

# Tingkat Depresi pada Pasien Kanker di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto: Pilot Study

**WIDYONO, S.<sup>1</sup>, SRI SETIYARINI<sup>2</sup>, CHRISTANTIE EFFENDY<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Diterima: 26 Agustus 2017; Direview: 31 Oktober 2017; Disetujui: 2 November 2017

## ABSTRACT

*Depression is psychological distress often occurred on cancer patient. Depression can increase perception about pain, reducing drug efficacy and longer length of stay at hospital. The objective of this study was to describe the condition of cancer patients depression who undergoing treatment at RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta and RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. This was a descriptive study using a cross sectional design and a pilot study. Subject were taken using non probability with purposive sampling technique. Beck Depression Inventory (BDI) was employed for selection purposes. From this study, 25,71% are experienced with mild depression, 45,71% had moderate depression and 28,58% suffered severe depression. We propose that medicine has been rated helpful by cancer patient. Psychotherapy like music therapy is part of Complementery and Alternative Medicine (CAM) can also be considered useful in lowering negative emotions beside of routine medicine like psychopharmaceutical. Doctor and Nurse can safely recommend any of these interventions for depression*

**Keyword:** cancer, depression, Beck Depression Inventory (BDI).

## ABSTRAK

Depresi merupakan masalah psikologi yang sering terjadi pada pasien kanker. Depresi dapat meningkatkan persepsi pasien akan rasa sakit, menurunkan sensitivitas khasiat pengobatan, dan memperpanjang waktu rawat di rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kondisi depresi pada pasien kanker yang dirawat di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto. Ini adalah penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional* dan merupakan *pilot study*. Total jumlah sampel adalah 70 responden. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah *Beck Depression Inventory (BDI)*. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 25,71% pasien kanker mengalami depresi ringan; 45,71% mengalami depresi sedang; dan 28,58% mengalami depresi berat. Saran dalam penelitian ini adalah bahwa diperlukan intervensi yang tepat untuk mengatasi gejala depresi. Selain pemberian psikofarmaka, tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat, dapat memberikan psikoterapi lain, misalnya terapi musik yang merupakan bagian dari terapi komplementer.

**Kata Kunci:** kanker, depresi, *Beck Depression Inventory (BDI)*.

## KORESPONDENSI:

**Widiyono, S.**

Perumahan

Ambarketawang Indah  
gang Sadewa 14 Mejing

Wetan, Gamping,

Sleman, Yogyakarta

Hp. +628122893002

email:

widiyono2727@gmail.com

## PENDAHULUAN

Insiden kanker meningkat dari 12,7 juta menjadi 14,1 juta kasus dari tahun 2008 sampai 2012.<sup>1</sup> Selalu ada kasus baru terkait kanker dan dua pertiga kasus tersebut terdapat di negara-negara dengan sosial ekonomi rendah-menengah.<sup>2</sup> Di Indonesia, kanker merupakan penyebab kematian nomor 7 setelah stroke, TB, hipertensi, cedera,

perinatal, dan diabetes melitus dengan prevalensi sebesar 1,4 per 1.000 penduduk.<sup>3</sup> Prevalensi kanker umumnya lebih tinggi terjadi pada perempuan, sebesar 5,7 per 1.000 penduduk dibandingkan dengan laki-laki, sebesar 2,9 per 1.000 penduduk.<sup>3</sup> Yogyakarta merupakan provinsi di Indonesia dengan prevalensi kanker tertinggi, yaitu sebesar 4,1%, diikuti oleh Jawa Tengah sebesar 2,1%.<sup>4</sup>

Penyakit kanker berdampak serius pada kualitas hidup seseorang, di mana pasien sering mengalami penderitaan fisik, psikososial, spiritual, dan masalah lain.<sup>5</sup> Masalah psikososial meliputi kecemasan, ketakutan menjalani pemeriksaan, kekambuhan penyakit, depresi, dan kematian.<sup>6,7</sup> Hasil penelitian menunjukkan bahwa 34,4% pasien kanker di Indonesia mengalami depresi.<sup>5</sup> Presentasi ini meningkat sejalan dengan semakin parahnya kecacatan dan meluasnya stadium kanker.<sup>8</sup> Kejadian depresi tertinggi terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi kombinasi (pembedahan dan kemoterapi), yaitu sebesar 26%.<sup>9</sup>

