | M0 |
| T3 | N1 | M0 |
| T4 | N2 | M0 |
| Stage III B | T4 | N0 | M0 |
| T4 | N1 | M0 |
| T4 | N2 | M0 |
| Stage III C | Any T | N3 | M0 |
| Stage IV | Any T | Any N | M1 |

Keterangan:

**Tumor Primer (T)**

TX = tumor primer tidak dapat dikaji.

T0 = Tidak ada tanda-tanda tumor primer.

Tis = Carsinoma in situ.

Tis (DCIC) = Ductal Carsinoma in situ.

Tis (LCIS) = Lobular Carsinoma in situ.

Tis (Paget’s) = tanda penyakit paget.

T1 = ukuran tumor ≤20 mm.

T1mi = ukuran tumor ≤1 mm.

T1a = ukuran tumor >1 mm dan ≤5 mm.

T1b = ukuran tumor >5 mm dan ≤10 mm.

T1c = ukuran tumor >10 mm dan ≤20 mm.

T2 = ukuran tumor >20 mm dan ≤50 mm

T3 = ukuran tumor >50 mm.

T4 = tumor ukuran berapapun, ulserasi atau *skin nodules*.

T4a = pelebaran atau invasi pada otot pectoralis pada dinding dada.

T4b = ulserasi dan atau ipsilateral nodul dan atau edema kulit yang tidak termasuk dalam kriteria *inflammatory carcinoma*.

T4c = tanda gejala pada T4a dan T4b tampak.

T4d = *inflammatory carcinoma*.

**Nodus Limfa Regional (N)**

NX = nodus limfa regional tidak dapat dikaji.

N0 = tidak ada tanda metastasis pada nodus limfa regional.

N1 = metastasis nodus limfa aksila ipsilateral (dapat digerakkan).

N2 = metastasis nodus limfa aksila ipsilateral (terfiksasi) atau internal mammary ipsilateral tetapi kurang dapat dibuktikan secara klinis.

N2a = metastasis pada nodus limfa aksila ipsilateral (terfiksasi) atau internal mammary ipsilateral yang saling melekat dengan struktur lainnya.

N2b = metastasis hanya tampak pada internal mammary ipsilateral tanpa bukti klinis adanya metastasis ke nodus limfa aksila ipsilateral.

N3 = Metastasis ke nodus limfa infraklavikula ipsilateral dengan atau tanpa keterlibatan nodus limfa aksilla; atau metastasis pada nodus limfa internal mammary ipsilateral tetapi secara klinis terbukti terdapat metastasis ke nodus limfa aksilla ipsilateral; atau metastasis pada nodus limfa supraklavikula ipsilateral dengan atau tanpa keterlibatan nodus limfa infraklavikula atau aksilla ipsilateral.

N3a = metastasis pada nodus limfa infrakalvikula ipsilateral.

N3b = metastasis pada nodus limfa internal mammary dan aksila.

N3c = metastasis pada nodus limfa supraklavikula ipsilateral.

**Metastasis Jauh (M)**

M0 = Tidak ada tanda metastasis jauh.

cM0(i+) = Tidak ada tanda metastasis jauh tetapi pemeriksaan deposit molekuler mendeteksi sel tumor bersirkulasi dalam darah, sumsum tulang, atau jaringan nodal lain yang ≤0.2 mm pada pasien.

M1 = Terdapat metastasis jauh.

1. Penanganan Kanker Payudara
2. Pembedahan

Prosedur pembedahan dan pengangkatan kanker payudara disebut masektomi. Terapi ini ditujukan untuk pasien stadium I, II dan III sebagai terapi konservasi. Terdapat 2 jenis masektomi yaitu *Modified Radical Masectomy* dan *Partial Masectomy (Breast Conservation).*

1. Kemoterapi

Kemoterapi yaitu pengobatan dengan memasukkan obat dosis tinggi langsung dalam pembuluh darah. *Adjuvant* kemoterapi diberikan setelah pembedahan dan sebelum terapi radiasi. *Neoadjuvant Chemoteraphy*diberikan sebelum operasi. Efek samping dari kemoterapi diantaranya pusing, mual, selera makan menurun, kerontokan rambut, lemas, gangguan pada metabolisme tubuh dan penurunan berat badan.

1. Terapi Hormon

Terapi hormon merupakan terapi kuratif dengan memberikan antibodi atau hormon yang berguna untuk menekan pertumbuhan kanker. Antibodi ini buatan dan diproduksi diluar tubuh manusia. *Adjuvant* terapi hormon diberikan untuk mengatasi kanker payudara yang memiliki reseptor estrogen positif.

1. Pengawasan

Pengawasan dilakukan untuk mencegah dan mendeteksi dini adanya kanker payudara. Pada pasien yang telah mengalami kanker payudara sebelumnya, pengawasan dilakukan untuk mencegah dan mendeteksi ada/tidaknya kanker payudara yang lain. Pengawasan juga dilakukan untuk melihat perkembangan dan efek samping yang mungkin muncul atas pengobatan yang diberikan.

1. **Kemoterapi**
2. Pengertian Kemoterapi

Kemoterapi adalah terapi dengan memasukkan obat-obatan anti kanker (sitostatika) kedalam pembuluh untuk menghancurkan sel kanker.21,23 Obat ini umumnya bekerja dengan menghambat atau mengganggu sintesa DNA dalam siklus sel. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik (menyeluruh), berbeda dengan pembedahan atau radiasi yang lebih bersifat lokal/setempat. Obat sitostotika dibawa melalui aliran darah atau diberikan langsung ke dalam tumor, jarang menembus *blood-brain barrier* sehingga obat ini sulit mencapai sistem saraf pusat.

Pemberian kemoterapi dapat dilakukan sebelum maupun sesudah proses pengobatan utama yaitu pembedahan.Kemoterapi dapat digunakan sebegai terapi kuratif maupun paliatif, tergantung dari stadium kanker dan kondisi pasien. Beberapa macam kanker seperti kanker payudara membutuhkan terapi kemo yang beragam atau cukup dengan satu jenis kemoterapi saja.

1. Prinsip Kerja Kemoterapi

Prinsip kerja pengobatan dengan kemoterapi adalah dengan meracuni atau membunuh sel-sel kanker, mengontrol pertumbuhan sel kanker, dan menghentikan pertumbuhannya agar tidak menyebar, atau untuk mengurangi gejala-gejala yang disebabkan oleh kanker. Kemoterapi kadang-kadang merupakan pilihan pertama untuk menangani kanker. Kemoterapi bersifat sistemik, berbeda dengan radiasi atau pembedahan yang bersifat setempat, karenanya kemoterapi dapat menjangkau sel-sel kanker yang mungkin suddah menjalar dan menyebar ke bagian tubuh yang lain.22,23

Penggunaan kemoterapi berbeda-beda untuk setiap pasien, kadang-kadang sebagai pengobatan utama, pada kasus lain dilakukan sebelum atau setelah operasi atau radiasi. Tingkat keberhasilan kemoterapi juga berbedabeda tergantung jenis kankernya.

1. Metode Pemberian Kemoterapi

Berdasarkan pemberian tujuan, cara dan pemberiannya, kemoterapi dibedakan menjadi:22,23

1. Kemoterapi primer

Primer berarti kemoterapi diberikan sebagai terapi pengobatan utama. Kemoterapi primer, diberikan sebagai pengobatan utama pada tumor ganas bersifat kemosensitif. Biasanya diberikan terlebih dahulu sebelum pengobatan yang lain misalnya bedah atau radiasi.

1. Kemoterapi *adjuvant*

Kemoterapi ini diberikan setelah melakukan proses pembedahan. Obat-obatan pada kemoterapi adjuvant diberikan dengan tujuan menghancurkan sel kanker yang tersisa/metastase kecil dan mencegah kekambuhan.

1. Kemoterapi *neoadjuvant*

Kemoterapi ini diberikan sebelum melakukan proses pembedahan. Neoadjuvant digunakan untuk memperkecil ukuran kanker sehingga hasil pembedahan menjadi lebih efektif.

1. Kemoterapi kombinasi

Dua atau lebih obat sering digunakan sebagai suatu kombinasi pada kemoterapi. Alasan dilakukannya terapi kombinasi adalah untuk menggunakan obat yang bekerja pada bagian yang berbeda dari proses metabolisme sel, sehingga akan meningkatkan kemungkinan dihancurkannya jumlah sel-sel kanker.

1. Kemoterapi Induksi

Terapi induksi ditujukan mengecilkan massa tumor atau jumlah sel kanker, contoh pada tomur ganas yang berukuran besar (*Bulky Mass Tumor*) atau pada keganasan darah seperti leukemia.

1. Obat-obatan Kemoterapi

Obat-obat kemoterapi diklasifikasikan berdasarkan aktivitas farmakologis dan pengaruhnya terhadap reproduksi sel. Kelompok dasar dan aksi potensial mereka adalah sebagai berikut:21,22

1. *Alkalyting Agents*

Alkylating memengaruhi molekul DNA, yaitu mengubah struktur atau fungsinya sehingga tidak dapat berkembang biak. Contoh obat golongan ini yaitu busolvon dan cisplatin. Efek sampingnya adalah mual; muntah; rambut rontok; iritasi kandung kemih (sistitis) disertai terdapatnya darah dalam dalam air kemih; jumlah sel darah putih, sel darah merah, dan trombosit menurun.

1. Antimetabolit

Antimetabolit adalah sekumpulan obat yang memengaruhi sintesis (pembuatan) DNA atau RNA dan mencegah perkembangbiakan sel. Efek samping tambahan terjadinya ruam kulit, warna kulit menjadi lebih gelap (meningkatkan pigmentasi), atau gagal ginjal. Contoh obat ini adalah methotrexate dan gemcitabine yang digunakan pada kanker leukimia serta tumor payudara, ovarium dan saluran pencernaan.

1. Antitumor

Obat ini juga memengaruhi DNA dan mencegah tumor berkembang biak dan dengan cara kimiawi mencegah produksi enzim-enzim serta mengubah membran sel. Contohnya adalah Pleomycin dan Idarubicin yang digunakan untuk berbagai macam jenis kanker. Efek sampingnya berupa reaksi alergi yang bisa berakibat fatal, hilangnya nafsu makan, mual, muntah, demam, kadar gula darah tinggi.

1. Analog Platinum

Analog platinum adalah senyawa-senyawa yang mengandung unsur logam platinum. Senyawa-senyawa ini bekerja dengan cara membentuk rantai silang antara DNA dengan platinum sehingga sel kanker tidak dapat melakukan pembelahan dengan benar dan proses perkembangbiakannya menjadi terhambat. Contohnya adalah carboplatin, cisplatin dan oxaliplatin.

