



Universitas Indonesia

**PENGARUH KEMORADIOTERAPI TERHADAP PENINGKATAN
FREKUENSI DAN DERAJAT GANGGUAN DEPRESI
PADA PASIEN KARSINOMA LEHER RAHIM
DI RUMAH SAKIT Dr. CIPTOMANGUNKUSUMO**

TESIS

Dr. Elly Ingkiriwang

NIM.410206008Y

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
DEPARTEMEN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
2006**



Universitas Indonesia

**PENGARUH KEMORADIOTERAPI TERHADAP PENINGKATAN
FREKUENSI DAN DERAJAT GANGGUAN DEPRESI
PADA PASIEN KARSINOMA LEHER RAHIM
DI RUMAH SAKIT Dr. CIPTOMANGUNKUSUMO**

**Penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk mencapai sebutan
SPESIALIS
ILMU KEDOKTERAN JIWA**

**Dr. Elly Ingkiriwang
NIM.410206008Y**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
DEPARTEMEN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
2006**

LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian ini telah disetujui oleh
Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jakarta

Dr. Irmansyah, SpKJ (K)

Ketua Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM

Dr. Jan Prasetyo, SpKJ (K)

Ketua Program Studi, PPDS-1
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM

Dr. Nurmiati Amir, SpKJ (K)

Koordinator dan Pembimbing metodologi Penelitian
Pembimbing Materi Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM

Prof. Dr. Sasanto Wibisono, SpKJ (K)

Pembimbing Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke hadirat Allah Yang Maha Kuasa hanya atas izinNya, penulis dapat menyelesaikan penelitian dan menyusun hasil penelitian ini, guna melengkapi persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis pada Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Adapun judul yang diajukan dan telah ditetapkan adalah:

Pengaruh kemoradioterapi terhadap peningkatan frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien karsinoma leher rahim di rumah sakit Dr. Ciptomangunkusumo.

Penulis menyadari apa yang diuraikan dalam tesis ini, masih banyak kekurangan dan kelemahan, sehingga diharapkan adanya masukan berupa saran dan kritik untuk penyempurnaan hasil penelitian dan tesis ini.

Keberhasilan penelitian dan penulisan tesis ini, tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang telah banyak membantu, membimbing serta mengarahkan penulis, sejak mulai mengajukan proporsal penelitian hingga selesainya penulisan tesis ini. Untuk itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan setulus-tulusnya kepada:

1. Segenap Almamater beserta seluruh Civitas Akademika Program Pendidikan Dokter Spesialis I, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
2. Dr. Irmansyah, SpKJ (K) selaku Ketua Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

3. Dr. Jan Prasetyo, SpKJ (K) selaku Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.
4. Dr. Nurmiati Amir, SpKJ (K), selaku pembimbing metodologi penelitian yang telah memberikan bimbingan, saran dan dukungan dengan penuh kesabaran dan sangat perhatian hingga penelitian dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan.
5. Prof. Dr. Sasanto Wibisono, SpKJ (K) selaku pembimbing materi yang telah memberikan bimbingan, saran dan dukungan dengan penuh kesabaran dan perhatian hingga selesainya penelitian dan penulisan tesis dapat diselesaikan.
6. Prof. DR.Dr. R. Susworo, Sp Rad (K) Onk, selaku pembimbing materi penelitian yang telah memberikan bimbingan, saran dan dukungan dengan penuh kesabaran dan perhatian, disela-sela kesibukan beliau yang begitu padat, hingga selesainya penelitian dan penulisan tesis ini.
7. Dr. Joedo Prihartono, MPH, selaku pembimbing statistik yang telah memberi bimbingan, serta saran yang sangat berharga, disela-sela kesibukan beliau.
8. Dr. Charles E. Damping, SpKJ (K), dr. AAAAA Kusumawardhani, SpKJ (K), dr. Gitayanti, SpKJ (K) selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk penyempurnaan hasil penulisan tesis ini.
9. Kepala Departemen Obstetri Ginekologi dan Kepala Departemen Radiologi Sub-Bagian Departemen Radioterapi FKUI/RSUPNKM yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di tempat yang dipimpinnya.

10. Suami dan anak-anak tercinta, yang telah memberikan dukungan, pengertian, dan kasih sayangnya sejak mulai mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I hingga dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan tesis ini.
11. Dr. Heriani, SpKJ (K), Bapak Haryanto, dan dr. Adelin yang telah memberikan dukungan dan semangat pada penulis dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
12. Para pasien karsinoma leher rahim yang sedang berobat di poli radioterapi yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Akhir kata, penulis berharap hasil penelitian ini dapat berguna untuk mengembangkan pengetahuan dan meningkatkan *Consultation Liaison Psychiatry* antara Departemen Psikiatri dengan Departemen Radioterapi dan Departemen Obstetri Ginekologi.

Jakarta, Januari 2007

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar pengesahan.....	i
Kata pengantar	ii
Daftar tabel	vii
Abstrak	viii
Abstract	ix
Bab 1. Pendahuluan	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	2
1.3. Hipotesis	3
1.4. Tujuan penelitian	3
1.5. Manfaat penelitian	4
Bab 2. Tinjauan kepustakaan	5
2.1. Kanker leher rahim	5
2.2. Depresi dan penderita kanker	10
2.3. Psiko-Onkologi	19
2.4. Kerangka teori	23
2.5. Kerangka konsep.....	24
Bab 3. Metode penelitian	25
3.1. Disain penelitian	25
3.2. Tempat dan waktu penelitian	25
3.3. Populasi dan sampel penelitian	25
3.4. Kriteria inklusi dan kriteria eksklusi	26
3.5. Besar sampel	26
3.6. Perangkat kerja dan metode pengumpulan data	27
3.7. Identifikasi variabel.....	27
3.8. Definisi operasional	27
3.9. Masalah etika	32
3.10. Manajemen dan analisis data	32
3.11. Kerangka kerja	34

Bab 4. Hasil penelitian	35
4.1. Karakteristik subyek penelitian.....	36
4.2. Analisis bivariat	40
4.3. Reliabilitas <i>inter-rater</i>	44
Bab 5. Pembahasan	45
Bab 6. Simpulan dan Saran	50
6.1. Simpulan	50
6.2. Saran	50
Daftar pustaka	52
Lampiran	
Lampiran 1. Pernyataan persetujuan keikutsertaan dalam penelitian	
Lampiran 2. Kuesioner biodata	
Lampiran 3. Stadium klinik KLR (FIGO 1995)	
Lampiran 4. Data dasar	

DATA TABEL

Tabel 4.1.1. Sebaran karakteristik data demografi dan medik subyek	36
Tabel 4.1.2. Nilai rerata dan simpang baku variabel subyek.....	37
Tabel 4.1.3. Frekuensi gangguan depresi sebelum kemoradioterapi.....	37
Tabel 4.1.4. Frekuensi gangguan depresi sesudah kemoradioterapi.....	37
Tabel 4.1.5. Frekuensi Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Depresi Sebelum Kemoradioterapi	37
Tabel 4.1.6. Frekuensi Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Tidak Depresi Sebelum Kemoradioterapi	38
Tabel 4.1.7. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sebelum Kemoradioterapi	38
Tabel 4.1.8. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sesudah Kemoradioterapi	38
Tabel 4.1.9. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sebelum Kemoradioterapi Pada Subyek yang Depresi Sebelum & Sesudah KRT	38
Tabel 4.1.10 Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Pada Subyek yang Depresi Sebelum & Sesudah KRT	38
Tabel 4.1.11. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Subyek yang Mengalami Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi yang Sebelumnya Tidak Depresi	39
Tabel 4.1.12. Derajat Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi	39
Tabel 4.1.13. Derajat Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi	39
Tabel 4.1.14. Derajat Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Tidak Depresi Sebelumnya	39
Tabel 4.1.15. Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi	39
Tabel 4.2.1 Hubungan Faktor Penentu dengan Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi	40
Tabel 4.2.2. Perbedaan Nilai Rerata Variabel Menurut Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi	41
Tabel 4.2.3. Perbedaan Nilai Rerata HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Menurut Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi.....	41
Tabel 4.2.4. Perbedaan Nilai Rerata HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Menurut Adanya Depresi Sebelum KRT	41
Tabel 4.2.5. Hubungan Faktor Penentu dan Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi.....	42
Tabel 4.2.6. Hubungan Faktor Penentu dan Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi	43

ABSTRAK

Latar Belakang: Karsinoma leher rahim (KLR) menduduki urutan pertama di antara semua penyakit kanker terbanyak di Indonesia. KLR menjadi penyebab mortalitas terbanyak akibat kanker pada wanita. Kemoradioterapi dalam pengobatan kanker, mempunyai efek samping yang bermakna. Penatalaksanaan yang efektif untuk kanker termasuk bertambahnya perhatian pada faktor psikologis dengan penilaian depresi yang tepat, dapat meningkatkan angka kesembuhan dan harapan hidup.

Obyektif: Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh kemoradioterapi terhadap peningkatan frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien KLR yang menjalani kemoradioterapi, serta faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya gangguan depresi. Penelitian dilaksanakan di RS Dr. Ciptomangunkusumo, antara bulan Desember 2005 – Juli 2006.

Metode: Penelitian merupakan studi *the one group pretest-posttest design*. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan SCID-1 (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 disorders*) versi bahasa Indonesia dan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)*. Analisis data statistik menggunakan program SPSS versi 11,5.

Hasil: Derajat depresi dari rerata HRS-D 18,68 sebelum kemoradioterapi, meningkat menjadi rerata HRS-D 22,69 sesudah kemoradioterapi. Subyek yang bekerja mempunyai peluang menderita depresi 0,17 kali dibandingkan yang tidak bekerja pada saat sebelum kemoradioterapi. Gangguan depresi sebelum kemoradioterapi ditemukan pada 26 subyek (65%). Sesudah kemoradioterapi, subyek yang menderita gangguan depresi ada 26 subyek terdiri dari 19 subyek yang sebelumnya depresi dan 7 orang yang sebelumnya tidak depresi, sedangkan 7 orang yang sebelumnya depresi menjadi tidak ditemukan depresi lagi.

Simpulan: Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan peningkatan derajat gangguan depresi pada pasien karsinoma leher rahim yang sebelum kemoradioterapi telah menderita gangguan depresi. Hal menarik yang didapatkan dalam penelitian ini adalah ditemukannya 7 subyek yang menjadi tidak depresi setelah dilakukan kemoradioterapi. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengetahui respons tubuh subyek terhadap kemoradioterapi yang telah dilakukan. Diperlukan penelitian tentang dampak psikologis untuk pasien yang menjalani kemoradioterapi. Sampel yang lebih bervariasi dalam pendidikan dan penghasilan perlu dipertimbangkan.

Kata Kunci: Kemoradioterapi, depresi.

ABSTRACT

Background: Cervical cancer is the most common cancer in Indonesia. Cervical cancer is the most frequent cause of cancer mortality in women. Chemoradiotherapy of cancer treatment has significant adverse effect. Effective cancer management, including enhanced attention on psychological factors through appropriate evaluation of depression, may increase patients' cure and survival rate.

Objectives: The objectives of this study are to know the effect of chemoradiotherapy on increased depression frequency and severity in patients with cervical cancer who have been treated by chemoradiotherapy, and factors related to depression disorder. This study was conducted at Ciptomangunkusumo Hospital in the period of December 2005 – July 2006.

Methods: This study used one group pretest-posttest design. The samples were taken by consecutive sampling. Instrument utilized was SCID-1 (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 disorders) in Indonesian language version and Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D). Analysis of statistic data was using SPSS program version 11.5.

Results: Depression severity of HRS-D mean value was 18.68 before chemoradiotherapy, increased to HRS-D 22.69 after chemoradiotherapy. The working subjects have 0.17 times possibility to have depression compared to the non-working subjects before chemoradiotherapy period. Depression disorders before chemoradiotherapy were found in 26 subjects (65%). After chemoradiotherapy, there were 26 subjects with depression disorder, i.e. 19 subjects who had previous depression, and 7 subjects without any previous depression. There were 7 subjects who had previous depression and turned to have no depression anymore.

Conclusions: Based on the result of this study, there is increased depression severity in patients with cervical cancer who already had depression disorder before chemoradiotherapy. It is interesting that in this study, there is 7 subjects who have not carried out depression after their chemoradiotherapy treatment. We need further study to recognize the subject's response to chemoradiotherapy and further study on psychological impact in patients who undertake chemoradiotherapy. Further sample with more variation in education and income should be considered.