Beberapa faktor yang memengaruhi depresi pada pasien kanker: (1) terkait penyakit (lama diagnosis, tingkat keparahan, prognosis yang buruk, dan rasa sakit); (2) dari internal pasien itu sendiri (ketakutan akan rasa sakit, mati, kehilangan kontrol dan kemandirian, merasa tidak berdaya); (3) penanganan (efek samping terapi, lama penanganan, perawatan berulang, mahalnya biaya); dan (4) tim medis (kurangnya komunikasi dan informasi).<sup>10</sup>

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa depresi yang terjadi setelah seseorang didiagnosis kanker dapat mengganggu psikologis sehingga menyebabkan gangguan memori.<sup>11</sup> Depresi dapat meningkatkan persepsi pasien akan rasa sakit, menurunkan sensitivitas akan khasiat pengobatan, memperpanjang waktu rawat di rumah sakit, dan dapat merujuk pada ide atau tindakan bunuh diri.<sup>12</sup> Percobaan bunuh diri dijumpai pada hampir sepertiga dari penderita kanker yang mengalami depresi mayor > 50% dengan gangguan penyesuaian.<sup>8</sup>

Kondisi depresi pasien kanker perlu diketahui karena penting untuk penentuan dan penyusunan intervensi yang tepat bagi pasien.<sup>13</sup> Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kondisi depresi pada pasien kanker yang menjalani perawatan di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto.

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Pengambilan data dilakukan di Ruang IRNA I Rumah

Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito, Yogyakarta, serta Ruang Bougenville dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto, yang termasuk rumah sakit rujukan untuk perawatan pasien kanker di DIY dan Jateng. Ruangan tersebut merupakan unit onkologi dan perawatan khusus untuk pasien kanker. Penelitian ini dilakukan pada Maret sampai April 2017.

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi penelitian ini adalah pasien terdiagnosis kanker yang sudah mengalami depresi dan diukur menggunakan BDI serta tidak mengalami gangguan pendengaran. Kriteria eksklusinya adalah pasien dalam keadaan *emergency* dan penurunan kesadaran. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 70 responden. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *Beck Depression Inventory* (BDI) untuk mengukur tingkat depresi yang dialami pasien kanker. Kuesioner ini terdiri atas empat katagori simtom, yakni simtom afektif, motivasional, kognitif, serta simtom fisik dan vegetatif. BDI diuraikan dalam 21 pertanyaan. Keuntungan dari BDI adalah mudah digunakan (diisi sendiri oleh pasien) dan mudah dinilai.<sup>14</sup>

## HASIL

Data karakteristik demografi menjabarkan hal-hal yang berkaitan dengan responden penelitian. Terdapat 11 variabel dalam data karakteristik responden yang di dalamnya juga terkait karakteristik kondisi kesehatan responden. Gambaran distribusi karakteristik demografi dilihat pada tabel 1 berikut ini.

**Tabel 1: Karakteristik demografi responden penelitian di IRNA I RSUP Dr. Sardjito serta Ruang Bougenville dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, Maret s.d. April 2017 (n=70)**

No.	Karakteristik	Frekuensi (f)	Percentase (%)
1.	<b>Jenis kelamin</b>		
	Perempuan	51	72,85%
	Laki-laki	19	27,15%
2.	<b>Usia</b>		
	Dewasa awal (20–40 tahun)	12	17,14%
	Dewasa madya (>40–60 tahun)	51	72,86%
	Dewasa akhir (> 60 tahun)	7	10,00%
3.	<b>Tingkat pendidikan</b>		
	SD	43	61,42%
	SMP	13	18,57%
	SMA	8	11,43%
	Diploma	3	4,29%
	Sarjana	3	4,29%

