

**KORELASI DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA
Studi Observasional Analitik di Rumah Sakit Islam
Sultan Agung Semarang**

Proposal Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Diajukan Oleh :

An Nisa Yustisia Rini

30101900026

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

Proposal Skripsi

**KORELASI DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA
Studi Observasional Analitik di Rumah Sakit Islam
Sultan Agung Semarang**

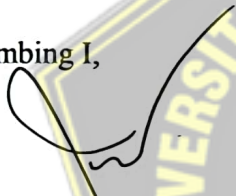
Diajukan Oleh :

An Nisa Yustisia Rini

30101900026

Telah disetujui oleh Dewan Penguji pada tanggal 28 Maret 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat Susunan Tim Penguji

Pembimbing I,



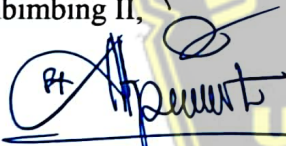
dr. Elly Noerhidayati, Sp.KJ

Anggota Tim Penguji I



Dr. dr. Eko Setiawan, Sp. B, FINACS

Pembimbing II,



Prof. Dr. Siti Thomas Zulaikhah SKM., M.Kes

Anggota Tim Penguji II



Dr. dr. Hadi Sarosa, M.Kes.

Semarang, 28 Maret 2024
Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung
Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : An Nisa Yustisia Rini

NIM : 30101900026

Dengan ini saya menyatakan skripsi yang berjudul:

**“KORELASI DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA
PENDERITA KANKER PAYUDARA (Studi Observasional Analitik di
Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)”**

Merupakan benar hasil karya saya dan saya mengakui bahwa saya tidak menjiplak atau mengadopsi semua atau Sebagian besar teks orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika terbukti plagiat, saya siap tunduk pada aturan yang berlaku dan siap menerima sanksi.

Semarang, 28 Maret 2024



An Nisa Yustisia Rini

PRAKATA

Segala puji dan syukur dipanjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan anugerah limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Korelasi Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi pada Penderita Kanker Payudara (Studi Observasional Analitik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)”. Sholawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW dan keluarga, sahabat, serta pengikutnya hingga kelak di akhirat.

Selama mengerjakan skripsi, penulis dibantu dan dibimbing oleh berbagai pihak. Rasa hormat dan terima kasih yang mendalam bagi semua pihak atas doa, dukungan, dan bimbingannya. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang terlibat pada proses penyusunan skripsi ini. Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. dr. Menik Sahariyani, M.Sc. selaku Kaprodi Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ selaku pembimbing I dan Prof. Dr. Siti Thomas Zulaikhah, SKM, M.Kes. selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan proposal ini.

5. Dr. dr. Eko Setiawan, Sp.B, FINACS dan Dr. dr. Hadi Sarosa, M.Kes. selaku penguji skripsi ini yang telah memberikan arahan, masukan, dan saran kepada penulis dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Ayah saya Alm. Hadi Siswoyo, S.H., M.H. dan Ibu saya Dra. Tri Nurul Aini yang selalu mendoakan dan memberikan semangat pada saya dari awal proses pengerjaan skripsi hingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini.
7. Teman-teman dan kerabat saya yang selalu mendoakan dan mendukung saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Semua pihak yang telah banyak membantu sejak awal proses pembuatan skripsi hingga selesai yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Peneliti sangat berterima kasih atas kritik dan saran yang diberikan. Besar harapan peneliti bahwa skripsi ini dapat berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan serta bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Maret 2024

An Nisa Yustisia Rini

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRAK.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Depresi.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Epidemiologi.....	6
2.1.3. Etiologi.....	9
2.1.4. Klasifikasi.....	15
2.1.5. Kriteria Diagnosis.....	16
2.1.6. Instrumen Penilaian Tingkat Depresi.....	19
2.2. Dukungan Sosial.....	21
2.2.1. Definisi.....	21

2.2.2.	Sumber Dukungan Sosial.....	22
2.2.3.	Bentuk Dukungan Sosial.....	23
2.2.4.	Faktor-faktor yang Memengaruhi Dukungan Sosial.....	25
2.2.5.	Instrumen Penilaian Dukungan Sosial	26
2.2.6.	Manfaat Dukungan Sosial	28
2.3.	Kanker Payudara.....	28
2.3.1.	Definisi.....	28
2.3.2.	Epidemiologi.....	29
2.3.3.	Etiologi.....	30
2.3.4.	Faktor Risiko.....	31
2.3.5.	Stadium Kanker Payudara.....	33
2.4.	Korelasi Kanker dengan Depresi	33
2.4.1.	Korelasi Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi pada Pasien Kanker Payudara.....	38
2.5.	Kerangka Teori	40
2.6.	Kerangka Konsep.....	41
2.7.	Hipotesis	41
BAB III METODE PENELITIAN.....		42
3.1.	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	42
3.2.	Variabel dan Definisi Operasional.....	42
3.2.1.	Variabel Penelitian.....	42
3.2.2.	Definisi Operasional.....	42
3.3.	Populasi dan Sampel.....	43
3.3.1.	Populasi.....	43
3.3.2.	Sampel.....	44
3.4.	Instrumen Penelitian	46
3.4.1.	Instrumen Penilaian Dukungan Sosial dengan <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</i>	46
3.4.2.	Instrumen Penilaian Depresi dengan <i>Beck Depression Inventory (BDI) II</i>	47
3.5.	Cara Penelitian	48

3.6. Tempat dan Waktu	50
3.6.1. Tempat Penelitian.....	50
3.6.2. Waktu Penelitian	50
3.7. Analisis Hasil	50
3.7.1. Analisis Univariat.....	50
3.7.2. Analisis Bivariat.....	51
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
4.1. Hasil Penelitian	52
4.1.1. Hasil Analisis Univariat.....	52
4.1.2. Hasil Analisis Bivariat	55
4.2. Pembahasan.....	56
BAB V PENUTUP.....	62
5.1. Kesimpulan	62
5.2. Saran 63	
1. Bagi Rumah Sakit	63
2. Bagi Peneliti Selanjutnya	63
DAFTAR PUSTAKA	64



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	40
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	41



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Data Kanker Dunia Tahun 2020.....	29
Tabel 2.2. Faktor Risiko Kanker Payudara	31
Tabel 2.3. Pengelompokkan Stadium Kanker Payudara	33
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden menurut karakteristik	52
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Depresi dan Dukungan Sosial	54
Tabel 4.3. Korelasi Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner MSPSS	59
Lampiran 2. Kuisisioner BDI-II.....	60
Lampiran 3. Data Penelitian.....	66
Lampiran 4. Hasil Uji Korelasi Spearman.....	66
Lampiran 5. Daftar Obat Kemoterapi.....	67
Lampiran 6. Ethical Clearance.....	68
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian.....	69
Lampiran 8. Surat Selesai Penelitian.....	70
Lampiran 9. Dokumentasi.....	71



ABSTRAK

Depresi merupakan sebuah gangguan perasaan yang ditandai oleh hilangnya minat atau kesenangan dan suasana hati yang tertekan sebagai gejala utamanya. Depresi dapat muncul pada penderita penyakit kronis seperti kanker. Depresi pada kanker dapat disebabkan oleh rasa sakit, lama sakit dan tingkat keparahan penyakit, keterbatasan aktivitas fisik, serta hilangnya dukungan sosial. Dukungan sosial merupakan faktor penting untuk mengurangi angka terjadinya depresi pada pasien kanker. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui korelasi dukungan sosial dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2024.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional. Sampel diambil dengan Teknik consecutive sampling berjumlah 51 responden. Data dikumpulkan menggunakan dua kuisioner, yaitu MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) dan BDI-II (Becks Depression Inventory-II) kemudian dianalisis menggunakan uji korelasi spearman.

Hasil penelitian diperoleh nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) dan nilai koefisien korelasi (r)= -0.602 yang berarti terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi, dimana kekuatan hubungan kuat dengan arah negatif.

Dukungan sosial berkorelasi dengan tingkat depresi, semakin tinggi dukungan sosial yang didapatkan, akan semakin rendah tingkat depresi yang dialami.

Kata Kunci: Depresi, Dukungan Sosial, Kanker Payudara



UNISSULA
جامعة سلطان أبجوع الإسلامية

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Depresi adalah sebuah gangguan perasaan yang memiliki tanda hilangnya minat atau kesenangan serta suasana hati yang tertekan sebagai gejala utamanya (Boland and Verduin, 2022). Tanda Depresi dapat berupa perasaan sedih, putus asa, dan tidak berharga. Selain itu, sekitar 97% pasien depresi mengeluhkan berkurangnya energi sehingga menyulitkan mereka menyelesaikan tugas hariannya serta berkurangnya motivasi untuk melakukan kegiatan baru (Boland and Verduin, 2022). Depresi juga menimbulkan kesulitan tidur, terutama saat terbangun berkali-kali di malam hari untuk merenungkan masalah mereka, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan dialami oleh sekitar 80% penderita depresi (Boland and Verduin, 2022). Beberapa faktor yang saling berinteraksi menyebabkan depresi lebih sering, dan kondisi tertentu mempengaruhi intensitas depresi. (Lubis, 2016). Faktor genetik yang berasal dari keluarga, usia, jenis kelamin, gaya hidup, dan penyakit fisik dapat menjadi penyebab depresi (Lubis, 2016). Depresi umumnya dapat terjadi bersamaan dengan kondisi medis, contohnya kanker. Kanker adalah kondisi medis yang dapat mengakibatkan depresi pada penderitanya. Depresi pada pasien kanker dapat dikaitkan dengan faktor yang berhubungan dengan penyakitnya seperti tingkat keparahan, lama sakit, efek samping pengobatan, hingga rasa sakit yang menimbulkan keterbatasan aktivitas, serta kurangnya dukungan

yang diterima oleh pasien kanker dari lingkungan di sekitarnya menyebabkan pasien merasa tidak berguna dan putus asa (Yuliana *et al.*, 2020).

Prevalensi jumlah penderita depresi diperkirakan sekitar 4,4% populasi global atau mencapai 322 juta jiwa pada tahun 2015 (WHO, 2017). Jumlah ini meningkat sebanyak 18,5% sejak tahun 2005 hingga 2015. Berdasarkan pembagian wilayah oleh WHO, Asia Tenggara menjadi wilayah tertinggi kasus depresi dengan prevalensi sekitar 85,67 juta jiwa atau sekitar 27%. Indonesia masuk ke dalam wilayah tersebut dengan perkiraan prevalensi penderita depresi sekitar 9 juta jiwa atau 3,7% dari total penduduk (WHO, 2017). Prevalensi kasus kanker sebanding dengan prevalensi kasus depresi yang terus mengalami peningkatan. *World Health Organization* (WHO) merilis data *Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) yang menunjukkan angka kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker sebesar 9,6 juta orang tahun 2018 dan akan bertambah sekitar 13,1 juta kematian di tahun 2030 (Infodatin, 2019). Tercatat 19,18% kasus kanker payudara, 10,69% kasus kanker serviks, dan 9,89% kasus kanker paru-paru di Rumah Sakit Kanker Dharmas berdasarkan data tahun 2018.

Gangguan psikologis dapat muncul ketika dokter memberikan diagnosis penyakit kronis seperti kanker kepada pasien yang memiliki penerimaan dan penghargaan diri tingkat rendah akan merasakan cemas, keputus asa, tertekan, frustrasi, dan merasakan kehilangan, apabila hal ini dirasakan dalam waktu lama akan mengakibatkan depresi (Lubis, 2016).