1. Senyawa Alami

Ada beberapa senyawa alami yang dapat mengikat DNA sehingga menimbulkan kerusakan pada krosom dari sel kanker dan menghambat pembelahan sel kanker. Contoh dari senyawa semacam ini adalah dactinomycin dan mitomycin.

1. Efek Samping Kemoterapi

Efek jangka panjang dari kemoterapi meliputi karsinogenitas dan infertilitas. Perubahan pada kondisi kulit, kerontokan rambut, dan penurunan berat badan merupakan efek jangka panjang kemoterapi yang mudah diamati.

Efek jangka pendek meliputi depresi sumsum tulang, efek gastroinstestinal (mual-muntah dengan derajat bervariasi), gangguan fungsi hati dan ginjal, kardiotoksisitas, neurotoksisitas, pulmotoksisitas, dan reaksi alergi. Gangguan lain juga dapat terjadi, misalnya pemberian bleomisin, asparaginase, taksol, taksotere dapat menimbulkan menggigil, demam, syok anafilaktik dan edema. Pemberian infus kontinu 5-FU, xeloda peropral dapat menimbulkan sindroma tangan kaki (eritroderma plantar) dengan manifestasi telapak tangan dan kaki nyeri, bercak merah, bengkak, eksudasi, deskuamasi, ulserasi.

1. **Persepsi Keparahan Penyakit**
2. Pengertian Persepsi Keparahan Penyakit

*Illness Perception* atau persepsi penyakit merupakan sebuah konsep yang dikembangkan sesorang individu sebagai dasar dalam memandang dan bereaksi terhadap penyakit*.*1 Konsep ini dikembangkan melalui konstruk multidimensional dan pengalaman individual. Individu akan berusaha memaknai informasi dan pengalaman yang didapatkan untuk membuat keputusan yang nantinya dapat mempengaruhi sikap terhadap penyakitnya.

Persepsi keparahan penyakit merupakan anggapan seseorang terhadap tingkat keparahan, kondisi, dan perkembangan penyakitnya. Seberapa besar dampak yang diakibatkan oleh penyakitnya yang dinilai dengan penilaian objektif sehingga bersifat felksibel.1,3 Pasien membentuk persepsi keparahan penyakit mengumpulkan informasi dan membandingkannya dengan pengalaman nyata yang terjadi. Proses ini terus berlanjut seiring perkembangan penyakit dan informasi yang didapatkan sehingga persepsi keparahan penyakit yang terbentuk dapat berubah seiring waktu.

Persepsi keparahan penyakit berkaitan erat dengan respon terhadap pengobatan dan emosi pasien sehingga dapat membantu menentukan intervensi yang tepat dan mencegah kondisi emosional yang tidak diinginkan seperti depresi, stress, dan ansietas. Pasien yang memiliki persepsi keparahan cenderung negatif cenderung mengalami lebih banyak masalah emosional. Pasien merasa tertekan, stress, dan kehilangan semangat hidup. Pasien meyakini penyakitnya tidak akan membaik sehingga merasa segala pengobatan yang dijalani sia-sia dan berhenti menjalani pengobatan. Persepsi keparahan penyakit yang negatif juga diasosiasikan dengan kepercayaan terhadap kontrol personal yang rendah.

1. *Leventhal Self-regulatory Models*.

Leventhal menjelaskan dalam teorinya *Self-regulation Model* mengenai konsep *Illness Perception* (persepsi penyakit). Teori ini menjelaskan persepsi penyakit sebagai fokus dalam memahami persepsi pasien terhadap penyakitnya. Leventhal mendefinisikan persepsi penyakit sebagai keyakinan dan harapan pasien terhadap penyakit dan gejala somatis.24 *Illness perception* mempengaruhi cara pandang pasien yang selanjutnya menentukan sikap dan tingkah laku pasien dalam menghadapi penyakitnya.

Persepsi penyakit (*Illness perception*) merupakan inti dari teori *Self-regulation Model.* Pada awalnya, konsep ini terdiri dari 4 komponen yang mencangkup *identity, consequences, timeline*, dan *cause.* Konsep ini mengalami perubahan dan penyempurnaan seiring waktu hingga direvisi oleh Lau. Lau kemudian mengembangkan konsep tersebut dengan menambahkan dimensi *controllability/cure.*25

Konsep *Illness Perceptions* ini digunakan untuk memahami persepsi pasien terhadap penyakitnya. *Identity* mencakup diagnosis dan pengetahuan pasien mengenai penyakit. *Timeline* mencakup kepercayaan pasien mengenai lama penyakit (akut / kronik). *Consequences* menjelaskan tentang pendapat pasien mengenai perubahan pada fisik, sosial, dan perilaku pasien. *Cause* mencakup kepercayaan pasien mengenai penyebab penyakit. *Controlability / cure* menjelaskan tentang kepercayaan pasien mengenai kemampuan untuk mengontrol penyakit (pengobatan / kontrol personal).

Pengukuran komponen tersebut secara kuantitatif dilakukan dengan *in-depth* dan *semi-structured interview*. Weinman mengembangkan *The Illness Perception Questionaire* (IPQ) untuk mengukur komponen *identity, consequences, timeline*, *cause,* dan *cure / controllability*.26 Alat ukur ini lalu dikembangkan lagi oleh Moss Morris dengan menjabarkan komponen tersebut recara lebih detail dalam *Revised Illness Perception Questionaire* (IPQ-R) yang mencangkup 9 komponen yaitu *consequences*, *timeline, personal control, treatment control, identity, concern, illness comprehensibility, emotions,* dan *clausa representations.* Konsep ini tidak jauh berbeda dengan konsep sebelumnya dan secara umum dapat dikelompokkan dalam 5 komponen yang sama seperti sebelumnya.Bentuk kuesioner yang lebih pendek dikembangkan oleh Broadbant. Broadbant mengembangkan alat ukur *The Brief Illness Perception Questionaire* (B-IPQ) yang merupakan bentuk yang lebih sederhana dari IPQ-R.

Persepsi penyakit dapat mempengaruhi tingkah laku pencegahan penyakit, reaksi terhadap gejala dan diagnosa, kepatuhan terhadap pengobatan, dan harapan (Leventhal, 2004).1 Persepsi tidak statis tetapi dapat berubah sesuai kondisi lingkungan dan proses pengobatan sehingga persepsi dapat berubah (Baker 2007).27

1. Proses Terbentuknya Persepsi

Proses terbentuknya persepsi dimulai dari adanya rangsang yang diterima. Rangsangan ini dapat berupa fisik atau psikologis, internal maupun eksternal. Rangsang disalurkan oleh indra ke otak untuk dilakukan seleksi informasi. Apakah informasi tersebut sudah ada sebelumnya atau baru. Informasi kemudian diinterpretasikan maknanya dan dipahami sebagai sesuatu.

Persepsi keparahan penyakit dibentuk melalui proses akuisisi *illness representation* dan pengalaman nyata yang dialami. Illness representation (represtasi penyakit) merupakan anggapan / pemahaman pasien mengenai suatu penyakit / kondisi. Representasi penyakit terbentuk dari berbagai macam informasi yang kemudian ditelaah untuk membentuk suatu makna. Individu kemudian dihadapkan pada stimulus kuat seperti saat terdiagnosa untuk kali pertama. Disini, terjadi perubahan pada persepsi individu setelah menjadi ‘pasien’. Pasien kemudian membentuk persepsi keparahan penyakit dengan membandingkan representasi penyakit dengan keadaannya saat ini. Pemahaman yang dikaitkan dengan pengalaman pasien ini membentuk persepsi keparahan penyakit yang bersifat obyektif. Persepsi inilah yang kemudian mempengaruhi pola pikir yang ditampilkan di lingkungan dalam sikap dan kebiasaan sehari-hari.

1. Faktor yang Mempengaruhi Persepsi.

Setiap pasien memandang penyakitnya secara subyektif sehingga berbeda antara satu dengan yang lain. Menurut Moss-Moris terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi, yaitu; faktor demografi seperti Pendidikan, usia, dan jenis kelamin; faktor fisik seperti penerimaan diri; faktor sosial seperti dukungan sosial; dan *Illness-related factor* seperti rasa sakit dan kecacatan.28

1. **Depresi**
2. Pengertian Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan *mood*. *Mood* diartikan sebagai emosi pervasif dan diyakini oleh seseorang yang memiliki pengaruh kuat dalam membangun persepsi terhadap dunia.21 Depresi yaitu gangguan *mood* yang diekspresikan dengan perasaan sedih, pesimis, dan putus asa.21,29 Depresi merupakan penyebab utama ketidakmampuan di Amerika dan beresiko lebih besar pada perempuan.29

1. Etiologi Depresi

Depresi merupakan sindrom yang terjadi pada 15-20% pasien kanker.30,31,32,33 Depresi dapat terjadi pada pasien perempuan atau laki-laki meski terdapat beberapa perbedaan sesuai kondisi lingkungan dan faktor lainnya. Depresi tidak hanya mempengaruhi pasien kanker tetapi juga keluarga pasien tersebut. Sebuah survei di Inggris menyebutkan bahwa dari banyak faktor, depresi merupakan faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi perilaku anak pada perempuan dengan kanker payudara.34

Penelitian oleh Polikandrioti (2008) menemukan bahwa pada 159 pasien yang menjalani kemoterapi, 67,7% mengalami depresi normal, 21,5% mengalami depresi ringan, 10,2% mengalami depresi sedang, dan 0,6% mengalami depresi berat.14 Penelitian ini juga menyebutkan bahwa depresi yang lebih berat ditemukan pada pasien berusia >70 tahun, memiliki penyakit penyerta, menjalani kemoterapi, ketidakadekuatan nutrisi, dan memiliki penyakit penyerta. Burgess (2005) menyebutkan bahwa pada pasien kanker payudara; 50% perempuan mengalami depresi pada tahun pertama sejak diagnosis; 25% pada tahun kedua, ketiga, dan kempat; 15% mengalami depresi pada tahun kelima.13

1. Faktor Presipitasi dan Predisposisi Depresi

Depresi dipengaruhi oleh banyak faktor baik internal maupun eksternal. Faktor tersebut yaitu jenis kelamin, usia, kelas sosial, ras dan budaya, kondisi fisik, bahkan musim. Faktor individual lainnya seperti riwayat depresi, percobaan bunuh diri, kecanduan alkohol, kurangnya dukungan, dan keadaan yang mengancam jiwa merupakan faktor predisposisi dari depresi. Lebih jauh, depresi dikaitkan dengan strategi koping akan mempengaruhi harapan dan kemampuan membuat keputusan pada seorang pasien.35

