

HUBUNGAN ANTARA RESILIENSI DENGAN DEPRESI PADA PEREMPUAN PASCA PENGANGKATAN PAYUDARA (MASTEKTOMI)

Fransisca I.R. Dewi, Vonny Djoenaina, Melisa
Dosen Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara, Jakarta
Dosen Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara, Jakarta
Mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara, Jakarta
dosenpsikologi@yahoo.com

ABSTRAK

Resiliensi adalah kemampuan individu beradaptasi ketika menghadapi kesulitan dan meminimalkan efek negatif yang dapat timbul dari kesulitan tersebut, seperti stres, depresi dan kecemasan. Depresi merupakan gangguan fisik dan psikis yang disertai dengan gangguan tidur, nafsu makan, konsentrasi perasaan putus asa dan bersalah. Untuk mengetahui hubungan antara resiliensi dan depresi pada wanita pasca mastektomi, penelitian ini dilakukan terhadap 30 wanita. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan negatif yang signifikan antara resiliensi dan depresi, $r = -.772$ ($p=0.000 < 0.01$). Semakin tinggi resiliensi maka semakin rendah depresi wanita pasca mastektomi.

Kata Kunci: Resiliensi, depresi, mastektomi

Pendahuluan

Taylor (1999), menyatakan bahwa kanker payudara di Amerika Serikat antara tahun 1990 – 2000 menyerang 2 juta perempuan dan 460.000 di antaranya meninggal. Setiap 13 menit, didiagnosis tiga kasus baru dan satu orang perempuan meninggal dunia. Di Indonesia diperkirakan terdapat 100 penderita baru untuk setiap 100.000 penduduk pertahun dan angka kematian dari kanker payudara menduduki urutan keenam dari seluruh kematian di Indonesia (Mohamad, 1997). Jumlah penderita kanker payudara di seluruh dunia diperkirakan meningkat dari tahun ke tahun akibat pola hidup yang tidak sehat (Taylor, 1999).

Wagman (1996), mengatakan bahwa kanker payudara ini biasanya lebih banyak menyerang perempuan dewasa yang berusia sekitar 35-50 tahun, atau berada pada usia pra menopause. Pada usia tersebut terjadi perubahan keseimbangan hormon esterogen yang dapat mengaktifkan pertumbuhan sel kanker pada tubuh. Wagman mengemukakan bahwa setelah dilakukan diagnosis mengenai stadium dan tingkat penyebaran yang dialami oleh

penderita kanker payudara, maka akan disusun rencana terapi sesuai dengan tujuan penyembuhan. Mengenai reaksi yang dapat muncul pada masing-masing stadium kanker payudara tidak disebutkan. Beberapa cara penyembuhan kanker payudara adalah radioterapi, kemoterapi, dan mastektomi. Ada beberapa alternatif cara dan reaksi yang dapat ditimbulkan dari masing-masing cara penyembuhan; (a) mastektomi saja; (b) mastektomi dengan radioterapi, kemoterapi atau terapi hormon; (c) mastektomi dengan kombinasi dari radioterapi, kemoterapi dan terapi hormon; (d) radioterapi atau kemoterapi tanpa mastektomi.

Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara yang terkena kanker. Mastektomi hanya dapat dilakukan pada stadium II dan III. Mastektomi dapat menghambat proses perkembangan sel kanker dan umumnya mempunyai taraf kesembuhannya 85% sampai dengan 87%. Namun penderita akan kehilangan sebagian atau seluruh payudara, mati rasa pada kulit, kelumpuhan (jika tidak ditangani secara seksama). Reaksi psikis positif yang dapat muncul adalah, meningkatnya penyesuaian

diri penderita karena kehilangan payudara. Sedangkan, reaksi psikis negatif yang dapat muncul adalah menurunnya *self esteem* (harga diri) sebagai perempuan karena kehilangan payudara, stress, atau depresi (Wagman, 1996).

Radioterapi adalah terapi dengan cara radiasi pada daerah payudara yang terserang kanker. Radioterapi biasa digunakan pada penderita kanker stadium IV, karena pada stadium ini sel kanker sudah membesar dan tidak dapat untuk diangkat. Radioterapi dapat dijadikan alternatif pengobatan tanpa dilakukan pengangkatan payudara. Namun penderita akan mengalami kulit kering, merah, dan basah, terkadang juga terjadi pembengkakan lengan akibat cairan limfe yang menumpuk. Pengobatan dengan cara radioterapi sebenarnya belum tuntas sebelum dilakukan pengangkatan payudara bila ukuran kanker pada payudara telah mengecil oleh radiasi (Wagman, 1996). Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu meningkatnya kemampuan penderita dalam menghadapi penyakit. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati, lebih emosional, stres atau depresi.

Kemoterapi adalah terapi dengan cara pemberian obat, biasanya karena sel kanker telah menyebar. Kemoterapi dapat mendukung proses penyembuhan pasca mastektomi. Namun, kemoterapi dapat menimbulkan efek racun seperti rasa mual, kerontokan rambut, dan keletihan. Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu dapat meningkatkan penyesuaian diri pada diri penderita. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stres, depresi (Wagman, 1996).

Terapi hormon adalah pengobatan hormon yang biasa diberikan pada perempuan yang sel kankernya belum menyebar ke bawah lengan. Terapi hormon mendukung pengobatan melalui mastektomi. Terapi hormon tetap memiliki efek racun walaupun lebih sedikit daripada kemoterapi. Efek racun yang dapat muncul seperti rasa mual dan letih yang lebih ringan daripada kemoterapi. Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu meningkatnya penyesuaian diri penderita

dalam menghadapi efek racun yang ditimbulkan. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stres, depresi karena perubahan hormon dalam tubuh. Dari berbagai alternatif cara penyembuhan, mastektomi adalah cara yang paling banyak diambil karena mempunyai taraf kesembuhan terbesar (Wagman, 1996).

Shelley (1999), menjelaskan bahwa pada saat pasien dan dokter memutuskan pengangkatan payudara (mastektomi) sebagai cara penyembuhan, seringkali hanya aspek fisik yang menjadi pertimbangan. Namun sebenarnya, operasi ini tidak sekadar operasi pengangkatan organ tubuh manusia saja. Operasi ini akan memunculkan simtom psikologis tertentu, seperti depresi, stres, kecemasan, dan masalah-masalah psikologis lainnya. Dalam sejarah ilmu kedokteran modern, terdapat beberapa kasus penderita kanker payudara mengalami depresi. Gejala depresi muncul setelah mastektomi.

Kehilangan payudara secara utuh baik bagian kanan atau kiri akan mengubah *body image* perempuan. Mastektomi tak hanya meninggalkan bekas luka secara fisik, tetapi juga luka secara psikologis, yakni menurunnya perasaan bangga dan harga diri perempuan. Berbagai reaksi pada perempuan pasca mastektomi dapat muncul dalam bentuk depresi (menarik diri dari lingkungan), menurunnya *self esteem*, anoreksia dan insomnia (Zamralita, 1999). Salah satu dari masalah klinis yang paling sering terjadi adalah gangguan depresi. Perempuan memiliki kemungkinan dua kali lebih besar terserang depresi daripada pria dalam setiap masalah pada kehidupan (Burn & Davidson, 1990). Greist (1987), mendefinisikan depresi adalah suatu gangguan fungsi fisik dan psikis yang disertai dengan *mood* yang tertekan dan gejala-gejala yang berhubungan seperti gangguan tidur, gangguan nafsu makan, gangguan konsentrasi, perasaan lelah, putus asa, tidak berdaya, dan pikiran bunuh diri.

Nolen (2004), mengatakan bahwa individu yang mengalami depresi pada awalnya akan mengalami beberapa gejala yang tergolong ke dalam empat aspek depresi yaitu fisik vegetatif, emosional

(afektif), kognitif, dan tingkah laku (*behavioral*). Pertama, aspek fisik vegetatif, individu mengemukakan satu atau lebih keluhan fisik seperti kelelahan atau kenylerian. Kemudian individu tersebut menunjukkan kehilangan minat akan hal-hal yang menjadi kebiasaannya, cepat marah dan *irritable* (cepat tersinggung). Hal ini termasuk ke dalam aspek afektif. Individu juga akan merasa pesimis dan cenderung menyalahkan dirinya, hal ini termasuk dalam aspek kognitif. Depresi dapat berupa gangguan gejala tingkah laku yaitu menarik diri. Hal ini termasuk dalam aspek *behavioral*.

Beberapa kelompok tertentu memiliki risiko tinggi untuk menderita gangguan depresi misalnya, perempuan yang baru saja melahirkan, penderita stroke, kanker, atau penyakit kronis lainnya (Greist, 1987). Simtom depresi seringkali berhubungan dengan perkembangan penyakit kanker. Kanker dan depresi menunjukkan simtom yang sama, misalnya anoreksia, kelelahan, kehilangan berat badan, insomnia, serta hal lain yang berkaitan dengan simtom psikologis (Shelley, 1999).

Untuk mengatasi stres, depresi, dan kecemasan dibutuhkan sikap *resilien*. Setiap individu mempunyai kemampuan untuk tangguh (*resilien*) secara alami, tetapi hal tersebut harus dipelihara dan diasah. Jika tidak dipelihara, maka kemampuan tersebut akan hilang (Corner, 1995). Resiliensi merupakan suatu kemampuan untuk mengatasi kesulitan, rasa frustrasi, ataupun permasalahan yang dialami oleh individu (Janas, 2002). Perkembangan resiliensi dalam kehidupan akan membuat individu mampu mengatasi stres, trauma dan masalah lainnya dalam proses kehidupan (Henderson, 2003).