Faktor psikososial yang dapat mempengaruhi depresi pada penderita kanker salah satunya adalah kehilangan, dapat berupa kehilangan otonomi karena ketergantungan pada orang lain, kehilangan dukungan sosial, penurunan kesehatan, kehilangan minat bersosialisasi dan isolasi diri, hingga kehilangan peran di lingkungan masyarakat (Sadock, 2010). Kanker menyebabkan keterbatasan aktivitas penderitanya sehingga pasien merasa semakin tidak berguna dan putus asa. Penderita kanker kerap kali kurang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan di sekitarnya, penyebabnya antara lain keluarga dan kerabat dekat bersikap menghindari pasien, padahal dukungan sosial memiliki arti penting bagi penderita kanker. Dukungan sosial dari keluarga, memberikan peran penting dalam mengurangi depresi pasien kanker payudara. Penelitian sebelumnya oleh Maeda *et al.* (2013) menjelaskan dukungan secara sosial akan menjauhkan individu dari dampak negatif stress dan memberikan individu kemampuan untuk dapat lebih mudah beradaptasi dengan kondisinya (Yuliana *et al.*, 2020). Hasil ini sesuai dengan penelitian Aghna Fara untuk mengetahui pengaruh dukungan sosial terhadap tingkat depresi pasien kanker serviks di RSUP DR. M. Djamil Padang pada tahun 2020 menunjukkan dari 35 responden dengan dukungan sosial rendah, 25 responden diantaranya mengalami depresi (71,4%). Berdasarkan penelitian sebelumnya, peneliti ingin mengetahui korelasi antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang merupakan salah satu rumah sakit rujukan bagi pasien kanker. Selama periode September 2023 terdapat sekitar 783 angka kunjungan pasien kontrol ulang, rawat inap, dipulangkan, dan pasien kanker payudara yang dirujuk. Hasil penelitian diharapkan menjadi informasi seberapa penting dukungan sosial bagi pasien kanker bagi keluarga, kerabat, dan pemberi layanan kesehatan di seluruh Indonesia.

1.2. Rumusan Masalah

Bedasarkan latar belakang, permasalahan yang dianalisis adalah apakah terdapat korelasi antara dukungan sosial yang didapatkan oleh pasien dengan tingkat depresi pada penderita kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui korelasi antara dukungan sosial yang diterima dengan tingkat depresi pada penderita kanker payudara.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui persentase depresi pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
2. Mengetahui persentase dukungan sosial pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

3. Mengetahui kekuatan hubungan antara dukungan sosial yang diberikan dengan tingkat depresi pada penderita kanker payudara.

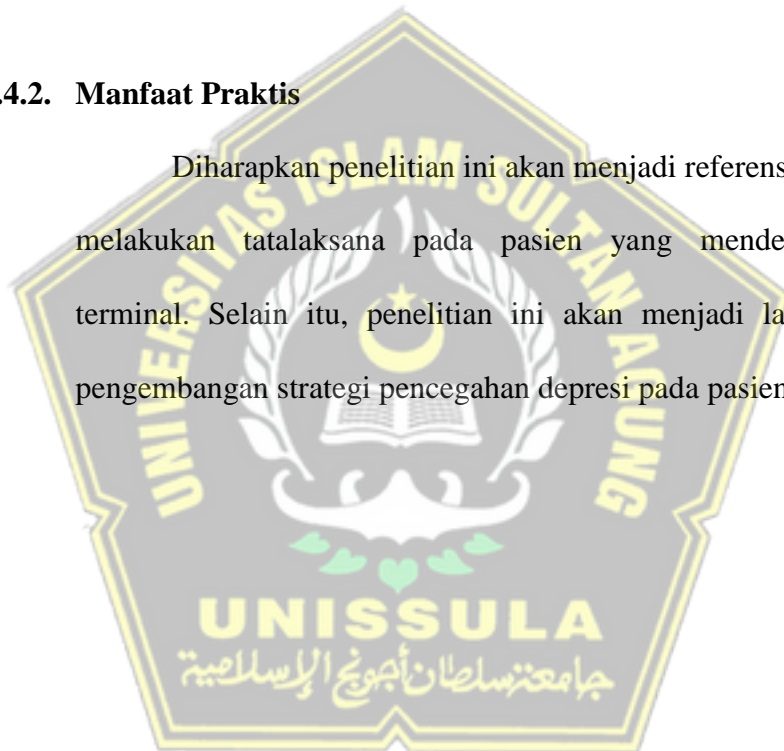
1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil studi ini dapat menjadi referensi dan sumber data untuk penelitian lebih lanjut yang serupa, terkait, atau lebih mendalam.

1.4.2. Manfaat Praktis

Diharapkan penelitian ini akan menjadi referensi klinisi untuk melakukan tatalaksana pada pasien yang menderita penyakit terminal. Selain itu, penelitian ini akan menjadi landasan untuk pengembangan strategi pencegahan depresi pada pasien kanker.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Depresi

2.1.1. Definisi

Depresi adalah kondisi mental yang umum di masyarakat. Stres yang tidak tertangani dapat menyebabkan depresi. Menurut Atkinson (1991), depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai rasa tidak berdaya yang berlebihan, ketidakmampuan untuk membuat keputusan, tegang terus-menerus, rasa tidak ada harapan dan patah hati, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, dan kurangnya semangat hidup hingga ingin bunuh diri (Lubis, 2016). Pendapat lain menyebutkan depresi dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi yang berkaitan dengan perasaan (afek), yang ditunjukkan dengan afek disforik atau penurunan kegembiraan atau gairah, dengan gejala lainnya contohnya penurunan nafsu makan dan gangguan tidur (Lubis, 2016).

2.1.2. Epidemiologi

Penelitian mengenai epidemiologi depresi di seluruh dunia telah memperluas pemahaman mengenai gangguan depresi lebih dalam. Depresi jauh lebih umum terjadi dan merupakan kelainan yang paling melemahkan karena penyakit ini sering menyerang individu pada usia-usia produktif.

1. Insiden dan prevalensi depresi

World Health Organization (WHO) menyebutkan populasi dunia yang mengidap depresi sekitar 4,4% pada tahun 2015, dengan jumlah total 322 juta jiwa mengalami depresi di dunia. Prevalensi jumlah penderita depresi diperkirakan meningkat sebesar 18,4% dari tahun 2005 hingga 2015. Gambaran prevalensi ini menandakan terjadinya peningkatan populasi global dan juga peningkatan proporsional pada kelompok usia tertentu di mana depresi lebih umum terjadi. Pada wanita usia 55 hingga 74 tahun, prevalensi depresi di atas 7,5% dan pada pria usia 55 hingga 74 tahun, prevalensi depresi di atas 5,5% (WHO, 2017).

Menurut pembagian wilayah yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Wilayah Asia Tenggara memiliki jumlah kasus tertinggi sekitar 85,67 juta jiwa atau 27% orang hidup dengan depresi. Ini berarti bahwa sekitar 724 dari 100.000 berada dalam *Years Lived with Disability (YLD)* atau orang hidup dengan disabilitas (WHO, 2017). Data dari WHO menunjukkan bahwa prevalensi depresi di Indonesia diperkirakan sekitar 9 juta jiwa (3,7%) dan menyumbang 6,6% dari semua orang yang hidup dengan disabilitas. (Simanjuntak *et al.*, 2022)

2. Usia

Depresi umum terjadi saat usia muda, muncul rata-rata pada rentang usia 20 hingga 40 tahun (Nurmiati, 2016). Selain itu, orang tua dan anak-anak juga dapat menderita depresi (Nurmiati, 2016). Data epidemilogis terkini menyebutkan adanya kemungkinan peningkatan insiden depresi mayor diantara orang berusia dibawah 20 tahun (Sadock, 2010). Ini karena pada usia ini terjadi tahap perkembangan dari masa kanak-kanak menuju remaja kemudian menuju dewasa, dari masa sekolah ke kuliah kemudian bekerja, hingga menikah (Lubis, 2016).

3. Jenis Kelamin

Dibandingkan dengan pria, wanita mengalami dua kali lebih banyak gangguan depresif berat daripada pria, menurut fakta yang hampir universal tanpa memperhitungkan negara atau kebudayaan (Sadock, 2010). Dalam metaanalisis internasional, prevalensi depresi pada perempuan adalah 14,4% dan pada laki-laki adalah 11,5%. (Boland and Verduin, 2022). Hal ini mungkin disebabkan oleh fakta bahwa wanita lebih sering mendapatkan perawatan medis, yang meningkatkan kemungkinan diagnosis depresi (Nurmiati, 2016). Selain itu, wanita lebih mudah terpengaruh oleh faktor-faktor lingkungan dan memiliki ambang stres lebih rendah daripada pria.

Peningkatan depresi pada wanita dapat disebabkan oleh depresi yang terkait dengan ketidakseimbangan hormon, seperti depresi *prahaid*, *postpartum*, dan *postmenopause*. (Nurmiati, 2016).

4. Status Perkawinan

Terdapat korelasi antara depresi dan status perkawinan. Depresi berat lebih mungkin diderita oleh orang-orang yang tidak memiliki hubungan sosial yang dekat. Gangguan depresi berat juga sering terjadi pada orang yang mengalami perceraian atau pemutusan hubungan (Sadock, 2010). Seseorang tanpa pasangan hidup berisiko depresi dua kali lebih tinggi (Setiyarini *et al.*, 2017).

5. Faktor Sosioekonomi dan Kebudayaan

Tidak ada bukti bahwa ada hubungan antara depresi dan status sosial ekonomi. Meskipun ada kemungkinan lebih besar bahwa depresi terjadi di desa dibandingkan di kota, tidak ada bukti yang mendukung teori ini.

2.1.3. Etiologi

Peristiwa hidup tertentu biasanya menyebabkan depresi. Namun pada kenyataannya, tidak semua peristiwa hidup yang dialami dapat menyebabkan depresi. Banyak faktor lain yang mempengaruhi hubungan tersebut. Penyebab depresi sesungguhnya tidak dapat diketahui, tetapi beberapa faktor ditemukan mempengaruhi terjadinya depresi.

1. Faktor Genetik

Data menunjukkan bahwa genetika adalah komponen penting yang mempengaruhi gangguan mood. Seseorang yang mempunyai anggota keluarga yang memiliki depresi berat mempunyai risiko lebih besar daripada populasi umum menderita depresi. Gen berpengaruh terhadap terjadinya depresi. Keturunan pertama dari orang yang mengalami depresi 3 kali lebih beresiko terkena depresi daripada masyarakat pada umumnya (Lubis, 2016). Selain itu, penelitian keluarga menunjukkan bahwa kemungkinan penderita gangguan perasaan menurun saat status keluarga meningkat. Sebagai contoh, keluarga tingkat kedua (sepupu) lebih mungkin menderita depresi daripada keluarga tingkat pertama (Kaplan and Sadock, 2010). Menurut penelitian pada anak kembar, kemungkinan menderita depresi sekitar 50% pada kembar monozigotik, dan 10% hingga 25% pada kembar dizigotik (Kaplan and Sadock, 2010).

Meskipun individu tidak mengalami depresi karena orang lain dalam keluarganya mengalami depresi, risiko terkena depresi meningkat (Lubis, 2016). Depresi biasanya disebabkan oleh peristiwa dalam hidup. (Lubis, 2016). Selain itu, transmisi gangguan bipolar I lebih dipengaruhi oleh faktor genetik

daripada transmisi gangguan depresif berat (Kaplan and Sadock, 2010).

2. Faktor Biologis

Beberapa bahan kimia di tubuh dan otak mengontrol emosi. Hormon noradrenalin, yang bertanggung jawab atas pengendalian fungsi otak dan fisik akan mengalami pengurangan pada penderita depresi. Pada kasus depresi yang dialami wanita, perubahan hormon yang disebabkan oleh melahirkan anak atau menopause dapat meningkatkan risiko terkena depresi (Lubis, 2016).

Ketika neurotransmitter berada di fase normal, otak manusia bekerja sama dengan semestinya sehingga memiliki harapan dan tujuan, merasa baik, dan memiliki mood yang baik secara keseluruhan. Studi menunjukkan bahwa depresi dapat disebabkan oleh kekurangan neurotransmitter tertentu, seperti serotonin, norepinephrine, dan dopamine. Di sisi lain, kelebihan neurotransmitter dapat menyebabkan fase *manic* selama periode *manic-depresi* (Lubis, 2016).

Stres melemahkan sistem kekebalan tubuh juga. Jika seseorang mengalami masalah emosional, bagian hipotalamus otak akan mengaktifkan kelenjar pituitary dan kemudian mengeluarkan hormon yang disebut glukokortikoid dalam

jumlah besar. Pengaruh glukokortikoid ini mencegah produksi antibodi yang cukup (Lubis, 2016).

Bedasarkan aspek biologis, terapi yang dapat diberikan pada penderita depresi dengan mengembalikan neurotransmitter dan hormone ke tingkatan normal dengan pemberian antidepresan agar fungsi otak dapat kembali normal (Lubis, 2016).