Keywords: Chemoradiotherapy, depression.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Insidens penyakit kanker di seluruh dunia pada tahun 1988 sekitar 6,4 juta, dengan penderita pria sekitar 3,3 juta dan wanita sekitar 3,1 juta. Kanker paling sering terdapat di rongga perut, diikuti dengan paru-paru, payudara, kolon, dan leher rahim. Kanker leher rahim berada di urutan kesepuluh pada negara maju, dan di urutan pertama pada negara berkembang, atau urutan kelima secara keseluruhan.¹

Karsinoma leher rahim (KLR) menyebabkan 190.000 kematian setiap tahunnya di seluruh dunia. Hampir 80% kematian terjadi di negara berkembang, dan KLR menjadi penyebab mortalitas terbanyak akibat kanker pada wanita.²

Data dari Rumah Sakit Dr. Ciptomangunkusumo memperlihatkan KLR menempati lebih dari setengah jumlah pasien dengan penyakit keganasan organ reproduksi. Tiap tahun ditemukan tidak kurang dari 250 kasus KLR baru dan sebagian besar penderita berasal dari golongan usia 30-45 tahun.³

Diagnosis depresi pada pasien kanker sering terabaikan, karena tenaga kesehatan yang tidak cukup mempunyai waktu untuk menanyakan perasaan pasien. Pendapat bahwa 'tentu saja ia depresi, karena ia menderita kanker', akan menyebabkan diagnosis depresi tidak terdeteksi.⁴

Kemoradioterapi dalam pengobatan kanker mempunyai efek samping yang bermakna. Pasien dapat menjadi lebih menderita karena pengobatan yang diberikan daripada akibat penyakitnya sendiri. Kepatuhan dalam pengobatan memerlukan keberanian, keteguhan hati, dan daya tahan yang lebih besar daripada yang disadari

petugas kesehatan. Pasien dapat merasa kesal dengan efek samping pengobatan, cemas dengan perjalanan penyakitnya, depresi karena hasil pengobatan yang tidak sesuai, dan pada umumnya menimbulkan kelemahan umum yang berpengaruh pada daya tahan fisiknya. Pasien akan menunda atau menghentikan pengobatan apabila keadaan ini tidak ditangani. Pasien akan memilih pengobatan alternatif dan membahayakan kelangsungan hidupnya. Tingkat kecemasan akan meningkat pada akhir pengobatan, dihubungkan dengan ketakutan dan kesulitan dalam menentukan kesembuhan penyakitnya. Ketakutan ini dapat diredakan dengan memberikan pengetahuan tentang penyakitnya, mencari penyebab rasa takutnya, dan membuat rencana yang jelas untuk terus mengontrol kesehatannya serta dukungan psikologis.⁵

Besarnya masalah yang dihadapi oleh pasien kanker, dan pentingnya pasien mendapat penanganan psikologis, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian ini. Pemilihan kasus KLR sebagai subyek penelitian dilakukan karena KLR merupakan keganasan yang paling sering (22,5%) di RSCM⁶ dan penyebab utama kematian.⁷

1.2. RUMUSAN MASALAH

Dengan memperhatikan uraian pada latar belakang masalah di atas dapat dirumuskan yang menjadi pertanyaan penelitian adalah:

1. Berapakah frekuensi gangguan depresi dan faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan terjadinya gangguan depresi pada pasien KLR?
2. Berapakah frekuensi dan adakah peningkatan derajat gangguan depresi pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi?

3. Bagaimana derajat gangguan depresi pada pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi yang sebelumnya tidak ditemukan depresi?

1.3. HIPOTESIS

1. Terdapat peningkatan derajat gangguan depresi pada pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi.
2. Terdapat peningkatan frekuensi gangguan depresi pada pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi.

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. Tujuan umum penelitian ini adalah:

Mengetahui pengaruh kemoradioterapi terhadap peningkatan frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien KLR yang menjalani kemoradioterapi.

1.4.2. Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui frekuensi gangguan depresi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya gangguan depresi pada pasien KLR sebelum menjalani kemoradioterapi.
2. Mengetahui frekuensi dan peningkatan derajat gangguan depresi pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi.
3. Mengetahui derajat gangguan depresi pada pasien KLR sesudah menjalani kemoradioterapi yang sebelum kemoradioterapi tidak ditemukan depresi.

1.5. MANFAAT PENELITIAN

Manfaat penelitian adalah sebagai berikut:

1. Untuk memperdalam ilmu kedokteran pada umumnya dan memajukan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan psikiatri, obstetri onkologi, dan radioterapi.
2. Memberikan masukan untuk penatalaksanaan pasien KLR dengan aplikasi secara multidisipliner, sehingga bermanfaat untuk membantu mengurangi beban penderitaan pasien, meningkatkan kepatuhan berobat, dan akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien.
3. Mengembangkan *Consultation-Liaison Psychiatry*.
4. Dapat dipergunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. KANKER LEHER RAHIM

2.1.A. Epidemiologi

Karsinoma leher rahim merupakan keganasan yang paling sering ditemukan di negara-negara berkembang. Di negara maju KLR menempati urutan kedua setelah kanker payudara pada wanita. Insidens KLR yang berbeda ini disebabkan kurangnya program skrining untuk mendeteksi lesi prakanker dan mengobatinya sebelum menjadi kanker invasif.^{1,8}

2.1.B. Faktor Etiologi dan Faktor Risiko⁷

Penyebab utama dari timbulnya KLR ini dihubungkan dengan infeksi *Human Papillomavirus* (HPV). Hubungan antara aktivitas seksual dan KLR telah lama diketahui. Tipe HPV yang digolongkan sebagai risiko tinggi adalah tipe 16 dan 18.

Faktor risiko yang mempengaruhi KLR seperti jumlah pasangan seksual, usia saat pertama kali melakukan hubungan seks, berhubungan dengan pria yang berisiko tinggi yang menderita kondiloma akuminatum, jenis kontrasepsi, merokok, dan nutrisi.

2.1.C. Klasifikasi histopatologi⁷

Secara histopatologi KLR terdiri dari beberapa jenis. Jenis karsinoma sel skuamosa (epidermoid) merupakan yang terbanyak (70%), jenis adenokarsinoma 15%, dan jenis adenoskuamosa 8-10%, jenis lainnya relatif jarang ditemukan.

2.1.D. Stadium klinik⁷

Stadium klinik secara ideal dinilai bersama-sama oleh dokter spesialis ginekologi dan radioterapi. Pemeriksaan dilakukan secara bimanual vaginal dan rektal dalam narkose umum sebelum pengobatan diberikan. Tujuan penentuan stadium klinik adalah untuk menetapkan jenis pengobatan dan prognosis.

2.1.E. Pengobatan^{7,9}

Usaha-usaha penanggulangan KLR masih merupakan masalah di dunia. Sebagaimana pada kanker pada umumnya, pengobatan yang pertama sangat menentukan kehidupan penderita, sehingga harus dilakukan secara matang dengan melibatkan berbagai disiplin ilmu. Pengobatan utama KLR adalah operasi, radioterapi, dan kemoterapi atau gabungan ketiganya, tergantung pada luas dan stadium penyakit. Pilihan pengobatan selain tergantung kondisi penderita dan penyakitnya, juga tenaga dan fasilitas yang tersedia. Pengobatan KLR stadium I-IIA adalah operasi atau radioterapi dimana hasil keduanya tidak berbeda. Pengobatan utama KLR stadium lanjut lokal (IIB – IVA) adalah radioterapi.

Radioterapi Eksterna^{7,9}

Radioterapi eksterna adalah metode radiasi dimana sumber radiasi diarahkan pada jarak tertentu dari obyek (tumor primer). Cakupan radiasi eksterna ini cukup luas, maka terdapat limitasi dosis untuk menghindari kerusakan jaringan sehat.

Brakhiterapi^{7,9}

Pada brakhiterapi, sumber radiasi dipasang (atau kadang ditanam) pada tumor. Jangkauan brakhiterapi ini terbatas pada tumor, oleh karena itu dosis radiasi

dapat diberikan secara maksimal. Pada KLR, brakhiterapi diberikan untuk meningkatkan dosis pada leher rahim, karena radiasi eksterna yang diberikan belum mengeradikasi seluruh sel-sel kanker.

Metode radioterapi untuk KLR^{7,9}

Pada dasarnya terapi pembedahan merupakan pilihan pertama pengobatan KLR stadium I-IIA, akan tetapi radioterapi pada stadium ini ternyata dapat pula memberikan hasil yang cukup baik. Selain itu, morbiditas radioterapi rendah dan banyak pasien yang takut dioperasi. Terapi KLR stadium IB-IIIIB adalah radioterapi yang dilakukan dengan kombinasi radiasi eksternal dan brakhiterapi. Radiasi diberikan pada seluruh panggul, kemudian diikuti dengan brakhiterapi sebanyak 2 atau 3 fraksi. Pada stadium IIB keatas, peran terapi bedah sudah tidak dimungkinkan, sehingga radioterapi merupakan pilihan utama dan bertujuan kuratif. Pada KLR stadium IVA, dilakukan radiasi eksternal seluruh panggul dengan tujuan paliatif. Setelah dosis paliatif tercapai, dilakukan pemeriksaan ulang rektoskopi dan sistoskopi, jika hasilnya baik dan tidak didapatkan tumor di rektum dan kandung kemih, maka radiasi dilanjutkan dengan brakhiterapi seperti biasa. Sedangkan apabila tidak ada perbaikan, radioterapi akan dihentikan, jadi bersifat radioterapi kuratif percobaan.

Radioterapi KLR stadium IVB hanya bersifat paliatif pada tempat metastasis tertentu (tulang, kelenjar getah bening), maupun terhadap tumor primernya. Tujuan terapi adalah untuk menghilangkan keluhan dan gejala pada tempat metastasis dan tumor primernya, sehingga pasien merasa lebih baik.

Metode radioterapi KLR di RSCM^{9,10}

Untuk tumor-tumor yang diobati dengan radiasi saja, dipilih metode kombinasi radiasi eksternal dan brakhiterapi. Radiasi eksternal diberikan lebih dahulu dengan target radiasi meliputi seluruh panggul, sehingga seluruh tumor primer dan kelenjar limfe mendapat radiasi. Setelah itu dilanjutkan dengan brakhiterapi yang bersifat menguatkan dengan sasarannya adalah tumor primer dan sekitarnya.

Radiasi eksternal (teleterapi)^{9,10}

Radiasi ditujukan terutama pada tumor primer dan kelenjar getah bening panggul dan penjalaran di parametria ke arah panggul. Untuk menghindari radiasi pada tulang panggul sakrum dan kulit, dipergunakan sinar energi megavolt seperti sinar gamma Cobalt-60 (kira-kira 1,3 megavolt) dan sinar foton akselerator linier 4-10 megavolt. Dosis radiasi diberikan masing-masing 200 cGy, diberikan 5 kali perminggu. Untuk stadium I-IIA diberikan 4600 cGy, stadium IIA *bulky*, IIB-IIIIB (kadang IVA) diberikan dosis 5000 cGy.

Brakhiterapi^{9,10}

Brakhiterapi diberikan setelah masa istirahat 1 minggu pasca radiasi eksternal dengan memberikan dosis tinggi pada tumor primer, sedangkan radiasi pada rektum dan kandung kemih dipertahankan dalam batas toleransi. Dosis yang diberikan 2 x 850 cGy, aplikasi pertama dan kedua mempunyai masa istirahat 1 minggu.

Sejak tahun 2000, telah dilakukan metode lain yaitu radiasi dengan *4-field technique* pada seluruh panggul sebanyak 30 Gy yang dilakukan dalam tiga minggu dengan dosis 1,8-2 Gy tiap fraksi. Berikutnya, 20 Gy diberikan hanya pada daerah antero-posterior parametria dan panggul dengan menempatkan *central shield*. Dosis

ini diberikan dalam 2 minggu dengan dosis tiap fraksi 2 Gy. Selama dua minggu ini, dua atau tiga kali brakhiterapi dilakukan. Pada hari dilakukan brakhiterapi, tidak diberikan radiasi eksterna. Terapi dengan metode ini membutuhkan kira-kira 35 hari, jadi lebih singkat dibandingkan dengan dengan metode konvensional.