Resiliensi merupakan salah satu bentuk kesadaran seseorang untuk mengubah pola pikir dalam menghadapi permasalahan sehingga tidak mudah putus asa (Benson, 2002). Resiliensi juga dipahami sebagai kemampuan individu untuk beradaptasi, sehingga dapat menempatkan diri dengan baik terhadap pengalaman yang tidak menyenangkan.

Salah satu contoh yaitu dalam menghadapi permasalahan (Kendall, 1999).

Ciri-ciri individu yang memiliki resiliensi menurut Sarafino (1994), adalah (a) memiliki temperamen yang lebih tenang, sehingga dapat menciptakan hubungan yang lebih baik dengan keluarga dan lingkungannya; (b) Individu yang memiliki resiliensi juga memiliki kemampuan untuk dapat bangkit dari tekanan, stres, dan depresi. Untuk mengatasi tekanan, stres, dan depresi dibutuhkan ketiga komponen resiliensi. Ketiga komponen dalam resiliensi tersebut adalah: pertama, '*I have*', berkaitan dengan sumber daya yang dimiliki. Kedua, '*I am*', berkaitan dengan konsep diri dan integritas pribadi. Ketiga, '*I can*', berkaitan dengan kapabilitas, kemampuan, dan *self efficacy*.

Hiew (2000), mengatakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan adaptasi yang ada dalam diri individu untuk mengatasi permasalahan yang sulit dalam hidupnya dan tetap terbebas dari simtom psikopatologi. Sikap *resilien* juga dibutuhkan dalam menghadapi simtom psikopatologi setelah menjalani mastektomi pada penderita kanker payudara. Individu yang resilien mampu menghilangkan simtom psikopatologi seperti stres, trauma, depresi, dan tetap sehat secara emosional.

Dalam penelitian Hiew (2000), ditemukan bahwa terdapat hubungan antara resiliensi dan depresi pada subyek pelajar Kanada. Dikemukakan bahwa individu yang berada dalam keadaan resilien dapat mengalami penurunan tingkat depresi. Hal ini dapat meningkatkan stabilitas kesehatan emosional individu. Jadi, apabila individu memiliki skor resiliensi yang tinggi, maka akan mempunyai skor depresi yang rendah, begitu juga sebaliknya (Hiew, 2000).

Zamralita (1999), menyatakan bahwa perempuan pasca mastektomi biasanya akan mengalami gangguan emosional seperti depresi, trauma emosional, dan rasa putus asa. Hal ini muncul sebagai akibat dari kehilangan payudara dan berbagai dampak fisik ataupun psikologis yang muncul dari terapi yang dijalani. Untuk mengatasi masalah tersebut, perempuan pasca mastektomi perlu meningkatkan sikap resilien. Oleh

karena itu, maka penelitian ini bermaksud untuk mengetahui apakah ada hubungan antara resiliensi dengan depresi pada populasi yang berbeda.

Rumusan Permasalahan

Apakah ada hubungan antara resiliensi dengan depresi pada perempuan pasca pembedahan payudara (mastektomi)?

Tinjauan Teoretis Resiliensi

Janas (2002), mendefinisikan resiliensi sebagai suatu kemampuan untuk mengatasi rasa frustrasi dan permasalahan yang dialami oleh individu. Individu yang *resilien* akan berusaha untuk mengatasi permasalahan dalam hidup, sehingga dapat terbebas dari masalah dan mampu beradaptasi terhadap permasalahan tersebut. Conner (1995), juga menyatakan bahwa resiliensi merupakan suatu kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk segera membebaskan diri dari kondisi yang kurang menyenangkan.

Kendall (1999), menjelaskan resiliensi sebagai kemampuan individu untuk beradaptasi dan menempatkan diri dengan baik terhadap pengalaman yang tidak menyenangkan atau dalam situasi permasalahan yang berat. Brook dan Goldstein (2000), mengemukakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan individu dalam mengatasi masalah dan tekanan secara lebih efektif, kemampuan untuk bangkit dari masalah, kekecewaan, dan trauma; serta untuk dapat mengembangkan tujuan yang lebih realistis. Dalam upaya untuk mengatasi masalah akan terdapat proses untuk menentukan urutan alternatif-alternatif jawaban yang tepat ke arah pemecahan yang ideal.

Dengan demikian resiliensi merupakan kemampuan individu untuk dapat beradaptasi dalam kesulitan yang dihadapi, sehingga dapat bersikap tenang dan bangkit dari kesulitan yang dihadapi serta menemukan kembali semangat, kekuatan, dan tujuan yang realistis.

Ciri-ciri Individu Yang Memiliki Resiliensi

Ciri-ciri individu yang memiliki resiliensi menurut Sarafino (1994), yaitu (a) memiliki temperamen yang lebih tenang, sehingga dapat menciptakan hubungan yang lebih baik dengan keluarga dan lingkungan; (b) memiliki kemampuan untuk dapat bangkit dari tekanan dan berusaha untuk mengatasinya.

Grotberg (1995), mengatakan bahwa individu yang memiliki resiliensi (a) mempunyai kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan dorongan dalam hati; (b) memiliki kemampuan untuk dapat bangkit dari permasalahan dan berusaha untuk mengatasinya; (c) mandiri dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pemikiran serta inisiatif sendiri dan memiliki empati dan sikap kepedulian yang tinggi terhadap sesama.

Reivich (2002), menambahkan bahwa individu yang resiliensi (a) mampu mengatasi stress; (b) bersikap realistis serta optimistik dalam mengatasi masalah; (c) mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan nyaman.

Maka dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri individu yang memiliki resiliensi dapat mengendalikan perasaan dan mampu mengekspresikan secara nyaman. Dengan demikian, individu mampu mengambil keputusan yang realistis dan tetap bersikap optimis. Individu juga tetap memiliki sikap kepedulian terhadap sesama.

Komponen-komponen Resiliensi

Henderson dan Milstein (2003) membagi resiliensi ke dalam tiga komponen. Ketiga komponen tersebut saling melengkapi untuk meningkatkan resiliensi dalam diri individu. Pertama, '*I have*', yaitu mempunyai sumber daya seperti dukungan eksternal untuk membangun perasaan aman. Dukungan ini meliputi: (a) individu mempunyai hubungan yang dipercaya (*trusting relationship*), contoh: suami, anggota keluarga dan teman-teman yang mencintai; (b) struktur dan aturan di rumah (*structure and rules at home*), contoh: orang tua di rumah memiliki aturan yang jelas; (c)

model peran (*role models*), contoh: model dari orang tua, teman atau lingkungan; (d) dorongan untuk mengatur kehidupannya sendiri (*encouragement to be autonomous*), contoh: pengalaman belajar dari ajaran orang tua bahwa individu harus melakukan sesuatu dengan kemampuannya; (e) hubungan dengan kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dan pelayanan keamanan (*Access to health, education, welfare, and security services*), contoh: individu memperoleh fasilitas kesehatan seperti yang diinginkannya dengan mudah.

Whetten dan Cameron (1995), juga mendefinisikan "*I have*" sebagai *social resiliency*; resiliensi sosial ini dapat diperoleh dengan cara memperkuat hubungan dengan lingkungan sosial. Dukungan sosial memberikan dukungan bagi individu sehingga individu dapat menjadi lebih kuat dalam mengatasi stres.

Kedua, '*I am*', meliputi kekuatan dalam diri individu yang berkaitan dengan konsep diri dan integritas pribadi, seperti: (a) perasaan dicintai (*lovable*), contoh: individu merasa orang di sekitarnya mencintainya; (b) memiliki rasa mencintai, empati, dan altruistic (*loving, emphatic and altruistic*), contoh: individu mencintai orang-orang di sekitarnya dengan berbagai cara; (c) Bangga dengan diri sendiri (*proud of my self*), contoh: individu menyadari bahwa dirinya penting dan merasa bangga atas apa yang telah dilakukannya; (d) mengatur dan bertanggung jawab terhadap kehidupannya sendiri (*Autonomous and responsible*), contoh: individu dapat melakukan apapun dengan kemampuannya dan menerima segala konsekuensinya; (e) adanya harapan, perjuangan, dan kepercayaan (*filled with hope, faith, and trust*), contoh: individu percaya bahwa ada harapan bagi dirinya.

Ketiga, '*I can*', yaitu berkaitan dengan kapabilitas, kemampuan dan *self efficacy* (kemampuan sosial dan interpersonal individu), meliputi: (a) kemampuan komunikasi (*communicate*), contoh: mampu mengekspresikan perasaan cemas dan stres pada orang lain; (b) mengatasi masalah (*problem solving*), contoh dapat mengatasi permasalahan anak yang sedang sakit di rumah sakit; (c)

Mengatur perasaan dan dorongan dalam dirinya (*manage my feelings and impulses*), contoh: individu mampu mengatur perasaannya; (d) mencari hubungan yang dapat dipercaya (*trusting relationship*), contoh: individu mencari seseorang seperti suami, keluarga, teman untuk meminta tolong atau sekedar berbagi rasa.