3. Faktor Psikososial

Menurut Beck (1985) depresi dapat disebabkan oleh beberapa akibat antara lain:

1) Stres yang spesifik

Stres yang spesifik didefinisikan sebagai situasi atau kejadian yang serupa dengan kejadian traumatis sebelumnya. Situasi stres yang dapat menyebabkan depresi termasuk hal-hal yang dapat menurunkan harga diri individu, seperti tidak berhasil dalam ujian, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain; penyakit yang menyebabkan penurunan kemampuan tubuh hingga kematian, seperti seseorang yang menderita kanker merasa hidupnya tidak berguna, hingga menyebabkan depresi; dan rangkaian keadaan stres yang berulang dapat mengganggu toleransi seseorang terhadap stres.

2) Stres non spesifik

Serangkaian peristiwa yang tidak traumatik kadang-kadang dapat menyebabkan depresi. Stres tidak spesifik, di sisi lain, dapat menyebabkan gangguan psikologis lain.

3) Faktor-faktor lainnya yang memberi pengaruh

Di luar faktor pemicu yang disebutkan sebelumnya, ada faktor lain yang memberi arah. Salah satu yang disebutkan oleh Beck adalah ketegangan psikologis. Adapun faktor psikososial lain yang mempengaruhi kejadian depresi, diantaranya:

a. Peristiwa dalam hidup, stres lingkungan, dan fungsi keluarga.

Beberapa klinisi berpendapat bahwa peristiwa kehidupan memengaruhi depresi. Stres dalam hidup lebih sering terjadi sebelum gangguan mood pertama daripada sesudahnya. Stres yang terjadi sebelum episode pertama menyebabkan perubahan biologis di otak, yang mengubah berbagai neurotransmitter di otak (seperti kehilangan neuron dan perubahan kontak sinaptik) (Kaplan and Sadock, 2010). Perubahan tersebut meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami episode gangguan mood di masa depan, bahkan tanpa pengaruh faktor eksternal (Kaplan and Sadock, 2010). Data menunjukkan bahwa stres lingkungan yang paling berhubungan dengan depresi adalah kehilangan pasangan, sedangkan peristiwa

kehidupan yang paling sering mencetuskan depresi adalah kehilangan orang tua pada masa kanak-kanak. (Kaplan and Sadock, 2010).

Munculnya gangguan mood, khususnya gangguan depresif berat, dapat dipengaruhi oleh keluarga. Beberapa laporan menunjukkan bahwa psikopatologi keluarga pasien yang diterapi cenderung sama bahkan setelah pasien pulih. Kecepatan pemulihan pasien, kembalinya gejala, dan penyesuaian setelah pemulihan dapat dipengaruhi oleh tingkat psikopatologi. Korelasi ini mendukung kepentingan klinis untuk memeriksa kehidupan keluarga pasien dan menjawab segala stres yang terlibat dalam kehidupan mereka (Kaplan and Sadock, 2010).

b. Faktor Kepribadian Pramorbid

Tingkat kerentanan seseorang untuk depresi juga dipengaruhi oleh kepribadiannya. Gordon Parker menyatakan bahwa individu yang berisiko terkena depresi adalah mereka yang sering merasa cemas, tidak percaya diri, mudah terbujuk, gemar mengoreksi diri, perfeksionis, hipersensitif, dan harga diri rendah, atau berfokus pada diri sendiri (*self focused*) (Lubis, 2016).

2.1.4. Klasifikasi

WHO menyatakan depresi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. *Mild Depression/Minor Depression* dan *Dysthymic Disorder* (Depresi Ringan).

Suasana hati yang rendah akan pergi dan kembali karena peristiwa stres tertentu yang mengakibatkan individu akan tidak semangat dan cemas. Untuk mengurangi hal ini, harus ada perubahan gaya hidup. Pada episode depresif, minor depression biasanya disertai oleh dua gejala; namun, tidak lebih dari lima gejala muncul dalam dua minggu. Selain itu, gejala tidak disebabkan oleh penyakit atau obat-obatan (Lubis, 2016).

Distimia (*dysthymic disorder*) adalah jenis depresi tidak parah. Dalam gangguan distimia minimal, gejala depresi ringan yang dialami dalam kurun waktu dua tahun. Depresi ini menyebabkan gangguan suasana hati ringan yang berlangsung lama yang dapat mengganggu aktivitas seseorang. (Lubis, 2016).

2. *Moderate Depression* (Depresi Sedang).

Pada *moderate depression*, setiap orang dapat merasakan *mood* yang buruk dan gejala fisik yang berbeda. dibutuhkan bantuan untuk mengatasinya karena modifikasi gaya hidup saja kurang berpengaruh (Lubis, 2016).

3. *Severe Depression/Major Depression* (Depresi Berat).

Seseorang yang mengalami depresi berat akan kesulitan untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Jenis depresi ini dapat terinisiasi sewaktu-waktu. Seseorang yang mengalami depresi berat memiliki lima atau lebih gejala dalam satu episode. Depresi berat berlangsung selama dua pekan berturut-turut. Dalam kasus depresi berat, penting untuk dilakukan penanganan secepat mungkin (Lubis, 2016).

2.1.5. Kriteria Diagnosis

Depresi dapat terjadi secara sendiri (unipolar) atau sebagai bagian dari gangguan bipolar. Simtom berlangsung selama setidaknya dua minggu dan mengalami perubahan dalam derajat fungsi. ICD-10 dan PPDGJ III membagi gejala depresi menjadi dua kategori, yaitu gejala utama dan gejala lainnya sebagai penyerta.

Gejala utama pada derajat ringan, sedang, dan berat (PPDGJ-III):

1. Afek depresif.
2. Hilangnya hasrat dan kebahagiaan.
3. Kurangnya gairah menyebabkan rasa lelah dan penurunan aktivitas.

Gejala penyerta lainnya (PPDGJ-III):

1. Penurunan atensi dan konsentrasi.
2. Penurunan kepercayaan dan harga diri.

3. Konsep tidak berguna dan rasa bersalah.
4. Pesimis memandang masa depan.
5. Pikiran atau perbuatan yang mengancam diri sendiri.
6. Gangguan pada tidur.
7. Berkurangnya keinginan makan.

Untuk episode depresif pada depresi ringan, sedang, atau berat, diagnosis memerlukan waktu setidaknya dua minggu, tetapi waktu yang lebih singkat dapat diterima jika gejala sangat parah dan berlangsung cepat (PPDGJ-III).

Diagnosis depresi ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresif tunggal. Episode depresif selanjutnya harus diklasifikasikan ke dalam gangguan depresif berulang (F33.-) (PPDGJ-III).

A. Pedoman Diagnostik Episode Depresi Ringan (F32.0)

- 1) Terdapat minimal 2 dari 3 gejala utama.
- 2) Ada setidaknya dua dari gejala tambahan lain.
- 3) Tidak ada gejala berat selama episode, minimal dua minggu.
- 4) Terdapat sedikit kesukaran pada aktivitas atau interaksi sosial yang rutin dilakukan.

B. Pedoman Diagnostik Episode Depresi Sedang (F32.1)

- 1) Setidaknya terdapat dua dari tiga gejala utama.
- 2) Setidaknya terdapat tiga atau empat dari gejala lain.
- 3) Lama semua episode terjadi minimal 2 minggu.

- 4) Mengalami kesukaran pada aktivitas atau interaksi kemasyarakatan, profesi, dan urusan rumah tangga.

C. Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

- 1) Harus muncul seluruh gejala utama.
- 2) Minimal ada empat gejala tambahan, beberapa di antaranya harus sangat parah.
- 3) Jika mengalami gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) signifikan, maka pasien dapat mengutarakan gejala mereka secara menyeluruh. Dalam situasi seperti ini, masih ada alasan untuk melakukan penilaian menyeluruh terhadap episode depresif yang parah.
- 4) Biasanya, episode depresif terjadi minimal dua minggu. Apabila gejala sangat berat dengan onset cepat, maka diagnosis dapat ditegakkan dalam waktu kurang dari dua minggu.
- 5) Pasien hampir tidak mungkin dapat melanjutkan interaksi sosial, pekerjaan, atau tanggung jawab rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

D. Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik

- 1) Episode depresi sesuai kriteria nomor 3 (F32.2).

- 2) Bersamaan dengan halusinasi, stupor depresif, atau waham. Waham umumnya menggabungkan konsep seperti kemiskinan, dosa, atau malapetaka yang mengancam. Individu yang mengalami episode ini akan merasa bertanggung jawab atas masalah tersebut. Halusinasi olfaktorik atau auditorik biasanya berupa bau kotoran atau daging busuk, atau suara yang menghina atau menuduh. Retardasi psikomotor berat dapat mengakibatkan stupor.

2.1.6. Instrumen Penilaian Tingkat Depresi

2.1.6.1. Becks Depression Inventory (BDI)-II

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan kuesioner pelaporan mandiri yang dirancang untuk menilai derajat depresi pada populasi baik psikiatris maupun normal. Pada tahun 1996, dilakukan revisi pada BDI untuk lebih konsisten pada kriteria DSM-IV, hasil perevisian disebut sebagai BDI-II. Contoh perevisian yang disesuaikan dengan DSM-IV adalah responden menjawab setiap pernyataan dalam kurun waktu dua minggu, bukan satu minggu. Selain itu, terdapat perubahan pada beberapa item dalam BDI, seperti “kesulitan dalam bekerja” diganti menjadi “kehilangan energi” pada BDI-II dan item “kehilangan waktu tidur dan selera makan” diubah menjadi dua item pada BDI-II, yaitu “meningkat/menurunnya pola

tidur” dan “meningkat/menurunnya pola makan”(Jackson-Koku, 2016). BDI-II tidak bergantung pada teori depresi tertentu dan diterjemahkan ke berbagai bahasa. (Jackson-Koku, 2016). Terdapat 21 item pada kuisioner BDI-II dengan skala 4 poin, dari poin 0 (tanpa gejala) hingga poin 3 (gejala berat). Kriteria DSM-IV untuk depresi berat digunakan untuk menilai gejala afektif, kognitif, somatik, dan vegetatif. Setelah 21 item diberi peringkat tertinggi, total skor penilaian dihitung. Ada skor terendah 0 dan skor tertinggi 63. Semakin tinggi jumlah skor menunjukkan bahwa gejalanya lebih parah. Pada populasi non-klinisi, skor lebih dari 20 menunjukkan depresi. Interpretasi (Jackson-Koku, 2016):

- Skor 0-13: tidak depresi
- Skor 14-19: depresi ringan
- Skor 20-28: depresi sedang
- Skor 29-63: depresi berat.

2.1.6.2. Skala Peringkat Depresi Hamilton

Skala Peringkat Depresi Hamilton merupakan alat ukur untuk menilai tingkat keparahan depresi dalam dinamika dan efektivitas pengobatan pasien dengan gangguan depresi yang telah teridentifikasi. Penilaian tingkat gejala depresi didasarkan pada 17 item dengan skor

antara 0 (tidak ada) hingga 4 (parah) dan dijumlahkan setiap poin untuk mendapatkan nilai total. Interpretasi total skor (Renemane, 2021):

- skor 10-13: depresi ringan
- skor 14-17: depresi sedang
- skor diatas 17: depresi berat

2.2. Dukungan Sosial

2.2.1. Definisi

Dukungan sosial memiliki peranan penting bagi penderita kanker. Sarafino (1994) mendefinisikan perasaan sayang, diperhatikan, dihargai, dan dibantu yang dirasakan oleh seseorang atau kelompok terhadap mereka dikenal sebagai dukungan sosial (Safitri *et al.*, 2017). Etzion (dalam Widyarini, 2014) mendefinisikan dukungan sosial adalah suatu koneksi dengan orang lain dengan beberapa karakteristik, seperti perhatian emosional, bantuan fisik, pujian, dan komunikasi (Safitri *et al.*, 2017).

Dukungan sosial dapat mencakup nasihat, informasi yang bersifat verbal maupun nonverbal, atau bantuan dari orang lain yang kenal dengan individu. Dukungan sosial ini dapat mempengaruhi emosional dan perilaku individu (Safitri *et al.*, 2017). Orang tua, orang tua, kerabat dekat, teman kerja, bahkan tenaga medis, dan anggota masyarakat dapat memberikan dukungan sosial ini. Jaringan sosial seperti keluarga atau masyarakat dapat membuat orang yang

mendapatkan dukungan sosial merasa dihargai, dicintai, dan berarti. Jaringan sosial ini dapat memberikan bantuan dan pelayanan saat dibutuhkan (Yuliana *et al.*, 2020).