<b>4. Status perkawinan</b>			
Menikah	63	90,00%	
Janda	7	10,00%	
<b>5. Pekerjaan</b>			
IRT	23	32,86%	
Wiraswasta	15	21,43%	
PNS	11	15,71%	
Swasta	2	2,86%	
Petani	19	27,14%	
<b>6. Jenis Kanker</b>			
Payudara	22	31,42%	
Rektum	9	12,86%	
Serviks	9	12,86%	
Ovarium	6	8,57%	
Colon	6	8,57%	
Colli/Tiroid	4	5,72%	
Lainnya (femur, pedis testis, paru, nasofaring, mandibula )	14	20,00%	
<b>7. Lama sakit</b>			
< 2 tahun	46	65,71%	
2-5 tahun	18	25,72%	
> 5 tahun	6	8,57%	
<b>8. Jenis terapi</b>			
Belum terapi	4	5,72%	
Pembedahan	18	25,72%	
Kemoterapi	5	7,14%	
Radioterapi	2	2,85%	
Pembedahan & Kemoterapi	35	50,00%	
Pembedahan & Radioterapi	1	1,43%	
Kemoterapi & Radioterapi	0	0,00%	
Pembedahan, Kemoterapi, & Radioterapi	5	7,14%	
<b>9. Penyakit penyerta</b>			
Tidak ada	53	75,71%	
Anemia	6	8,57%	
DM	4	5,72%	
Asma	4	5,72%	
Hipertensi	2	2,85%	
Hepatitis	1	1,43%	
<b>10. Merokok</b>			
Ya	15	21,43%	
Tidak	55	78,57%	
<b>11. Konsumsi alkohol</b>			
Ya	1	1,43%	
Tidak	69	98,57%	

Sumber: Data Primer, 2017

Hasil pengukuran *outcome* menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) menunjukkan bahwa seluruh responden ( $n=70$ ) yang dirawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito serta Ruang Bougenville dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto mengalami depresi. Adapun kategori tingkat depresi pada responden penelitian ditunjukkan pada tabel 2.

**Tabel 2: Kategori tingkat depresi responden penelitian di IRNA I RSUP Dr. Sardjito serta Ruang Bougenville dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada Maret s.d April 2017 ( $n=70$ )**

Kategori Depresi (Skor BDI)	Frekuensi (f)	Percentase (%)
Tidak Depresi (0-9)	0	0%
Depresi Ringan (10-15)	18	25,71%
Depresi Sedang (16-23)	32	45,71%
Depresi Berat (24-63)	20	28,58%

Sumber: Data Primer, 2017

Gambaran kondisi depresi pada responden penelitian dapat diketahui dari hasil jawaban kuesioner BDI. Berdasarkan hasil jawaban pertanyaan BDI yang berjumlah 21 item, terdapat 8 item yang menjadi simptom depresi dominan yang dijawab oleh responden penelitian. Delapan simtom depresi tersebut antara lain: mayoritas responden menjawab lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya (45,7%); merasa bahwa dirinya mungkin dihukum (50%); merasa sedih (64,3%); merasa tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya (57,1%); lebih banyak menangis daripada biasanya (57,1%); lebih mudah jengkel atau marah (57,1%); terbangun dua sampai tiga jam lebih awal dan sukar tidur kembali (48,6%); nafsu makan tidak sebesar biasanya (47,1%); dan cemas akan kesehatan fisiknya seperti sakit atau rasa nyeri (54,3%).

## PEMBAHASAN

Proses pengambilan responden penelitian pada dasarnya merupakan pasien kanker yang memiliki karakter kondisi kesehatan masing-masing pada tiap kelompoknya. Berdasarkan tabel 1, variabel jenis kelamin, terdapat perbedaan yang mencolok. Jumlah responden perempuan tiga kali lipat lebih banyak dibanding laki-laki. Hal ini sesuai dengan data penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa persentase penyakit kanker pada perempuan mencapai angka 2,2%; sedangkan pada laki-laki hanya berada pada angka 0,6%.<sup>4</sup>