Dengan demikian komponen-komponen resiliensi dalam individu yaitu, '*I have*', yaitu mempunyai hubungan yang dapat dipercaya, aturan rumah yang jelas, model, dorongan untuk mandiri dan fasilitas hidup lainnya. '*I am*', yaitu mempunyai perasaan dicintai, empati, bangga, tanggung jawab, dan harapan. '*I can*', yaitu memiliki kemampuan untuk berkomunikasi, mengatasi masalah, mengatur perasaan, dan mencari hubungan yang dapat dipercaya.

Kanker Payudara

Kanker merupakan suatu jaringan yang abnormal atau berlebihan, tidak berguna bahkan merugikan dan tidak memiliki pola yang sesuai dengan struktur jaringan di sekitarnya dan dapat menyebar ke organ tubuh yang lain. Kanker sering dikenal oleh masyarakat sebagai tumor, padahal tidak semua tumor adalah kanker. Tumor adalah benjolan tidak normal atau abnormal yang bukan radang. Tumor dibagi dalam dua golongan, yaitu tumor jinak dan tumor ganas. Kanker adalah istilah umum untuk semua jenis tumor ganas. Sel tumor pada tumor jinak bersifat tumbuh lambat, sehingga tumor jinak pada umumnya tidak cepat membesar. Sel tumor jinak mendesak jaringan sehat sekitarnya secara serentak, sehingga terbentuk simpai (serabut pembungkus yang memisahkan jaringan tumor dari jaringan sehat). Sel tumor ganas tumbuh masuk ke jaringan sehat sekitarnya, sel kanker dapat membuat anak sebar (metastasis) ke bagian organ tubuh lain yang jauh dari tempat asalnya melalui pembuluh darah dan pembuluh getah bening, dan dapat memunculkan kanker baru di tempat lain (Sjamsuhidajat, 1997).

Kanker sendiri mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, ada yang tumbuh secara cepat, ada yang tumbuh tidak terlalu cepat, seperti kanker payudara.

Sel kanker payudara yang pertama dapat tumbuh menjadi tumor sebesar 1 cm pada waktu 8-12 tahun. Sel kanker tersebut diam pada kelenjar payudara. Sel-sel kanker payudara ini dapat menyebar melalui aliran darah ke seluruh tubuh. Mengenai kapan penyebaran itu berlangsung tidak diketahui. Sel kanker payudara dapat bersembunyi di dalam tubuh selama bertahun-tahun tanpa diketahui dan tiba-tiba aktif menjadi tumor ganas atau kanker (Rukmono, 1997).

Kanker payudara umumnya menyerang payudara perempuan, sekalipun demikian kanker payudara juga dapat menyerang payudara laki-laki. Sebagian besar penderita kanker payudara merasakan seluruh atau sebagian payudara terasa nyeri. Pada penyebaran selanjutnya menimbulkan rasa nyeri pada payudara, luka pada puting, perdarahan, adanya lekukan pada payudara, perubahan ukuran dan bentuk payudara (Sjamsuhidajat, 1997).

Jadi, kanker payudara merupakan jaringan abnormal yang merugikan dan dapat menyebar ke organ tubuh yang lain. Kanker mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, ada yang dapat tumbuh sangat cepat dan ada yang lambat. Kanker payudara dapat menimbulkan rasa nyeri, luka pada puting, pendarahan, lekukan, dan perubahan bentuk pada payudara.

Penyebab Terjadinya Kanker Payudara

Penyebab spesifik kanker payudara masih belum diketahui. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker payudara. Rukmono (1997), mengatakan bahwa perempuan yang paling berisiko terpengaruhi kanker payudara adalah mereka yang memiliki faktor tertentu seperti latar belakang penyakit keluarga, jumlah anak yang mereka miliki, usia mereka memiliki anak atau obesitas.

Beberapa penulis lain menemukan faktor-faktor yang mempunyai risiko mempengaruhi terjadinya kanker payudara, antara lain (Sjamsuhidajat, 1997): Pertama, faktor hereditas; faktor ini memegang peranan penting terhadap munculnya kanker payudara. Dalam penelitian Sjamsuhidajat (1997), ditemukan dari 465

orang penderita kanker payudara ternyata 25,8 persen kasus mempunyai saudara perempuan yang juga menderita kanker payudara.

Kedua, faktor paritas; dalam sebuah penelitian ditemukan bahwa pada perempuan yang tidak menikah, frekuensi kanker payudara 3,5 kali lebih banyak bila dibandingkan dengan perempuan yang telah menikah. Individu yang banyak melahirkan dapat menjadi faktor pelindung bagi seorang perempuan untuk tidak terkena kanker payudara. Hal ini disebabkan setelah melahirkan ada proses menyusui (laktasi) yang memperkecil risiko kanker payudara.

Ketiga, faktor menyusui, beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan antara pemberian ASI dengan menurunnya risiko berkembangnya kanker payudara. Para penulis menyatakan bahwa lebih muda dan lebih lama seorang ibu memberikan ASI pada bayinya adalah semakin baik. Hal ini didasari pada teori bahwa kanker payudara berkaitan dengan hormon estrogen. Pemberian ASI secara berkala akan mengurangi risiko seseorang terkena penyakit kanker payudara.

Keempat, faktor usia melahirkan anak, perempuan yang melahirkan pertama kali pada usia 20 tahun atau kurang, mempunyai risiko sebesar satu persen untuk terkena kanker payudara, sedangkan perempuan yang melahirkan pertama kali pada usia 35 tahun atau lebih mempunyai risiko 1.5 persen sampai 5.3 persen akan terkena kanker payudara.

Kelima, faktor menstruasi (*menarche*) dan *menopause*. Perempuan yang mulai *menarche* pada usia yang lebih muda mempunyai risiko lebih besar terkena kanker payudara. Umumnya, terjadi penurunan risiko sebesar 20 persen setiap tahun bila *menarche* tertunda. Perempuan dengan *menarche* lebih awal (umur 12 atau kurang) dan terjadinya siklus haid yang terasa lebih cepat meningkatkan risiko sebesar empat kali dibandingkan dengan perempuan yang *menarche* pada umur 13 tahun atau lebih. *Menopause* pada umur tua meningkatkan risiko kanker payudara. Perempuan yang *menopause* pada umur lebih dari 55 tahun dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang

menopause sebelum umur 45 tahun. Perempuan dengan menstruasi selama 40 tahun mempunyai risiko terkena kanker payudara lebih tinggi dibanding mereka dengan menstruasi selama 30 tahun.

Keenam, obesitas. Individu yang menderita obesitas memiliki kemungkinan 20 persen lebih besar akan menderita kanker payudara. Hal ini disebabkan obesitas dapat meningkatkan tingkat hormon estrogen dalam tubuh. Individu yang memiliki hormon estrogen terlalu tinggi memiliki risiko lebih besar terkena penyakit kanker payudara.

Diagnosis Kanker Payudara

Jumlah individu yang telah mengetahui penyakit kanker yang diderita secara dini kurang lebih setengah dari seluruh penderita penyakit kanker payudara seluruhnya. Padahal kemungkinan dapat disembuhkan lebih besar jika penyakit ini terdeteksi sejak dini. Deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan oleh penderita itu sendiri dengan cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). Pemeriksaan payudara sendiri sebaiknya dilakukan setiap satu bulan sekali sesudah masa menstruasi. *American Cancer Society* bahkan menganjurkan pemeriksaan payudara oleh diri sendiri lebih sering pada individu individu yang berusia lebih dari 25 tahun, karena pada saat sekitar usia ini kanker payudara akan meningkat dan akan memuncak lagi pada usia pertengahan (Shelley, 1999).

Pemeriksaan medis yang biasa dianjurkan oleh dokter untuk memeriksa keberadaan kanker payudara adalah Mammografi, yaitu pemeriksaan dengan menggunakan sinar *rontgen*. Biasanya mammografi dilakukan seminggu setelah selesai menstruasi. Keakuratan diagnosis dengan menggunakan alat ini cukup tinggi, yaitu 90 persen (Sjamsuhidajat, 1997).

Sjamsuhidajat (1997), menyatakan bahwa pemeriksaan mammografi dilakukan oleh perempuan-perempuan yang tergolong kelompok risiko tinggi menderita kanker payudara, yaitu: perempuan yang berumur lebih dari 50 tahun, perempuan yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang pernah menderita kanker payudara,

perempuan yang pernah menjalani pengangkatan salah satu payudara, dan perempuan yang belum pernah melahirkan anak.

Pengobatan Kanker Payudara

Wagman (1996), mengemukakan ada beberapa alternatif metode-metode penyembuhan diantaranya, (a) mastektomi saja; (b) mastektomi dengan radioterapi, kemoterapi atau terapi hormon; (c) mastektomi dengan kombinasi dari radioterapi, kemoterapi dan terapi hormon; (d) radioterapi atau kemoterapi tanpa mastektomi.