2.2.2. Sumber Dukungan Sosial

Sumber utama dukungan sosial didapatkan melalui:

1. Keluarga.

Keluarga adalah tempat di mana seseorang tumbuh dan berkembang; sebagai anggota keluarga, mereka akan menjadi tumpuan, harapan, dan tempat berkeluh kesah ketika mereka menghadapi masalah dalam hidup mereka (Rizky Fananni, 2021). Dengan dorongan dari keluarga, seseorang dapat menjadi lebih percaya diri dan mandiri akan kemampuan mereka sendiri. Hal ini dapat meningkatkan motivasi dalam diri individu yang dapat mempengaruhi cepat atau lambat proses penyembuhan pasien. Selain itu, keluarga merupakan satu satunya sumber dukungan yang tidak berubah seiring bertambahnya usia sehingga memberikan tingkat stabilitas pada dukungan yang diterima. (Prezza and Pacilli, 2022).

2. Teman.

Teman berusaha untuk meningkatkan kerjasama, pertemanan, rasa saling percaya, dan kebanggaan kelompok. Pada kelompok usia muda, teman menjadi sumber dukungan yang sangat berpengaruh. Sebaliknya, kelompok lansia (diatas 66

tahun) merasa kurang mendapatkan dukungan. Hal ini dapat disebabkan karena berkurangnya jaringan sosial para lansia (Prezza and Pacilli, 2022).

3. *Significant others* (orang penting lainnya).

Significant others merupakan seseorang yang dalam proses sosialisasi secara nyata penting dan sangat mempengaruhi individu. *Significant others* dapat meliputi pasangan, anggota keluarga, dan teman dekat, kelompok sosial, perawat, dokter, dan orang lain yang bersedia membantu individu (Prezza and Pacilli, 2022). Dukungan yang didapatkan dari orang terdekat (*significant others*) dapat menurun seiring bertambahnya usia, dan lebih tinggi pada seseorang yang sudah menikah dibandingkan mereka yang sudah tidak menikah (berpisah atau bercerai). Perempuan memiliki angka dukungan lebih tinggi ketika ia belum menikah atau tidak lagi menikah dibandingkan pria. Sebaliknya, angka dukungan lebih tinggi pada pria yang menikah dibandingkan wanita (Prezza and Pacilli, 2022).

2.2.3. Bentuk Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat meliputi (Lubis, 2016):

1. Dukungan Instrumental (Tangible Assistance)

Dukungan langsung berupa materi seperti pinjaman barang, uang, makanan, dan layanan termasuk dalam kategori dukungan ini. Individu lebih mudah menemukan solusi mengenai masalah

yang berhubungan dengan materi sehingga mengurangi tingkat stres yang dialaminya. Bentuk dukungan ini dibutuhkan untuk menangani situasi yang dapat dikontrol.

2. Dukungan dalam Bentuk Informasi

Bentuknya dapat berupa umpan balik situasi dan kondisi seseorang atau saran dan informasi. Informasi ini dapat menolong seseorang mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan mereka.

3. Dukungan Emosional

Dalam situasi yang tidak dapat dikontrol, dukungan emosional sangat penting karena membantu individu merasa lebih yakin, nyaman, dicintai, dan diperlukan oleh pemberi dukungan sosial.

4. Dukungan pada Harga Diri

Pendapat, penghargaan diri, persetujuan, dan komparasi yang positif dengan orang lain adalah cara untuk membantu seseorang mengembangkan kemampuan dan harga dirinya sendiri.

5. Dukungan oleh Kelompok Sosial

Dukungan kelompok sosial dapat diperoleh dengan menjadi anggota komunitas yang terlibat dalam aktivitas sosial dan memiliki minat yang sama. Dukungan dari kelompok sosial akan membuat seseorang merasa mempunyai teman senasib sehingga ia tidak merasa terisolasi dari lingkungan sosialnya.

2.2.4. Faktor-faktor yang Memengaruhi Dukungan Sosial

Faktor-faktor yang memengaruhi dukungan sosial antara lain:

1. Kebutuhan fisik.

Kebutuhan bersifat fisik ini termasuk sandang, pangan, dan papan. Dukungan sosial akan menjadi kurang jika individu tidak terpenuhi kebutuhan fisiknya (Kirana *et al.*, 2018).

2. Kebutuhan sosial.

Kebutuhan sosial bagi orang-orang yang memiliki kecukupan aktualisasi diri dapat lebih baik mengenal masyarakat dibandingkan orang-orang yang tidak dapat bersosialisasi. Individu yang memiliki aktualisasi diri dengan baik akan ingin menghasilkan pengakuan dari lingkungan sekitar. Akibatnya, pengakuan akan dirasa penting untuk memberikan penghargaan kepada individu tersebut (Kirana *et al.*, 2018).

3. Kebutuhan psikis.

Kebutuhan psikis yang terdiri dari perasaan religius, ingin tahu, dan aman adalah kebutuhan mental yang tidak dapat dicapai tanpa pertolongan pihak lain. Individu cenderung menginginkan dukungan secara sosial, terutama dari orang yang di lingkungannya, untuk membuat mereka merasa diperhatikan, dicintai, dan dihargai (Kirana *et al.*, 2018).

Menurut Cohen dan Syme (1985) beberapa faktor yang mempengaruhi keefektifan dukungan sosial antara lain:

1. Pemberi dukungan sosial. Dukungan yang didapatkan dari sumber yang sama dan berkesinambungan akan lebih efektif karena ada faktor tingkat kepercayaan penerima dukungan.
2. Jenis dukungan sosial yang diterima. Dukungan yang diberikan sesuai dengan situasi akan lebih efektif.
3. Penerima dukungan sosial. Karakteristik penerima mempengaruhi keefektifan dukungan sosial yang didapatkannya. Karakteristik tersebut antara lain kepribadian, kebiasaan, dan peran sosial.
4. Durasi pemberian dukungan sosial. Waktu dan lama pemberian dukungan berpengaruh pada pemberian dukungan yang berkesinambungan.

2.2.5. Instrumen Penilaian Dukungan Sosial

2.2.5.1. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

The Multidimensional Scale of Perceived Social

Support (MSPSS) digunakan menilai dukungan sosial yang berasal dari sumber dukungan sosial (keluarga, teman, dan orang penting lainnya). Skala MSPSS mencakup 12 item meliputi:

- 1) Keluarga: item 3,4,8, dan 11.
- 2) Teman: item 6,7,9 dan 12.
- 3) Orang penting lainnya: item 1,2,5, dan 10.

Setiap item menggunakan skala Likert tujuh poin (1= sangat tidak setuju hingga 7= sangat setuju). Semakin banyak poin yang diberikan mengindikasikan semakin tinggi dukungan sosial yang dirasakan individu. Total skor dapat dinilai dengan menjumlahkan item pada setiap subskala dan membaginya dengan 4. Interpretasi skor yang didapatkan adalah (Soimah and Hartiani, 2020):

- Dukungan sosial rendah : skor 1-2,9
- Dukungan sosial moderate/sedang: skor 3-5
- Dukungan sosial tinggi: skor 5,1-7

2.2.5.2. The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS SSS)

The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS SSS) merupakan survei yang digunakan untuk mengukur ketersediaan dukungan yang terdiri atas 19 item yang dikelola dan dikembangkan untuk pasien dalam Medical Outcomes Study (MOS), sebuah studi dua tahun yang dilakukan untuk pasien dengan kondisi kronis. Instrumen penilaian ini memberikan penilaian terhadap beberapa domain dukungan sosial bersama dengan dukungan emosional (*emotional support*), dukungan nyata (*Tangible support*), dukungan positif (*positive support*), dan dukungan afektif (*affective support*) dengan masing-masing

pertanyaan memiliki rentang skala likert 0-4 dan penjumlahan skornya dilakukan secara langsung (Sherbourne, 2020).

2.2.6. Manfaat Dukungan Sosial

Manfaat dukungan sosial adalah sebagai berikut (Lubis, 2016):

1. Mengurangi rasa isolasi pasien dengan menyadari bahwa orang lain juga mengalami kesulitan.
2. Memiliki pengalaman membantu pihak lain yaitu dengan cara memberikan nasehat, informasi, dan dukungan emosional.
3. Menumbuhkan keyakinan pasien mencapai kesembuhan dengan melihat pasien lain yang telah sembuh.
4. Mampu menumbuhkan semangat, optimisme, dan kegigihan dalam menghadapi penyakit.
5. Dapat meluapkan perasaan, masalah dan merasa didengarkan.
6. Merasa dihargai dan dicintai dalam keadaan apapun.

Diharapkan bahwa intervensi dukungan sosial kelompok dapat membantu pasien merasa lebih percaya diri dan optimis dalam melawan penyakitnya (Lubis, 2016).

2.3. Kanker Payudara

2.3.1. Definisi

Penyakit yang disebut kanker terjadi ketika sel tubuh tumbuh secara tidak terkendali dan menyebar ke bagian tubuh lainnya.

Tumor ganas atau neoplasma juga digunakan (Brown *et al.*, 2023). Terbentuknya sel-sel abnormal yang cepat berkembang adalah tanda tumor ganas atau kanker. Sel-sel ini dapat menginvasi jaringan sekitarnya atau metastasis melalui aliran darah (hematogen) dan kelenjar limfe (limfogen) (Budhy, 2019). Payudara, yang terdiri dari jaringan lemak, kelenjar susu, kelenjar getah bening, dan kantung penghasil susu adalah salah satu penanda kesempurnaan wanita (Dedi *et al.*, 2021). Keganasan yang terjadi pada saluran kelenjar, sel kelenjar, dan jaringan penunjang payudara disebut kanker payudara. Seperti penyebab kanker lainnya, kanker payudara disebabkan oleh abnormalitas gen yang mempengaruhi diferensiasi dan pertumbuhan sel, yang menyebabkan pertumbuhan sel tidak terkendali (Kemenkes RI, 2015).

2.3.2. Epidemiologi

Tabel 2.1. Data Kanker Dunia Tahun 2020

	Laki-laki	Perempuan	Keduanya
Populasi	3.929.973.836	3.864.824.712	7.794.798.844
Jumlah kasus baru	10.065.305	9.227.484	19.292.789
Tingkat kejadian standar usia	222.0	186.0	201.0
Risiko terkena kanker sebelum usia 75 tahun (%)	22.6	18.6	20.4
Jumlah angka kematian	5.528.810	4.429.323	9.958.133
Angka kematian standar usia	120.8	84.2	100.7
Risiko meninggal akibat kanker sebelum usia 75 tahun (%)	12.6	8.9	10.7

Lanjutan Tabel 2.1.

Prevalensi kasus dalam 5 tahun		24.828.480	25.721.807	50.550.287
Kanker paling terjadi, tidak termasuk kanker kulit non-melanoma (diurutkan berdasarkan kasus)	yang sering	Prostat Paru-paru Lambung Kolorektal Hati	Kolorektal Payudara Paru-paru Tiroid Leher Rahim	Payudara Leher Rahim Paru-paru Kolorektal Hati

Berdasarkan data *Pathological Based Registration* di Indonesia, kanker payudara berada pada peringkat pertama di Indonesia dengan prevalensi 18,6% (Kemenkes RI, 2015). Angka kejadian diperkirakan sekitar 12 per 100.000 wanita, dengan prevalensi angka kematian sekitar 18% dari kematian wanita (KMK, 2018). Diperkirakan 80% kasus kanker payudara telah mencapai tahap akhir di Indonesia. Sehingga menjadi penting untuk mendeteksi dan merawat kanker sejak awal (Kemenkes RI, 2015).

2.3.3. Etiologi

Perkembangan keganasan merupakan proses yang rumit. Banyak faktor yang mempengaruhi kemungkinan keganasan akan berkembang dan sulit untuk menyimpulkan bahwa keganasan hanya dipengaruhi oleh satu sebab tunggal. Meskipun demikian, banyak agen termasuk radiasi, bahan kimia, dan virus ditemukan menjadi penyebab kanker pada hewan percobaan dan manusia (Cooper, 2000). Secara spesifik, etiologi kanker payudara disebabkan oleh

interaksi kompleks dari beberapa faktor. Etiologi ini ditentukan oleh faktor genetik, lingkungan, nutrisi, hormonal, dan faktor keturunan yang berkontribusi pada perkembangan kanker (Admoun and Mayrovitz, 2022).

2.3.4. Faktor Risiko

Kanker menunjukkan etiopatogenesis kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dikelompokkan pada tabel 2.2.