Depresi adalah gangguan yang umum terjadi pada pasien kanker termasuk kanker payudara.14,29 Pada pasien dengan penyakit kanker, resiko depresi meningkat hingga 58%. Mereka termasuk dalam penderita yang memiliki kanker, nyeri kepala tak tertahankan, peningkatan ketidaknyamanan, gangguan metabolisme, gangguan nutrisi, gangguan neurologis, manjalani kemoterapi/radioterapi dan pengaruh obat seperti anti-hipersensitif dan benzodiazepine.14

Resiko depresi meningkat pada pasien yang lebih tua (>70 tahun) yang menjalani kemoterapi.36 Depresi juga dapat menyerang pasien yang pernah menderita kanker payudara dimasa lalu. Dalam hal ini, depresi diasosiasikan dengan variabel sosio-demografi, faktor kanker, penanganan terhadap kanker, kondisi psikologis gaya hidup, dukungan sosial dan *quality of life* (QoL).14

1. Tanda dan Gejala Depresi

Tanda dan gejala pada depresi sering disalahartikan sebagai kondisi psikologis yang normal. Pada pasien yang mengalami kanker dan menjalani kemoterapi, depresi seringkali diabaikan karena dianggap sebagai privasi atau efek samping dari terapi yang dilakukan. Perawat mungkin merasa risih untuk bertanya atau merasa depresi tidak begitu penting dibandingkan diagnosa medis sehingga tidak ditangani dengan baik.14,36

Penggolongan tanda gejala depresi didasarkan pada DSMIV-TR yang membagi tanda gejala umum depresi dalam 3 aspek yaitu gambaran kognitif, vegetatif dan kognitif. Ketiga aspek tersebut mewakili perubahan pada pasien dengan depresi. Aspek vegetatif mencakup lesu, insomnia, anoreksia, pernurunan / pertambahan berat badan, retardasi, & agitasi psikomotor serta gangguan libido. Aspek kognitif terdiri atas abstaraksi selektif, pembesaran (akan peristiwa kecil) dan pengecilan (akan peristiwa besar), personalisasi, pengambilan keputusan yang semena-mena dan overgeneralisasi. Aspek emosi contohnya sedih, iritabilitas, *anhedonia,* kehilangan semangat, penurunan keharmonisan, menarik diri, dan preokupasi dengan kematian. Versi yang lebih sederhana pada penggolongan ini ada pada PPDGJ III.

PPDGJ III membagi gejala depresi menjadi 2 kelompok besar yaitu gejala utama dan gejala tambahan. Afek depresi, kehilangan minat dan kegembiraaan serta penurunan energi / aktivitas merupakan gejala utama depresi. Gejala lain yang muncul selainnya merupakan gejala tambahan. Gejala tambahan ini mencakup kurangnya fokus, harga diri, merasa bersalah / tidak berguna, pesimis, gagasan bunuh diri, gangguan tidur, dan berkurangnya nafsu makan.

1. Patofisiologi Depresi

Depresi dijelaskan sebagai respon yang terjadi akibat sebuah kejadian pemicu seperti kehilangan atau vonis kanker. Faktor pemicu ini didukung dengan faktor predisposisi seperti riwayat depresi keluarga, riwayat pengalaman terdahulu, faktor genetik, dan lingkungan. Hal ini kemudian menyebabkan perasaan marah yang berkembang menjadi rasa penolakan, ketidakberdayaan, kegagalan dan mempengaruhi perkembangan kognitif.

Salah satu teori yang menjelaskan proses terjadinya depresi adalah toeri pendekatan kognitif. Teori ini menitik beratkan pendekatan kepercayaan individu dibandingkan perilaku. Aaron T Beck sebagai pengagas teori ini menjelaskan bahwa depresi disebabkan oleh bias pada proses berpikir. Teori ini menjelaskan bahwa depresi dibentuk dari 3 mekanisme, yaitu pikiran negatif otomatis, anggapan diri negetif, dan kesalahan pada logika. Sebagai contoh, pasien kanker payudara memiliki kecenderungan untuk berpikir negatif. Pasien kemudian menginterpretasikan kejadian disekelilingnya secara negatif, beranggapan dirinya tidak berguna dengan keadaannya sekarang. Pikiran negatif ini berkembang hingga beranggapan bahwa seluruh dunia tidak berpihak pada mereka dan merasa putus asa. Hasilnya pasien kanker payudara merasa tidak memiliki harapan di masa depan karena percaya tidak ada yang dapat dilakukan untuk mengubah situasi tersebut. Inilah yang menyebabkan munculnya depresi pada pasien kanker payudara.

Pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi mungkin memiliki koping yang tidak adekuat, kurang mendapat dukungan, gangguan endokrin, dan kondisi psikologis lain yang cenderung negatif. Oleh karena itu, pasien gagal dalam menggunakan strategi koping yang efektif dan efisien sehingga beralih ke mekanisme pertahanan. Mekanisme pertahan yang muncul dapat berupa penolakan, regresi, represi, supresi, *displacement*, dan isolasi yang mendorong kualitas respon yang buruk. Apabila hal ini berlangsung terus-menerus, koping maladaptif yang salah dari kedukaan juga akan menyebabkan depresi.36

Masalah yang muncul karena kondisi depresi cukup banyak. Untuk diagnosa keperawatan, terdapat 10 diagnosa yang berpotensi muncul. 10 diagnosa tersebut adalah resiko bunuh diri, harga diri rendah, ketidakberdayaan, distres spiritual, isolasi sosial, gangguan proses pikir, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, insomnia, gangguan perawatan diri, dan berduka kompleks.

1. Klasifikasi Depresi

BDI (*Beck Depression Inventory*) II merupakan alat ukur tingkat depresi berskala *Likert*. BDI II dibuat berdasarkan konsep dari PPDGJ III tetapi memiliki penggolongan yang sedikit berbeda. PPDGJ III mencangkup 4 klasifikasi untuk depresi sedangkan klasifikasi tingkat depresi pada BDI II dikelompokkan dalam 6 kategori. Penggolongan oleh BDI II mencakup 4 penggolongan “kondisi depresi” ditambah 2 penggolongan “kondisi tidak depresi”.

Penggolongan depresi BDI II merupakan penggolongan terbaru yang melengkapi penggolongan PPDGJ III. PPDGJ III mengolongkan depresi menjadi 4 ketegori yang dijadikan acuan dalam melakukan diagnosa oleh psikiatri dan psikolog. Kriteria penggolongan ini diukur tidak hanya dari tanda gejala yang muncul tetapi juga berdasarkan kualitas, kuantitas, dan lama gejala berlangsung. Namun penggolongan ini memiliki kekurangan, yaitu penggolongan oleh PPDGJ III tidak mencakup penggolongan khusus untuk tanda-gejala awal depresi yang tidak memenuhi kriteria PPDGJ III. Tanda gejala awal tersebut, meskipun termasuk dalam tanda gejala depresi tetapi kualitas dan kuantitasnya tidak memenuhi untuk dapat digolongan sebagai “kondisi depresi”. Tanda gejala awal depresi yang tidak dikelompokkan dalam PPDGJ III kemudian dimasukan dalam penggolongan oleh BDI II. Tanda gejala tersebut kemudian di klasifikasikan sebagai “kondisi tidak depresi” oleh BDI II. “Kondisi tidak depresi” ini dibagi menjadi 2 yaitu “normal” dan “naik-turun perasaan tergolong wajar”.

BDI II mengambarkan tanda gejala depresi yang mucul dalam 21 pernyataan yang diukur berdasarkan skor untuk menentukan penggolongannya. PPDGJ III merupakan panduan diagnosa gangguan jiwa sehingga tidak memiliki skor pada penggolongannya. Akan tetapi, apabila dilakukan perbandingan, penggolongan tanda-gejala pada PPDGJ III memiliki persamaan penggolongan dan *scoring* BDI II. Hal ini berarti setiap penggolongan tanda gejala depresi yang ada pada PPDGJ III sesuai dengan perolehan skor untuk penggolongan tingkat depresi pada BDI II. Penggolongan tingkat depresi dalam BDI II secara lebih rinci dijelaskan sebagai berikut;

1. Normal (Tidak Depresi)

BDI II menyatakan hasil pengukuran depresi dalam kategori normal apabila skor berada pada rentang 1-10. Terdapat maksimal 2 gejala utama tetapi tidak ada gejala tambahan selama 2 minggu. Tidak ada kesulitan apapun dalam aktivitas pasien.

1. Naik-turun Perasaan Tergolong Wajar (Tidak Depresi)

Hasil pengukuran dalam kategori ini terlihat pada nilai skor BDI II di rentang 11-16. Terdapat maksimal 2 gejala utama dan 1 gejala tambahan selama 2 minggu. Tidak ada gangguan berarti pada aktivitas pasien dan biasanya hanya muncul sementara.

1. Depresi Ringan (Garis Batas Depresi Klinis)

Nilai skor BDI II untuk depresi ringan berada pada rentang 17-20. Kategori ini merupakan garis batasan dalam penentuan kondisi “depresi” sehingga jumlah skor yang didapat pada kategori ini menunjukkan gejala yang cukup untuk digolongkan menjadi “depresi”. Depresi ringan mencakup setidaknya 2 gejala depresi utama dan 2 gejala tambahan. Pasien tidak merasakan gejala yang berat dan hanya memiliki sedikit kesulitan dalam menjalani aktivitas. Depresi ringan berlangsung selama minimal 2 minggu dan juga dapat disertai gejala somatik.

1. Depresi Sedang

Skor depresi sedang berada pada rentang 21-30. Skor untuk depresi berat pada BDI II menunjukkan tanda gejala yang lebih parah dari depresi ringan (garis batas depresi klinis). Depresi sedang berlangsung setidaknya 2 minggu dengan disertai 2 gejala utama dan 3 gejala tambahan. Individu dengan depresi berat menemui banyak kesulitan untuk melakukan kegiatannya sehari-hari. Seperti depresi ringan, depresi sedang dapat diikuti dengan gejala somatik.

1. Depresi Parah / Berat

Kategori depresi parah memiliki nilai skor pada rentang 31-40. Pasien dengan depresi parah menunjukkan semua tanda gejala utama depresi dan minimal 4 gejala tambahan. Gejala yang timbul sering dirasakan berat oleh pasien sehingga aktivitas yang dapat dilakukan sangat terbatas. Depresi ini tidak diikuti gejala psikotik dan berlangsung lebih 2 minggu.

1. Depresi Ekstrim

Kategori depresi paling parah dalam BDI II yaitu depresi ekstrim dengan rentang skor > 40. Depresi ekstrim merupakan depresi yang paling berat dan diikuti gejala psikotik selama kurang lebih 2 minggu. Pasien menunjukkan semua tanda gejala utama depresi dan minimal 4 gejala tambahan.