Pertama mastektomi yaitu operasi pengangkatan payudara yang terkena kanker. Mastektomi hanya dapat dilakukan pada stadium II dan III. Dokter dan penderita harus mendiskusikan tipe mastektomi yang akan dipilih. Hal ini tergantung kasus yang dialami penderita dan seberapa serius kanker yang dialami. Di Amerika Serikat sampai saat ini memakai tipe *radical mastectomy* sebagai prosedur pengobatan yang biasa dipilih. Hal ini karena *radical mastectomy* dapat menghambat proses perkembangan sel kanker dan taraf kesembuhannya 85% sampai dengan 87%. Melalui metode mastektomi penderita akan kehilangan sebagian atau seluruh payudara, mati rasa pada kulit, kelumpuhan (jika tidak ditangani secara seksama). Akan tetapi apabila ukuran kanker terlalu besar sehingga tidak mampu untuk diangkat biasanya akan dipilih radioterapi untuk mengecilkan ukuran kanker. Reaksi psikis positif yang dapat muncul adalah meningkatnya penyesuaian diri penderita karena kehilangan payudara. Sedangkan reaksi psikis negative yang dapat muncul yaitu menurunnya *self esteem* (harga diri) sebagai perempuan karena kehilangan payudara, stres atau depresi.

Ada lima tipe mastektomi menurut Wagman (1996): (a) *simple mastectomy*, yaitu pengangkatan jaringan payudara, tetapi otot-otot di sekeliling payudara dan kelenjar getah bening tetap ada; (b) *radical mastectomy*, yaitu pengangkatan payudara, kelenjar getah bening dan otot-otot di sekeliling payudara; (c) *modified radical*

mastectomy, yaitu pengangkatan payudara, kelenjar getah bening dan jaringan di sekitar payudara. Namun otot yang paling mendasar tetap ada; (d) *subcutaneous mastectomy*, yaitu pengangkatan payudara tetapi puting susu dan kulit di sekitar payudara tetap ada. Prosedur ini biasanya diambil supaya dapat dilakukan operasi rekonstruksi penampilan payudara agar terlihat alami; (e) *lumpectomy or segmental mastectomy*, hanya sel kanker dan jaringan sekitar yang diangkat. Pada tipe mastektomi ini biasanya penting untuk tidak dilakukan operasi rekonstruksi karena dapat membahayakan. Operasi rekonstruksi adalah operasi pemulihan agar payudara tampak seperti semula. Tipe dari operasi pengangkatan payudara (mastektomi) yang dipilih disesuaikan dengan ukuran dari kanker serta tingkat keparahannya.

Kedua, radioterapi adalah terapi dengan cara radiasi pada daerah yang terserang kanker. Radioterapi biasa digunakan pada penderita kanker stadium IV, karena pada stadium ini sel kanker sudah tidak mampu untuk diangkat. Radioterapi biasa dilakukan setelah *lumpectomy mastectomy* atau *segmental mastectomy*. Pengobatan dengan cara radioterapi biasanya diberikan selama lima minggu. Radioterapi dapat dijadikan alternatif pengobatan tanpa dilakukan pengangkatan payudara apabila kanker tidak muncul kembali. Namun penderita akan mengalami kulit kering, merah, dan basah, terkadang juga terjadi pembengkakan lengan akibat cairan limfe yang menumpuk. Bila kanker kembali muncul maka dilakukan pengangkatan payudara bila ukuran kanker pada payudara telah mengecil oleh radiasi. Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu dapat meningkatnya kemampuan menghadapi masalah pada diri penderita. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stres atau depresi.

Ketiga, kemoterapi, cara ini diberikan sebagai kombinasi terapi kanker payudara stadium II, III dan IV, dengan tingkat penyebaran sel kanker sampai ke kelenjar getah bening aksila (ketiak). Pemberian kemoterapi bertujuan untuk

menghancurkan sel-sel kanker yang melakukan *mikrometastase* (Penyebaran sel-sel kanker). Umumnya, cara ini diberikan selama enam bulan. Kemoterapi dengan operasi, yaitu salah satu cara pengobatan pada penderita kanker payudara yang telah menyebar ke jaringan getah bening dan belum memasuki usia menopause. Untuk perempuan yang telah memasuki usia menopause diberikan obat khusus, kecuali untuk beberapa pasien yang memiliki risiko tinggi. Kemoterapi mendukung proses penyembuhan pasca mastektomi. Namun kemoterapi juga dapat menimbulkan rasa mual, kerontokan rambut dan keletihan. Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu meningkatnya kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stres, depresi.

Keempat, terapi hormon adalah pengobatan hormon yang biasa diberikan pada perempuan yang sel kankernya belum menyebar ke *under arm* (bawah lengan). Terapi hormon memiliki efek racun yang lebih sedikit daripada kemoterapi yaitu timbulnya rasa mual dan letih. Bagi pasien yang telah menopause diberi pengobatan khusus untuk meningkatkan hormon estrogen. Terapi hormon diberikan pada pasien yang telah memasuki usia menopause dengan obat khusus. Terapi ini juga diberikan kepada penderita kanker yang sel kankernya telah menyebar ke jaringan getah bening. Terapi hormon dapat mendukung pengobatan melalui mastektomi. Namun terapi hormon juga tetap memiliki efek racun walaupun lebih sedikit daripada kemoterapi. Reaksi psikis positif yang dapat muncul yaitu meningkatkan kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah. Reaksi psikis negatif yang dapat muncul yaitu perubahan suasana hati (lebih emosional), stres, depresi karena perubahan hormon dalam tubuh.

Depresi

Greist (1997), menyatakan depresi merupakan gangguan psikiatrik yang umum terjadi dalam kehidupan manusia. Individu yang mengalami depresi menyadari bahwa

depresi mengganggu perjalanan hidup mereka. Kondisi depresi ini untuk sebagian individu disebabkan oleh rasa sakit pada fisik atau frustrasi. Sebelum mengalami depresi, individu tidak mau memandang diri sebagai individu yang gagal dalam segala hal. Individu yang mengalami depresi biasanya merasa tidak berharga, membenci diri dan selalu merasa bersalah. Perasaan itu menetap dalam diri individu tersebut. Individu tersebut tidak berharap atau berpikir lagi untuk mengubah masa depannya. Akhirnya individu tersebut akan merasa putus asa dan mengalami depresi (Greist, 1997). Jadi, depresi merupakan gangguan psikiatrik yang dapat membuat individu merasa putus asa, tidak berharga, membenci diri dan selalu merasa bersalah.

Karakteristik Depresi

Karakteristik depresi adalah mengekspresikan kesedihan, retardasi (hambatan) dalam aktivitas hidup sehari-hari, sering menangis, tidak dapat berdiri sendiri, menunjukkan ketergantungan dan sangat membutuhkan pertolongan (Nolen, 2004).

Menurut DSM-IV-TR (2000), tanda dari simtom depresi adalah sebagai berikut: afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.. Selain itu, konsentrasi, harga diri dan kepercayaan diri berkurang. Hal ini dapat menimbulkan rasa bersalah, tidak berguna, pesimistis, timbul gagasan perbuatan yang membahayakan diri (bunuh diri), gangguan tidur dan nafsu makan.

Beck (dikutip oleh Greist, 1987), mendefinisikan depresi dengan menyebutkan gejala inti dan tanda-tandanya seperti kesedihan, turunnya *mood*, pesimis tentang masa depan, menyalahkan dan mengkritik diri sendiri, retardasi (hambatan) atau agitasi (keinginan untuk berontak), lamban dalam berpikir, sulit konsentrasi, gejala “vegetatif” yang ditandai dengan tidak nafsu makan dan gangguan tidur.

Dengan demikian, pengertian depresi adalah sekumpulan tingkah laku maladaptif yang merupakan akibat dari

kurangnya penguatan positif dalam diri individu. Hal ini ditandai dengan kesedihan, retardasi atau agitasi, sikap pesimistik, konsep diri negatif, sulit konsentrasi, gangguan nafsu makan dan gangguan tidur.

Aspek-aspek Depresi

Para ahli akhirnya cenderung lebih menjelaskan depresi dengan langsung menguraikan karakteristik gejalanya. Lebih terperinci Nolen (2004) membuat kategori gejala ini ke dalam aspek emosional (afektif), kognitif, tingkah laku (*behavioral*) dan fisik vegetatif.

Pertama, aspek emosional (*afektif*), merupakan perubahan perasaan. Kondisi berkenaan dengan gejala emosional itu adalah suasana hati sedih, dan memandang dirinya secara negatif. Hal ini mungkin berhubungan dengan perasaan disforia (kesedihan yang berlebihan). Penderita kehilangan kebahagiaan atau kepuasan pada aktifitas tertentu termasuk pelaksanaan peran yang menjadi tanggung jawabnya. Penderita juga lebih sering menangis dan cenderung mengatakan bahwa penderita kehilangan rasa humornya. Humor tidak lagi memberikan kepuasan, semua dilihat secara serius bahkan dapat menimbulkan respon tersinggung.

Kedua, aspek kognitif, disebutkan bahwa manifestasi kognisi yang muncul antara lain adanya penilaian diri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan dan mengkritik diri sendiri, tidak dapat memutuskan dan adanya distorsi *body image* (penyimpangan citra diri). Individu mempunyai penilaian diri yang rendah. Hal ini tampak dengan harga diri yang rendah pada diri individu. Penderita depresi mempunyai harapan negatif yang ditandai dengan munculnya pesimisme yang berhubungan erat dengan rasa ketidakberhargaan dan menolak terhadap berbagai perubahan. Penderita berkeyakinan bahwa kondisi kekurangannya akan berlangsung terus atau akan menjadi semakin buruk.