Tabel 2.2. Faktor Risiko Kanker Payudara

Faktor Risiko	Risiko Sangat tinggi	Risiko Tinggi	Risiko Sedang	Faktor Protektif
Riwayat Penyakit	Radiasi (pada limfoma Hodgkin) sebelum usia 30 tahun, riwayat kanker payudara kontralatera		Riwayat keganasan pada organ lain (ovarium, endometrium, tiroid, kolon, melanoma), radiasi pengion dosis tinggi, terutama sebelum usia 20 tahun	
Lingkungan			Radiasi pengion dosis tinggi, terutama sebelum usia 20 tahun	
Usia dan jenis kelamin	Wanita, peningkatan usia (> 50 tahun)			

Lanjutan Tabel 2.2.

Riwayat keluarga dan genetik	Pembawa mutasi gen BRCA1, BRCA2, ATM, TP53 (p53)	Dua atau lebih keluarga menderita kanker payudara.	Satu keluarga dekat atau beberapa keluarga jauh menderita kanker payudara.
Kondisi payudara	DCIS pada kedua payudara, LCIS densitas tinggi pada mammografi.	Hiperplasia ductus atipikal	DCIS payudara kontralateral. Proliferasi jinak tanpa atypia.
Riwayat menstruasi dan reproduksi			Menarche dini (<12 tahun) atau menopause lambat (>55 tahun) Paritas 4 anak atau lebih, usia melahirkan pertama <25 tahun, total durasi menyusui > 12 bulan.
Hormon	Kadar estrogen tinggi pasca menopause		Kontrasepsi oral dalam 10 tahun terakhir, terapi sulih hormone kombinasi Penggunaa n tamoxifen selama > 5 tahun, penggunaa n raloxifene.
Gaya Hidup			IMT > 25kg/m ² pada wanita pascamenopause, konsumsi alcohol >3kali sehari. Aktivitas fisik 2 jam atau lebih.

2.3.5. Stadium Kanker Payudara

Sistem klasifikasi TNM oleh *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) tahun 2010 digunakan menentukan stadium kanker payudara yang dijelaskan pada tabel 2.3.

Tabel 2.3. Pengelompokan Stadium Kanker Payudara

Stadium	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T0	N1mic	M0
	T1	N1mic	M0
Stadium IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-N2	M0
Stadium IIIB	T4	N1-N2	M0
Stadium IIIC	Semua T	N3	M0
Stadium IV	Semua T	Semua N	M1

2.4. Korelasi Kanker dengan Depresi

Penyakit kanker memengaruhi kualitas hidup pasien. Kanker dapat menyebabkan penderitaan psikososial, fisik, dan spiritual dan lain-lain. Penderitaan psikososial yang biasa dialami termasuk kecemasan, ketakutan, depresi, kematian, atau kekambuhan penyakit. Hasil penelitian menyatakan depresi dialami oleh sekitar 34,4% pasien kanker di Indonesia (Setiyarini *et al.*, 2017). Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, depresi pada kanker disebabkan oleh multifaktorial yang melibatkan penyebab psikososial, biologis, bahkan penyebab iatrogenik (Smith, 2015).

1. Peradangan.

Bukti menunjukkan bahwa faktor biologis dapat berperan menyebabkan depresi selain faktor psikososial. Penghancuran jaringan karena pembedahan, kemoterapi, atau radioterapi menyebabkan kerusakan pada molekul terkait (DAMPs) pada jaringan yang rusak, yang berikatan dengan reseptor pengenalan pola (PRRs) pada leukosit, khususnya makrofag, menyebabkan ekspresi faktor transkripsi faktor nuklir (*nuclear factor- κ - β* (NF κ β)) dan produksi banyak sitokin pro-inflamasi, termasuk Interleukin-1 (IL-1), interferon- α (INF- α), IL-6 dan *tumour necrosis factor- α* (TNF- α). Radiasi dan beberapa agen kemoterapi dapat secara langsung menstimulasi NF κ β secara independen dari kerusakan jaringan yang selanjutnya menstimulasi lebih banyak mediator inflamasi (Smith, 2015). TNF- α , IL-1 dan sitokin lainnya telah diamati meningkatkan aktivitas dan ekspresi serotonin (5-hydroxytryptamine; 5-HT) dan transporter pengambilan kembali noradrenalin (NA), melalui aktivitas protein kinase teraktivasi mitogen p38 (MAPK). Ini secara efektif menurunkan konsentrasi sinaptik 5-HT dan NA, dan dapat menyebabkan perilaku depresi (Smith, 2015).

2. Faktor psikologis pencetus depresi.

Beberapa faktor dapat mempengaruhi terjadinya depresi pada penderita kanker, diantaranya (Setiyarini *et al.*, 2017):

- a. Berhubungan dengan penyakit (tingkat keparahan, lama diagnosis, rasa sakit, dan prognosis yang buruk).

Menurut Perhimpunan Onkologi Indonesia tahun 2010 (dari Hariroh *et al.*, 2017) di negara berkembang, pasien kanker cenderung berobat ke dokter saat penyakitnya sudah memasuki stadium lanjut. Faktor-faktor yang dapat mengakibatkan hal tersebut diantaranya faktor dalam diri pasien, faktor dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta kesalahan informasi yang diperoleh dari media (Hariroh *et al.*, 2017). Reaksi psikologis yang dimiliki oleh pasien kanker stadium lanjut lebih berat daripada pasien kanker stadium awal karena terdapat metastasis sel kanker ke jaringan organ lain dan memberikan perubahan fisik maupun psikologis pada pasien (Putu *et al.*, 2019). Perubahan fisik dan psikologis yang dialami pasien kanker akibat efek samping pengobatan, perjalanan penyakit yang kronik, hingga prognosis yang buruk dapat mempengaruhi pasien memandang dirinya secara negatif (Putu *et al.*, 2019). Perubahan cara pandang diri secara negatif, pesimistik, dan perasaan tidak berharga inilah yang menjadi pencetus depresi, terutama pasien kanker stadium lanjut (Putu *et al.*, 2019).

- b. Faktor internal pasien (ketakutan akan rasa sakit, merasa tidak berdaya, hingga rasa takut akan kematian).

Penanganan dan kondisi penyakit kanker dapat mengakibatkan kecemasan secara terus-menerus yang bukan hanya berdampak pada

kondisi fisik pasien, tetapi juga pada kondisi psikologisnya. Kecemasan dapat muncul ketika individu membayangkan perubahan yang akan terjadi dalam hidupnya akibat penyakit kanker yang diderita (Lubis, 2016). Selain itu, rasa cemas muncul berkaitan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi dan dampak penyakitnya terhadap aktivitas sehari-hari individu di masa depan. Seseorang dengan penyakit kanker akan mengalami keterbatasan aktivitas dan bila ia tidak dapat menerima dirinya sakit, ia akan merasa dirinya tidak berdaya. Stress yang berkesinambungan dalam kurun waktu lama dapat menyebabkan depresi (Lubis, 2016).

- c. Penanganan (lama perawatan, efek samping terapi, perawatan berulang, dan tingginya biaya)

Kadang-kadang, penanganan kanker merupakan beban yang lebih besar bagi penderita daripada penyakitnya sendiri. Operasi, kemoterapi, dan radiasi adalah metode pengobatan kanker. (Lubis, 2016). Operasi merupakan salah satu penanganan yang dilakukan pada kanker. Pasien tidak terbiasa dengan berbagai ketidakpastian yang menyebabkan kecemasan sebelum dan sesudah operasi. (Lubis, 2016). Selain itu, radiasi dan obat anti-kanker dapat merusak tubuh dan menyebabkan kegagalan untuk memperbaiki fungsi tubuh. Efek samping obat-obatan yang digunakan pada kanker dapat menyebabkan terjadinya depresi (Lubis, 2016). Sebagai contoh, DA Reseptor-2 antagonis haloperidol, yang digunakan dalam pengobatan

mual terkait kemoterapi, dapat mengurangi transmisi dopaminergik di otak yang berkaitan dengan gejala depresi (Smith, 2015). Agen imunoterapi, termasuk INF- α , yang digunakan pada beberapa jenis kanker telah dilaporkan menyebabkan depresi pada 50% pasien (Smith, 2015).

- d. Faktor kurangnya informasi dan komunikasi antara pasien dengan tim medis.

Pasien kanker seringkali mengalami masalah yang berkaitan dengan penyakitnya, seperti ketakutan terhadap penderitaan fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan terapi sebagai konsekuensi dari penyakit yang dideritanya. Komunikasi diperlukan untuk menghilangkan ketakutan yang spesifik pada pasien. Peningkatan komunikasi antara tim medis dan pasien berkorelasi dengan hasil perbaikan kesehatan, kepuasan pasien, dan kesejahteraan emosional. Sebagai contoh, perawatan primer menunjukkan penurunan tingkat kecemasan dan lebih puas terhadap pelayanan dokter bila mereka membicarakan perawatan tingkat lanjut yang pada akhirnya dapat meningkatkan kesehatannya secara objektif (Rasjidi, 2010).

Komunikasi dan pemahaman mengenai informasi yang diberikan oleh tim medis kepada pasien dipengaruhi oleh tingkat Pendidikan pasien. Menurut Notoatmojo (2012), tingkat pendidikan seseorang memengaruhi cara mereka menanggapi informasi dari luar dan menjadi faktor penting dalam perubahan perilaku kearah positif.

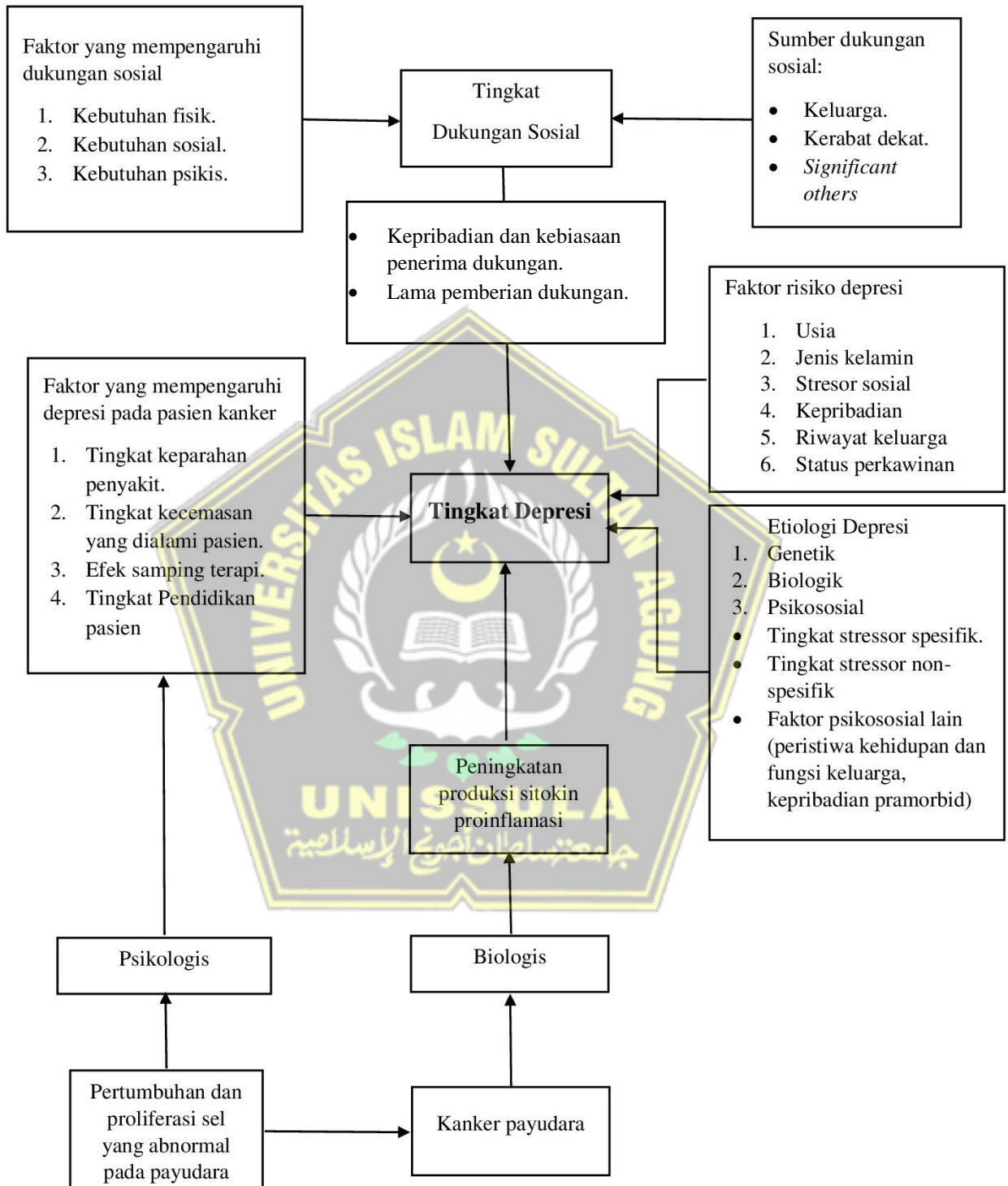
Sesuai hasil penelitian oleh Widiyono dkk. (2018) bahwa Pendidikan yang rendah mempengaruhi pengetahuan dan kesadaran pasien mengenai penyakit kanker yang dideritanya, semakin banyak pengetahuan seseorang, penerimaan informasi akan semakin mudah. Sedangkan semakin rendah pengetahuan, semakin buruk sikapnya terhadap penerimaan informasi yang diberikan kepadanya, yang meningkatkan risiko depresi. Status pendidikan yang rendah dapat pula mempengaruhi gaya hidup yang meningkatkan risiko kanker payudara (Putu *et al.*, 2019).