1. Penanganan Depresi
2. Medikasi

Merupakan terapi obat untuk mengatasi depresi, umumnya berbentuk sediaan oral. Obat yang diberikan merupakan obat-obatan seperti *Monoamine Oxidase Inhibitors* dan *Serotonin-Norepinephrine Reputake Inhibitors* / SNRIs. Efek samping obat muncul dalam gangguan metabolisme sehingga menimbulkan gejala seperti mual, muntah, insomnia, pusing dan gangguan lainnya.29,37

1. Terapi Individual

Fokus dari terapi ini adalah pengembangan interpersonal pasien. Terdiri dari 3 fase yaitu pengkajian penilaian keadaan depresi pada pasien (fase 1), membantu pasien menyelesaikan reaksi berduka (fase 2), dan mengakhiri terapi (fase 3). Bertujuan untuk menunjukkan peningkatan status emosional, pemberdayaan komunikasi interpersonal, klarifikasi pengaturan persepsi, dan interpersonal.29

1. *Elektroconvulsive Theraphy* (ECT)

ECT yaitu induksi kejang grand mal buatan dengan menggunakan listrik ke otak. Terapi ini efektif untuk menangani pasien dengan resiko bunuh diri tinggi dan mengalami depresi berat.29,37

1. *Transcranial Magnetic Simulation* (TMS)

Teknologi ini masih tergolong baru yang digunakan untuk menangani depresi. TMS melibatkan penggunaan energi magnetik singkat untuk menstimulasi syaraf di otak, dan tidak menimbulkan kejang. TMS juga digunakan untuk menangani, gangguan obsesif-kompulsif, PTSD, dan lainnya, tetapi paling sering digunakan untuk depresi.29,37

1. *Light Therapy*

Kurang lebih 25% penderita depresi mengalami depresi jenis musiman yang sering terjadi pada musim salju.9*Bright Light Therapy* digunakan sebagai perawatan lini pertama untuk mengatasi *Seasonal Affective Disorder* (SAD) dan sebagai adjuvant pada gangguan depresi mayor atau *dysthymia* musiman.29

1. Terapi Kelompok

Terapi kelompok terdiri dari *self–help group* dan *support group. Support group* berguna untuk membantu anggotanya dalam membangun perspektif terhadap kondisi dan mendorong komunikasi. *Self-help group* menitikberatkan pada pemberian dukungan. Contoh dari terapi grup ini adalah *Depression and Bipolar Support Alliance* (DBSA).29

1. Terapi Keluarga

Terapi keluarga bertujuan untuk membantu keluarga merawat pasien depresi untuk menyelesaikan masalah, dan mengembalikan fungsi adaptif keluarga. Pendekatan dikombinasikan dengan medikasi. Keluarga diajarkan untuk mengenali tanda gejala depresi dan berperan aktif dalam meningkatkan status psikologis pasien.

1. Terapi Kognitif

Pada terapi kognitif, pasien diajarkan untuk mengontrol distorsi yang terjadi sebagai tanda gejala gangguan *mood*. Tujuan dari terapi ini adalah membantu penyelesaian masalah secepat mungkin. Pasien dibantu untuk mengidentifikasi pola pikir dan kebiasaan yang disfungsional, serta membantu memperbaiki persepsi tersebut.29

1. **Hubungan antara Persepsi Keparahan Penyakit dan Tingkat depresi pada Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Kemoterapi**

Teori *Self-regulation Models,* menjelaskan bahwa persepsi penyakit dapat mempengaruhi kondisi psikologis dan perilaku. Persepsi pasien dapat bergeser akibat penurunan derajad kesehatan seperti pada kondisi sakit khususnya kanker payudara. Pasien akan memaknai kondisi tersebut berdasarkan informasi yang didapatkan dengan kecenderungan interpretasi kesehatan secara negatif. Hal ini juga didorong dengan pengobatan seperti kemoterapi yang dapat menimbulkan dampak fisik seperti lelah, lemas, pucat dan kerontokan rambut. Perubahan ini juga dapat dimaknai sebagai suatu proses kehilangan. Pasien dapat mengalami distorsi pikiran, penilaian diri yang negatif, pesisme, dan keputusasaan. Apabila kondisi ini terus berlanjut, dapat berkembang menjadi kondisi depresi.

Teori *Self-regulation Models* dapat diterapkan pada pasien kanker terutama kanker payudara. Penelitian yang dilakukan oleh Hopman (2015) menjelaskan menengenai persepsi penyakit pada pasien kanker.2 Sebanyak 325 pasien kanker di Netherland dipilih menjadi responden dan diukur persepsi penyakitnya menggunakan IPQ-R. Kanker payudara (25%) dan kanker sistem percernaan (22%) menempati urutan tertinggi kanker yang diderita oleh responden. Hasil yang didapatkan cukup beragam tetapi sebagian besar berpendapat bahwa penyakit mereka berjangka panjang dan menyakini pengobatan yang diberikan efektif. Sebagian besar pasien mempercayai bahwa kontrol dengan medikasi lebih efektif dibandingkan kontrol diri individual.

Hopman menemukan bahwa pada responden kanker payudara, mereka meyakini bahwa penyebab kanker adalah kondisi psikologis dan berpendapat bahwa kondisi ini mempengaruhi kehidupan mereka. Pasien yang mendapatkan pengobatan tambahan selain operasi mempersepsikan penyakit mereka sebagai penyakit kronik dan berpengaruh pada hidup mereka dibanding pasien yang hanya mendapatkan terapi operasi.2

Teori *Self-regulation Models* menyebutkan bahwa pengalaman dapat berpengaruh terhadap pembentukan persepsi termasuk pengalaman pengobatan yang diterima. Hal ini juga dapat mempengaruhi kondisi depresi. Pengobatan seperti kemoterapi yang dapat menimbulkan dampak fisik seperti *aloplesia, hot flushes* dan kerontokan rambut. Perubahan ini juga dapat dimaknai sebagai suatu proses kehilangan yang mendorong kondisi depresi.

Hasil penelitian oleh Suharmilah (2013) menyebutkan bahwa tingkat dari terapi yang diberikan pada pasien kanker payudara dapat mendorong terjadinya depresi (p=0,001).8 Penelitian ini dilakukan terhadap 66 responden pasien kanker payudara rawat jalan yang menjalani terapi di RS Margono Soekarjo Purwokerto. Terapi yang diberikan diantaranya operasi, kemoterapi, terapi radiasi, dan hormon. Diantara terapi-terapi tersebut, kemoterapi merupakan terapi yang paling menyebabkan depresi; 2 responden mengalami depresi ringan (3%), 2 responden depresi sedang (3%), dan 35 responden mengalami depresi berat (53%).8

Penelitian mengenai hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi di Indonesia dilakukan oleh Lestari. Lestari (2014) melakukan penelitian mengenai pengaruh persepsi keparahan penyakit terhadap tingkat depresi pada pasien asma di IGD Kota Semarang.15 Sedangkan penelitian yang meneliti mengenai hubungan antara persepsi keparahan penyakit dan tingkat depresi pada kanker payudara yang menjalani kemoterapi saat ini belum ada di Indonesia.

Pengobatan:

1. Terapi pembedahan

2. **Kemoterapi**

3. Radiasi

4. Terapi Hormon

**Kanker Payudara**

**F. KERANGKA TEORI**

Penurunan kualitas hidup

Peningkatan kualitas hidup

Peningkatan self-control, mampu mengambil keputusan dengan baik, optimisme.

Gambar 1. Kerangka Teori 1,2,4,9,10,24

Kondisi Vegetatif;

Lesu, insomnia/hipersomnia, retardasi & agitasi psikomotor, gangguan libido.

Kondisi Kognitif;

Personalisasi, overgenralisasi pengambilan keputusan semena-mena.

Kondisi Emosi;

Sedih, iritabilitas, *anhedonia*, kehilangan semangat, menarik diri.

**Depresi**

Tidak Depresi

Tidak Depresi

Keterangan

= diteliti

**V**ariabel penelitian diketik **bold**

Faktor yang berpengaruh:

Faktor Internal: jenis kelamin, usia, kelas sosial, ras, budaya, kondisi fisik, musim.

Faktor Eksternal: riwayat depresi, kecanduan alkohol, kurang dukungan, sakit

*Illness Representation* Kanker Payudara

Respon Emosional

Faktor yang berpengaruh:

Demografi: usia, jenis kelamin, pendidikan.

Fisik: penerimaan diri.

Sosial: dukungan sosial.

*Illness related factor*: rasa sakit, cacat.

Persepsi Penyakit*:*

*1. Identity*

*2. Timeline*

*3.* ***Consequences***

*4. Cause*

*5. Cure/Control*

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Kerangka Konsep**

Metode penelitian merupakan pedoman dalam melakukan penelitian dan sebagai kerangka pengembangan penelitian. Penelitian “Hubungan Antara Persepsi Keparahan Penyakit dan Tingkat Depresi pada Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta” menggunakan metode kuantitatif kolerasional yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan untuk mengetahui ada/tidaknya hubungan melalui pengukuran yang akurat (kuantitatif) terhadap setidaknya 2 variabel.38 Peneliti ingin mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel 1 (persepsi keparahan penyakit) dan variabel 2 (tingkat stres) tanpa merubah atau memberikan perlakukan.

Kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut;.

Presepsi Keparahan Penyakit

Tingat Depresi pada Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Kemoterapi

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Persepsi Keparahan Penyakit Terhadap Tingkat Depresi

Keterangan:

----- = Bagian yang diteliti

1. **Hipotesis**

Hipotesis merupakan dugaan sementara terhadap rumusan masalah atau  sub masalah yang diajukan oleh peneliti, yang dijabarkan dari konsep teori.38 Hipotesis masih harus diuji kebenarannya menggunakan data empirik dan dianalisis. Hipotesis yang diajukan peneliti yaitu terdapat hubungan antara persepsi keperahan penyakit dan tingkat depresi (Ha).

1. **Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian merupakan jenis penelitian korelasional bivariat yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui ada/tidaknya hubungan antara 2 variabel. Peneliti menggunakan rancangan penelitian *cross sectional study,* dimana data diambil dari responden sekali dalam satu waktu tertentu.38,39

1. **Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang akan menjadi kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh penelitian untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.39 Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi.

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi penelitian yang dapat ditentukan melalui metode sampling.39 Metode sampling yang digunakan berupa *consecutive sampling*. Sampel penelitian adalah pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut,

1. Terdiagnosa kanker payudara dan sedang menjalankan program kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi saat penelitian dilakukan.
2. Berusia 20-65 tahun.