Gejala lain adalah individu menyalahkan diri sendiri sebagai penyebab kesulitan atau masalah yang terjadi. Bahkan pada kasus yang lebih parah, penderita mungkin menyalahkan dirinya untuk hal-

hal yang sebenarnya tidak berkaitan dengan dirinya. Penderita juga mengalami kesulitan dalam membuat keputusan, bimbang memilih alternatif yang ada atau keputusan yang diambil sering berubah. Keadaan tersebut terjadi karena penderita khawatir akan membuat keputusan yang salah, kehilangan kemauan atau kecenderungan menghindari dari masalah. Hal tersebut menyebabkan penderita memiliki ketergantungan yang tinggi terhadap lingkungan (Nolen, 2004).

Ketiga, aspek tingkah laku (*behavioral*), berkaitan dengan hasrat dan keinginan penderita yang cenderung regresif (menurun). Istilah regresi dikaitkan dengan aktivitas yang dilakukan individu cenderung menurun. Penderita melarikan diri dari aktivitas yang menuntut peran individu yang dewasa dan memilih aktivitas yang lebih berkaitan dengan peran anak-anak. Penderita kehilangan motivasi positif dan tidak memiliki tujuan lagi. Bagi individu yang mengalami depresi untuk melakukan tugas utama, seperti makan, perawatan diri atau memberi pengobatan merupakan hal yang berat.

Penderita depresi cenderung menghindari dan ingin mengelakkan diri dari pola yang biasa atau rutin dalam hidupnya. Rutinitas dinilai membosankan, tidak berarti atau memberatkan. Individu yang depresi sangat ingin mendapat bantuan, bimbingan atau pengarahan dari orang lain. Beberapa dari individu tersebut memiliki keinginan untuk bunuh diri yang muncul dalam berbagai bentuk. Depresi dapat muncul dalam harapan yang pasif (saya harap, saya orang mati), harapan aktif (saya ingin bunuh diri) atau sebagai pikiran yang berulang dan sering melamun. Harapan ini kadang menetap, tetapi ada juga yang timbul dan menghilang (Nolen, 2004).

Keempat, gejala fisik vegetatif, gejala ini sebagai bukti untuk melihat gangguan otonom atau *hypothalamic* yang terjadi akibat depresi. Gejala fisik yang muncul adalah mudah lelah dan sebagian menganggap kelelahan sebagai kehilangan energi. Gejala kehilangan nafsu makan untuk beberapa penderita dapat merupakan tanda awal. Penderita juga tidur lebih

sedikit dari pada orang normal dan sering merasa gelisah selama semalam. Untuk beberapa kasus, penderita juga kehilangan minat seksual.

Maka dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek depresi meliputi aspek emosional yang berkaitan dengan perasaan sedih. Aspek kognitif berupa penilaian diri yang rendah dan perasaan bersalah. Aspek tingkah laku yaitu individu kehilangan motivasi dalam melakukan tugas. Aspek fisik vegetatif yaitu berupa gangguan fisik seperti sulit tidur, kehilangan nafsu makan dan seksual.

Penyebab Depresi

Wilkinson (1995), menyatakan bahwa seperti penyakit lain, penyebab depresi terdiri dari beberapa faktor. Selain itu, peristiwa hidup yang tidak menyenangkan dan penyakit fisik tertentu mempermudah serangan depresi. Hal ini disebabkan karena pengaruh psikologis dan biokimia.

Pertama, faktor genetik dijelaskan bahwa (a) keluarga lapis pertama (anak, kakak, adik dan orangtua) dari penderita depresi berisiko (10 sampai 15%) akan menderita depresi; (2) penduduk pada umumnya hanya berisiko (1 sampai 2%) akan menderita depresi. Jadi, terlihat bahwa individu yang memiliki keluarga depresi memiliki risiko lebih besar terkena depresi.

Davison (2004), juga menjelaskan bahwa faktor genetik yaitu mempunyai orangtua baik ayah maupun ibu yang depresi berisiko mengalami depresi. Orangtua yang depresi akan menimbulkan efek negatif pada pola asuh yang berdampak pada perkembangan jiwa anak. Hal inilah yang nantinya akan membuat individu yang berasal dari keluarga yang orangtuanya menderita depresi berpeluang untuk menjadi depresi.

Kedua, faktor *behavioral* yaitu kurang pengalaman sosial atau ketidakpuasan hubungan baik dengan saudara kandung, teman sebaya dan sebagainya. Individu tersebut biasanya merasa ditolak dan tidak dapat menikmati hubungan sosial dalam lingkungannya. Hal ini yang dapat menyebabkan individu menjadi depresi.

Ketiga, faktor kognitif yaitu individu yang menderita depresi merasa tidak berdaya dan mengalami distorsi kognitif. Individu juga memiliki pikiran yang salah dan selalu menyalahkan diri sendiri. Pada orang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah hormon. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh juga berkurang pada individu yang mengalami depresi.

Keempat, jenis tubuh, Orang yang mempunyai bentuk tubuh bulat dan agak gemuk tidak mudah mendapat serangan depresi.

Kelima, perubahan suasana hati pada diri individu yang depresi. Walaupun setiap individu pernah mengalami perubahan suasana hati karena alasan yang kurang jelas, namun ada beberapa individu yang lebih mudah terserang depresi. Individu yang mempunyai jenis kepribadian ini dianggap lebih mudah terserang depresi. Individu yang memiliki kepribadian depresi bersikap sedih dan putus asa secara terus menerus. Hal ini membuat individu terasing dalam masyarakat dan akibatnya terserang depresi.

Keenam, stres, kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah atau stres berat yang lain dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stres seringkali ditanggihkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi.

Ketujuh, faktor kerentanan dalam depresi, yaitu kehilangan ibu sebelum usia 11 tahun, individu yang memiliki tiga anak atau lebih di bawah usia 14 tahun di rumah, kurang hubungan yang akrab dan terpercaya, tidak bekerja, dan mengalami kesulitan hidup yang lain dalam waktu yang lama.

Kedelapan, dampak psikis dari penyakit fisik. Orang yang menderita penyakit fisik yang berat seperti penyakit kronis (kanker, tumor) atau kondisi kelumpuhan yang lama. Hal tersebut memungkinkan individu mengalami depresi.

Kesembilan, mekanisme psikologis, dikemukakan bahwa depresi menyerupai suasana berkabung, depresi dapat disebabkan oleh faktor kehilangan

keinginan, seseorang atau sesuatu yang dicintai

Kajian Teori Psikologi Kognitif Terhadap Depresi

Neale (1996), mengemukakan teori yang berisi tiga pola kognitif utama yang menyebabkan individu memiliki pengalaman serta memandang diri dan masa depan secara idiosinkratik, yaitu didominasi oleh pola-pola kognitif yang negatif. Pertama, pandangan negatif terhadap diri, penderita depresi tidak hanya menyalahkan pengalaman yang dialaminya tetapi secara bersamaan penderita menilai rendah dirinya. Jika penderita tidak melakukan sesuatu seperti yang diharapkannya, maka penderita menganggap dirinya sebagai individu yang tidak diinginkan dalam lingkungan sosial. Penderita cenderung menilai dirinya sebagai individu yang tidak sempurna. Penderita depresi juga memandang dirinya dari segi negatif. Konsep diri negatif ini berasosiasi dengan penolakan diri. Penderita tidak hanya memandang dirinya tidak sempurna, tetapi juga menjadi membenci diri sendiri.

Kedua, individu secara otomatis menilai pengalaman hidupnya dari segi negatif, meskipun sebenarnya suatu pengalaman hidup dapat dilihat dari sisi positif. Penderita menyesuaikan kenyataan untuk menguatkan kesimpulan individu yang negatif bahwa setiap masalah yang muncul dianggap tidak ada penyelesaian. Penderita depresi biasanya sensitif pada setiap halangan dalam mencapai tujuan. Setiap rintangan dianggap penghalang yang tidak mungkin diterobos. Kesulitan dalam menghadapi masalah diartikan sebagai gagal total.

Individu yang depresi cenderung menganggap penghinaan, ejekan atau peremehan orang lain kepada dirinya. Penderita juga mengartikan ucapan netral sebagai penentangan melawan dirinya, bahkan memutarbalikkan komentar yang menyenangkan menjadi kurang menyenangkan. Seringkali penderita yakin bahwa orang lain memiliki ide buruk mengenai dirinya. Penderita memberi

penilaian negatif pada orang lain hanya berdasar situasi yang terbatas.

Ketiga, memandang masa depan secara negatif. Penderita depresi umumnya menunjukkan keasyikan yang mendalam dengan ide-ide tentang masa depan. Harapannya biasanya diselubungi kenegatifan dan mungkin muncul dalam bentuk gambaran khayal atau seperti renungan yang terus menerus. Antisipasi terhadap masa depan, umumnya merupakan perluasan dari apa yang dimiliki pada saat sekarang. Jika penderita menganggap dirinya sebagai seorang yang selalu rugi, tidak aktif atau ditolak, maka penderita tidak dapat melihat kemungkinan akan adanya perubahan atau perbaikan.

Harapan negatif ini tidak hanya berlaku untuk hal jangka panjang, perkiraan jangka pendekpun demikian. Jika penderita bangun di pagi hari, penderita mengantisipasi bahwa segala pengalaman di hari itu akan menemui kesulitan besar.

Tiga serangkai pola kognitif yang telah dijelaskan menunjukkan bahwa individu depresi mempunyai cara berpikir yang didominasi oleh pola kognitif yang negatif. Individu cenderung bereaksi tidak terhadap hal yang sebenarnya, namun terhadap hal yang dipersepsinya secara subyektif.