2.4.1. Korelasi Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi pada Pasien Kanker Payudara

Kanker payudara berdampak besar pada kehidupan penderitanya. Beragam dampak yang ditimbulkan meliputi baik dampak fisik maupun psikologis. Penderita akan mengalami kelemahan fisik karena efek samping pengobatannya, seperti mual atau muntah, rasa sakit di seluruh tubuh, perubahan siklus menstruasi, rambut rontok, ngilu pada tulang, dan perubahan kulit (Dedi *et al.*, 2021). Selain itu, dampak psikologis termasuk rasa malu, ketidakberdayaan, stres, harga diri menurun, cemas, sedih, cemas, depresi, dan takut akan kematian. Akibatnya, penderita mengalami ketidakstabilan emosi meliputi depresi, rasa cemas, rasa sedih, marah, dan pengalaman tidak baik di lingkungan sosialnya (Dedi *et al.*, 2021).

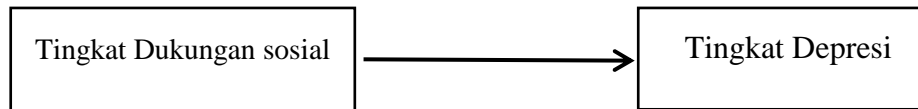
Dukungan sosial menjadi faktor penting pada penderita kanker payudara. Hal-hal mengenai dukungan sosial terutama diperoleh dari keluarga, kerabat dekat, staf kesehatan, maupun lingkungan masyarakat di sekitar individu. Dukungan sosial akan sangat membantu penderita kanker payudara dalam menerima dan menyesuaikan diri dengan penyakitnya. Dukungan ini juga akan memotivasi mereka dan membuat mereka merasa dihargai dan terlibat dalam proses penyembuhannya (Yuliana *et al.*, 2020). Menurut Maeda dkk. (2013) faktor penting dalam penurunan tingkat depresi dan kecemasan pada pasien kanker payudara adalah dukungan sosial, terutama dari keluarga (Yuliana *et al.*, 2020). Dengan dukungan yang baik, seseorang dapat memperoleh kemandirian dan yakin terhadap kemampuan mereka. Dukungan akan meningkatkan motivasi pasien (Yuliana *et al.*, 2020). Selain itu, orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan lebih positif, optimis, dan percaya diri dibandingkan orang yang memiliki dukungan sosial rendah (Dedi *et al.*, 2021).

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2. Kerangka Konsep

2.7. Hipotesis

Terdapat korelasi antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan rancangan *cross-sectional* yang menganalisis hubungan antara paparan atau faktor risiko (independen) dan akibat atau efek (dependen). Proses pengambilan data dilaksanakan pada saat yang sama antara risiko dan efeknya. Peneliti tidak melihat hubungan sebab dan akibat berdasarkan perjalanan waktu.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel Penelitian

- a. Variabel bebas : dukungan sosial.
- b. Variabel terikat : kejadian depresi.

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Dukungan Sosial

Dukungan dari keluarga, teman, serta orang penting lain seperti pasangan, tim medis, atau masyarakat di sekitar pasien yang membantu pasien menyelesaikan masalahnya disebut dukungan sosial. Kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) digunakan untuk menilai dukungan sosial. Hasil skoring dari kuesioner dikelompokkan menjadi:

- skor 1-2,9 : dukungan sosial rendah
- skor 3-5: dukungan sosial moderate/ sedang
- skor 5,1-7 : dukungan sosial tinggi

Skala data: ordinal.

3.2.2.2. Depresi

Pada pasien kanker, depresi adalah gangguan perasaan yang berkepanjangan yang ditandai oleh gejala afektif, kognitif, somatik, dan vegetatif. Kuesioner *Beck's Depression Inventory* (BDI) II menjadi instrumen yang digunakan untuk penilaian tingkat depresi. Interpretasi hasil:

- skor 0-13: tidak depresi
- skor 4-19 : depresi ringan
- skor 20-28: depresi sedang
- skor 29-63: depresi berat

Skala ukur: ordinal.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi penelitian yaitu seluruh pasien kanker payudara yang menjalani rawat jalan di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang periode Februari 2024.

3.3.2. Sampel

3.3.2.1. Besar Sampel

Penghitungan jumlah sampel untuk Analitik Korelatif

Ordinal-Ordinal sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

di mana:

n = Jumlah subjek.

Alpha (α) = Kesalahan tipe satu ditetapkan 5%, hipotesis satu arah.

Z_{α} = Nilai standar alpha = 1,64.

Beta (β) = Kesalahan tipe dua ditetapkan 10%.

Z_{β} = Nilai standar beta = 1,28.

r = Koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan 0,4.

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(1,64 + 1,28)}{0,5 \ln \left(\frac{1+0,4}{1-0,4} \right)} \right]^2 + 3 = 50,5 \approx 51$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel diatas, didapatkan jumlah subjek yang diperlukan adalah 51 orang.

3.3.2.2. Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel dengan *Non-Probability*

Sampling jenis *Consecutive Sampling* yaitu teknik

pengambilan sampel seluruh subyek yang sesuai dengan kriteria inklusi dilibatkan ke dalam sampel penelitian sampai jumlah subyek yang dibutuhkan terpenuhi.

3.3.2.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Penelitian ini menggunakan sample pasien kanker payudara yang memenuhi kriteria inklusi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien kanker berusia di atas 18 tahun yang saat penelitian sedang menjalani pengobatan atau sedang dalam tindak lanjut.
- 2) Pasien terdiagnosis kanker payudara yang dikonfirmasi minimal satu bulan sebelum memulai penelitian ini.
- 3) Dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat merespon pertanyaan.
- 4) Bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien dengan penyakit kronis selain kanker payudara.
- 2) Pasien mengalami depresi sebelum menderita kanker payudara dan masih berlanjut hingga saat ini.

3.4. Instrumen Penelitian

3.4.1. Instrumen Penilaian Dukungan Sosial dengan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*

The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) adalah instrumen untuk menilai dukungan sosial yang diberikan oleh teman, keluarga, pasangan, dan orang-orang penting lainnya. Skala MSPSS mencakup 12 item meliputi:

- 1) Dukungan sosial dari keluarga: item 3,4,8, dan 11
- 2) Dukungan sosial dari teman : item 6,7,9 dan 12
- 3) Dukungan sosial dari orang penting lainnya: item 1,2,5, dan 10.

Setiap item menggunakan skala Likert tujuh poin (1=sangat tidak setuju hingga 7= sangat setuju). Semakin besar poin yang diberikan menandakan semakin tinggi dukungan sosial yang dirasakan individu. Total skor dapat dinilai dengan menjumlahkan item pada setiap subskala dan membaginya dengan 4.

Interpretasi skor yang didapatkan (Soimah and Hartiani, 2020):

- *Dukungam sosial* rendah: skor 1-2,9
- *Dukungan sosial* moderate/sedang: skor 3-5
- *Dukungan sosial* tinggi: skor 5,1-7

3.4.2. Instrumen Penilaian Depresi dengan *Beck Depression Inventory* (BDI) II

Beck Depression Inventory (BDI) adalah instrumen pelaporan mandiri yang berisi 21 item untuk mendeteksi tingkat depresi. Pada tahun 1996, dilakukan revisi pada BDI untuk lebih konsisten pada kriteria DSM-IV, hasil perevisian disebut sebagai BDI-II. Contoh perevisian yang disesuaikan dengan DSM-IV adalah responden merespon setiap pertanyaan dalam jangka waktu dua minggu, bukan satu minggu. Selain itu, terdapat perubahan pada beberapa item dalam BDI, seperti “kesulitan dalam bekerja” diganti menjadi “kehilangan energi” pada BDI-II dan item “kehilangan waktu tidur dan selera makan” diubah menjadi dua item pada BDI-II, yaitu “meningkat/menurunnya pola tidur” dan “meningkat/menurunnya pola makan”(Jackson-Koku, 2016). BDI-II tidak bergantung pada teori depresi tertentu dan telah diterjemahkan dalam berbagai Bahasa (Jackson-Koku, 2016). Terdapat 21 item pada kuesioner BDI-II dengan skala 4 poin, dari poin 0 (tidak ada gejala) hingga poin 3 (gejala berat). Penilaian dilakukan dengan kriteria gejala afektif, kognitif, somatik, dan vegetatif, yang menggambarkan kriteria DSM-IV untuk depresi berat. Total skor penilaian didapatkan dengan menambahkan peringkat tertinggi untuk 21 item. Pada BDI-II skor terendah adalah 0 dan skor tertinggi adalah 63. Semakin

tinggi skor menandakan lebih beratnya keparahan gejala. Interpretasi skor adalah (Jackson-Koku, 2016):

- Skor 0-13: tidak depresi
- Skor 14-19: depresi ringan
- Skor 20-28 : depresi sedang
- Skor 29-63: depresi berat

3.5. Cara Penelitian

1. Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah pelaksanaan penelitian dan pengumpulan data penelitian terdiri dari:

- 1) Membuat dan mengajukan izin untuk kegiatan penelitian ke Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan diserahkan kepada Direktur Penelitian dan Pengembangan RSI Sultan Agung Semarang.
- 2) Setelah mendapatkan surat izin penelitian, peneliti mendatangi masing-masing responden untuk membagikan kuesioner.
- 3) Peneliti menjelaskan tujuan dan maksud dari penelitian dan meminta persetujuan responden. Responden kemudian diminta menandatangani lembar persetujuan penelitian (*inform consent*) jika bersedia.
- 4) Peneliti memberikan informasi mengenai kuesioner yang harus diisi oleh responden dan menjelaskan bagaimana cara mengisi kuesioner tersebut.

- 5) Kuesioner yang telah selesai diisi dapat dikembalikan kepada peneliti. Peneliti kemudian memeriksa apakah ada kesalahan pengisian kuesioner dan kuesioner disimpan oleh peneliti untuk dilakukan olah data.

2. Pengolahan Data

Data penelitian dari kuisioner dikumpulkan lalu diolah dengan tahapan sebagai berikut:

1) Editing

Editing adalah tahap di mana data yang terkumpul dari pengisian kuisioner diubah agar sesuai dengan jawaban. Jika terdapat kesalahan data selama proses ini, data harus dikumpulkan kembali.

2) Coding

Coding adalah tahap memberikan identitas data dengan mengubah data huruf menjadi data angka. Misalnya data pendidikan dibagi menurut tingkat pendidikan dikode menjadi angka (1= Sekolah Dasar, 2= Sekolah Menengah Pertama, 3= Sekolah Menengah Atas. 4= Perguruan Tinggi).

3) Entri data

Entri data merupakan tahap pengisian kolom dengan kode sesuai jawaban. Data yang didapatkan dari jawaban pada kuesioner dimasukkan sesuai nomor responden pada kuesioner berdasarkan skor jawaban. Data kemudian diolah menggunakan SPSS.

4) Processing Data

Processing adalah merupakan tahap setelah seluruh data telah terisi dengan benar, lengkap, serta diberi kode jawaban. Salah satu program yang banyak digunakan adalah SPSS.