Sedangkan kriteria eksklusinya (ekslusi dilakukan sebelum pengambilan sampel) yaitu;

1. Pasien kanker payudara dengan skizofrenia dan dementia.
2. Pasien yang mengalami efek samping kemoterapi yaitu pusing, mual-muntah, dan merasa lemas, yang menyebabkan pasien tidak mampu untuk menjadi responden saat dilakukan penelitian.
3. **Besar Sampel**

Teknik perhitungan besar sampel pada penelitian ini dihitung menggunakan acuan penelitian terdahulu. Jurnal yang digunakan berjudul *The Contribution of Illness Perception to Psychological Distres in Heart Failure* oleh Morgan dkk (2014).40 Jurnal ini digunakan karena tidak adanya jurnal spesifik kanker payudara yang menghubungkan depresi dengan persepsi keparahan penyakit sebelumnya. Oleh karena itu, perhitungan rumus menjadi;

α (*two tail*) = 0,050

β (*two tail*) = 0,100

r = 0,511 (korelasi dari jurnal)

Standar deviasi α = Zα = 1,960

Standar deviasi β = Zβ = 1,282

Perhitungan korelasinya yaitu;

C = 0,5\* In[(1+r)/(1-r)] = 0,564

Sehingga rumus jumlah sampelnya;

N = [(Zα + Zβ)/C]2+ 3

= [(1,960 + 1,282)/(0,564)]2+ 3

= [ 3,243/0,564 ]2 + 3

= [ 5,748 ]2+ 3

= 36 responden

1. **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan pada tanggal 4-14 Oktober 2016, bertempat di ruang fasilitas kemoterapi ruang *One Day Care* dan Mawar III di RSUD Dr. Moewardi.

1. **Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

Sugiyono menjelaskan bahwa variabel penelitian yaitu segala sesuatu dalam bentuk apapun yang ditetapkan peneliti sebagai bahan kajian, diteliti, dan ditarik kesimpulan.38,39 Terdapat 2 jenis variabel dalam penelitian ini, yaitu variabel terikat dan bebas. Variabel terikat merupakan variabel yang perubahannya disebabkan/dipengaruhi oleh variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu “Persepsi Keparahan Penyakit” dengan “Tingkat Depresi” sebagai variabel terikat.

Definisi operasional variabel adalah upaya untuk mengurangi keabstrakan konsep atau variabel penelitian, sehingga bisa dilakukan pengukuran. Definisi operasional yang digunakan merujuk pada kedua aspek yang dinilai dalam penelitian. Secara lebih rinci, definisi operasional yang digunakan yaitu:

Tabel 2. Definisi Operasional

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Definisi Operasional** | | **Alat Ukur** | | **Hasil Ukur** | | **Skala** | |
| Persepsi Keparahan Penyakit | Persepsi pasien mengenai kondisi dan keadaan yang menunjukkan subyektivitas keseriusan penyakit yang diderita. Persepsi keparahan penyakit yang diteliti yaitu persepsi keparahan penyakit pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. | | IPQ-R komponen *consequesnces* (IP6-IP11)*.*  Metode pengisian jawaban menggunakan skala *Likert* yaitu sangat tidak setuju =1, tidak setuju =2, ragu-ragu =3, setuju =4, sangat setuju =5. | | Hasil ukur menggunakan *cut off point* berdasarkan nilai mean. Penilaian digolongkan menjadi persepsi penyakit tidak parah (< 18,42) dan parah (> 18,42) | | Ordinal | |
| Depresi | Emosi pervasif negatif diyakini dan berpengaruh kuat membentuk persepsi terhadap dunia. Dalam penelitian ini, tingkat depresi yang diteliti yaitu tingkat depresi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. | | BDI II  Metode pengisian jawaban menggunakan skala *Likert* yaitu tidak ada gejala =0; ada gejala =1; ada gejala sedang =2; dan ada gejala berat =3 | | Penilaian normal (0-10), naik turun perasaan tergolong wajar (11-16), garis batas depresi klinis (17-20), depresi sedang (21-30), depresi berat (31-40) dan depresi ekstrim (>40). | | Ordinal | |
| **Variabel** | **Definisi Operasional** | **Alat Ukur** | | **Hasil Ukur** | | **Skala** | |
| Jenis Kelamin | Jenis kelamin pada responden penelitian. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; perempuan (1), laki-laki (2). | | Nominal | |
| Usia | Usia responden penelitian. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban; 20-40 (1), 40-60 (2), dan >60 (3). | | Ordinal | |
| Pendidikan | Jenjang pendidikan terakhir yang telah selesai pada responden penelitian. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; tidak sekolah (1), SD (2), SMP (3), SMA (4), PT (5). | | Ordinal | |
| Lama menderita kanker payudara | Lama pasien memiliki penyakit sejak gejala muncul hingga penelitian dilakukan. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; ≤6 bulan (1), >6 bulan (2). | | Ordinal | |
| Stadium kanker payudara | Stadium klinis kanker payudara responden saat penelitian dilakukan. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; stadium I (1), stadium II (2), stadium III (3), stadium IV (4) | | Ordinal | |
| Kemoterapi ke- | Jumlah pengobatan kemoterapi yang dilakukan sejak didiagnosis kanker payudara hingga saat ini. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; 1(1), 2 (2), 3 (3), 4 (4), 5 (5), 6 (6), dan >6 kali (7). | | Ordinal | |
| Penyakit penyerta kanker payudara | Ada/tidaknya penyakit lain yang diderita oleh responden selain kanker payudara. | | Kuesioner Demografi | | Pilihan jawaban yaitu; ya (1), tidak (2). | | Nominal | |
|  |  | |  | |  | |  | |

1. **Alat Penelitian dan Pengumpulan Data**

Penelitian dilakukan dengan menggunakan instrumen penelitian sebagai alat untuk mengumpulkan data yang diperlukan. Terdapat 2 kuesioner baku yang digunakan dalam penelitian ini yaitu IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire)* komponen *consequences* IP6 – IP11 dan BDI II (*Beck Depression Inventory*). Selain kedua skala baku tersebut juga ditambah data demografi responden. Berikut ini adalah alat penelitian yang digunakan untuk pengukuran dalam penelitian ini;

1. Kuesioner A

Kuesioner A berisi 2 kelompok data yaitu data demografi dan *health related status.* Data demografi memberikan penjelasan mengenai jenis kelamin, usia, dan pendidian terakhir. Sedangkan kelompok data *health related status*mencakup diagnosa,stadium, lama menderita kanker payudara, jumlah kemoterapi yang telah dijalani hingga saat ini, dan penyakit penyerta. Kuesioner ini diberikan untuk mengetahui informasi tambahan yang mungkin dapat mengakibatkan bias pada penelitian.

1. Kuesioner B; IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire*).

Kuesioner B mengukur persepsi keparahan penyakit menggunakan IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire*). *Illness Perception Quesionnaire* merupakan tolak ukur baku yang digunakan untuk menilai persepsi penderita terhadap penyakit dikembangkan oleh Moss Moris.26 Revisi yang dilakukan dengan menambahkan aspek waktu pada kuesioner sehingga lebih akurat dalam menilai aspek persepsi penyakit.

IPQ digunakan untuk mengkaji 5 aspek; *identity, consequences, timeline, control*/*cure*, dan *cause* yang merupakan representasi dari penyakit berdasarkan *Leventhal’s Self-regulatory Model.*28 IPQ terdiri atas 5 bagian pertanyaan sedangkan IPQ-R terdiri atas 9 bagian yang menjabarkan secara lebih detail kelima aspek tersebut. Penilaian menggunakan skala *likert* dari sangat tidak setuju, tidak setuju, tidak yakin, setuju, dan sangat setuju.

Pada penelitian ini, aspek yang digunakan untuk mengetahui persepsi keparahan penyakit yaitu komponen konsekuensi yang terdiri dari 6 pernyataan (IP6-IP11) yang telah disesuaikan untuk pasien kanker payudara; persepsi mengenai serius/tidaknya kanker payudara, persepsi mengenai besar/kecilnya dampak yang ditimbulkan kanker payudara, persepsi mengenai ada/tidaknya pengaruh kanker payudara terhadap aktivitas sehari-hari, persepsi mengenai ada/tidaknya pengaruh yang ditimbulkan kanker payudara terhadap cara orang lain memandang pasien, persepsi mengenai serius/tidaknya dampak keuangan yang ditimbulkan kanker payudara, dan persepsi mengenai pengaruh kanker payudara terhadap keharmonisan hubungan pasien dengan orang lain.26,28

1. Kuesioner C; *Beck Depression Inventory* (BDI II) Bahasa Indonesia

Kuesioner C mengukur tingkat depresi responden dengan skala ukur BDI II (*Beck Depression Inventory*) yang diadaptasi penuh tanpa perubahan.41 *Beck Depression Inventory* (BDI) merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi. BDI secara luas digunakan untuk mengkaji dan mengetahui kondisi psikologis pasien dalam diagnosa keperawatan, kedokteran dan psikologi. BDI terdiri atas 4 aspek yang mengambarkan gejala dan intensitasnya secara subjektif. Keempat aspek tersebut kemudian dijabarkan dalam 21 pernyataan.

BDI mengukur tingkat depresi berdasarkan 4 dimensi yaitu emosi, kognitif, motivasi dan vegetatif-fisik. Dimensi emosi terdiri atas ada/tidaknya keadaan sedih, menangis, mudah tersinggung, perasaan pesimis, ketidakpuasan, dan rasa bersalah. Dimensi kognitif mengenai ada/tidaknya kegagalan, kebencian terhadap diri, menyalahkan diri, bimbang, dan penyimpangan citra tubuh. Dimensi ketiga, motivasi; ada/tidaknya keinginan untuk bunuh diri, menarik diri, ketidakmampuan mengambil keputusan, dan kemunduran dalam pekerjaan. Dimensi vegetatif dan fisik melihat aspek yang dimanifestasikan lebih lanjut seperti ada/tidaknya gangguan tidur, kelelahan, kehilangan selera makan, penurunan berat badan, gangguan psikosomatis, dan hilangnya libido.

*Beck Depression Inventory* II merupakan revisi dari *Beck Depression Inventory* (BDI) dan *Beck Depression Inventory IA*. Tahun 1996 Beck dan kawan-kawan, tahun 1997 Dozois, Dobson, dan Ahnberg, tahun 1998 Steer, Gheeta, Ranieri,dan Beck telah melakukan validasi BDI II terhadap pasien rawat jalan remaja dan dewasa.41 BDI II merupakan alat ukur dimana responden sendiri yang mengisi lembar kuesioner yang disediakan.