Banyaknya prevalensi penyakit kanker pada jenis kelamin perempuan juga berkaitan dengan jenis kanker yang diderita. Banyaknya jenis kanker yang ditemukan merupakan kanker payudara, yang pada dasarnya terjadi pada jenis kelamin perempuan. Kanker payudara sering ditemukan di seluruh dunia

dengan insiden relatif tinggi dan cenderung meningkat, yaitu 20% dari seluruh keganasan, dan 99% terjadi pada perempuan; sedangkan pada laki-laki hanya 1%.<sup>15</sup>

Pada variabel umur, responden kedua kelompok didominasi usia > 40–60 tahun atau kategori dewasa madya. Faktor risiko seseorang menderita penyakit kanker yang paling utama adalah faktor usia.<sup>16</sup> Insidensi kanker meningkat pada usia 40–50 tahun dengan jenis kanker yang berbeda-beda dan rentang usia di atas 40 tahun merupakan usia yang rentan terhadap penyakit degeneratif.<sup>17</sup>

Pada variabel tingkat pendidikan, tingkat Sekolah Dasar (SD) menduduki jumlah paling banyak. Status pendidikan yang rendah memengaruhi tingkat pengetahuan dan kesadaran terhadap penyakit kanker yang dialami.<sup>18</sup> Tingkat pendidikan yang rendah juga memengaruhi gaya hidup yang dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker, terutama kanker payudara.<sup>19</sup>

Pada variabel status perkawinan, jumlah responden yang sudah tidak memiliki pasangan hidup atau janda lebih sedikit daripada yang masih memiliki pasangan hidup. Status perkawinan berhubungan dengan kejadian depresi pada pasien kanker. Kejadian depresi pada pasien kanker yang tidak memiliki pasangan hidup, baik karena belum menikah, bercerai, atau pasangannya meninggal dunia, memiliki prevalensi dua kali lebih besar dibandingkan yang memiliki pasangan.<sup>20</sup>

Pada variabel pekerjaan, Ibu Rumah Tangga (IRT) mendominasi jumlah jenis pekerjaan yang dilakukan oleh responden. Hal ini masih berkaitan dengan banyaknya jumlah jenis kelamin perempuan yang menjadi responden dalam penelitian ini. Hasil penelitian ini seragam dengan data sebelumnya bahwa pada kelompok kuntil dan kelompok dengan status pekerjaan wiraswasta memiliki persentase prevalensi penyakit kanker tertinggi, masing-masing berada pada angka 1,8% dan 1,7%.<sup>4</sup>

Variabel lama sakit didominasi oleh responden dengan lama sakit < 2 tahun. Lama pasien menderita kanker berkaitan dengan kondisi depresi pasien kanker. Faktor yang memengaruhi depresi pada pasien kanker adalah lama sakit.<sup>10</sup> Pada umumnya, tingkat depresi akan lebih rendah ketika pasien sudah semakin lama terdiagnosa kanker.<sup>21</sup>

Pada variabel jenis terapi yang dijalani, jumlah responden dengan terapi pembedahan dan kemoterapi jumlahnya paling banyak, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Terapi, yang diberikan pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi berkontribusi pada munculnya kecemasan dan depresi

apabila sampai menimbulkan efek samping yang berat.<sup>22</sup>

Pada variabel penyakit penyerta, *comorbid disease* yang paling banyak diderita responden adalah anemia. Hal ini berkaitan dengan kemoterapi yang dijalani pasien. Anemia merupakan dampak yang sering dialami pada mayoritas pasien kanker yang menjalani kemoterapi.<sup>23</sup> Terdapat sekitar 83% dari pasien yang menjalani kemoterapi menunjukkan anemia.<sup>24</sup>

Tabel 1 juga memuat variabel merokok dan mengonsumsi alkohol yang merupakan faktor risiko terjadinya kanker yang dapat dimodifikasi. Tingginya kasus baru kanker dan sekitar 49% dari kematian berkaitan erat dengan faktor risiko kanker yang seharusnya dapat dicegah.<sup>25,26</sup>

Pada variabel merokok, lebih banyak responden yang tidak merokok dibandingkan responden yang merokok. Hal ini terjadi karena kebanyakan responden berasal dari jenis kelamin perempuan dan yang merokok hanya responden laki-laki. Di Indonesia merokok merupakan hal tabu dan tidak pantas dilakukan oleh perempuan karena perempuan yang menjadi perokok aktif cenderung diberi stigma dan label negatif oleh masyarakat.<sup>27,28,29</sup> Pada variabel mengonsumsi alkohol, hanya ada satu responden yang mengonsumsi alkohol.