5) Cleaning data

Data yang telah dimasukkan kemudian diperiksa ulang, apakah sudah betul atau terdapat kesalahan dalam memasukkan data sebelum data siap dianalisa.

3.6. Tempat dan Waktu

3.6.1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poli Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

3.6.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bulan Februari 2024.

3.7. Analisis Hasil

3.7.1. Analisis Univariat

Analisis univariat menggambarkan secara tunggal karakteristik variabel yang diteliti. Variabel yang dianalisis adalah variabel dukungan sosial (independen) dan variabel kejadian depresi (dependen) yang dijelaskan dalam tabel frekuensi distribusi.

3.7.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan mengevaluasi hipotesis tentang dua variabel apakah mereka berhubungan, berkorelasi, perbedaan, pengaruh, atau yang lainnya berdasarkan hipotesis yang telah dibuat. Pada penelitian, skala data pada kedua variabel penelitian adalah skala ordinal sehingga dilakukan uji korelasi *Spearman* untuk menilai apakah terdapat korelasi antara kedua variabel yang dapat dilihat dari tingkat signifikansi dan kekuatan berdasarkan nilai koefisien korelasi atau r yang dijelaskan pada tabel 3.2. Pembuktian hipotesis ditolak atau diterima berdasarkan nilai $\alpha = 5\%$ atau nilai $p < 0.05$.

Tabel 3.1. **Nilai Koefisien Korelasi (r)**

Nilai	Keterangan
0.00-0.199	Sangat lemah
0.20-0.399	Lemah
0.40-0.599	Sedang
0.60-0.799	Kuat
0.80-1.00	Sangat kuat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan Februari 2024. Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Proses pengambilan data dilaksanakan pada saat yang sama antara risiko dan efeknya. Populasi dalam penelitian ini meliputi pasien kanker payudara yang sedang menjalani rawat jalan dengan total sampel sebanyak 51 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.1.1. Hasil Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian digunakan untuk menunjukkan gambaran umum responden meliputi usia, status perkawinan, Pendidikan, pekerjaan, dan lama sakit yang diderita responden. Karakteristik responden digambarkan pada tabel 4.1. berikut.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden menurut karakteristik

Karakteristik responden	Jumlah (n=51)	%
Usia		
26-35	3	5,9
36-45	13	25,5
46-55	24	47,1
56-65	9	17,6
>65	2	3,9

Lanjutan Tabel 4.1.

Status Perkawinan		
Menikah	41	80,4
Janda Meninggal	10	19,6
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	2	3,9
SD	11	21,6
SMP	9	17,6
SMA	22	43,1
Perguruan Tinggi	7	13,7
Pekerjaan		
Pedagang	3	5,9
PNS	4	7,8
Pensiun	1	2,0
Swasta	22	43,1
Ibu Rumah Tangga	21	41,2
Lama Sakit		
1 bulan-5 bulan	9	17,6
6 bulan-1 tahun	19	37,3
1 tahun-2 tahun	4	7,8
2 tahun-4 tahun	10	19,6
> 4 tahun	9	17,6
Total kemoterapi		
0-5 kali	16	31,4
6-12 kali	25	49,0
>12 kali	10	19,6

Bedasarkan tabel 4.1. responden paling banyak berasal dari rentang usia 46-55 tahun dengan jumlah 24 responden (47,1%), responden yang telah menikah sebesar 41 responden (80,4%), responden paling banyak berasal dari Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu 22 responden (43,1%), responden paling banyak bekerja swasta yaitu sebanyak 22 responden (43,1%), dan lama sakit yang diderita oleh Sebagian besar responden berkisar antara 6 bulan-1 tahun dengan jumlah responden sebanyak 19 orang (37,3%). Berdasarkan pekerjaan, responden terbanyak bekerja swasta dengan jumlah 22 responden (43,1%) disusul oleh ibu rumah tangga sebanyak 21 responden (41,2%). Berdasarkan total

kemoterapi yang dijalani, 25 responden (49%) menjalani kemoterapi sebanyak 6-12 kali.

2. Variabel Tingkat Dukungan Sosial dan Tingkat Depresi

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Depresi dan Dukungan Sosial

Variabel	Jumlah (n=51)	%
Tingkat Depresi		
Tidak Depresi	39	76,5
Depresi Ringan	7	13,7
Depresi Sedang	5	9,8
Dukungan Sosial		
Rendah	3	5,9
Sedang	9	17,6
Tinggi	39	76,5

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak depresi sebanyak 39 responden (76,5%), sedangkan responden dengan depresi ringan sebanyak 7 orang (13,7%), dan responden dengan depresi sedang sebanyak 5 orang (9,8%). Responden dengan dukungan sosial yang tinggi sebanyak 39 responden (76,5%), sedangkan responden dengan dukungan sosial sedang sebanyak 9 orang (17,6%), dan responden dengan dukungan sosial rendah sebanyak 3 orang (5,9%). Hasil penelitian ini cenderung berbeda dengan penelitian yang dilakukan Reihan *et al.*, (2022) dengan hasil sebanyak 21 responden kanker (46,7%) mengalami depresi ringan dengan gejala berupa rasa sedih, suasana hati buruk yang mudah memancing emosi, dan adanya perubahan somatik dan kognitif individu. Namun, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wijaya *et al.*, (2019) bahwa sebanyak 66 responden kanker (54,5%) tidak mengalami depresi, hal ini dikaitkan dengan responden yang telah memasuki fase penerimaan (*acceptance*) terhadap penyakitnya.

4.1.2. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk menguji korelasi dukungan sosial dengan tingkat depresi pada responden. Hasil analisis digambarkan pada tabel 4.3.

Tabel 4.3. Korelasi Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi

Dukungan Sosial	Tingkat Depresi						Total	Spearman		
	Depresi Sedang		Depresi Ringan		Tidak Depresi			N	%	Sig.(2-tailed)
Rendah	2	66,7%	0	0%	1	33,3%	3			
Sedang	3	33,3%	3	33,3%	3	33,3%	9	100%		
Tinggi	0	0%	4	10,3%	35	89,7%	39	100%		
Total	5	9,8%	7	13,7%	39	76,5%	51	100%		

Hasil penelitian pada tabel 4.3. menunjukkan dari 39 responden (100%) dengan tingkat dukungan sosial tinggi, 35 orang (89,7%) tidak depresi dan 4 orang (10,3%) memiliki tingkat depresi rendah. Responden dengan dukungan sosial sedang yaitu total 9 responden (100%), 3 orang (33,3%) memiliki depresi yang minimal, 3 orang (33,3%) memiliki depresi rendah, dan 3 orang (33,3%) memiliki depresi sedang. Responden dengan dukungan sosial rendah total sebanyak 3 orang (100%), 1 orang (33,3%) tidak mengalami depresi dan 2 orang (66,7%) memiliki depresi sedang. Berdasarkan hasil analisis korelasi spearman, didapatkan nilai signifikansi sebesar 0.000 karena nilai Sig.(2-tailed) $0.000 < 0.05$, dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi, dimana kekuatan hubungan kuat dengan arah negatif

yang dapat diartikan bahwa semakin tinggi dukungan sosial, semakin rendah tingkat depresi.

4.2. Pembahasan

Depresi adalah masalah psikologis yang dapat berkaitan dengan penyakit kronis yang diderita seseorang. Depresi dapat dialami oleh 24% dari penderita kanker. Menurut Hariroh *et al.* (2017) saat seseorang terdiagnosis kanker, reaksi psikologis yang muncul umumnya berupa rasa cemas, *shock*, hingga depresi dengan prevalensi depresi pada penderita kanker payudara sekitar 4,49% (Hariroh *et al.*, 2017). Pada penelitian ini, didapatkan prevalensi depresi sekitar 23,5% yang sejalan dengan hasil penelitian Purkayastha *et al.*, (2017) bahwa sekitar 21,5% pasien kanker payudara mengalami depresi (Purkayastha *et al.*, 2017). Depresi pada pasien kanker dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien kanker diantaranya faktor yang berasal dari penyakit (lama sakit, tingkat keparahan, hingga prognosis buruk), faktor internal individu (usia, pendidikan, pekerjaan, peran sosial), efek samping pengobatan, hingga kurangnya komunikasi antara pasien dan tenaga medis terkait (Setiyarini *et al.*, 2017).

Faktor usia penting pada kanker payudara. Insidensi kanker payudara akan bertambah pada usia 40-50 tahun, hal ini dapat disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan hormone progesterone dan estrogen yang dapat memicu pertumbuhan sel kanker (Setiyarini *et al.*, 2017). Selain itu, faktor usia berperan penting pada risiko munculnya depresi. Sekitar 50%

kejadian depresi umumnya di usia 20-40 tahun, namun usia dibawah 20 tahun dan lansia diatas usia 60 tahun dapat pula mengalaminya (Nurmiati, 2016). Usia responden merupakan usia produktif dimana sebagian besar responden memiliki kewajiban besar, seperti merawat keluarga, bekerja, hingga melakukan aktivitas rumah tangga lainnya yang memaksa penderita untuk tetap berfikir positif sehingga meningkatkan harapan hidup dan keinginan untuk sembuh (Utami *et al.*, 2017). Status pernikahan dapat mempengaruhi derajat depresi pada pasien kanker. Pasien kanker tanpa pasangan hidup, belum menikah, bercerai, atau pasangannya meninggal dunia, berisiko dua kali lebih besar mengalami depresi (Setiyarini *et al.*, 2017). Penderita kanker membutuhkan dukungan yang berasal dari pasangan, keluarga, dan kerabat terdekat. Kehilangan dukungan dari sumber-sumber tersebut dapat meningkatkan risiko depresi pada pasien kanker payudara (Raihan *et al.*, 2022). Tingkat pendidikan mempengaruhi seberapa baik seseorang menerima dan mengolah informasi. Pendidikan tinggi dapat pula mempengaruhi pola pikir seseorang terhadap penyakitnya dan bagaimana ia mencari pengobatan (Raihan *et al.*, 2022). Banyaknya informasi yang didapatkan mempengaruhi perasaan, sikap, dan perilaku yang berpengaruh pada pengambilan keputusan yang baik dan akan mengurangi risiko depresi pada pasien (Utami *et al.*, 2017) Pekerjaan dapat mempengaruhi depresi yang dapat dikaitkan dengan kanker payudara dengan mayoritas penderitanya merupakan wanita, sehingga Ibu Rumah Tangga dan

wiraswasta menjadi pekerjaan mayoritas yang dilakukan (Setiyarini *et al.*, 2017). Status pekerjaan dapat berkaitan dengan penghasilan yang mempengaruhi biaya pengobatan pasien. Disamping itu, pekerjaan berhubungan dengan aktivitas fisik yang dapat mengurangi tingkat stress seseorang. Itulah sebabnya depresi lebih sering dialami oleh seseorang yang tidak bekerja karena kurangnya aktivitas fisik yang dilakukan (Utami *et al.*, 2017).

Faktor penyebab depresi yang berasal dari penyakit adalah lama sakit yang dikaitkan dengan semakin lama sakit yang diderita pasien, semakin rendah tingkat depresi yang dialami karena pasien sudah mulai memasuki fase penerimaan (*acceptance*) (Setiyarini *et al.*, 2017). Hoefler *et al.* (2015) menyebutkan untuk membangun mekanisme pertahanan untuk melawan rasa cemas, takut, dan stress yang dialami, penderita membutuhkan waktu tertentu. Mekanisme pertahanan tersebut bersumber dari diri sendiri yang didukung oleh lingkungan disekitar pasien. Pada mayoritas pasien dalam kurun satu tahun sejak diagnosis, skor depresi cenderung menurun karena responden sudah memasuki tahap penyesuaian dan melihat sisi positif dari penyakitnya sehingga ia akan melakukan yang terbaik untuk kehidupannya saat ini (Utami *et al.*, 2017) . Selain lama sakit, efek samping dan lama pengobatan dapat mempengaruhi tingkat depresi pasien kanker. Banyaknya kemoterapi yang telah dilakukan juga dapat mempengaruhi timbulnya kecemasan dan depresi pada seseorang. Penelitian Yenni *et al.*, (2018) menunjukkan pasien yang sering menjalani

kemoterapi akan mengetahui manfaat dan dampak kemoterapi sehingga dapat menjalani kemoterapi dengan baik. Selain itu, pasien telah mampu mengembangkan strategi koping dalam mengatasi efek samping setelah kemoterapi (Utami *et al.*, 2017).