Pengukuran BDI II merupakan alat ukur yang sederhana, singkat, dan jelas terdiri atas 21 butir pertanyaan penilaian sindrom depresif berdasarkan skala *likert* 0 hingga 3, dengan perkecualian pada butir nomor 16 (perubahan pola tidur) dan 18 (perubahan selera makan). Pengukuran pada kedua butir ini terdiri dari 0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3c. Peserta ditanya bagaimana yang dirasakan dalam periode 1 hingga 2 minggu terakhir.Penggunaan BDI II biasanya dapat diselesaikan dalam waktu 5-10 menit.

*Beck Depression Inventory* II (BDI) menggunakan skala *likert* dalam pengisian jawaban ( a = 0, tidak ada gejala; b = 1, ada gejala; c = 2, ada gejala sedang; d = 3, ada gejala berat). Hasil akhir dilihat melalui jumlah total skor untuk melihat tingkat depresi. Skor berkisar antara 1-63 dengan penilaian normal (0-10), garis batas depresi klinis (17-20), depresi sedang (21-30), depresi parah (31-40) dan depresi berat (>40).

Tabel 3. Kisi-kisi Kuesioner

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Kuesioner** | **Komponen** | | **No. Pertanyaan** |
| **Kategori** | **Sub Kategori** |
| 1. | Data Demografi | Jenis Kelamin  Usia  Pendidikan terakhir  Stadium kanker payudara  Lama menderita kanker payudara  Jumlah kemoterapi  Terapi lain yang dilakukan  Penyakit penyerta |  | A.1 1  A.1 2  A.1 3  A.2 2  A.2 3  A.2 4  A.2 5  A.2 6 |
| 2. | IPQ-R (*consequences*) | Persepsi keseriusan kanker payudara  Persepsi dampak kanker payudara  Persepsi pengaruh kanker payudara pada aktivitas sehari-hari.  Persepsi cara pandang orang lain.  Persepsi keuangan  Persepsi keharmonisan hubungan |  | 1  2  3  4  5  6 |
| 3. | BDI II | Gambaran Emosi | Kesedihan mendalam.  Perasaan bersalah.  Tidak menyukai diri sendiri  Keinginan bunuh diri  Menangis  Tidak berminat menjalin relasi  Kehilangan semangat  Mudah marah | 1  5  7  9  10  4  15  17 |
| Gambaran Vegetatif | Kehilangan minat  Gelisah  Perubahan pola tidur  Perubahan selera makan  Mudah lelah  Kehilangan gairah seksual | 12  11  16  18  20  21 |
|  |  | Gambaran Kognitif | Pesimis  Kegagalan masa lalu  Perasaan dihukum  Mengkritik diri sendiri  Sulit mengambil keputusan  Merasa tidak layak  Sulit berkonsentrasi | 2  3  6  8  13  14  19 |

1. **Uji Validitas dan Realibilitas**
2. IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire*)

Uji validitas IPQ-R telah dilakukan oleh Moss Moris (2002).26 Uji dilakukan terhadap 86 pasien asma dengan hasil uji menunjukkan koefisien Pearson untuk komponen *consequences* sebesar 0,51 (valid). Hal ini sesuai dengan teori Hidayat (2004) yang menyatakan bahwa *r* tabel sebesar 0,278 (p<0,05).

Uji validitas untuk komponen *consequences* telah dilakukan oleh Lestari (2014).15 Berdasarkan hasil *criterion validity* komponen IP6-IP11 didapatkan *r* tabel sebesar 0,444 (valid). Uji realibilitas dilakukan dengan menggunakan uji *cronbach’s alpha*. Nilai uji *cronbach’s alpha* pada komponen *consequences* adalah 0,825. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa komponen *consequences* dinilai valid dan reliabel dalam mengukur persepsi keparahan penyakit.

1. BDI (*Beck Depression Inventory*) II

Uji validitas dan reliabilitas skala adaptasi BDI telah dilakukan oleh Retnowati (2008 dalam Lestari 2014) dengan subjek mahasiswa baru.15 Dari uji validitas, skala BDI II memiliki koefisien korelasi sebesar 0,1936 sampai 0,6317 pada taraf signifikansi 5 persen dan dari uji reliabilitas menggunakan tehnik analisis Hoyt diperoleh koefisien keandalan sebesar 0,844.

BDI II telah menunjukkan reliabilitas tes – retestter baik, konsistensi internal tinggi yang dapat merespons dengan sangat baik dengan koefisien alpa 0,94, dan untuk validitas konvergen tingkatsedang hingga tinggi.35 Konsistensi internal menunjukkan baik dengan rentang nilai 0,54 hingga 0,74 lebih tinggi dari pada yang disampaikan oleh Osman dan kawan-kawan pada tahun 1997 rentang nilainya 0,44 hingga 0,65 dan Dozois beserta kawan-kawan pada tahun 1998 rentang nilainya 0,41 hingga 0,62 (Lestari, 2014).15 *Receiver Operating Characteristics Analysis* (ROC) mengindikasikan BDI II sangat sensitif dan *moderate* spesifik dalam menskrining depresi pada tingkat pelayanan dasar karena pengisian BDI II hanya memerlukan waktu beberapa menit sekitar 5 – 10 menit serta mudah untuk dinilai.

Reliabilitas BDI II memiliki koefisien *alpha* sebesar 0,92, untuk populasi rawat jalan dengan jumlah sampel 500 sedangkan *coefisient* *alpha* dari mahasiswa dengan jumlah sampel 120 dijumpai sebesar 0,93 keduanya melampaui koefisien alpa untuk versi dari BDI terdahulu.

1. Cara Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data penelitian dilakukan setelah menyerahkan surat izin penelitian kepada pihak RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Surat izin penelitian didapatkan dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro sebagai instansi yang berafiliasi dengan peneliti. Pengumpulan data untuk penelitian dapat dimulai setelah mendapatkan surat *Ethical Clearance* dan proposal penelitian mendapat persetujuan direktur rumah sakit. Surat ijin resmi melakukan penelitian di berikan oleh pihak rumah sakit. Adapun alur penelitiannya yaitu;

1. Membuat surat ijin *Ethical Clearance* melalui *website* keperawatan UNDIP dan meminta tanda tangan pembimbing.
2. Menyerahkan surat ke bagian akademik keperawatan UNDIP dan mendapatkan surat pengajuan *Ethical Clearance* resmi penelitian (3 hari).
3. Menyerahkan surat pengajuan *Ethical Clearance* dan *hardfile* proposal yang telah disiapkan ke bagian diklat RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
4. Menunggu persetujuan dari bagian diklat RSUD Dr. Moewardi Surakarta (14 hari).
5. Membayar biaya pengajuan *Ethical Clearance* di kasir pendaftaran RSUD Dr. Moewardi Surakarta setelah mendapatkan surat *Ethical Clearance* resmi dari rumah sakit.
6. Membuat surat izin penelitian melalui *website* keperawatan UNDIP dan meminta tanda tangan dosen pembimbing.
7. Menyerahkan surat izin penelitian ke bagian akademik keperawatan UNDIP.
8. Menunggu surat izin resmi penelitian (5 hari).
9. Mengambil surat resmi izin penelitian di bagian akademik keparawatan UNDIP.
10. Melakukan legalisir surat di bagian tata usaha FK UNDIP.
11. Menyerahkan surat izin resmi penelitian dan *hardfile* proposal yang telah disiapkan ke bagian diklat RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
12. Menunggu persetujuan dari bagian diklat RSUD Dr. Moewardi Surakarta (14 hari).
13. Membayar biaya penelitian di kasir pendaftaran RSUD Dr. Moewardi Surakarta setelah mendapatkan persetujuan penelitian dari rumah sakit.
14. Melakukan penelitian.

Pengambilan data dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden. Teknis pengambilan data yang dilakukan, dijelasksan sebagai berikut:

1. Menyiapkan kuesioner penelitian.
2. Meminta izin kepada kepala ruang bagian kemoterapi dan menjukan surat izin melakukan penelitian yang telah diberikan sebelumnya.
3. Pengambilan data penelitian dilakukan mulai pukul 08.00-14.00 WIB dengan waktu untuk pengisisan kuesioner tiap pasien bervariasi kurang lebih 20-30 menit.
4. Peneliti meminta daftar pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi untuk mendapatkan jumlah pasien yang memenuhi kriteria inklusi.
5. Peneliti mengecek lembar rekam medik pasien untuk mengetahui data terkait diagnosa dan stadium kanker payudara.
6. Peneliti meminta bantuan kepada perawat untuk melakukan pendekatan kepada responden.
7. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden mengenai maksud, tujuan, manfaat, dan menyakinkan bahwa penelitian ini tidak berbahaya.
8. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
9. Memberikan dan menjelaskan kepada responden cara mengisi kuesioner.
10. Meminta responden mengisi kuesioner.
11. Mengumpulkan dan mengecek kelengkapan jawaban kuesioner yang telah diisi oleh responden.
12. Mengucapkan terima kasih atas partisipasi responden dalam penelitian.
13. Mengulangi langkah pada poin enam (f) – poin sebelas hingga terkumpul jumlah responden yang sesuai.
14. Mengumpulkan seluruh kuesioner yang telah diisi oleh responden dan memberikan kode/nomor urut.
15. Melakukan pengolahan dan *entry* data.
16. **Teknik Pengolahan dan Analisis Data**
17. Teknik Pengolahan Data

Terdapat 5 langkah dalam teknik pengolahan data yaitu;32

1. *Editing*

Proses editing mencakup pengecekan kelengkapan data untuk mengkoreksi kesalahan. *Editing* dalam penelitian ini dilakukan dengan menyeleksi kelengkapan isi jawaban kuesioner.

1. *Coding*

Proses *coding* mencakup pemberian kode untuk setiap variabel pada kuesioner. Hal ini dilakukan untuk memudahkan pengolahan dan analisis data. *Coding* dilakukan untuk kuesioner demografi.

Tabel 4. *Coding* Data Demografi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Keterangan | *Coding* | |
| Jenis Kelamin | Laki-laki (1)  Perempuan (2) | |
| Usia | 20-40 (1)  40-60 (2)  >60 (3) | |
| Tingkat Pendidikan | Tidak sekolah (1)  SD (2)  SMP (3)  SMA (4)  Perguruan Tinggi (5) | |
| Lama Penyakit | ≤ 6 bulan (1)  >6 bulan (2) |
| Stadium Kanker Payudara | Stadium I (1)  Stadium II (2)  Stadium III (3)  Stadium IV (4) |
| Jumlah Kemoterapi | 1 kali (1)  2 kali (2)  3 kali (3)  4 kali (4)  5 kali (5)  6 kali (6)  >6 kali (7) |
| Penyakit Penyerta | Tidak (1)  Ya (2) |

1. *Scoring*

*Scoring* dilakukan dengan memberikan nilai terhadap pion-poin yang perlu diberi penilaian. Scoring dilakukan terhadap kuesioner baku yaitu IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire*) dan BDI (*Beck Depression Inventory*) II.