Kemoterapi

Kemoterapi hanya diberikan pada pasien kanker yang sudah dibuktikan dengan biopsi. Penggunaan sitostatika pada KLR biasanya merupakan pengobatan yang bersifat ajuvan atau paliatif. Banyak hal yang perlu dievaluasi sebelum menjalani kemoterapi, seperti progresivitas penyakit, usia, keadaan kesehatan, motivasi, riwayat terapi sebelumnya, masalah sosial dan ekonomi. Pemberian sitostatika semuanya menyebabkan toksisitas, pada awalnya dapat terjadi perubahan *mood*, kepribadian, dan sedikit perubahan kognitif. Sebagian besar obat anti kanker menyebabkan supresi selular, dan akhirnya akan menurunkan imunitas humoral. Efek samping immunosupresif sudah ada sebelum pengobatan selesai. Studi di laboratorium memperlihatkan adanya efek *rebound* setelah 2 atau 3 hari pengobatan. Efek immunosupresif yang singkat ini, meningkatkan penggunaan kemoterapi intermiten sehingga dapat terjadi pemulihan imunologik selama terapi.^{5,11}

Penelitian melaporkan hasil yang lebih baik pada kemoterapi dengan cisplatin yang dikombinasikan dengan radioterapi dibandingkan hanya radioterapi saja.⁹ Cisplatin tidak hanya mempunyai aktivitas sitotoksik terhadap KLR, tetapi juga mempunyai aktivitas sebagai *radiosensitizer*.¹ Pemberian cisplatin (40mg/m²/minggu selama 6 minggu) dilakukan dua setengah jam sebelum dilakukan radioterapi.⁹

2.2. DEPRESI DAN PENDERITA KANKER

2.2.1. Etiologi depresi¹²

Penyebab gangguan *mood* belum diketahui secara pasti. Faktor-faktor yang diduga sebagai penyebab dapat dibagi menjadi faktor biologis, genetik, dan psikososial. Ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi. Faktor psikososial dan genetik dapat mempengaruhi faktor biologis, seperti jumlah neurotransmiter. Faktor biologis dan psikososial dapat mempengaruhi ekspresi gen, serta faktor biologis dan genetik dapat mempengaruhi respons seseorang terhadap faktor psikososial.

Faktor Biologis¹²

Beberapa penelitian memperlihatkan abnormalitas dari metabolit biogenik amin seperti *5-hydroxyindolacetic acid* (5-HIAA), *homovanillic acid* (HVA) dan *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol* (MHPG) di dalam darah, urin, dan cairan serebrospinal pasien gangguan *mood*. Data-data tersebut mendukung hipotesis bahwa gangguan *mood* dihubungkan dengan disregulasi biogenik amin.

Respons neuroendokrin yang abnormal juga ditemukan pada beberapa pasien depresi, misalnya hormon pertumbuhan, prolaktin dan adrenokortikotropik (ACTH).

Penelitian juga memperlihatkan abnormalitas imunologikal pada pasien depresi. Disregulasi aksis kortisol mempengaruhi status imunologis, proses patofisiologi termasuk sistem imunologis dapat menimbulkan gangguan depresi.

Pada pencitraan otak dengan menggunakan *single photon emission computed tomography* (SPECT) atau *positron emission tomography* (PET) didapatkan mayoritas pasien gangguan depresi menunjukkan berkurangnya aliran

darah di daerah korteks serebral dan daerah korteks frontal. Ada satu penelitian yang menunjukkan meningkatnya aliran darah otak pada pasien gangguan depresi.¹²

Faktor Genetik¹²

Pada studi keluarga, gangguan depresi pada subyek, didapatkan 2 sampai 3 kali lebih banyak daripada kontrol pada keturunan pertama.

Pada studi anak angkat, dua dari tiga studi anak angkat memperlihatkan faktor genetik yang kuat pada gangguan depresi. Studi anak angkat ini memperlihatkan anak biologis dari orang tua yang menderita gangguan depresi, mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita gangguan depresi, biarpun mereka diasuh oleh keluarga angkat yang tidak depresi.

Pada studi anak kembar, angka gangguan depresi sekitar 50% pada kembar monozigot, dan 10-25% pada kembar dizigot.

Pada studi *linkage*, peranda genetik pada gangguan depresi, didapatkan pada kromosom 5,11, dan X. Gen reseptor D2 berlokasi di kromosom 5. Gen untuk tiroksin hidroksilase, suatu enzim untuk sintesis katekolamin, berlokasi di kromosom 11.

Faktor Psikososial¹²

Stress yang menyertai episode depresi yang pertama, apabila berkepanjangan akan mengubah biologi otak. Perubahan dalam jangka waktu yang lama ini akan mengubah sistem neurotransmitter dan sistem di dalam neuron. Perubahan-perubahan itu termasuk kematian neuron atau pengurangan dalam jumlah yang berlebihan pada hubungan sinaps. Seseorang akan mempunyai risiko yang tinggi untuk mengalami gangguan episode depresi berulang, walaupun tanpa stressor eksternal yang jelas.

Derajat psikopatologi dalam keluarga mempengaruhi angka kesembuhan pasien depresi, kambuhnya depresi, dan penyesuaian pasien setelah sembuh. Data klinis memperlihatkan pentingnya penilaian kehidupan keluarga pasien dan pengidentifikasian stress yang berhubungan dengan keluarga.

Orang dengan ciri kepribadian dependen, obsesif kompulsif, dan histerikal mungkin mempunyai risiko yang lebih besar untuk terjadinya depresi. Semua orang dengan pola kepribadian apapun, bisa menjadi depresi dalam keadaan tertentu yang dapat menimbulkan depresi.

Faktor demografi¹²

Prevalensi gangguan depresi lebih tinggi pada usia di bawah 45 tahun daripada usia 45 tahun atau lebih. Prevalensi wanita dengan gangguan depresi lebih tinggi daripada pria, terutama pada dewasa muda dan pertengahan dibandingkan masa kanak-kanak dan usia tua. Perbedaan ras tidak berpengaruh pada gangguan depresi.^{12,13} Ada penelitian yang menyatakan depresi pada penderita kanker dapat berbeda pada ras dan etnik tertentu.¹⁴ Orang yang tidak menikah atau bercerai, riwayat depresi pada keluarga, penghasilan dan pendidikan yang rendah, mempunyai penyakit medis umum, mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi menderita gangguan depresi.^{12,13}

2.2.2. Depresi Pada Penderita Kanker

Faktor psikologis^{4,15}

Hubungan antara *mood* dan penyakit telah lama diketahui. Depresi akan memperlambat proses penyembuhan, meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Evaluasi mengenai depresi telah menjadi bagian penting dalam pengobatan pasien kanker. Hambatan utama dalam penatalaksanaan depresi pada penderita kanker berasal dari keraguan tentang diagnosis depresi dibandingkan dengan sumber lain dari kesedihan akibat kanker. Diagnosis dan penatalaksanaan yang tidak akurat pada pasien, disebabkan karena keterbatasan waktu dari dokter untuk menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan perasaan pasien. Kasus-kasus depresi sering kali tidak terdiagnosis, karena psikiater sering bekerja di lokasi serta organisasi yang terpisah dari onkologis. Intervensi dalam meningkatkan penatalaksanaan depresi akan lebih berhasil apabila memenuhi beberapa syarat, seperti pendidikan klinis, meningkatkan peran perawat, dan pelayanan spesialis jiwa yang terintegrasi dengan onkologis. Penelitian yang bertujuan untuk memperbaiki penatalaksanaan depresi, termasuk di dalamnya adalah penilaian derajat depresi untuk memperbaiki prognosis, menganalisis hubungan depresi dengan penyakit, serta penilaian penatalaksanaan depresi pada penderita kanker yang telah sembuh. Gangguan depresi dipengaruhi juga oleh riwayat depresi sebelumnya, komorbiditas dengan kecemasan, penyalahgunaan zat, penggunaan obat sitostatika yang mempengaruhi *mood*, penyakit kanker itu sendiri, serta penyakit lain yang menyertainya.^{4,15} Depresi juga lebih sering terdapat pada wanita yang lebih tua, menopause, tidak bekerja, atau hanya bekerja beberapa jam dalam seminggu, dan wanita yang tidak mempunyai pasangan.¹⁶ Depresi pada wanita KLR dapat disebabkan karena infertilitas dan perasaan bersalah bahwa penyakitnya akibat perilaku seksual mereka sebelumnya.¹⁷

Faktor Fisiologis¹⁸

Peningkatan sitokin memegang peranan dalam patofisiologi gangguan *mood*. Sitokin adalah polipeptida interselular yang dihasilkan oleh sel yang teraktivasi untuk mengatur respons imunologis. Sitokin juga memberikan informasi aktivitas imunologis ke sistem otak dan neuroendokrin yang ditunjukkan dengan meningkatnya sekresi hipofisis dan adrenokortikal dalam respons terhadap infeksi atau inflamasi. Sirkulasi sitokin seperti interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), dan *tumor necrosis factor* (TNF) mampu menstimulasi aksis *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) dan melepaskan *corticotropin-releasing factor* (CRF). Sitokin-sitokin ini juga menginduksi *sickness behavior*, termasuk gejala-gejala lemah, anoreksia, anhedonia, berkurangnya aktivitas psikomotor, dan berkurangnya aktivitas merawat diri. Gejala-gejala ini menyertai respons imunologis terhadap infeksi dan bertumpang-tindih dengan gejala-gejala depresi. Penelitian mencatat banyak sekali efek neurofisiologis IL-6, tetapi belum ada studi yang meneliti hubungan IL-6 dengan depresi mayor dan fungsi aksis HPA pada pasien kanker. Pada satu studi pendahuluan didapatkan konsentrasi IL-6 lebih tinggi pada pasien kanker dengan depresi dibandingkan dengan subyek yang sehat dan pasien kanker tanpa depresi.¹⁸

2.2.3. Prevalensi depresi pada penderita kanker ginekologik^{19,20}

Evan et al meneliti 83 wanita dengan kanker ginekologik dan menemukan prevalensi depresi 23% dan prevalensi gangguan penyesuaian dengan *mood* terdepresi 24%. Krouse dan Krouse menemukan depresi yang lebih berat (prevalensi tidak tercatat) dan citra diri yang lebih buruk pada pasien ginekologik dibandingkan dengan wanita yang menderita kanker payudara dan dimastektomi. Golden et al

menemukan angka depresi mayor 23% pada 83 wanita yang dirawat di rumah sakit karena kanker leher rahim, endometrium, dan vagina.^{19,20} Pada penelitian Leonard et al yang menggunakan DSM III ditemukan prevalensi gangguan psikiatrik 47% pada pasien kanker pada umumnya, dengan kira-kira 68% dari gangguan psikiatrik tersebut disebabkan gangguan penyesuaian dan 13% karena gangguan depresi.²⁰

Penderita kanker bukan hanya mengalami ketakutan karena dilabel sebagai seseorang yang menderita kanker, tapi sebagai seseorang yang memerlukan pertolongan psikologis, mereka takut akan dilabel sebagai penderita gangguan jiwa atau 'lemah' karena mereka mencari pertolongan. Hambatan ini dapat diatasi dengan memberikan pelayanan psikiatris yang berintegrasi sepenuhnya dengan pelayanan onkologis. Dokter ahli kesehatan jiwa sebaiknya masuk sebagai anggota kelompok medis yang memberikan pelayanan dan evaluasi klinis pada lokasi yang sama, untuk mengurangi hambatan yang dapat menimbulkan stigma apabila menggunakan pelayanan psikiatris secara terpisah.¹⁹

2.2.4. Penilaian depresi pada pasien kanker^{14,21}

Penatalaksanaan yang efektif untuk kanker, sehingga meningkatkan angka kesembuhan, atau meningkatkan harapan hidup, dan bertambahnya perhatian pada faktor psikologis, membutuhkan cara penilaian depresi yang lebih tepat.

Penilaian depresi pada pasien kanker meliputi pendekatan diagnostik dan cara pengukuran, misalnya wawancara diagnostik atau laporan tertulis.