Kerangka Berpikir

Kanker payudara merupakan suatu jaringan abnormal yang merugikan dan dapat menyebar ke organ tubuh lainnya. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengobati penyakit kanker payudara, di antaranya kemoterapi (terapi obat), radioterapi (terapi radiasi), dan mastektomi (operasi pengangkatan payudara). Cara pengobatan yang terbaik adalah mastektomi dengan persentase kesembuhan paling besar. Oleh karena itu, cara pengobatan yang biasa dilakukan adalah mastektomi.

Mastektomi adalah operasi untuk mengangkat bagian payudara yang terkena kanker agar tidak menyebar ke organ lainnya. Banyak berbagai dampak baik fisik maupun psikologis yang dapat ditimbulkan akibat mastektomi. Dampak fisiknya yaitu mulai dari mati rasa pada kulit, rasa nyeri dan luka pada payudara hingga kelumpuhan

pada penderita bila penanganan pasca mastektomi tidak seksama. Dampak psikologis yang timbul diantaranya depresi, stres dan kecemasan. Perempuan pasca mastektomi mengalami penurunan rasa bangga, harga diri akibat kehilangan payudara, pada akhirnya akan menimbulkan depresi.

Depresi adalah suatu gangguan fisik dan psikis yang disertai dengan *mood* yang tertekan dan gejala lainnya seperti gangguan tidur, nafsu makan dan konsentrasi, perubahan psikomotor, perasaan lelah, putus asa, tidak berdaya dan pikiran bunuh diri. Sebenarnya setiap individu mempunyai kemampuan untuk tangguh dalam menghadapi segala permasalahan dalam hidup. Resiliensi merupakan kemampuan individu untuk dapat beradaptasi dalam kesulitan yang dihadapi dengan lebih tenang untuk bangkit dan keluar dari kesulitan yang dihadapinya tersebut serta menemukan kembali semangat, kekuatan dan tujuan hidup yang realistik. Sikap resilien juga dibutuhkan dalam menghadapi penyakit seperti kanker. Oleh karena itulah, penelitian ini ingin mengetahui apakah depresi berkaitan dengan resiliensi pada perempuan pasca mastektomi.

Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan negatif antara resiliensi dan depresi pada perempuan pasca pengangkatan payudara (mastektomi).

Metode Penelitian

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimen yang bersifat studi korelasi, yaitu mengukur hubungan antara resiliensi dan depresi pada perempuan pasca mastektomi.

Instrumen Penelitian

Instrumen ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Yang berisis data subyek dan alat ukur resiliensi dan depresi.

Metoda pengukuran dan interpretasi skor

Pengukuran dalam penelitian ini menggunakan skala Likert, dimana terdapat empat pilihan jawaban, yaitu SS (Sangat Sesuai), S (Sesuai), TS (Tidak Sesuai) dan STS (Sangat Tidak Sesuai).

Pembuatan Alat Ukur

Resiliensi mempunyai tiga dimensi yaitu "*I have*" yaitu kekuatan dukungan yang terdapat dari luar diri individu, "*I am*" yaitu kekuatan yang terdapat dalam diri individu, "*I can*" yaitu dukungan sosial dan kemampuan interpersonal. Pada dimensi "*I have*" terdapat lima indikator yaitu hubungan yang dipercaya, struktur aturan di rumah, model peran, dorongan untuk mengatur kehidupannya sendiri, dan hubungan kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, pelayanan keamanan yang dimiliki. Pada dimensi "*I am*" terdapat lima indikator yaitu perasaan dicintai, empati, bangga, bertanggung jawab, dan harapan. Pada dimensi "*I can*" terdapat empat indikator yaitu kemampuan komunikasi, mengatasi masalah, mengatur perasaan dan mencari dukungan yang dapat dipercaya. Pada kuesioner untuk resiliensi jumlah butir pertanyaan terdiri dari 35 butir negatif dan 35 butir positif.

Depresi terhadap perempuan pasca mastektomi memiliki empat aspek, yaitu aspek emosional, kognitif, tingkah laku, dan gejala fisik vegetatif. Aspek emosional memiliki 3 indikator yaitu kehilangan kepuasan pada aktivitas tertentu, suasana hati sedih, dan perasaan negatif terhadap diri. Aspek kognitif memiliki 4 indikator yaitu pandangan negatif tentang masa depan, diri sendiri, dunia, dan kesulitan dalam membuat keputusan. Aspek tingkah laku memiliki 4 indikator yaitu lebih sering menangis, aktivitas diri, sosial, dan *hobby* berkurang. Aspek fisik vegetatif memiliki 4 indikator yaitu tidur lebih sedikit, mudah lelah, kehilangan nafsu makan dan minat seks. Jumlah butir pernyataan depresi adalah 30 butir negatif dan 30 butir positif.

Pengujian Reliabilitas Alat Ukur

Pengujian reliabilitas alat ukur dilakukan dengan menggunakan program SPSS 13.0 yaitu butir *reliability analysis*.

Dengan membuang butir yang buruk dari hasil uji reliabilitas alat ukur yang tersisa adalah 40 butir untuk alat ukur resiliensi dan 24 butir untuk alat ukur depresi.

Pengujian reliabilitas alat ukur ini setelah butir buruk dibuang memberikan hasil sebagai berikut. Pada skala resiliensi untuk dimensi "*I have*" didapatkan nilai reliabilitas sebesar 0,772. Untuk dimensi "*I am*" didapatkan nilai sebesar 0,843. Kemudian, untuk dimensi "*I can*" didapatkan nilai sebesar 0,778.

Kemudian pada skala depresi untuk dimensi afektif didapatkan nilai reliabilitas sebesar 0,706. Untuk dimensi kognitif didapatkan nilai alfa sebesar 0,782. Dimensi behavioral mendapatkan nilai alfa sebesar 0,679. Kemudian, untuk dimensi fisik vegetatif memiliki nilai alfa sebesar 0,795.

Hasil dan Data Penelitian

Gambaran Subyek Berdasarkan Usia

Dalam analisis data yang ditinjau dari usia, subyek dibagi menjadi 2 kelompok yaitu berusia 35-45 tahun ada 11 orang dan subyek yang berusia 46-55 tahun ada 19.

Berdasarkan Stadium

Berdasarkan stadium, subyek penulisan ini berada pada stadium II dan III. Subyek yang berada pada stadium II ada 11 orang. Subyek yang berada pada stadium III ada 19 orang.

Gambaran Subyek Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan, subyek memperoleh tingkat pendidikan akhir SD dan SMU berjumlah 15. Begitu pula subyek yang berpendidikan akhir D1, D3, dan S1 berjumlah 15.

Gambaran Subyek berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan subyek yang didapat mempunyai pekerjaan antara lain ibu rumah tangga 10 orang, karyawan 17 orang, dan wiraswasta 3 orang

Gambaran Data Penelitian

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, dengan kisaran nilai minimum 1 dan nilai maksimum 4, didapatkan nilai mean 2.81 untuk resiliensi dan nilai mean 2.32 untuk depresi. Gambaran hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk resiliensi nilai rata-rata untuk 30 subyek cenderung tinggi karena berada di atas nilai tengah. Sedangkan untuk depresi nilai rata-rata untuk 30 subyek cenderung rendah, karena berada di bawah nilai tengah.

Analisis Data Utama Hubungan antara Resiliensi dengan Depresi

Uji Normalitas Distribusi Data

Sebelum data diolah untuk mencari korelasi, data yang didapat terlebih dahulu diuji normalitas distribusi datanya. Pengujian normalitas distribusi data dilakukan dengan melihat rasio *skewness* dan rasio *kurtosis*. Distribusi data yang normal adalah jika rasio *skewness* dan *kurtosis* terdapat di antara -2 dan 2. Rasio *skewness* didapat dengan membagi *skewness* dengan *standard error of skewness*, dan rasio *kurtosis* didapat dengan membagi nilai *kurtosis* dengan *standard error of kurtosis* (Kaplan, 1993).

Resiliensi memiliki nilai *skewness* .513 *standard error of skewness* .427. Kemudian nilai *kurtosis* sebesar -.743 *standard error of kurtosis* 0.833. Resiliensi memiliki rasio *skewness* sebesar 1.20 rasio *kurtosis* sebesar -0.89, karena itu resiliensi dikatakan memiliki distribusi data yang normal. Berikut hasil uji normalitas variabel resiliensi.

Tabel 1
Hasil Uji Normalitas Untuk Variabel Resiliensi

rata.res	Mean	Statistic	Std. Error
		2.8058	.05357
	95% Lower Bound		
	Confidence Interval for Mean	2.6963	
	Upper Bound	2.9154	
	5% Trimmed Mean	2.7963	
	Median	2.7625	
	Variance	.086	
	Std. Deviation	.29344	
	Minimum	2.40	
	Maximum	3.38	
	Range	.98	
	Interquartile Range	.44	
	Skewness	.513	.427
	Kurtosis	-.743	.833

Sumber: hasil olahan data

Depresi memiliki nilai *skewness* - 0.851 dan *standard error of skewness* 0.427. Kemudian nilai *kurtosis* sebesar 0.55. dan *standard error of kurtosis* 0.833. Depresi memiliki rasio *skewness* sebesar - 1.99 dan rasio *kurtosis* sebesar 0.66, karena itu depresi dikatakan memiliki distribusi data yang normal.