Tabel 5. *Scoring* Kuesioner IPQ-R dan BDI II

|  |  |
| --- | --- |
| **Kuesioner** | ***Scoring*** |
| IPQ-R | *Scoring* pada tiap item pertanyaannya yaitu:  1 = sangat tidak setuju  2 = tidak setuju  3 = ragu-ragu  4 = setuju  5 = sangat setuju |
| BDI II | *Scoring* pada tiap item pertanyaannya yaitu 0, 1, 2, dan 3, untuk tiap poin jawaban dari netral hingga yang terberat. |

1. *Tabulating*

*Tabulating* berarti memasukkan data yang telah didapatkan kedalam tabel setelah dilakukan *coding* terlebih dahulu. Pada penelitian ini, tabulasi dilakukan dengan memasukkan semua jawaban kuesioner demografi, IPQ-R (*Revised Illness Perception Quesionnaire*), dan BDI (*Beck Depression Inventory*) II.

1. *Entri Data*

*Entri data* dilakukan setelah semua data penelitian ditabulasi. Proses ini menggunaan software khusus yang diperlukan untuk memproses data berupa SPSS.

1. Teknik Analisis Data
2. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari data demografi, variabel dependen, dan variabel independen. Uji kenormalitasan data telah dilakukan sebelum analisis univariat (distribusi frekuensi). Uji kenormalitasan data persepsi keparahan penyakit digunakan untuk menentukan hasil ukur kuesioner IPQ-R.

Variabel yang dianalisis dalam penelitian univariat penelitian ini yaitu data demografi, persepsi pasien mengenai keparahan penyakitnya, dan tingkat depresi pasien kenker payudara yang menjalani kemoterapi. Analisis ini memberikan gambaran mengenai keperahan penyakit yang dialami, dan gambaran tingkat depresi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi.

Analisis univariat juga dilakukan pada variabel persepsi keparahan penyakit. Uji *Kolmogorov-smirnov* digunakan untuk mengetahui persebaran data persepsi keparahan penyakit responden. Diketahui bahwa data berdistribusi normal sehingga penentuan batas untuk tolak ukur variabel persepsi keparahan penyakit menggunakan mean. Mean yang digunakan yaitu 18,42. Responden dinyatakan mempersepsikan penyakitnya parah apabila >18,42 dan mempersepsikan penyakitnya tidak parah apabila <18,42.

Tabel 6. Uji *Kolmogorov-smirnov* Persepsi Keparahan Penyakit Responden di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2016 (*N*=36)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Hasil Analisis** | | |
| **Mean** | ***Kolmogorov-smirnov Z*** | ***Asymp. Sig* (2-tailed)** |
| Persepsi Keparahan Penyakit | 18.42 | 0.649 | 0.793 |

1. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan melihat hubungan variabel dependen dan independen untuk mengetahui ada / tidaknya hubungan yang signifikan. Terdapat 2 variabel utama dalam penelitian ini yaitu persepsi keparahan penyakit sebagai variabel independen dan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi sebagai variabel independen. Analisis yang digunakan yaitu analisis *Chi Square*.

*Chi Square* merupakan salah satu uji analisis non parametrik atau tes bebas distribusi yang bertujuan untuk memberikan gambaran estimasi faktor yang menyebabkan hubungan di luar faktor kesalahan sampling. Alternatif lain yang dapat digunakan untuk perhitungan analisis bivariat yaitu *Fisher’s Exact Test*. *Fisher’s Exact Test* digunakan apabila data dalam penelitian memiliki nilai *expected* kurang dari 5 sebanyak lebih dari 20% dan terdapat nilai observasi 0 (nol) dalam sel.

1. **Etika Penelitian**

Pertimbangan etik dalam penelitian ini yaitu;33,34

1. Meminimalkan kerugian
2. Bebas dari Penderitaan

Penelitian ini dilakukan tanpa menimbulkan penderitaan kepada responden. Responden hanya terlibat dalam pengisian kuesioner dan diminta untuk memberikan jawaban dengan jujur.

1. Bebas dari Eksploitasi

Penelitian ini tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam bentuk apapun. Informasi yang didapat hanya dipergunakan dalam rangka memenuhi tugas akhir pendidikan S1 dan dijaga kerahasiannya.

1. Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)
2. Hak Menentukan Kesediaan (*right to self-determination*)

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk memilih bersedia atau tidak untuk menjadi responden tanpa unsur paksaan sedikitpun. Responden memiliki hak untuk menentukan kebebasannya untuk ikut serta dalam penelitian.

1. Hak Mendapatkan Pelayanan (*right to full disclosure*)

Pelayanan yang diberikan peneliti berupa penjelasan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan. Peneliti bertanggung jawab jika terjadi sesuatu pada responden yang disebabkan oleh penelitian ini.

1. Lembar Persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan telah diberikan dan dijelaskan kepada responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Dalam lembar ini disertakan judul, gambaran, dan manfaat penelitian untuk memberikan pemahanman kepada responden. Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi bekaitan dengan penelitian seperti kebebasan memberikan informasi, mengetahui informasi tentang penelitian, bebas menentukan pilihan, dan memberikan kesempatan untuk ikut atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian.

1. Keadilan dan Keterbukaan (*respect for justice an inclusiviness*)

Peneliti menjaga prinsip keterbukaan, kejujuran, dan berhati-hati dengan memberikan penjelasan prosedur penelitian kepada responden. Prinsip keadilan yang diberikan menjamin semua subjek penelitian memperoleh perlakuan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, suku, maupun ras.