2.2.4.1. Pendekatan diagnostik^{14,21}

Pada pasien yang mempunyai penyakit fisik, diagnosis depresi sulit untuk ditentukan, karena gejala-gejala depresi mirip dengan akibat penyakit fisik atau

pengobatannya, terutama pada pasien kanker. Pengobatan kanker (kemoterapi dan terapi biologis) sering menyebabkan gejala-gejala pada depresi, seperti lelah, menurunnya berat badan, anhedonia, dan retardasi psikomotor. Kesulitan dalam menentukan penyebab gejala-gejala ini, menyebabkan para peneliti berusaha mencari metode yang tepat untuk menentukan depresi pada pasien medis. Ada 4 macam pendekatan yang dapat dilakukan¹⁴:

1. Inklusif.

Pendekatan inklusif mengikutsertakan semua gejala-gejala depresi, baik yang disebabkan maupun yang bukan disebabkan penyakit fisik. Pendekatan ini mempunyai sensitivitas yang tinggi, tetapi spesifisitasnya rendah, sehingga cenderung terjadi diagnosis yang berlebihan. Penelitian Kathol et al, menyatakan prevalensi depresi dengan pendekatan inklusif turun 8%, setelah gejala-gejala kanker disingkirkan.

2. Etiologi

Pendekatan etiologi yang menggunakan *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID) hanya memasukkan gejala-gejala depresi apabila jelas bukan disebabkan penyakit fisik. Pendekatan ini disarankan Rodin et al sebagai solusi terbaik untuk menentukan depresi. Sebaliknya, Cohen-Cole et al menyatakan bahwa rata-rata psikiater belum cukup menguasai semua penyakit untuk menentukan apakah gejala-gejala depresi (misalnya lelah) disebabkan karena penyakit fisik atau bukan.

3. Substitutif

Pendekatan ini menghasilkan prevalensi yang hampir sama bila dibandingkan dengan pendekatan inklusif, dan angka yang lebih rendah bila dibandingkan

dengan pendekatan etiologi. Pendekatan ini menggunakan banyak pilihan dalam menentukan kriteria yang dapat disubstitusikan, dan kriteria ini akan berbeda tergantung dari jenis penyakitnya.

4. Eksklusif

Pendekatan eksklusif menghilangkan dua gejala depresi (lelah dan perubahan nafsu makan/berat badan) yang sering disebabkan penyakit fisik. Pendekatan ini spesifisitasnya tinggi tetapi sensitivitasnya rendah, sehingga terjadi negatif palsu.

Cara penilaian^{14,21}

1. Wawancara klinis

Wawancara klinis yang terstruktur dianggap sebagai *gold standard* dalam menentukan prevalensi dan diagnosis klinis, karena kriterianya yang ketat. SCID dianggap memerlukan waktu yang terlalu lama untuk dipergunakan, dan memerlukan pelatihan untuk penggunaan dan pencatatannya. Banyak peneliti dan klinisi yang menggunakan wawancara klinis yang tidak terstruktur dalam mendiagnosis depresi berdasarkan DSM.

2. Pengukuran dengan laporan tertulis.

Pengukuran ini biasa dilakukan untuk mengidentifikasi gejala depresi pada pasien kanker, misalnya *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) dan *Beck Depression Inventory*.

Validasi pengukuran baik wawancara maupun laporan tertulis, masih sangat terbatas pada pasien kanker, dan sangat diperlukan untuk penelitian di masa depan.

2.2.5. Reaksi terhadap penatalaksanaan kanker²²

Respons psikologik pasien terhadap suatu penyakit, tergantung dari jenis penyakitnya, organ atau bagian tubuh yang terkena, perjalanan penyakitnya, dan terapi yang diterimanya. Ada 3 hal yang utama yang diperhatikan, yang pertama faktor intrapersonal, yaitu pasien menghadapi penyakitnya. Yang kedua, faktor interpersonal, yaitu penilaian dukungan sosial yang diterima pasien selama sakit. Yang ketiga, faktor sosiokultural yaitu pandangan masyarakat terhadap penyakitnya.

Faktor intrapersonal (intrapsikis)²²

Pada awal pengobatan, ketakutan terhadap terapi dan tekanan emosional biasanya sangat besar. Pada penelitian klinis sebelumnya, sebagian besar pasien merasa takut dan cemas saat memulai radioterapi, suatu cara pengobatan yang belum dikenal oleh pasien, dengan menggunakan mesin yang besar di ruang radiasi. Penjelasan yang adekuat, informasi, dan dukungan yang diberikan oleh radioterapis akan sangat mengurangi kecemasan pasien. Pada akhir rangkaian terapi, pasien menjadi lebih depresi karena efek samping radiasi yang tidak menyenangkan.

Faktor interpersonal²²

Pada akhir pengobatan, pasien merasa takut kehilangan pengawasan medis yang mungkin akan menyebabkan kambuhnya penyakit setelah terapi dihentikan. Pasien merasa kehilangan dukungan dari staf radioterapi, dimana selama ini pasien merasa dilindungi secara medis dan emosional. Pasien merasa takut untuk menghentikan pengobatan kemoterapi, biarpun mengalami efek samping yang tidak enak.

Faktor sosiokultural²²

Pendapat masyarakat tentang penderita kanker sudah berbeda, informasi tentang penyakit telah dapat dibicarakan, baik diantara pasien dengan dokter, maupun antara pasien dengan teman-temannya. Pembicaraan mengenai penyakit dapat membantu pasien untuk mengungkapkan kemarahannya karena menderita kanker, sehingga dapat mengurangi perasaan depresi.

2.3. PSIKO-ONKOLOGI

Latar belakang sejarah²³

Pada tahun 1930-an, Flanders Dunbar dan Franz Alexander melakukan penelitian yang difokuskan pada formulasi psikoanalitik penyakit medis. Pada masa ini perkembangan psikosomatik bergerak pada pencarian formulasi psikodinamik atau peristiwa traumatik yang mendahului penyakit. Penelitian kanker berfokus pada pasien dengan keganasan yang dipelajari secara psikiatris dengan melihat kehidupan sebelumnya untuk menentukan masalah-masalah yang diperkirakan berkontribusi pada perkembangan kanker²³.

Pada tahun 1950-an, banyak penelitian dan tulisan oleh dokter kesehatan jiwa yang dilaporkan dalam jurnal psikiatrik dan psikoanalitik, tetapi para profesional tersebut tidak tertarik pada perkembangan di bidang onkologi. Penelitian-penelitian tersebut tidak dilakukan bersama-sama dengan dokter ahli kanker atau bedah yang sangat sedikit atau sama sekali tidak tertarik dengan pendekatan spekulatif terhadap etiologi penyakit. Ketidaksesuaian ini menghambat perkembangan studi prospektif

pasien yang dapat ditelusuri dari perspektif medis dan psikologis untuk dapat melakukan pendekatan terpadu untuk perawatannya²³.

Pada tahun 1960an-1970an, penelitian mulai memperhatikan interaksi antara fisiologis dan psikologis. Perkembangan psikosomatis mempunyai dua bidang yang sesuai untuk kanker, yaitu psikoneuroimunologi dan *consultation-liaison psychiatry*. Penelitian di bidang kanker menimbulkan pengertian mengenai keadaan mual dan muntah sebagai respons pasien yang menjalani kemoterapi. Penelitian memperlihatkan bahwa pasien yang telah bertahun-tahun menyelesaikan kemoterapi, masih sensitif terhadap stimulus yang mengingatkan kemoterapi seperti penglihatan dan penciuman yang masih menimbulkan mual dan kecemasan sementara. Sebagai contohnya, melihat dokter atau perawat, mencium bau antiseptik, atau parfum yang dipakai oleh perawat, akan menimbulkan gejala-gejala mual²³.

Psikoneuroimunologi adalah teknik terbaru yang meneliti peristiwa biologis dan fenomena psikologis dengan cara yang lebih tepat, dengan memperhatikan konsep biopsikososial. Penelitian juga memperhatikan dampak stress dan pertahanan fungsi imun selama pengobatan kanker²³.

Psikosomatik telah dipandang sebagai bidang yang terpecah dan lemah, dimana bidang psikiatri bergerak menuju kearah *neuroscience* dan pengobatan menuju ke arah biologi molekular²³.

Psikoneuroendokrinologi^{24,25}

Ada dua alasan penting untuk menduga bahwa gangguan depresi dihubungkan dengan abnormalitas fungsi neuroendokrin. Yang pertama adalah sindrom klinis yang secara khusus dihubungkan dengan berbagai simptom yang

disebabkan disfungsi hipotalamus, seperti gangguan *mood*, dorongan seksual, tidur, nafsu makan, dan lain-lain. Jika fungsi-fungsi yang diatur melalui hipotalamus berhubungan dengan gangguan depresi, maka dapat dimengerti bahwa fungsi neuroendokrin juga akan terganggu. Yang kedua, neurotransmitter yang sama berdampak pada patologi kimiawi gangguan depresi, terutama norepinefrin dan serotonin yang juga mengatur sekresi sel neuroendokrin hipotalamus. Defisiensi dalam aktivitas fungsional neurotransmitter akan terlihat dalam respons hormonal yang diaturnya^{24,25}.

Pendapat ini menyarankan nilai potensial penilaian neuroendokrin dari gangguan depresif untuk mencatat keadaan yang disebabkan oleh disfungsi hipotalamik, dan untuk menjelaskan keabnormalitasan neurotransmitter pada keadaan ini.^{24,25}

Psikoneuroimunologi²⁵

Implikasi psikoneuroimunologi untuk onkologi adalah sebagai berikut:

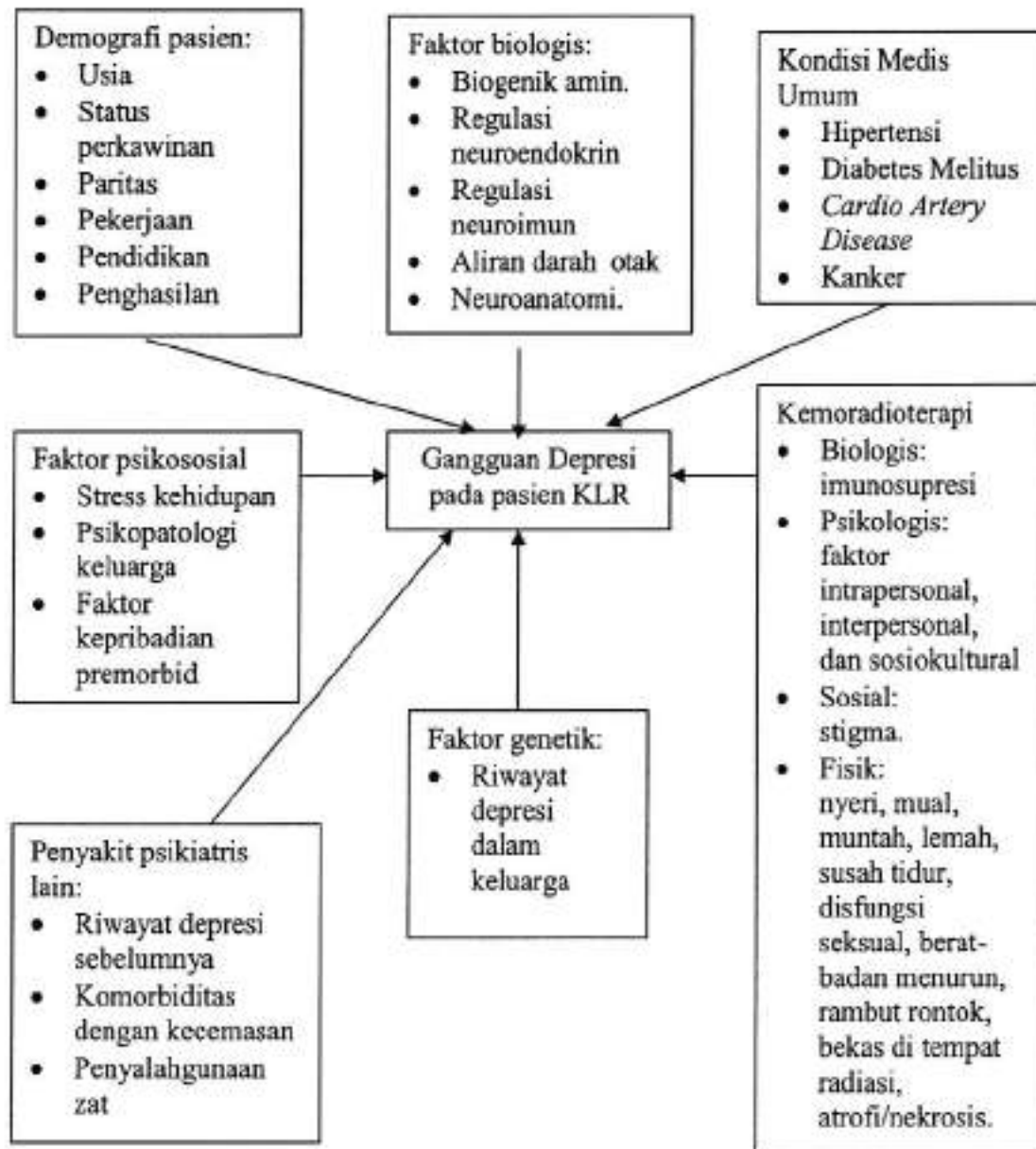
1. Adanya faktor psikososial yang mempengaruhi insidens dan perkembangan beberapa tipe kanker.
2. Adanya aktivitas sistem imun yang mempengaruhi insidens dan perkembangan beberapa tipe kanker.
3. Adanya faktor-faktor psikologis yang mempengaruhi aktivitas sistem imun.
4. Pengaruh faktor-faktor psikologis terhadap sistem imun tersebut, dapat dihubungkan dengan progresivitas kanker. Mekanisme sistem imun mengenai pengaruh faktor psikologis terhadap perkembangan kanker dapat digambarkan secara skematik:

1. *Psyche* -----→ Kanker
2. Sistem imun -----→ Kanker
3. *Psyche* -----→ Sistem Imun •
4. *Psyche* -----→ Sistem Imun -----→ Kanker

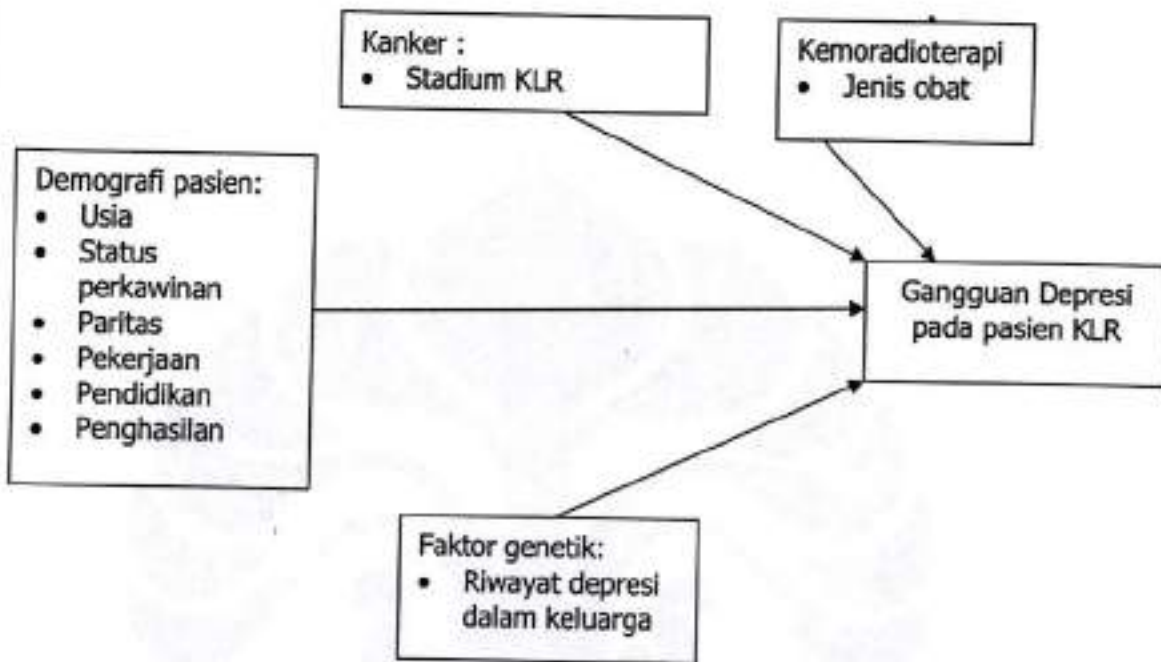
Pandangan 'sebaliknya' mengenai hubungan faktor psikologis dan kanker, dapat dijelaskan melalui dampak kanker dan pengobatannya terhadap sistem imun:

1. Kanker & pengobatannya -----→ *Psyche*
2. Sistem imun -----→ *Psyche*
3. Kanker & pengobatannya→ Sistem imun
4. Kanker & pengobatannya→ Sistem imun --→ *Psyche*

2.4. KERANGKA TEORI



2.5. KERANGKA KONSEP



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. DISAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi *the one group pretest-posttest design* yang bertujuan untuk melihat pengaruh kemoradioterapi terhadap frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien KLR.

3.2. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Tempat penelitian di paviliun E RIA bangsal perawatan Departemen Obstetri & Ginekologi sub Bagian Onkologi Kebidanan dan Departemen Radioterapi RSCM. Waktu penelitian dilaksanakan 7 (bulan) antara Desember 2005 – Juli 2006.

3.3. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

- o Populasi target adalah semua pasien KLR yang akan mendapat kemoradioterapi.
- o Populasi terjangkau adalah semua pasien KLR yang akan mendapat radioterapi di Departemen Radioterapi RSCM dan akan mendapat kemoterapi baik di dalam maupun di luar RSCM.
- o Sampel diambil dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusif.

3.4. KRITERIA INKLUSI DAN KRITERIA EKSKLUSI

3.4.1. Kriteria inklusi

1. Pasien KLR semua stadium yang akan mendapat kemoterapi dan radioterapi yang dimulai bersamaan dalam waktu 1 minggu.
2. Bersedia menjadi subyek.

3.4.2. Kriteria eksklusi

1. Tidak mampu memberikan informasi pada wawancara.
2. Menjalani histerektomi.

3.5. BESAR SAMPEL

Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*, dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan.

Perkiraan besar sampel ditetapkan berdasarkan uji hipotesis terhadap 2 proporsi, diperlukan 4 informasi:

- o Proporsi efek standar P_1 (dari pustaka), serta proporsi efek yang diteliti P_2 (*clinical judgment*)
- o Tingkat kemaknaan, α (ditetapkan oleh peneliti)
- o *Power* atau $Z\beta$ (ditetapkan oleh peneliti)

Sesuai dengan desain penelitian yang merupakan perbandingan antara sebelum dan sesudah terapi, maka dipergunakan formula statistik untuk studi perbandingan dalam perhitungan frekuensi depresi:

$$n = \frac{\{ Z \sqrt{2 P Q} + Z \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2} \}^2}{\{ P_1 - P_2 \}^2}$$

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2) \quad Q = 100 - P$$

$$P_1 = 23 \quad Q_1 = 77 \quad P = 36,5 \quad Z\alpha = 1,96$$

$$P_2 = 50 \quad Q_2 = 50 \quad Q = 63,5 \quad Z\beta = 0,842$$

$$n = \frac{\{ 1,96 \sqrt{2(36,5 \times 63,5)} + 0,842 \sqrt{23 \times 77 + 50 \times 50} \}^2}{\{ 23 - 53 \}^2}$$

$$n = \frac{\{ 1,96 \sqrt{2 \times 2317,75} + 0,842 \sqrt{1771 + 2500} \}^2}{\{ 30 \}^2} = \frac{\{ 1,96 \sqrt{4635,5} + 0,842 \sqrt{4271} \}^2}{900}$$

$$n = \frac{\{ 1,96 \times 68,08 + 0,842 \times 65,35 \}^2}{900} = \frac{\{ 133,44 + 55,03 \}^2}{900} = \frac{\{ 188,47 \}^2}{900} = 39,47 \rightarrow 40$$

3.6. PERANGKAT KERJA DAN METODE PENGUMPULAN DATA

3.6.1. Perangkat kerja atau instrumen yang digunakan:

- Diagnosis gangguan depresi ditentukan berdasarkan DSM IV dengan menggunakan SCID-1 (*Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorder*) versi bahasa Indonesia Jan 2000 V.1.01. SCID telah diadaptasi dan divalidasi oleh tim Genetik Departemen Psikiatri FKUI/RSCM.
- *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)*²⁷

Skala ini untuk mengukur derajat depresi. HRS-D ada dua macam yaitu yang berisi 17 pertanyaan dan 21 pertanyaan. HRS-D yang dipakai adalah versi 17 pertanyaan, karena pertanyaan yang ke 18 sampai 21

bukanlah pertanyaan yang menunjukkan derajat depresi, akan tetapi lebih menjurus kepada diagnostik yang tidak berubah.

Dari 17 pertanyaan ini apabila didapatkan:

- o nilai 0 – 6 , tidak ada depresi (atau sudah sembuh)
- o nilai 7 – 17 , depresi ringan
- o nilai 18 – 24 , depresi sedang
- o nilai > 24 , depresi berat

3.6.2. Metode pengumpulan data.

- o Peneliti pertama-tama mengajukan surat permohonan izin kepada Kepala Departemen Psikiatri FKUI agar dapat melakukan penelitian terhadap pasien KLR di bangsal perawatan Departemen Obstetri & Ginekologi sub Bagian Onkologi Kebidanan dan Departemen Radioterapi RSCM.
- o Dengan berbekal surat pengantar dari Kepala Departemen Psikiatri FKUI, peneliti memohon izin kepada Kepala Departemen Obstetri Ginekologi sub Bagian Onkologi FKUI dan Kepala Departemen Radioterapi, agar peneliti dapat melakukan penelitian pada pasien KLR.
- o Peneliti melakukan *interrater reliability test* pada beberapa pasien dengan gangguan depresi.
- o Pasien menerima pasien KLR yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, untuk selanjutnya dijadikan subyek penelitian.
- o Bila pasien KLR memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka peneliti menjelaskan pada mereka maksud dan tujuan penelitian yang akan

dilakukan, dengan demikian pada pertemuan ini dapat terbentuk rapport yang baik. Bila pasien menyetujui untuk ikut dalam penelitian, maka dilanjutkan dengan penandatanganan *informed consent*.

- o Pasien KLR yang setuju ikut penelitian akan dinilai oleh peneliti untuk menentukan pasien KLR yang depresi berdasarkan SCID dan untuk pasien dengan gangguan depresi, ditentukan derajat depresinya dengan HRS-D.
- o Pasien KLR dengan gangguan depresi sebelum kemoradioterapi, setelah menyelesaikan radioterapi serta pernah mendapatkan kemoterapi akan dinilai derajat depresi berdasarkan HRS-D.
- o Pasien KLR yang tidak menderita gangguan depresi sebelum kemoradioterapi, setelah menyelesaikan radioterapi serta pernah mendapatkan kemoterapi akan diperiksa gangguan depresi berdasarkan SCID, untuk pasien yang menderita gangguan depresi akan ditentukan derajat depresinya berdasarkan HRS-D.

3.7. IDENTIFIKASI VARIABEL

- o Penatalaksanaan kemoradioterapi pada pasien KLR sebagai variabel bebas.
- o Frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien KLR sebagai variabel tergantung.

3.8. DEFINISI OPERASIONAL

1. Pasien KLR: adalah sekelompok wanita yang mempunyai sel kanker pada leher rahim yang ditetapkan secara pemeriksaan histopatologi untuk semua

stadium yang ditegakkan oleh sejawat dokter di Departemen Obstetri & Ginekologi RSCM.

2. Kemoradioterapi: penatalaksanaan radioterapi sesuai dengan yang dilakukan di RSCM dan kemoterapi dapat dilaksanakan di dalam maupun di luar RSCM. Pemeriksaan dilakukan setelah pasien menyelesaikan radioterapi dan pernah mendapat kemoterapi (dimulai dalam waktu bersamaan dalam waktu satu minggu dengan radioterapi), walaupun belum menyelesaikannya.
3. Jenis obat: adalah obat sitostatika yang digunakan dalam kemoradioterapi {obat tunggal: cisplatin, non-cisplatin (disebutkan); obat kombinasi: dengan cisplatin, non-cisplatin (disebutkan)}
4. Depresi: adalah suatu gangguan alam perasaan yang terdiri dari kumpulan gejala yang melibatkan tiga unsur dalam kehidupan yaitu adanya penurunan dalam alam perasaan seseorang, agitasi atau retardasi dalam aktivitas psikomotor, serta penurunan aspek kognitif dan fungsional. Gangguan depresi termasuk gangguan depresi mayor, gangguan depresi minor, distimia, gangguan penyesuaian dengan mood depresi. Diagnosis depresi ditegakkan sesuai dengan kriteria diagnostik berdasarkan DSM IV, dengan SCID sebagai alat bantu. Derajat depresi ditentukan dengan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)*.
5. Peningkatan derajat depresi: adanya peningkatan derajat depresi berdasarkan skor HRS-D (tidak ada, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat).
6. Frekuensi depresi: jumlah pasien yang menderita gangguan depresi.