Pasien kanker cenderung merasakan kehilangan, baik kehilangan peran sosial ataupun kehilangan dukungan sosial akibat penyakitnya (Sadock, 2010). Dukungan sosial merupakan bentuk dukungan berupa perasaan sayang, diperhatikan, dan rasa dihargai yang didapatkan dari keluarga, teman, serta orang lain di sekitar mereka yang dapat mempengaruhi tingkah laku individu tersebut (Safitri *et al.*, 2017). Penelitian Maeda *et al.*, (2013) juga menunjukkan semakin tinggi dukungan sosial yang diberikan, terutama yang bersumber dari keluarga, akan semakin menurunkan tingkat depresi dan kecemasan pada pasien kanker (Yuliana *et al.*, 2020). Dukungan sosial tinggi membuat seseorang cenderung lebih optimis dan percaya diri dibandingkan orang dengan dukungan sosial rendah (Boland *et al.*, 2022). Dukungan sosial sedang merupakan dukungan sosial yang didapatkan seseorang yang memiliki peran dalam kehidupannya tetapi belum menjadi sebuah peranan yang besar. Pada seseorang dengan dukungan sosial sedang (cukup), faktor lain penyebab munculnya depresi dapat sangat mempengaruhi individu seperti karena penyakit (lama sakit, rasa sakit yang timbul, keterbatasan aktivitas, hingga prognosis yang buruk), faktor perbedaan karakteristik individu (usia, pekerjaan, status pernikahan, tingkat pendidikan), dan faktor internal

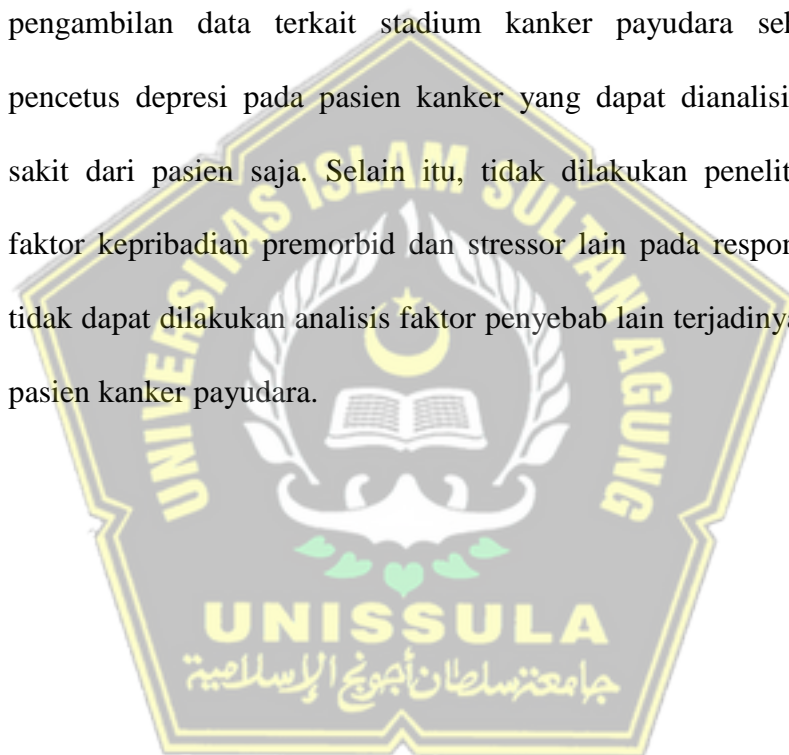
dalam diri individu (pesimisme, ketakutan akan rasa sakit, hingga kematian) (Setiyarini *et al.*, 2017). Faktor-faktor tersebut mempengaruhi penerimaan dan mekanisme coping responden terhadap penyakitnya, bagaimana ia beradaptasi, bertahan, dan memandang positif penyakitnya yang membuatnya mencoba melakukan yang terbaik untuk kehidupannya saat ini (Utami *et al.*, 2017).

Hasil analisis peneliti menunjukkan semakin baik dukungan sosial yang diberikan akan semakin rendah tingkat depresinya. Dukungan sosial terutama dari keluarga menjadi faktor penting untuk meningkatkan motivasi dalam diri individu, hal ini karena keluarga menjadi tempat tumpuan, harapan, dan tempat berkeluh kesah dalam menghadapi masalah hidup (Rizky Fananni, 2021). Dukungan emosional berupa rasa nyaman, aman, dan rasa dicintai, dapat diberikan oleh keluarga kepada penderita sehingga ia tidak merasa sendirian dalam menghadapi masalahnya (Utami *et al.*, 2017).

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Penelitian sebelumnya dilakukan pada responden dengan kanker serviks yang telah terdiagnosis minimal satu bulan di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa mayoritas responden mengalami depresi serta memiliki dukungan sosial yang rendah. Dalam penelitian ini, jenis kanker yang diteliti adalah kanker payudara dengan minimal diagnosis satu bulan. Lokasi penelitian diambil di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung

Semarang. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden tidak mengalami depresi dan berdasarkan tingkat dukungan sosial, mayoritas responden memiliki tingkat dukungan sosial tinggi. Perbedaan dukungan sosial yang didapatkan, terutama, menyebabkan adanya perbedaan hasil penelitian.

Keterbatasan pada penelitian ini adalah tidak dilakukannya pengambilan data terkait stadium kanker payudara sehingga faktor pencetus depresi pada pasien kanker yang dapat dianalisis hanya lama sakit dari pasien saja. Selain itu, tidak dilakukan penelitian mengenai faktor kepribadian premorbid dan stressor lain pada responden sehingga tidak dapat dilakukan analisis faktor penyebab lain terjadinya depresi pada pasien kanker payudara.



BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Bedasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien kanker payudara di Poliklinik Bedah Onkologi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang disimpulkan bahwa:

1. Terdapat korelasi yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara.
2. Sebanyak 76,5% responden tidak depresi dan 23,5% responden mengalami depresi diantaranya 13,7% responden dengan depresi ringan, 9,8% responden dengan depresi sedang, dan tidak ditemukan depresi berat.
3. Sebanyak 76,5% responden memiliki dukungan sosial yang tinggi, 17,6% memiliki dukungan sosial sedang, dan 5,9% memiliki dukungan sosial rendah.
4. Kekuatan hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi kuat dengan arah negatif, artinya semakin tinggi dukungan sosial seseorang, semakin rendah tingkat depresi.

5.2. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat mendeskripsikan kondisi psikologis pasien kanker payudara sehingga rumah sakit dapat melakukan deteksi dan intervensi respon emosional yang muncul pada pasien, terutama pasien dengan penyakit kronis dan dapat memperbaiki kualitas hidupnya.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dilakukan penelitian lebih dalam mengenai faktor lain penyebab depresi pada pasien kanker payudara, seperti stadium penyakit, faktor kepribadian premorbid, dan faktor stressor lain yang mempengaruhi.



DAFTAR PUSTAKA

- Admoun, C. and Mayrovitz, H., 2022, *Breast Cancer*, Exon Publications. Available at: <https://doi.org/10.36255/exon-publications-breast-cancer>.
- Boland, R. and Verduin, M., 2022, *Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry*.
- Brown, J.S. *et al.*, 2023, *Updating the Definition of Cancer, Molecular Cancer Research*, pp. OF1–OF6. Available at: <https://doi.org/10.1158/1541-7786.MCR-23-0411>.
- Budhy, T., 2019, *Mengapa Terjadi Kanker*, Edisi Kedua, Airlangga University Press.
- Cooper, G., 2000, *The Cell: A Molecular Approach*. 2nd edn.
- Dedi, A., Murdiana, S. and Zainuddin, K., 2021, Pengaruh Dukungan Sosial terhadap *Emotional Well Being* Pasien Kanker Payudara (*The Effect of Social Support on Emotional Well Being of Breast Cancer Patients*), 1(4).
- Nurmiati, Amir, 2016, *Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana*. 02 edn. Edited by A. dr. Nurhidayat. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hariroh, A. *et al.*, 2017, Hubungan antara Tingkat Gejala Depresi dengan Stadium Kanker Payudara di Poli Onkologi Satu Atap (POSA) RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, *Indonesian Journal of Cancer*.
- Jackson-Koku, G., 2016, *Beck depression inventory*, *Occupational Medicine*. Oxford University Press, pp. 174–175. Available at: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>.
- Kaplan, H. and Sadock, B., 2010, *Sinopsis Psikiatri*, Jilid 1. 1st edn. Edited by M.Dr. Wiguna. Binarupa Aksara Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Panduan Nasional Penanganan Kanker Payudara*.
- Kirana, A. *et al.*, 2018, Dukungan Sosial Guru Dalam Upaya Membimbing Kemandirian Anak Moderate Intellectual Disability, *Provita Jurnal Psikologi Pendidikan*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2018, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Payudara*.

- Lubis, N., 2016, *Depresi Tinjauan Psikologis. 01 edn. Edited by F. Anggraeni.* Jakarta: Kencana .
- Prezza, M. and Pacilli, M.G., 2022, *Perceived Social Support from Significant Others, Family and Friends and Several Socio-demographic Characteristics, Journal of Community and Applied Social Psychology*, 12(6), pp. 422–429. Available at: <https://doi.org/10.1002/casp.696>.
- Putu, I. *et al.*, 2019, *Correlation Between Breast Cancer Stage with Depression Levels in Breast Cancer Patient, CARING.*
- Raihan, D.N., Tjokroprawiro, B.A. and Konginan, A., 2022, Tingkat Depresi dan Faktor yang Mempengaruhi pada Pasien Kanker Serviks di RSUD Dr. Soetomo, *Journal of Health (JoH)*, 9(1), pp. 40–52. Available at: <https://doi.org/10.30590/joh.v9n1.421>.
- Rasjidi, I., 2010, *Perawatan Paliatif Suportif dan Bebas Nyeri pada Kanker. 1st edn. Edited by I. Rasjidi.* Jakarta: Sagung Seto.
- Renemane, L., 2021, *Hamilton Depression Rating Scale*, in *The Neuroscience of Depression.*
- Rizky Fananni, M., 2021, Strategi Coping dan Dukungan Sosial terhadap Psychological Distress pada Family Caregiver Cancer, *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 6(12).
- Sadock, B. and Sadock, V., 2010, *Kaplan & Sadock's Buku Ajar Psikiatri Klinis . 2nd edn. Edited by H. Muttaqin and R. Sihombing.* Jakarta: EGC.
- Safitri, Y., Dra, B. and Budi Taftazani, D.M., 2017, Dukungan Sosial Terhadap Orangtua Anak Penderita Kanker Di Yayasan Komunitas Taufan Jakarta Timur (*Social Support For Parents Of Children With Advanced Cancer In Yayasan Komunitas Taufan Jakarta Timur*).
- Setiyarini, S. *et al.*, 2017, Tingkat Depresi pada Pasien Kanker di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto: Pilot Study, Artikel Penelitian *Indonesian Journal of Cancer.*
- Sherbourne, 2020, *Description and Scoring Instructions: MOS Social Support Survey.* Available at: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/social-
- Simanjuntak, T., Eka Noveyani, A. and Anggun Kinanthi, 2022, Prevalensi dan Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Simtom Depresi pada Penduduk di Indonesia (Analisis Data IFLS5 Tahun 2014-2015) (*Prevalence and Factors Associated with Depression Symptoms in Indonesian Population (Data Analysis of the 2014-2015 IFLS5)*).

- Smith, H.R., 2015, *Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (review)*, *Oncology Letters*, 9(4), pp. 1509–1514. Available at: <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>.
- Soimah, S. and Hartiani, F., 2020, *The Relationship Between Perceived Social Support From Family, Friends, and Significant Others (Nursing Home Staff) and Life Satisfaction Among Elderly Nursing Home Residents*.
- Utami, S.S. and Mustikasari, M., 2017, *Aspek Psikososial Pada Penderita Kanker Payudara: Studi Pendahuluan*, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(2), pp. 65–74. Available at: <https://doi.org/10.7454/jki.v20i2.503>.
- WHO, 2017, *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*.
- Yuliana, Y., Mustikasari, M. and Fernandes, F., 2020, *Hubungan Dukungan Sosial dengan Kecemasan dan Depresi pada Pasien Kanker Payudara di RSU Raden Mattaher Jambi*, *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(1), p. 1. Available at: <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i1.786>.