Tabel 2
Hasil Uji Normalitas Untuk Variabel Depresi Descriptives

rata.dep	Mean	Statistic	Std. Error
		2.3222	.04946
	95% Lower Bound		
	Confidence Interval for Mean	2.2211	
	Upper Bound	2.4234	
	5% Trimmed Mean	2.3403	
	Median	2.4167	
	Variance	.073	
	Std. Deviation	.27090	
	Minimum	1.67	
	Maximum	2.67	
	Range	1.00	
	Interquartile Range	.32	
	Skewness	-0.851	.427
	Kurtosis	.555	.833

Sumber: hasil olahan data

Hubungan antara Resiliensi dengan Depresi

Distribusi data yang ada normal, karena itu data dari resiliensi dan depresi diolah dengan menggunakan korelasi Pearson. Dari analisis data dengan menggunakan korelasi untuk *two-tail* dari Pearson didapatkan nilai korelasi antara variabel resiliensi dengan depresi $r(30) = -.0772, p < .01$. Jadi dengan demikian dapat disimpulkan terdapat hubungan antara resiliensi dan depresi.

Tabel 3
Korelasi antara Resiliensi dan Depresi Pada Perempuan Pasca Mastektomi

		rata.res	rata.dep
rata.res	Pearson Correlation	1	-.772(**)
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
rata.dep	Pearson Correlation	-.772(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sumber: hasil olahan data

Kemudian dengan melihat bahwa nilai dari korelasi adalah minus, maka terlihat arah dari hubungan antara dua variabel adalah negatif. Jadi hipotesis penulisan yang mengasumsikan bahwa terdapat hubungan negatif antara variabel resiliensi dan depresi diterima. Jadi semakin tinggi resiliensi maka depresi akan semakin rendah pada diri perempuan pasca mastektomi.

Hubungan antara Dimensi "I have" dengan Depresi

Analisis data dengan menggunakan korelasi untuk *two-tail* dari Pearson mendapatkan nilai korelasi antara dimensi "I have" dengan depresi $r(30) = -.788 p < .01$. Jadi dengan ini Ho ditolak dan Ha diterima. Kemudian dengan melihat bahwa nilai dari korelasi adalah minus, maka terlihat arah dari hubungan antara dua variabel adalah negatif. Jadi semakin tinggi faktor "I have" pada diri perempuan pasca

mastektomi maka depresi akan semakin rendah.

Tabel 4
Korelasi Antara Dimensi "I Have" dengan Depresi

		rata.have	rata.dep
rata.have	Pearson Correlation	1	-.788(**)
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
rata.dep	Pearson Correlation	-.788(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sumber: hasil olahan data

Hubungan antara Dimensi "I Am" dengan Depresi

Analisis data dengan menggunakan korelasi untuk *two-tail* dari Pearson mendapatkan nilai korelasi antara dimensi "I am" dengan depresi $r(30) = -.584, p < .01$. Jadi dengan ini Ho ditolak dan Ha diterima. Kemudian dengan melihat bahwa nilai dari korelasi adalah minus, maka terlihat arah dari hubungan antara dua variabel adalah negatif. Jadi semakin tinggi faktor "I am" pada diri perempuan pasca mastektomi maka depresi akan semakin rendah.

Tabel 5
Korelasi Antara Dimensi "I Am" dengan Depresi

		rata.am	rata.dep
rata.am	Pearson Correlation	1	-.584(**)
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	30	30
rata.dep	Pearson Correlation	-.584(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sumber: hasil olahan data

Hubungan antara Dimensi "I can" dengan Depresi

Analisis data dengan menggunakan korelasi untuk *two-tail* dari Pearson mendapatkan nilai korelasi antara dimensi "I can" dengan depresi $r(30) = -.686, p < .01$. Jadi dengan ini H_0 ditolak dan H_a diterima. Kemudian dengan melihat bahwa nilai dari korelasi adalah minus, maka terlihat arah dari hubungan antara dua variabel adalah negatif. Jadi semakin tinggi faktor "I can" pada diri perempuan pasca mastektomi maka depresi akan semakin rendah.

Tabel 6
Korelasi Antara Dimensi "I can" dengan Depresi

		rata.can	rata.dep
rata.can	Pearson Correlation	1	-.686(**)
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
rata.dep	Pearson Correlation	-.686(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sumber: hasil olahan data

Analisis Data Tambahan Perbedaan resiliensi berdasarkan usia

Subyek yang berusia 35-45 tahun memiliki nilai mean sebesar 2.76 sedangkan yang berusia 46-55 tahun memiliki mean sebesar 2.83. Hal ini menggambarkan bahwa subyek yang berusia 35-45 tahun mempunyai nilai mean yang cenderung lebih rendah daripada subyek yang berusia 46-55 tahun.

Kemudian subyek yang berusia 35-45 tahun memiliki SD sebesar 0.256, sedangkan subyek yang berusia 46-55 tahun memiliki SD sebesar 0.317. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* didapatkan bahwa varians antar kelompok sama.

Selanjutnya dengan *independent sample t-test, equal variances assumed* didapatkan nilai $t(30) = -0.593, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat

perbedaan nilai resiliensi yang signifikan jika dilihat dari usia subyek

Perbedaan variabel depresi berdasarkan usia

Pada nilai depresi, subyek yang berusia antara 35-45 tahun memiliki nilai mean sebesar 2.36, dan subyek yang berusia antara 46-55 tahun memiliki nilai mean sebesar 2.29. Hal ini menggambarkan bahwa subyek yang berusia 35-45 tahun mempunyai nilai mean yang cenderung lebih tinggi daripada subyek yang berusia 46-55 tahun.

Subyek yang berusia 35-45 tahun memiliki SD sebesar 0.21, sedangkan subyek yang berusia 46-55 tahun memiliki SD sebesar 0.30. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* didapatkan bahwa varians antarkelompok sama.

Penulisan ini menggunakan *independent sample t-test, equal variances assumed* didapatkan nilai $t(30) = 0.630, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai depresi yang signifikan dilihat dari perbedaan usia.

Perbedaan variabel resiliensi berdasarkan stadium

Subyek yang berada pada stadium II memiliki nilai mean sebesar 2.78, sedangkan yang berada pada stadium III memiliki mean sebesar 2.82. Hal ini menggambarkan bahwa subyek yang berada pada stadium II mempunyai nilai mean yang cenderung lebih rendah daripada subyek yang berada pada stadium III.

Kemudian subyek yang berada pada stadium II memiliki SD sebesar 0.28 sedangkan subyek yang berada pada stadium III memiliki SD sebesar 0.31. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* didapatkan bahwa varians antar kelompok sama.

Selanjutnya dengan *independent sample t-test, equal variances assumed* didapatkan nilai $t(30) = -0.304, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai resiliensi yang signifikan jika dilihat dari stadium.

Perbedaan variabel depresi berdasarkan stadium

Nilai depresi, subyek yang berada pada stadium II memiliki nilai mean sebesar 2.31, dan subyek yang berusia antara stadium III memiliki nilai mean sebesar 2.33. Hal ini menggambarkan bahwa subyek yang berada pada stadium II mempunyai nilai mean yang cenderung lebih rendah daripada subyek yang berada pada stadium III.

Kemudian subyek yang berada pada stadium II memiliki SD sebesar 0.26, sedangkan subyek yang berada pada stadium III tahun memiliki SD sebesar 0.28. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* didapatkan bahwa varians antar kelompok sama.

Dengan menggunakan *independent sample t-test, equal variances assumed* didapatkan nilai $t(30) = -1.18, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai depresi dilihat dari perbedaan stadium.

Perbedaan variabel resiliensi berdasarkan Tingkat Pendidikan

Subyek yang memiliki pendidikan terakhir SD dan SMU memperoleh nilai mean sebesar 2.53, subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, dan S1 memperoleh nilai mean sebesar 2.78. Subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, S1 memiliki nilai mean yang cenderung lebih tinggi daripada subyek yang memiliki pendidikan akhir SD dan SMU.

Subyek yang memiliki pendidikan terakhir SD dan SMU memperoleh SD sebesar 0.14, subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, dan S1 memiliki SD sebesar 0.29 dan subyek memiliki pendidikan terakhir S1 memperoleh SD 0.29. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* assumad didapatkan nilai $t(30) = -1.197, p > 0.5$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai resiliensi yang dilihat dari perbedaan pendidikan terakhir.

Perbedaan variabel depresi berdasarkan Tingkat Pendidikan

Subyek yang memiliki pendidikan terakhir SD dan SMU memperoleh nilai mean sebesar 2.53, subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, dan S1 memperoleh nilai mean sebesar 2.34. Subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, S1 memiliki nilai mean yang cenderung lebih rendah daripada subyek yang memiliki pendidikan akhir SD dan SMU.

Subyek yang memiliki pendidikan terakhir SD dan SMU memperoleh SD sebesar 0.21, subyek yang memiliki pendidikan terakhir D1, D3, dan S1 memiliki SD sebesar 0.19 dan subyek memiliki pendidikan terakhir S1 memperoleh SD 0.29. Berdasarkan *Levene's test for equality variances* assumad didapatkan nilai $t(30) = 1.19, p > 0.5$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai depresi yang dilihat dari perbedaan pendidikan terakhir.