7. Stadium klinik: adalah stadium kanker yang ditetapkan berdasarkan klasifikasi *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) (stadium 0, stadium IA, stadium IB, stadium IIA, stadium IIB, stadium IIIA, stadium IIIB, stadium IVA, stadium IVB).
8. Usia: adalah usia pasien pada waktu dilakukan wawancara psikiatrik sebelum kemoradioterapi, diperhitungkan berdasarkan keterangan pasien dalam satuan tahun (<30tahun, 30 – 45 tahun, > 45 tahun).
9. Pekerjaan: adalah kegiatan yang menghasilkan uang, dilakukan paling sedikit 10 jam dalam seminggu (bekerja, tidak bekerja).
10. Penghasilan: jumlah uang yang didapat setiap bulan (< Rp. 500.000,00; Rp. 500.000,00 – Rp. 1.000.000; > Rp. 1.000.000,00)
11. Pendidikan: tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai (tidak sekolah – tidaktamat/tamat SD/ sederajat, tidak tamat/tamat SMP/ sederajat, tidak tamat/tamat SMA/ sederajat, tidak tamat/tamat diploma, tidak tamat/tamat sarjana – lebih tinggi).
12. Status perkawinan: adalah status pasien saat dilakukan wawancara psikiatrik (belum menikah: belum pernah terikat dalam perkawinan; menikah: tinggal bersama dalam ikatan perkawinan, hidup bersama: tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan, pisah: sudah tidak tinggal bersama pasangan tapi masih dalam ikatan perkawinan, cerai: pisah dengan pasangan dan telah memutuskan ikatan perkawinan, janda: pasangan telah meninggal dunia).
13. Paritas: punya anak (ya, tidak).

14. Riwayat depresi dalam keluarga: ada anggota keluarga yang mengalami depresi (ya,tidak).

3.9. MASALAH ETIKA

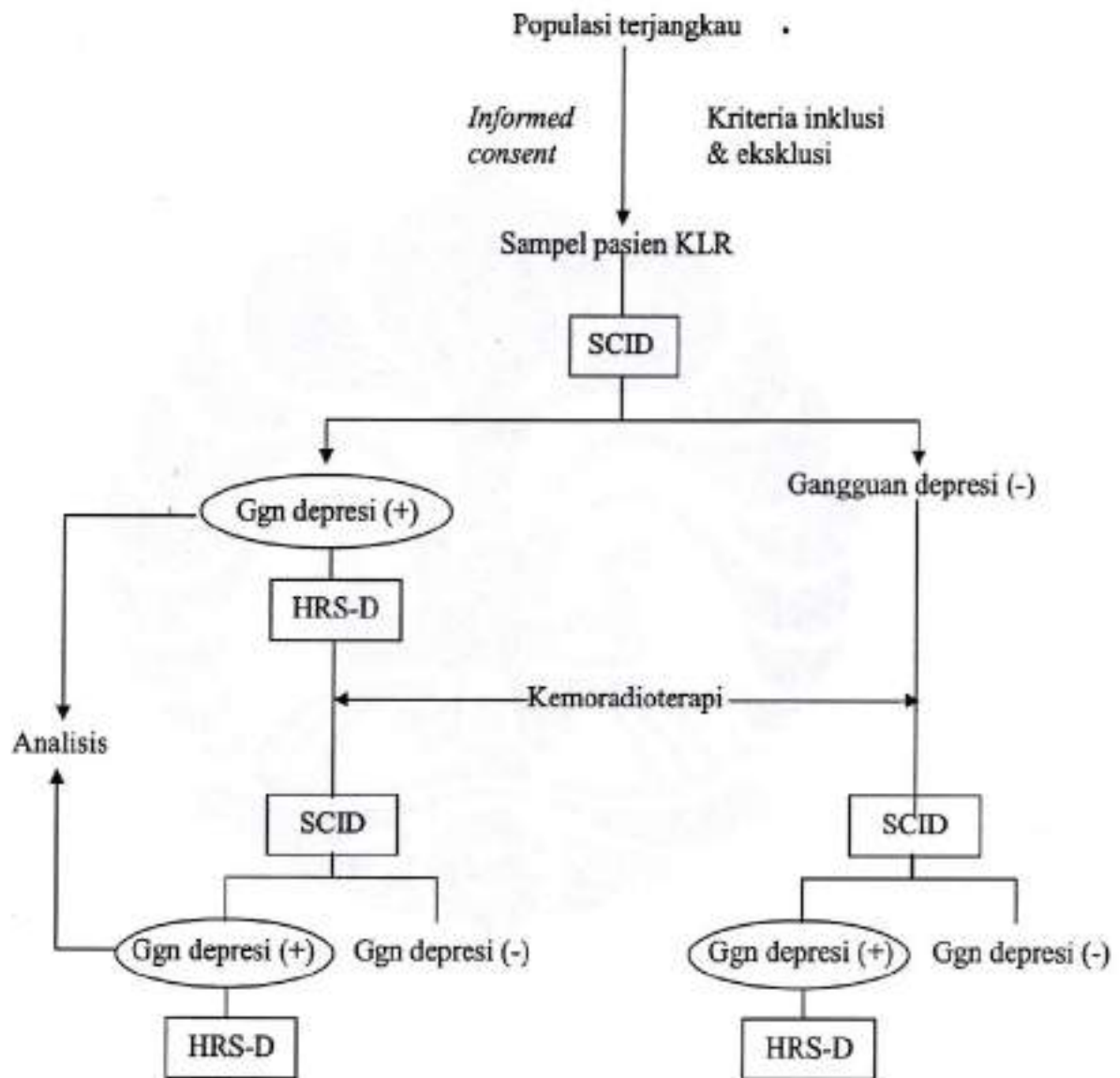
Penelitian dilaksanakan untuk mengetahui dampak psikologis dari kemoradloterapi yang telah dilaksanakan oleh pasien, sehingga dapat segera ditindaklanjuti apabila terdapat dampak yang merugikan pasien. Sebelum pemeriksaan telah diterangkan kepada pasien, tujuan dari penelitian dan kemudian meminta izin pasien untuk menandatangani *informed consent*. Setelah semua pemeriksaan selesai, pasien diberi kebebasan untuk bertanya. Bila ditemukan gangguan yang bermakna pada pasien, dianjurkan untuk konsultasi.

3.10. MANAJEMEN DAN ANALISIS DATA

Data penelitian dicatat pada formulir penelitian yang telah diuji coba. Setelah melalui proses *editing* dan *coding*, data penelitian direkam dalam cakram magnetik untuk dilakukan proses pembersihan data secara elektronik. Data yang telah teruji keabsahannya ini akan diolah dan disusun dalam bentuk tabel distribusi maupun tabel silang sesuai tujuan penelitian menggunakan perangkat SPSS versi 11.5. Penghitungan nilai rata-rata dan simpang bakunya dilengkapi dengan interval nilai berdasar nilai kepercayaan 95% dilakukan untuk variabel kuantitatif. Hubungan antara dua variabel kuantitatif akan dinilai dengan metoda korelasi Pearson (ukuran hubungan linear antara dua buah variabel numerik yang diperiksa pada subyek yang

sama) bila memenuhi syarat normalitas atau dengan metoda Spearman (dua variabel berskala ordinal) bila tidak memenuhi syarat normalitas. Hubungan antara variabel kualitatif dan variabel kuantitatif akan dinilai dengan uji t atau ANOVA bila memenuhi syarat normalitas atau dengan metode Mann Whitney bila tidak memenuhi syarat normalitas. Batas kemaknaan yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah alpha 5% untuk interpretasi data.

3.11. KERANGKA KERJA



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini mengambil sampel pasien karsinoma leher rahim yang menjalani kemoradioterapi di RSCM selama periode Desember 2005 sampai dengan Juli 2006. Tujuan penelitian adalah mengetahui pengaruh kemoradioterapi terhadap peningkatan frekuensi dan derajat gangguan depresi pada pasien karsinoma leher rahim. Penelitian dilakukan terhadap 40 subyek. Pemeriksaan dilakukan dua kali yaitu sebelum dan sesudah kemoradioterapi.

Peneliti menambahkan variabel untuk bantuan Jaringan Pengamanan Sosial (JPS) karena diperkirakan berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi subyek terutama pada pendapatan keluarga.

Pada waktu penelitian terdapat satu subyek yang meninggal dan satu tidak meneruskan terapi karena masalah alat radioterapi yang rusak dan akhirnya subyek tidak bersedia melanjutkan terapi. Peneliti mengganti dua subyek tersebut sehingga jumlah subyek penelitian mencapai 40.

4.1. KARAKTERISTIK SUBYEK PENELITIAN

Tabel 4.1.1. Sebaran Karakteristik Data Demografi dan Medik Subyek

Karakteristik Data Demografi dan Medik Subyek	n = 40	
	Σ	%
Umur (tahun)		
30-39	6	15,0
40-49	20	50,0
≥ 50	14	35,0
Pendidikan		
SD	30	75,0
SLP/SLA	10	25,0
Pekerjaan		
Bekerja	15	37,5
Tidak	25	62,5
Pendapatan keluarga		
< Rp. 500.000	14	35,0
Rp. 500.000 – Rp1.000.000	18	45,0
> Rp. 1.000.000	8	20,0
Perkawinan		
Menikah	27	67,5
Tidak menikah	13	32,5
Bantuan JPS		
Ya	27	67,5
Tidak	13	32,5
Paritas		
Pernah	38	95
Tak pernah	2	5
Riwayat depresi keluarga		
Ya	7	17,5
Tidak	33	82,5
Stadium kanker		
IB -IIB	18	45
IIIA -IIIB	22	55
Penundaan terapi		
Tidak	9	22,5
Masalah alat	4	10
Keadaan umum	20	50
Gabungan	7	17,5

Rentang umur subyek antara 32-65 tahun dan frekuensi terbanyak pada kelompok umur 40-49 tahun yaitu 50%. Tingkat pendidikan subyek yang terbanyak adalah kelompok tidak sekolah sampai tamat SD yaitu 75%, dan tidak didapatkan subyek yang pendidikannya di atas SLA. Subyek yang tidak bekerja 62,5%.

Tabel 4.1.2. Nilai Rerata dan Simpang Baku Variabel Subyek

Variabel (n=40)	Rerata	SD	Min	Maks
Umur	46,5	7,9	44,0	48,9
Lama terapi	67,6	10,4	64,3	70,8*
Frekuensi kemoterapi	3,5	1,4	3,0	3,9

Tabel 4.1.3. Frekuensi Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi

Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi	n=40	
	Σ	%
Depresi	26	65,0
Tidak	14	35,0

Tabel 4.1.4. Frekuensi Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi

Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi	n=40	
	Σ	%
Depresi	26	65,0
Tidak	14	35,0

Tabel 4.1.5. Frekuensi Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Depresi Sebelum Kemoradioterapi

Gangguan Depresi Sesudah KRT pada subyek yang depresi sebelum KRT	n=26	
	Σ	%
Depresi	19	73
Tidak	7	27

Tabel 4.1.6. Frekuensi Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Tidak Depresi Sebelum Kemoradioterapi

Gangguan Depresi Sesudah KRT pada Subyek yang Tidak Depresi Sebelum KRT	n=14	
	Σ	%
Depresi	7	50
Tidak	7	50

Tabel 4.1.7. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sebelum Kemoradioterapi

Variabel (n=26)	Rerata	SD	Min	Maks
HRS-D	17,7	3,8	16,2	19,2

Tabel 4.1.8. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sesudah Kemoradioterapi

Variabel (n=26)	Rerata	SD	Min	Maks
HRS-D	22,4	6,8	20,1	24,7

Rerata HRS-D subyek yang menderita depresi meningkat dari 17,7 sebelum kemoradioterapi, menjadi 22,4 sesudah kemoradioterapi.