Berdasarkan tabel 2, kategori depresi yang mendominasi adalah depresi tingkat ringan (32%). Setengah dari pasien kanker stadium lanjut mempunyai masalah atau pengalaman mengenai kecemasan dan depresi yang dapat mengganggu aktivitas hidup.<sup>30</sup> Terdiagnosis menderita kanker merupakan salah satu stressor yang besar yang dialami oleh seseorang dan dapat mengakibatkan distress dengan salah satu manifestasi yang tampak adalah simptom depresi.<sup>31</sup>

Simptom depresi merupakan simtom yang sering dialami oleh penderita kanker.<sup>32</sup> Berdasarkan hasil jawaban BDI, terdapat 8 simtom depresi yang mayoritas dijawab oleh responden penelitian dari 21 item pertanyaan. Responden lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya dan merasa bahwa dirinya mungkin dihukum. Simtom depresi berupa kondisi "menunda keputusan" termasuk kategori manifestasi motivasional dan "merasa mungkin dihukum" termasuk kategori manifestasi kognitif.<sup>14</sup>

Stres berkaitan dengan kejadian depresi dan akan menimbulkan disregulasi Hypothalamic Pituary Adrenal (HPA Axis) yang menyebabkan perubahan metabolisme serotonin dan berpengaruh negatif terhadap kontrol kognitif di lobus frontal otak 33,34

serta menyebabkan kerusakan hippocampus dan penurunan fungsi dopaminergik sehingga menyebabkan penurunan kemampuan kognitif, kesulitan konsentrasi, pengambilan keputusan, mudah bingung, gangguan pada memori, perasaan bersalah atau menyesal, dan kurangnya *self-esteem*.<sup>35,36</sup>

Stres juga berkaitan dengan kondisi mereka selama dirawat di rumah sakit. Hal ini didukung oleh pernyataan bahwa mereka stres karena kondisi sakit yang mereka alami dan merasa bosan karena rawat inap cenderung dengan aktivitas yang monoton seperti diperiksa tenaga kesehatan, minum obat, makan makanan diet dari rumah sakit, dan beristirahat di atas tempat tidur. Kondisi stress akibat menjalani perawatan akan membuat pasien kanker memikirkan depresi yang dirasakannya sehingga akan mempersepsikan depresi tersebut dengan lebih berat.<sup>37</sup>

Responden juga menjawab merasa sedih, merasa tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya, lebih banyak menangis daripada biasanya, dan lebih mudah jengkel atau marah. Salah satu ciri umum dari depresi adalah perubahan pada kondisi *mood* berupa perasaan terpuruk, sedih atau murah, menangis, dan meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung).<sup>35</sup> Simptom depresi tersebut termasuk kategori manifestasi afektif.<sup>14</sup>

Hasil pengukuran BDI juga menunjukkan bahwa responden mayoritas menjawab terbangun dua sampai tiga jam lebih awal dan sukar tidur kembali serta nafsu makan tidak sebesar biasanya. Simptom depresi salah satunya adalah retardasi psikomotor, yaitu tingkah laku motorik yang berkurang atau lambat.<sup>38</sup> Retardasi motorik tersebut ditandai dengan perubahan dalam kebiasaan tidur, kurang energik dalam beraktivitas, dan perubahan dalam selera makan.<sup>35</sup> Simptom depresi tersebut termasuk kategori manifestasi vegetatif dan fisik.<sup>14</sup>