Perbedaan variabel resiliensi berdasarkan pekerjaan

Subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memperoleh nilai mean sebesar 2.69, subyek yang memiliki pekerjaan karyawan memperoleh nilai mean sebesar 2.90, dan subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta memperoleh nilai mean sebesar 2.67. Subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memiliki nilai mean yang lebih tinggi daripada subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta, dan subyek yang memiliki pekerjaan karyawan memperoleh nilai mean yang tertinggi.

Kemudian subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memperoleh SD sebesar 0.29, subyek yang memiliki pekerjaan karyawan memiliki SD sebesar 0.29 dan subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta memperoleh SD 0.19. Berdasarkan uji homogenitas varians didapatkan bahwa varians antarkelompok diasumsikan sama.

Selanjutnya untuk menguji perbedaan nilai resiliensi berdasarkan pendidikan terakhir digunakan ANOVA,

karena kelompok yang diuji lebih dari dua dan mempunyai varians yang sama. Dengan menggunakan ANOVA didapatkan nilai $F(2, 30) = 2.116, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai resiliensi yang signifikan jika dilihat dari pekerjaan.

Perbedaan variabel depresi berdasarkan pekerjaan

Subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memperoleh nilai mean sebesar 2.35, subyek yang memiliki pekerjaan karyawan memperoleh nilai mean sebesar 2.28, dan subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta memperoleh nilai mean sebesar 2.43. Subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memiliki nilai mean yang cenderung lebih tinggi daripada subyek yang memiliki pekerjaan karyawan, dan subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta memperoleh nilai mean yang tertinggi.

Kemudian subyek yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga memperoleh SD sebesar 0.27 subyek yang memiliki pekerjaan karyawan memiliki SD sebesar 0.29 dan subyek yang memiliki pekerjaan wiraswasta memperoleh SD 0.13 Berdasarkan uji homogenitas varians didapatkan bahwa varians antarkelompok diasumsikan sama.

Selanjutnya untuk menguji perbedaan nilai resiliensi berdasarkan pendidikan terakhir digunakan ANOVA, karena kelompok yang diuji lebih dari dua dan mempunyai varians yang sama. Dengan menggunakan ANOVA didapatkan nilai $F(2, 30) = 0.458, p > .05$. Jadi disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai depresi yang signifikan jika dilihat dari pekerjaan.

Kesimpulan

Hasil penulisan menunjukkan bahwa hipotesis penulisan yang mengasumsikan bahwa ada hubungan negatif antara resiliensi dengan depresi diterima. Jadi semakin tinggi faktor "I Have", yaitu kekuatan dari luar diri individu, "I am", yaitu kekuatan yang ada dalam diri individu, dan "I can" yaitu

dukungan interpersonal, maka semakin rendah depresi dari perempuan pasca mastektomi tersebut.

Pada analisis data tambahan ditemukan bahwa faktor usia, stadium, tingkat pendidikan, pekerjaan, tidak memperlihatkan perbedaan resiliensi dan depresi yang signifikan, disebabkan oleh ketiga komponen yang menjadi faktor pelindung bagi subjek penelitian yaitu "I have", "I am", dan "I can"

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan pada pasca mastektomi memiliki resiliensi yang tinggi dan depresi yang rendah. Hal ini sesuai dengan penulisan yang telah dilakukan sebelumnya oleh Hiew (2000), bahwa terdapat hubungan negatif antara resiliensi dan depresi pada subyek pelajar di Kanada. Individu yang berada dalam keadaan resiliensi dapat membuat tingkat depresi individu tersebut menurun. Jadi apabila individu memiliki skor resiliensi tinggi, maka individu mempunyai skor depresi yang rendah, begitu juga sebaliknya.

Janas (2002), mengatakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan untuk mengatasi kesulitan, rasa frustrasi, stres, depresi, dan segala permasalahan dalam diri individu. Sarafino (1994), juga mengemukakan bahwa individu memiliki resiliensi dapat bangkit dari tekanan, stres, depresi, serta berusaha mengatasinya. Pendapat para ahli tersebut sesuai dengan hasil penelitian bahwa individu yang memiliki resiliensi akan memiliki tingkat depresi yang rendah.

Pada Analisis data utama menunjukkan hubungan yang signifikan antara depresi dan resiliensi disebabkan ketiga faktor pelindung "I have", "I am", dan "I can" dalam resiliensi. Pada analisis data tambahan menunjukkan bahwa pada resiliensi dan depresi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan jika dilihat dari usia, stadium, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subyek yang berusia antara 35-45 tahun atau 46-55 tahun, stadium kanker payudara II dan III, tingkat pendidikan SD dan SMU, D1, D3, dan S1 ,

pekerjaan ibu rumah tangga, karyawan, dan wiraswasta tidak memperlihatkan perbedaan resiliensi dan depresi yang signifikan. Hal ini disebabkan oleh ketiga komponen yang menjadi faktor pelindung bagi subjek penelitian yaitu "I have", "I am", dan "I can"

Saran

Saran yang Berkaitan dengan Manfaat Teoretis

Untuk penelitian selanjutnya, penulis menyarankan agar memfokuskan pada perempuan pra mastektomi. Pada penelitian ini telah membahas hubungan resiliensi dan depresi pada perempuan pasca mastektomi. Pada penelitian selanjutnya dapat dibuat perbandingan tingkat resiliensi dan depresi pada perempuan pra mastektomi dan pasca mastektomi.

Saran yang Berkaitan dengan Manfaat Praktis bagi perempuan pasca mastektomi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor dalam resiliensi pada diri individu tersebut perlu ditingkatkan untuk meminimalkan tingkat depresi. "I have" berarti individu diharapkan memiliki hubungan yang dekat dengan suami, anak, dan keluarga; mencari seseorang yang dapat memberikan contoh; memiliki dorongan untuk mandiri, berusaha mencari informasi, biaya dan sarana pengobatan yang dapat dipercaya. "I am" individu harus memiliki perasaan layak untuk dicintai, mencintai, bangga terhadap diri sendiri, mandiri, bertanggung jawab, dan memiliki harapan untuk sembuh. "I can" berarti individu harus lebih dapat berkomunikasi, menyelesaikan masalah, mengatur perasaan, dan mencari seseorang untuk mencurahkan perasaan tentang penyakit yang di derita. Bila ketiga faktor dalam resiliensi telah dipenuhi maka diharapkan perempuan pasca mastektomi dapat lebih mampu mengatasi penyakit tersebut.

Saran yang Berkaitan dengan Manfaat Praktis bagi keluarga

Keluarga diharapkan jauh lebih perhatian menghadapi perempuan pasca mastektomi. Keluarga diharapkan juga lebih memahami kecenderungan perasaan dan pemikiran individu yang negatif. Pelajari pula faktor yang dapat meningkatkan resiliensi pada diri perempuan pasca mastektomi. Individu diharapkan dapat mempunyai hubungan yang dapat dipercaya untuk mencurahkan perasaan, merasa layak untuk dicintai dan memperoleh dukungan keluarga. Jika faktor resiliensi dari keluarga telah terpenuhi maka diharapkan faktor dalam depresi seperti lebih sering menangis, perasaan negatif dapat diminimalkan.

Saran yang Berkaitan dengan Manfaat Praktis bagi Dokter

Bagi para dokter di RSKD, disarankan untuk memberikan pelatihan tentang cara meningkatkan resiliensi pada diri perempuan pasca mastektomi. Pelatihan ini baik diberikan sebelum maupun sesudah pengangkatan payudara (mastektomi).

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association, "Diagnostic and statistical manual of mental disorder", (4th ed.), Author, Washington, 2000.
- Greist, J. H., "Depresi dan penyembuhannya", (C. Subrata: penerj.), BPK Gunung Mulia, Jakarta, 1997.
- Henderson, N., & Milstein, M. M., "Resiliency in schools: Making it happen for students and educators", Thousand Oaks, Corwin Press, CA, 2003.
- Janas, M., "Build resiliency: Intervention in school and clinic", [On-Line] Retrieved at November 11th, 2004 from [www. Highbeam.com/library/doc3.asp](http://www.Highbeam.com/library/doc3.asp), 2002.

- Mohamad, K, "Ginekologi dan kesehatan wanita", Gaya Favorit Press, Jakarta, 1997.
- Nolen, S. E, "*Abnormal psychology*", (3rd ed.), McGraw-Hill, Singapore, 2004.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W, "*Human development*", (6th ed.), McGraw-Hill, New York, 1995.
- Rukmono, "Patologi", Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 1997.
- Sarafino, E. P, "*Health psychology: Biopsychology interaction*", (2nd ed.), John Willey & sons, New York, 1994.
- Shelley, E. J, "*Health psychology*", (4th ed.), McGraw-Hill, Singapore, 1999.
- Sjamsuhidajat, R., Jong, W, "*Buku-ajar ilmu bedah*", Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1997.
- Hiew, C. C, "*Development of a state resilience scale*", *Japanese journal of health psychology*, 2(2), 1-11, 2000.
- Wagman, R. J, "*Medical and health encyclopedia*", J. G. 1,2 Ferguson Publishing Company, New York, 1996.
- Wilkinson, G, "*Depresi: Buku pintar kesehatan*", (M.Tjandrasa, *penerj.*). Jakarta: Arcan, Jakarta, 1995.
- Zamralita, "*Self esteem dan strategi penanggulangan stress pada perempuan pasca mastektomi*", *Phronesis*, 1 (1). 6-14, 1999.