Tabel 4.1.9. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sebelum Kemoradioterapi Pada Subyek yang Depresi Sebelum & Sesudah KRT

Variabel (n=19)	Rerata	SD	Min	Maks
HRS-D sebelum KRT	18,68	3,6	11,00	27,00

Tabel 4.1.10. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Pada Subyek yang Depresi Sebelum & Sesudah KRT

Variabel (n=19)	Rerata	SD	Min	Maks
HRS-D sesudah KRT	22,78	5,95	11,00	31,00

Tabel 4.1.11. Nilai Rerata dan Simpang Baku HRS-D Subyek yang Mengalami Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi yang Sebelumnya Tidak Depresi

Variabel (n=7)	Rerata	SD	Min	Maks
HRS-D	22,00	6,05	16,00	31,00

Tabel 4.1.12. Derajat Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi

Derajat Depresi	N=26	
	Σ	%
Ringan	12	46,2
Sedang	13	50,0
Berat	1	3,8

Tabel 4.1.13. Derajat Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi

Derajat Depresi	n=26	
	Σ	%
Ringan	9	34,6
Sedang	3	11,5
Berat	14	53,8

Tabel 4.1.14. Derajat Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi pada Subyek yang Tidak Depresi Sebelumnya

Derajat Depresi	n=7	
	Σ	%
Ringan	3	42,9
Sedang	1	14,2
Berat	3	42,9

Tabel 4.1.15. Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi

Peningkatan Gangguan Depresi	n=19	
	Σ	%
Depresi meningkat	13	68
Tidak	6	32

Ada 19 subyek yang mempunyai gangguan depresi sebelum kemoradioterapi, sejumlah 13 orang mengalami peningkatan derajat depresi. Subyek yang mengalami peningkatan depresi, terdiri dari: sembilan orang dari depresi sedang dengan rerata HRS-D = 20,33, meningkat menjadi depresi berat dengan rerata HRS-D= 27,11. Dua orang dari depresi ringan dengan rerata HRS-D= 13,5, meningkat menjadi depresi sedang dengan HRS-D= 19,5. Dua orang dari depresi ringan dengan rerata HRS-D= 17, meningkat menjadi depresi berat dengan HRS-D= 27.

4.2. ANALISIS BIVARIAT

Tabel 4.2.1. Hubungan Faktor Penentu dengan Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi

Faktor penentu	Depresi naik (n=19)		P	OR	95% CI	
	Ya	Tidak			Min	Maks
Umur						
30-39	2	1	0,576	1,833	0,219	15,333
40-49	8	4	0,261	2,444	0,514	11,619
≥50	3	1				
Pendidikan						
SD	8	6	0,180	2,750	0,626	12,085
SLP/SLA	5	0				
Pekerjaan						
Bekerja	4	6	0,543	0,646	0,158	2,637
Tidak	9	0				
Pendapatan keluarga						
< Rp. 500.000,-	6	2	0,407	2,250	0,330	15,327
Rp.500.000 - Rp.1.000.000	5	3	0,883	1,154	0,172	7,744
> Rp. 1.000.000	2	1				
Perkawinan						
Menikah	8	3	0,577	0,674	0,168	2,704
Tidak menikah	5	3				
Bantuan JPS						
Ya	4	2	0,382	0,510	0,113	2,305
Tidak	3	4				
Paritas						
Pernah	11	6	0,999	0,000	0,000	~
Tak pernah	2	0				
Riwayat depresi						
Ya	4	0	0,139	3,556	0,662	19,108
Tidak	9	6				
Stadium kanker						
IB-IIIB	7	3	0,846	0,946	0,540	1,657
IIIA-IIIB	6	3				

Keadaan depresi awal						
Ya	7	6	0,998	2x10 ⁹	0,000	~
Tidak	6	0				
Penundaan terapi						
Tidak	3	2	0,395	3,000	0,239	37,672
Masalah alat	7	7	0,319	3,231	0,321	32,477
Keadaan umum	2	0	0,224	6,000	0,335	107,420
Gabungan	1	0				

Tabel 4.2.2. Perbedaan Nilai Rerata Variabel Menurut Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi

Variabel	Depresi Meningkat (n=13)		Depresi Tidak Meningkat (n=6)		P
	Rerata	SD	Rerata	SD	
Umur	44,61	6,60	42,66	5,31	0,536
Lama kemoterapi	66	7,64	68,66	7,68	0,490
Frekuensi kemoterapi	3,30	1,49	3,33	1,63	0,973

Tabel 4.2.3. Perbedaan Nilai Rerata HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Menurut Frekuensi Peningkatan Derajat Gangguan Depresi

Variabel	Meningkat (n=13)		Tidak meningkat (n=5)		P
	Rerata	SD	Rerata	SD	
Nilai HRS-D sesudah KRT	25,92	3,35	16	4,47	0,018

Kemoterapi mempunyai pengaruh terhadap peningkatan derajat HRS-D, P=0,018.

Tabel 4.2.4. Perbedaan Nilai Rerata HRS-D Sesudah Kemoradioterapi Menurut Adanya Depresi Sebelum KRT

Variabel	Depresi Sebelum KRT (n=19)		Tidak Depresi Sebelum KRT (n=7)		P
	Rerata	SD	Rerata	SD	
Nilai HRS-D sesudah KRT	22,78	5,95	22,00	6,05	0,768

Tabel 4.2.5. Hubungan Faktor Penentu dan Gangguan Depresi Sebelum Kemoradioterapi

Faktor penentu	Depresi Sebelum Kemoradioterapi (n=40)		P	OR	95% CI	
	Ya	Tidak			Min	Maks
Umur (tahun)						
30-39	3	3	0,769	0,750	0,11	5,109
40-49	15	5	0,278	2,250	0,52	9,732
≥50	8	6				
Pendidikan						
SD	19	11	1,000	0,74	0,12	4,25
SLP/SLA	7	3				
Pekerjaan						
Bekerja	6	9	0,02	0,17	0,03	0,84
Tidak	20	5	6			
Pendapatan keluarga						
< Rp. 500.000,-	10	4	1,000	1,50	0,17	13,78
Rp.500.000	11	7	1,000	0,94	0,12	7,06
Rp.1.000.000	5	3				
> Rp. 1.000.000						
Perkawinan						
Menikah	10	3	0,316	2,29	0,42	13,59
Tidak menikah	16	11				
Bantuan JPS						
Ya	19	8	0,480	2,04	0,42	9,98
Tidak	7	6				
Paritas						
Pernah	24	14	0,533	0,34	0,05	2,49
Tidak pernah	2	0				
Riwayat depresi						
Ya	6	1	0,387	3,90	0,37	96,29
Tidak	20	13				
Stadium kanker						
IB-IIIB	11	7	,894	0,73	0,16	3,27
IIIA-IIIB	15	7				
Penundaan terapi						
Ya	21	10	0,694	1,68	0,29	9,71
Tidak	5	4				

Dalam penelitian ini dilakukan analisis antara variabel bebas dengan timbulnya depresi di saat sebelum dilakukan kemoradioterapi variabel tergantung. Setelah dilakukan uji Kai kuadrat ditemukan variabel bebas yang bermakna, yaitu faktor bekerja atau tidak bekerja ($p=0,026$). Subyek yang bekerja mempunyai peluang menderita depresi 0,17 kali dibandingkan yang tidak bekerja.

Tabel 4.2.5. Hubungan Faktor Penentu dan Gangguan Depresi Sesudah Kemoradioterapi

Faktor penentu	Depresi Sesudah KRT (n=40)		P	OR	95% CI	
	Ya	Tidak			Min	Maks
Umur (tahun)						
30-39	5	1	0,187	5,00	0,459	54,513
40-49	14	6	0,242	2,333	0,565	9,639
≥50	7	7				
Pendidikan						
SD	18	12	0,446	0,38	0,05	2,49
SLP/SLA	8	2				
Pekerjaan						
Bekerja	9	6	0,864	0,71	0,15	3,26
Tidak	17	8				
Pendapatan keluarga						
< Rp. 500.000,-	10	4	1,000	1,50	,17	13,78
Rp.500.000 - Rp.1.000.000	11	7	1,000	0,94	0,12	7,06
> Rp. 1.000.000	5	3				
Perkawinan						
Menikah	8	5	1,000	0,805	0,16	3,90
Tidak menikah	18	9				
Bantuan JPS						
Ya	16	11	0,316	0,44	0,07	2,36
Tidak	10	3				
Paritas						
Pernah	24	14	0,533	0,34	0,05	2,49
Tak pernah	2	0				
Riwayat depresi						
Ya	5	2	1,000	1,43	0,19	12,69
Tidak	21	12				
Stadium kanker						
IB-IIB	14	4	0,230	2,92	0,60	14,94
IIIA-IIIB	12	10				
Penundaan terapi						
Ya	20	11	1,000	0,91	0,14	5,42
Tidak	6	3				

Dalam penelitian ini dilakukan analisis antara variabel bebas dengan variabel tergantung sesudah subyek menerima kemoradioterapi. Setelah dilakukan uji Kai kuadrat, tidak ditemukan variabel-variabel bebas yang bermakna dalam timbulnya depresi sesudah kemoradioterapi.

4.3. RELIABILITAS *INTER-RATER*

Inter-rater reliability dilakukan pada instrumen HRS-D oleh seorang psikiater yang telah pernah menggunakan instrumen ini dalam penelitian yang dilakukan oleh Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Inter-rater reliability dilakukan pada 4 (10%) subyek, didapatkan rerata nilai HRS-D peneliti adalah $21,75 \pm 3,77$, sdangkan rerata nilai HRS-D rater adalah $22 \pm 4,08$, $P= 0,931$. Jadi tidak terdapat perbedaan secara statistik nilai HRS-D peneliti dengan *rater*.

Tabel 4.3.1. Perbandingan skor HRS-D antara peneliti dengan *inter-rater*

	Peneliti	<i>Inter-rater</i>
Rerata	21,75	22
Simpang Baku	3,77	4,08
Min	18	17
Maks	21	22
$P= 0,931$		

BAB 5

PEMBAHASAN

Hipotesis pada penelitian terbukti. Pada penelitian ini ditemukan adanya peningkatan derajat depresi sesudah kemoradioterapi. Derajat gangguan depresi subyek sebelum dan sesudah kemoradioterapi meningkat bermakna pada penelitian ini ($p=0,018$). Penelitian ini memperlihatkan subyek yang mengalami depresi sesudah kemoradioterapi sejumlah 26 orang, terdiri dari 19 orang yang sebelumnya sudah depresi, ditambah 7 orang yang sebelumnya tidak depresi.

Hasil frekuensi gangguan depresi sebelum maupun sesudah kemoradioterapi pada penelitian ini, adalah 65%. Hasil ini lebih tinggi bila dibandingkan dengan penelitian Hinton 1972 (58%) maupun dari penelitian Evans et al 47%.²⁸

Penelitian sebelumnya mendapatkan angka frekuensi depresi yang tinggi disebabkan karena laporan klinisi tentang spektrum simtom depresi yang tidak memakai kriteria diagnostik untuk depresi.^{28,29} Prevalensi depresi pada pasien karsinoma dapat bervariasi dari yang rendah 5%-6%³⁰ sampai lebih dari 40%.³¹

Faktor-faktor yang menyebabkan perbedaan prevalensi ini, adalah stadium penyakit, penggunaan kemoterapi, dan perbedaan karakteristik demografi.³² Pada penelitian dengan pasien karsinoma stadium lanjut maupun dengan pasien yang kondisi umumnya lebih lemah, maka angka depresi juga lebih tinggi.^{28,30,32.}

Ditemukannya frekuensi gangguan depresi yang tinggi, kemungkinan karena sebagian besar subyek dalam keadaan stadium lanjut dan kondisi umum yang lemah. Hal ini dapat dilihat dari seringnya subyek menunda radioterapi karena

alasan kondisi medis umum (50% karena alasan kondisi medis umum, dan 17,5% karena alasan kondisi medis umum dan masalah alat rusak), serta tidak lengkapnya subyek menerima kemoterapi (rerata 3,5 kali dari 5 kali kemoterapi yang direncanakan).