1. Privasi dan Kerahasiaan (*respect for privacy and confidentially*)

Peneliti menjamin privasi dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi mengantinya dengan kode angka. Semua dokumen yang disimpan dilindungi dengan *password* untuk mencegah kebocoran informasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Suls J, Wallston K A. Social psychological foundations of health and illness. London; Blackwell Publishing, 2003
2. Hopman P, Rijken M. Illness perception of cancer patients; relationship with illness perception and coping. Psycho-Oncology. 2015. 24(1); 11-18 Diakses pada tanggal 31 Juli 2016. <http://nivel.eu>
3. Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, et all. Cambridge handbook of psychology, health and medicine, 2nd ed. Cambridge; Cambridge University Press, 2007
4. Zhang N, Fielding R, Soong I, et all. Illness perception among cancer survivors. Suport Care Cancer. Agustus 2015. 24;1295-304. Diakses pada 27 Juni 2016. <http://link.springer.com>
5. Shabahang H, Panahi G, Noferesti G, Sahebghalam H, Robubiat S, Bolurian M. Illness representation of breast cancer in affected women undergoing chemotheraphy. Medical Jurnal Islamic Republic Iran. Agustus 2011. 25(2);76-81. Diakses pada 11 Juli 2016. <http://mjiri.iums.ac.ir>
6. Fortune G, Barrowclough C, Lobban F. Illness representation in depression. British Journal Clinical Psychology. 2004. 43;347-64 Diakses pada 27 Juni 2016. <http://bps.org.uk>
7. Greenberg T M. The psychological impact of acute and chronic illness; a practical guide for primary care physicians. San Francisco; Springer, 2007. Diunduh pada tanggal 11 Juli 2016. <http://gen.lib.rus.eu>
8. Suharmilah, Setyaningsih T R, Wijayana K A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara yang sudah mendapatkan terapi di rumah sakit margono soekarjo purwokerto. Mandala Health. Januari 2013. 6(1);408-14. Diakses pada 11 Juli 2016. <http://jos.unsoed.ac.id>
9. Townsend M C. Psychiatric mental health nursing, 6th ed. Sidney; Elsevier, 2009.
10. Krebber A M H, Buffart L M, Kleijn G, Riepma I C, de Bree R, Leemans C R, et all. Prevalence of depression in cancer patients; a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psycho-Oncology. September 2013. 23; 121-30. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com>
11. Malik A A, Kiran T. Psychological problem in breast cancer patients; a review. Chemotheraphy. 2013. 2(2);115. Diakses pada tanggal 27 Juni 2016. <http://omicsgroup.org>
12. Lindberg P, Koller M, Steinger B, Lorenz W, Wyatt J C, Inwald C E, et all. Breast cancer survivor’s recollection of their illness and therapy seven years after enrolment into a randomised controlled clinical trial. BMC Cancer. 2015. 15; 1573-6. Diakses pada tanggal 27 Juni 2016. <http://bmccancer.biomedcentral.com>
13. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ. Maret 2005. Diakses pada tanggal 23 Juli 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
14. Polikandrioti M, Evaggelou E, Zerva S, Zerdila M, Koukoularis D, Kyritsi E. Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. Health Science Journal. 2(3);162-172. Diakses pada tanggal 11 April 2016. <http://hsj.gr>
15. Lestari W P. Pengaruh persepsi keparahan penyakit terhadap tingkat depresi pada pasien asma di instalasi gawat darurat rumah sakit kota semarang. Semarang; (Self-publishing). 2014.
16. DeSantis C, Ma Jeremin, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistic, 2013. CA: Cancer Journal Clinicians. Januari 2014. 64(1):52-62. Diakses pada tanggal 15 Desember 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com>
17. Siegel R L, Miller K D, Jemal A. Cancer statistic. CA: Cancer Journal Clinicians. Januari 2015. 65(1);5-29. Diakses pada 11 Juli 2016. <http://cacancerjournal.com>
18. KEMENKES RI. Situasi penyakit kanker. Buletin Jendela Data Informasi Kesehatan. Februari 2015. Diakses pada 11 Juli 2016. <http://depkes.go.id>
19. Pruthi S, Gostout B S, Lindor N M. Identification and management of women with BRCA mutation and hereditary predisposition for breast and ovarian cancer. Mayo Clinis Proceedings. Desember 2010. 85(12);1111-1120. Diakses pada tanggal 20 Mei 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
20. Corwin, E J. Buku saku patofisiologi. Jakarta; EGC, 2009.
21. Schulz W A. Molecular biology of human cancers; an advanced student’s textbook. London; Springer, 2007.
22. Hoffman B, Schorge J. Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. William’s gynecology, 2nd ed. New York; Mcgraw Hill, 2012.
23. Perry M C. The chemotherapy sources book 4th ed. Philladelphia; Lipp William&Wilkins, 2008. Diakses pada tanggal 15 Mei 2016. <http://books.google.co.id>
24. Williamson G M, Shaffer D M, Parmelee P A. Physical illness and depression in older adults; a handbook of theory, research, and practice. New York; Kluwer Academic Publishers, 2000.
25. Hill S. The illness perceptions questionnaire-revised. Journal Physiotherapy. 2010. 56(4):280. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2016. <http://sciencedirect.com>
26. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K. J, Horne R, Cameron L D, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology Health. 11:431-446. Diakses pada tanggal 16 Mei 2016. <http://uib.no>
27. Baker D, Earle M, Medford N, Sierra M, Towell A, David A. Illness perceptions in depersonalizations disorder; testing an illness atribution model. TOC. 2007. 14(2):105-16. Diakses pada tanggal 27 Agustus 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com>
28. Moss-Morris R, Petrie K J. Chronic fatigue syndrome. London; Routledge, 2001.
29. Townsend M C. Psychiatric mental health nursing, 6th ed. Sidney; Elsevier, 2009
30. Henriksson M M, Isometsä E T, Hietanen P S, et al. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord. 1995. 36 (1-2): 11-20. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
31. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack C L, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2000. 78 (3): 302-8. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
32. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients--a prospective study. Eur J Cancer Care. 2001. 10 (4): 270-4. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
33. Derogatis L R, Morrow G R, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. 1983. JAMA 249 (6): 751-7. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
34. Watson M, St James-Roberts I, Ashley S, et al. Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. Br J Cancer. 2006. 94 (1): 43-50. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
35. Stephen F O, Aigner K R. Basic of oncology. London; Springer, 2009.
36. Shives L R. Basic concepts of psychiatric mental health nursing, 8th ed. Philladelphia; Lipp William&Wilkins, 2012.
37. Zainal N Z, Nik-Jaafar R, Baharudin A, Sabki Z A, Ng C G. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. APJ Cancer Prevention. April 2013. 14(4); 2649-56. Diakses pada tanggal 13 April 2016. <http://koreascience.or.kr>
38. Budiharto E. Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat. Jakarta; EGC, 2001.
39. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis, 3rd ed. Jakarta; Sagung Seto, 2010.
40. Morgan K,Villiers-Tuthill A, Baker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distresin heart failure patients. BMC Psychology. 2014. 2;50. Diakses pada tanggal 1 Agustus 2016. <http://biomedcentral.com>
41. Ginting H, Naring G, Van der Veld M M, Srisayekti W, Becker E S. Validating the beck depression inventory-ii in indonesia’s general population and coronary heart disease patients. International journal of clinical and health psychology. September 2012. 13(3);235-42. Diakses pada 18 Mei 2016. <http://redaly.org>
42. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2015-2016. 2015. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
43. Youlden D R, Cramb S M, Yip C H, Baade D P. Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia Pasific Region. Cancer Biol Med. 2014. 11; 101-15. Diakses pada tanggal 11 Desember 2014. <http://m.ebscohost.com>
44. Azim H A, Patridge A H. Biology of breast cancer in young women. BC Research Journals. 2014. 16;472-80. Diakses pada tanggal 2 Desember 2016. <http://biomedcentral.com>
45. Sihombing M, Sapardin A N. Faktor risiko tumor payudara pada perempuan umur 25-65 tahun di lima kelurahan kecamatan bogor tengah. Bogor; (Self-publishing), 2015
46. Anders C K, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast cancer before age 40 years. Semin Oncology. Juni 2009. 36(3): 237-49. Diakses pada tanggal 4 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
47. Lund MJ, Trivers KF, Porter PL, et al. Race and triple negative threats to breast cancer survival: a population-based study in Atlanta, GA. Breast Cancer Res Treat. 2009. 113: 357–70. Diakses pada tanggal 13 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
48. Anders C, Hsu D, Broadwater G, et al. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. J Clin Oncol. 2008. 26:3324–30. Diakses pada tanggal 13 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
49. Nafisa H, Nawangsih E. Hubungan antara illness perception dengan perilaku compliance pada pasien jantung koroner di rumah sakit Al-Islam Bandung. Universitas Al-Islam. 2015. Diakses pada tanggal 5 Desember 2016. http:*//*repository.unisba.ac.id
50. Sagita S. Analisis hubungan tingkat pendidikan pasien dengan kanker payudara stadium dini di instalasi rawat inap Rumah Sakit Ciptomangunkusimo Jakarta tahun 2012. Diakses pada tanggal 4 Desember 2016. http://lib.ui.ac.id
51. Croom A. Illness perceptions of patients with late-stage cancer and their partners. Texas; (Self-publishing) Agustus 2012. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. http*://*repositories.tdl.org
52. Nurpeni, Made R K, Prapti N K G, Kusumarjathi N K. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien kanker payudara (ca mamae) di ruang Asoka III RSUP Sanglah Denpasar. Universitas Udayana. 2015. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. http://ojs.unud.ac.id
53. Hartati A S. Konsep diri dan kecemasan wanita penderita kanker payudara di poli bedah onkologi rumah sakit umum pusat Adam Malik Medan. 2008. Universitas Sumatera Utara. Diakses pada tanggal 10 Desember 2016. http*://*repository.usu.ac.id
54. Tsuchiya M. Patient education, upper-limb symptom perception, and quality of life among Japanese breast cancer survivors. Quality Life Res. 2014. 23: 2327-32. Diakses pada tanggal 10 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
55. Keyzer-Dekker C M G, de Vries J, Mertens M C, Roukema J A, Van der Stteeg A F W. The impact of diagnosis and trait anxiety on psychological distress in women with early breast cancer: a prospective study. British Journal Health Psychology. 2014. 19: 783-94. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
56. Brothers B M, Andersen B L. Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. Journal Psychooncology. Maret 2009. 18(3): 267-75. Diakses pada tanggal 5 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
57. Malik A A, Kiran T. Psychological problems in breast cancer patients a review. Journal Chemotheraphy. 2013. 2(2);115. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
58. Sweet E, Dowd F, Zhou M, Standish L J, Andersen M R. The use of complementary and alternative medicine supplements of potential concern during breast cancer chemotheraphy. Evidence-Based Complementary Althernative Medicine. Juni 2016. <http://m.ebscohost.com>
59. Leggett S, Koczwara B, Miller M. The impact of complementary and alternative medicines on cancer symptoms, treatment side-effects, quality of live, and survival in women with breast cancer a systematic review. November 2014. Nutrition and Cancer Journal. 67(3); 373-91. Diakses pada tanggal 5 Desember 2016. <http://m.ebcohost.com>
60. Reyes-Gibby C C, Anderson K O, Morrow P K, Shete A, Hassan S. Depressive symptoms and helath-related quality of life in breast cancer survivors. Journal Women’s Health. 2012. 21(2); 311-9. Diakses pada tanggal 5 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
61. Napoles A M, Ortiz C, O’Brien H, Sereno A B, Kaplan C P. Coping resources and self-rated health among latina breast cancer survivors. Oncology Nursing. September 2011. 38(5): 523-33. Diakses pada tanggal 4 Desember 2016. <http://m.ebcohost.com>
62. Highland K B, Hurtado-de-Mendoza A, Stanton C A, Dash C, Sheppard V B. Risk-reduction opportunities in breast cancer survivors capitalizing on teachable moments. Cancer Journal. September 2014. 23:933-41. Diakses pada tanggal 1 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
63. Petersen S, Van den Berg R, Janssens T, Van den Berg O. Illness and symptom perception: a theoretical approach towards an integrative measurement model. Clinical Psychology. 2011. 31: 428-39. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://science-direct.com>
64. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi D R, Soemitro M P, Sadarjoen S S, Passchier J. Satisfaction with information and it’s association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. Support Care Cancer. 2013. 21: 2999-3007. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://springer.com>
65. Sari M, Dewi Y I, Utami A. Hubungan dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi di ruang Cendrawasih I RSUD Arifin Achmad Riau. Ners Indonesia. 2012. 2 (2): 158-66. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. http://
66. Applebaum A J, Stein E M, Lord-Bessen J, Pessen H, Rosenfeld B, Breitbart W. Optimism, social support, mental helath outcomes in patients with advanced cancer. Psychooncology Journal. Maret 2015. 23(3): 299-306. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
67. Chung C W, Lee S J. Estimated risks and optimistic self-perception of breast cancer risk in korean women. Applien Nursing Research. 2013. 26: 180-5. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://science-direct.com>
68. McCorry N K, et all. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. Psycho-Oncology. 2012. 22: 692-8. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://wileyonlinelibrary.com>
69. Costanzo E S, Lutgendorf S K, Roeder S L. Comon-sense beliefs about cancer and helath practices among women completing treatment for breast cancer. Psychooncology Journal. Januari 2011. 20 (1): 53-61. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
70. Sharma A, Zhang J. Depression and it’s predictors among breast cancer patients in Nepal. ASEAN Journal Psychiatry. Juni 2015. 16(1). Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
71. Srivastava V, et all. Study of anxiety and depression among breast cancer patients from north India. Clinical Psychiatry Journal. Februari 2016. 2(1):17. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://clinical-psychiatry.imedpub.com>
72. Ardebil M D, Bouzari Z, Shenas M H, Zeinalzadeh M, Barat S. Depression and health related quality of life in breast cancer patients. Academic Journal Cancer Research. 2011. 4(2): 43-46. Diakses pada tanggal 1 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
73. Amin M M. Sindrom depresif pada penderita kanker payudara. Medan; (*Self-publishing*). 2008. Diakses pada tanggal 1 Desember 2016. http://
74. Jones S M W, et all. Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the women’s health initiative. J Cancer Surviv. 2015. 9: 620-9. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://springer.com>
75. Spiegel D. Minding the body: psychotheraphy and cancer survival. British Journals Health Psychology. 2014. 19: 465-85. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
76. Anna G, Camilla P, Ines G, Veronica B, Elisabetta S, Giuseppina M. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after masectomy. Support Care Cancer. 2013. 21: 2453-60. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
77. Suppli N S, Johansen C, Christensen J, Kessing L V, Kroman N, Dalton S O. Increased risk for depression after breast cancer a nationwide population-based cohort study of associated factors in denmark, 1998-2011. Journal Clinical Oncology. Desember 2014. 32(34). Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
78. Ancoli-Israel S, Liu L, Rissling M, et all. Sleep, fatigue, depression and cicardian activity rhythms in women with breast cancer before and after treatment: a 1-year longitudinal study. Cancer Journal. April 2014. 22: 2535-45. Diakses pada tanggal 3 Desember 2016. <http://m.ebscohost.com>
79. Underhill M L, Sheldon L K, Halpenny B, Berry D L. Communication about symptoms and quality of life issues in patients with cancer: provider perceptions. J Canc Educ. 2014. 29: 753-61. Diakses pada tanggal 11 Desember 2016. <http://springer.com>