Selain itu, responden mayoritas menjawab cemas akan kesehatan fisiknya seperti sakit dan rasa nyeri; sakit perut; ataupun sembelit. Simptom depresi psikosomatis tersebut termasuk ke dalam manifestasi vegetatif dan fisik.<sup>14</sup> Rasa sakit atau nyeri yang tidak tertangani akan berdampak pada kecemasan dan depresi.<sup>39</sup> Kondisi kecemasan akan kesehatan mereka juga didukung dari hasil observasi. Berdasarkan hasil observasi dapat dilihat kondisi pasien kanker tampak lemah selama menjalani perawatan di bangsal. Beberapa kebutuhan sehari-hari atau *Activity Daily Needs* (ADLs) selama menjalani perawatan dibantu oleh keluarganya seperti pergi ke kamar

mandi, makan, dan berganti pakaian. Kehilangan kontrol dan kemandirian serta perasaan tidak berdaya selama perawatan merupakan aspek yang berkontribusi terhadap depresi pasien kanker.<sup>10</sup>

Kelemahan dalam penelitian ini adalah peneliti tidak melakukan proses meneliti variabel stadium kanker yang juga merupakan faktor yang memengaruhi depresi pada pasien kanker. Hal ini disebabkan stadium kanker tidak tercatat dalam rekam medis pasien dan peneliti tidak melakukan cross check langsung dengan dokter yang menangani setiap responden. Adapun upaya yang dilakukan oleh peneliti dan tim dengan mengamati kondisi umum responden penelitian.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, sebanyak 70 pasien kanker yang menjalani perawatan di IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, serta di Ruang Bougenvile dan Teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto, sebanyak 25,71% mengalami depresi ringan; 45,71% depresi sedang; dan 28,58% depresi berat. Sangat penting bagi tenaga kesehatan memperhatikan dan memberi intervensi yang tepat terkait kondisi psikologis pasien kanker selain kondisi fisiknya. Selain kolaborasi pemberian psikofarmaka, yaitu obat antisiolitik dan antidepressan, tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat, dapat memberikan psikoterapi lain semisal yang sudah terbukti efektif dalam menurunkan simtom depresi, yaitu terapi musik yang merupakan bagian dari terapi komplementer.

## DAFTAR PUSTAKA

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Latest world cancer statistics: Estimated Cancer Incidence*, 2012. Diakses tanggal 18 September 2016.
2. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011.
3. Kemenkes RI Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2014 Tentang Penggunaan Dana Kapitalisasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan Dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah 2014.pdf*. [cited 2016 July 21]. Available from: URL: <http://www.depkes.go.id>.

4. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. [cited 2016 Juny 21]. Available from: <http://depkes.go.id/downloads/riskesdas2013/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
5. Effendy C., Vissers K., Osse B.H., Tejawijaya, S., Vernooy-Dagsen, M., Engels, Y. . Comparison of problems and unmet needs of patients with advanced cancer in a European country and an Asian country. *Pain Pract* 2014;(5): 433-440
6. American Cancer Society (ACS). *Caring for patient with cancer at home: A guide for patients and families*. Atlanta: American Cancer Society, 2015
7. Whitmer, K. M., Pruemer, J. M., Nahleh, Z. A., Jazieh, A. R. Symptom management needs of oncology outpatients. *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9 (3): 628-630.
8. Koningan, Agustina. *Depresi pada penderita kanker-pusat pengembangan paliatif dan bebas nyeri RSU Dr. Soetomo Surabaya 2008*. [cited 2016 July 21]. Available from: URL: <http://www.Paliative.surabaya.com>
9. Mhidat, N. M., Alzoubi, K. H., Alhusein, B. A. *Prevalence of depression among cancer patients in Jordan: A National Survey*. Jordan: Springer-Verlag , 2009
10. Teodora, B. A., Ianovici, N., Bancilla, S. Modifying factors of chronic pain perception in oncology patient. *Therapeutics, Pharmacology, and Clinical Technology*, 2012;16(2):226-231
11. Varcarolis, E. M., Halter, M. J. *Foundations of Psychotherapy Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 6th Edition. New York: Elsevier Inc, 2010.
12. Chintamani, C., Gogne, A., Khandelwal, R., Tandon, M., Jain, S., Kumar, Y., Narayan, N., Rahul, B., Srinivas, S., & Saxena, S. The correlation of anxiety and depression levels with response to neoadjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *JRSM Short Report* 2011; 2 (3): 1-15.
13. Boehm, K., Cramer, H., Staroszynski, T., Ostermann, T. Arts Therapies for anxiety, depression, and Quality of life in Breast Cancer Patients: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2014; 1-9.
14. Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, G. M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77-100.
15. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Latest world cancer statistics: Estimated Cancer Incidence 2013*. [cited 2016 Sept 18].
16. Puspita, G. *Perbedaan Penggunaan Strategi Koping PFC dan EFC Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 2007.
17. Longo, D. L., Braunwald, E., Fauci, A.S. Hauser, S. L. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17nd Edition. USA: McGrawHill, 2008
18. Osse, B., Dassen, V., Schade, E., Grol, R. The problem experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer* 2005;13:722-732.
19. Desen, W. *Buku Ajar Onkologi Klinis*. Edisi 2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2008
20. McVeight, K. H., Mostashari, F., Thorpe, L. E. Serious psychological distress among persons with diabetes. *MMWR* 2004; 53: 1089-1092
21. Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., Koch, U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2010; 19(6):736-745
22. Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry* 2008;112-126
23. Kitano, T., Tada, H., Nishimura, T., Teramukai, S., Kanai, M. Prevalence and incidence of anemia in Japanese cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *International journal of hematology* 2007;86(1):37-41.
24. Barret-lee, P. J., Ludwing, H., Birgegard, G., Bokemeyer, C., Gascon, P., Kosmidis, P. A. Independent risk factor for anemia in cancer patients receiving chemotherapy: Results from europan cancer anemia survey. *Oncology* 2006;70(1): 34-48.
25. Danaei, G., Vander H. S., Lopez, A. D., Murray, C. J., Ezzati, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 2005;366:1784-1793
26. World Health Organization (WHO). *WHO guide for effective programmes: Palliative Care*. ed. Geneva: World Health Organization, 2007
27. Barracough, S. Women and tobacco in Indonesia. *Tob Control* 1999; 8: 327-332.
28. Handayani, A. *Perempuan Berbicara Kretek*. Jakarta: Indonesia Berdikari, 2012
29. Martini, S. Smoking Menaning In Young Women Smokers. *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga* 2014;3(2):119-127.
30. Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M. Moving Swiftly On. Psychological Support Provided by District Nursing to Patients With Palliative Care Needs. *Cancer Nursing* 2010;33(5): 390-397.
31. Varcarolis, E. M., Halter, M. J. *Foundations of Psychotherapy Mental Health Nursing: A Clinical Approach* 6<sup>th</sup> Edition. New York: Elsevier Inc, 2010
32. Golden-Kreutz, D.M & Anderson, B. L. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology* 2004;13:211-220.

33. Matsuda, T., Takayama, T., Tashiro, M., Nakamura, Y., Ohashi, Y., Shimozuma, K. Mild Cognitive Impairment after adjuvant chemotherapy in breast cancer patient-evaluation of appropriate research design and methodology to measure symptoms. *Breast Cancer*. 2005;12(4):279-287.
34. Merriman, D.J., Diane, A.V., Miaskowski, C., & Aouizerat, E. B. Proposed mechanism for cancer and treatment-related cognitive changes. *Semin Oncology Nursing*. 2013;28(4): 206-269.
35. Nevid, S. F., Rathus, A. S., Greene, B. *Psikologi Abnormal*. Edisi kelima Jilid satu. Jakarta: Erlangga, 2003.
36. Frold, T., Schule, C., Schmitt, G. Association of brain derived neurotrophic factor val66met polymorphism with reduced hippocampal volumes in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:410-416.
37. Hayama, Y., Inoue, T. The effect of deep breathing on "tensione anxiety" and fatigue in cancer patient undergoing adjuvant chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011;30:1-5.
38. Lyness J. M., Niculescu, A., Tu, X., Reynolds, C. F., Caine, E.D. The relationship of medical comorbidity and depression in older, primary care patients. *Psychosomatics* 2006;47:435.
39. Rayes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K., Shete, S., Hassan, S. Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Women's Health* 2012;21(3):311-328.