Penelitian sebelumnya terhadap pasien-pasien karsinoma yang memperlihatkan peningkatan frekuensi depresi yang bermakna.³³ Sebuah penelitian melaporkan bahwa 21 dari 50 (42%) subyek didiagnosis menderita depresi sebelum diradioterapi dan setelah dilakukan radioterapi, dan ditemukan 37 subyek (74%) yang mempunyai afek depresi.³³ Sebuah penelitian pada tahun 1961 memperlihatkan timbulnya rasa mual dan kelelahan pada 75% pasien yang hanya menerima radiasi placebo.³⁴ Pada penelitian terhadap pasien karsinoma lain, didapatkan hal yang menarik dari subyek yang menjalani terapi, yaitu sebagian besar gangguan depresi subyek berkurang. Subyek diwawancarai empat kali, yaitu, sebelum dilakukan terapi, pertengahan terapi, sesudah terapi, dan dua minggu sesudah terapi. Subyek menggambarkan perasaan kesendiriannya berkurang, karena setiap hari bertemu dengan sesama penderita dan staf kesehatan, yang dianggap mengetahui apa yang sebenarnya sedang terjadi. Subyek juga merasa tenang, karena pada saat itu penyakitnya sedang diterapi.³⁴ Hal ini mungkin dapat menjelaskan adanya subyek penelitian yang setelah dilakukan kemoradioterapi menjadi tidak depresi. Kemungkinan lain yang dipikirkan adalah perbaikan dari kondisi pasien setelah dilakukan kemoradioterapi.

Hasil penelitian ini memperlihatkan adanya peningkatan yang bermakna dari derajat gangguan depresi yang mempunyai arti bahwa kemoradioterapi mempunyai pengaruh dalam meningkatkan derajat gangguan depresi pada pasien yang sudah menderita gangguan depresi sebelumnya.

Perubahan hormonal akibat kemoterapi, dapat menyebabkan menopause secara kimiawi dan mempengaruhi mood. Ada kemungkinan kemoterapi dapat mempengaruhi mood secara langsung. Efek samping pengobatan juga dapat menyebabkan depresi dan ansietas. Cisplatin yang digunakan dalam penelitiannya ini, dapat menimbulkan mual yang cukup parah.³⁵ Pada penelitian ini, semua subyek menggunakan cisplatin untuk kemoterapi. Penatalaksanaan kemoterapi dengan cisplatin diberikan setiap minggu, biasanya pasien hanya merasakan mual sehari dua hari setelah kemoterapi, jadi terdapat waktu yang cukup lama bagi pasien untuk memulihkan rasa mualnya. Hal ini menjadi tidak begitu mempengaruhi peningkatan frekuensi dan derajat gangguan depresinya.

Pembagian stadium pada hasil penelitian, dikelompokkan menjadi stadium IB-IIB dan stadium IIIA-IIIB, karena menurut hasil penelitian angka harapan hidup 5 tahun, didapatkan bahwa kelompok kedua mempunyai angka harapan hidup yang jauh lebih pendek (<33,3%) dari pada kelompok sebelumnya (>63,5%).⁷ Pada penelitian ini tidak didapatkan stadium yang lebih ringan dari IB, karena semua pasien yang di bawah stadium itu biasanya menjalani operasi. Pasien yang stadium IV juga tidak ditemukan, karena biasanya pada pasien tersebut tidak dilakukan kemoterapi. Hasil penelitian menunjukkan 55% dari stadium kanker subyek penelitian adalah IIIA-IIIB, jadi sudah termasuk stadium lanjut lokal. Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara stadium kanker dengan timbulnya depresi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor umur tidak berhubungan dengan timbulnya depresi sebelum menjalani kemoradioterapi dan peningkatan derajat gangguan depresi. Pada usia 40 tahun ke atas, subyek lebih banyak yang

menderita gangguan depresi sebelum kemoradioterapi dibandingkan dengan subyek yang berusia kurang dari 40 tahun. Peningkatan derajat depresi lebih banyak terjadi pada usia kurang dari 40 tahun. Penelitian Kathol et al pada pasien karsinoma menemukan lebih banyak gangguan depresi pada usia lebih muda, yaitu 54 tahun dibandingkan 61 tahun.³⁶ Perbedaan hasil penelitian ini karena rerata umur sampel yang berbeda.

Tingkat pendidikan subyek penelitian sebagian besar (75%) rendah, yaitu dari tidak sekolah sampai tamat SD. Hasil penelitian menunjukkan adanya kecenderungan hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat depresi, tetapi tidak ada hubungan dengan timbulnya depresi sebelum maupun sesudah kemoradioterapi. Subyek dengan pendidikan dasar atau kurang, mempunyai peluang lebih kecil dalam peningkatan derajat depresi dibandingkan dengan subyek berpendidikan lanjutan. Asumsinya, subyek dengan pendidikan yang kurang, pemahaman tentang penyakit yang dideritanya juga terbatas.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan dengan timbulnya depresi sebelum kemoradioterapi. Ini sesuai dengan penelitian yang mengatakan bahwa gangguan depresi lebih sering pada wanita yang tidak bekerja.¹⁶ Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan peningkatan depresi dan frekuensi gangguan depresi setelah kemoradioterapi. Asumsinya, subyek setelah menjalani kemoradioterapi, sebagian besar tidak bekerja lagi karena keterbatasan waktu atau kelemahan fisiknya.

Sebagian besar subyek penelitian (67,5%) mendapatkan bantuan JPS. Pendapatan keluarga hanya 20% yang di atas Rp.1.000.000,-. Hasil penelitian tidak

menunjukkan hubungan yang bermakna antara bantuan JPS dan pendapatan keluarga dengan gangguan depresi.

Hasil penelitian menunjukkan hanya 22,5% subyek yang tidak pernah menunda terapinya. Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara penundaan terapi dengan timbulnya depresi.

Subyek penelitian sebagian besar (95%) pernah melahirkan, tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara paritas dengan timbulnya depresi.

Keterbatasan Penelitian

Sampel pada penelitian ini sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan yang sangat rendah dan penghasilan keluarga yang terbatas. Variasi sampel yang kurang, menyebabkan hasil yang diperoleh tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. SIMPULAN

Dari hasil penelitian didapatkan peningkatan derajat gangguan depresi pada pasien karsinoma leher rahim yang sebelum kemoradioterapi telah menderita gangguan depresi. Tidak didapatkan peningkatan frekuensi gangguan depresi. Sebelum kemoradioterapi, didapatkan subyek yang depresi sejumlah 26 orang (65%). Sesudah kemoradioterapi, ditemukan 19 subyek yang tetap depresi, 7 subyek yang sebelumnya tidak depresi, sekarang menjadi depresi. Ada 7 subyek yang sebelumnya depresi, sesudah kemoradioterapi, tidak ditemukan depresi lagi, sehingga jumlah subyek yang depresi tetap 26 orang.

6.2. SARAN

Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui respons tubuh subyek terhadap kemoradioterapi yang telah dilakukan, sehingga dapat dilihat ada tidaknya hubungan antara penurunan frekuensi maupun derajat gangguan depresi dengan respons akibat kemoradioterapi.

Perlu dipertimbangkan untuk mendapat sampel yang lebih bervariasi dalam pendidikan maupun penghasilan keluarga.

Penelitian tentang dampak psikologis diperlukan untuk pasien-pasien yang menjalani kemoradioterapi, karena pelaksanaannya memerlukan waktu yang cukup

lama sehingga terbentuk hubungan yang erat antara sesama penderita dan tenaga kesehatan. Kelompok untuk saling mendukung sesama pasien perlu dipertimbangkan.

Setiap pasien KLR yang depresi dan menjalani kemoradioterapi, sebaiknya diikuti dalam CLP, supaya tidak meningkat derajat depresinya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aziz MF. The Program of 2000 Workshop on Radiation Oncology, January 16-20,2001, Jakarta.
2. Rohan TE, Burk RD, Franco EL. Toward a reduction of global burden of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* (2003) 189, S37-9.
3. Saroyo YB, Samsuddin S, Hardjolukito, Bachtiar A. Densitas Mikrovaskular tumor sebagai faktor prediktor respons radioterapi pada kanker skuamosa serviks. *Maj. Obstetri Ginekologi Indonesia* (2000) 24, 109-16.
4. Doebbeling CC. Consultation-Liaison Psychiatry. *Am J Psychiatry* (2001) 158, 335.
5. Lederberg MS. Psycho-Oncology in *Comprehensive text book of Psychiatry*, 7th ed, volume II, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, 1850-76.
6. Sibuea WH, Mangunkusumo RR, Akbar N et al. Hospital based cancer registry in Ciptomangunkusumo hospital Jakarta. *Med J Indones* (2000) 9, 181-203.
7. Hacker FN. Cervical Cancer in *Practical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2000. 345-406.
8. Susanti NN, Aziz MF, Bachtiar A. An Analysis on The Lateness of Cervix Cancer Patient in Conducting Medical Check Up in National General Hospital Center Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta.
9. Susworo R. New paradigm in the radiation treatment of uterine cervix cancer in Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta. In *Maj Obstetri Ginekol Indones*, 2004, p. 184-8.
10. Lubis AM. Respons tumor terhadap kemoradiasi pada kanker leher rahim dengan keberadaan infeksi HPV *high risk*. Program pendidikan konsultan onkologi, 2004.
11. Young RC, Markman M. Chemotherapy. In *Practical Gynecologic Oncology*. p. 83-115. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Major Depressive Disorder, Bipolar 1 Disorder, and Bipolar II Disorder. P. 538-73. Eight Edition. Lippincott William & Wilkins.
13. Miranda J et al. Unmet health needs of women in public-sector gynecologic clinics. *Am J Obstet Gynecol* (1998) 178, 212-17.

14. Trask PC. Assessment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the National Cancer Institute Monograph* (2004) 80-92.
15. Greenberg DB. Barriers to the Treatment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the National Cancer Institute Monograph* (2004) 32, 127-34.
16. Fowler JM et al. The Gynecologic Oncology Consult: Symptom Presentation and Concurrent Symptoms of Depression and Anxiety. *Obstetric & Gynecology* (2004). 103, 1211-7.
17. Crowther ME et al. Psychosexual implications of gynaecological cancer. *BMJ* (2004) 308, 869-70.
18. Musselman DL et al. Higher Than Normal Plasma Interleukin-6 Concentrations in Cancer Patients With Depression: Preliminary Findings. *Am J Psychiatry* (2001) 158:8, 1252-7.
19. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the Cancer Institute Monographs* (2004) No. 32.
20. Derogatis LR et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA* (1983) 249, 751-7.
21. Pirl WF. Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the Cancer Institute Monographs*, (2004) No. 32.
22. Holland JC et al. Reactions to Cancer Treatment. *Psych. Clinics of North America* (1979) 2, 347-58.
23. Holland JC. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine* (2002) 64, 206-21.
24. Rose RM. Endocrine Responses to Stressful Psychological Events. *Psychiatric Clinics of North America* (1980) 3, 251-76.
25. Hodo DW. Psychoneuroimmunology: Stress, Mental Disorders, and Health. (2001) 158, 1753.
26. Bovbjerg DH. Psychoneuroimmunology: a critical analysis of implications for oncology in the twenty-first century. p.416-426.
27. Iskandar Y. Pengukuran derajat depresi. Dalam: *Depresi dan Ansietas*. Yayasan Dharma Graha. Hal 79-87.

28. Massie MJ. Depression. In: Handbook of Psychology. Oxford University Press, 1990. p 283-90
29. Craig TJ, Abeloff. Psychiatric Symptomatology Among Hospitalized Cancer Patients. Am J Psychiatry 131: 12, December 1974. P. 1323-37.
30. Lansky SB et al. Absence of Depressive Disorder in Female Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, vol 3, No.11 (November) 1985. p. 1553-1560.
31. Evans DI et al. Depression in Women Treated for Gynecological Cancer: Clinical and Neuroendocrine Assesment. Am J Psychiatry 143: 4, April 1986. p.447-451.
32. Chochinov HM et al. Prevalence of Depression in the Terminally Ill: Effects of Diagnostic Criteria and Symptom Treshold Judgment. Am J Psychiatry 151:4, April 1994.
33. Peck A. Emotional Reactions to Having Cancer. Am J Roentgenol Radium (1972) 114: 591-99.
34. Forester BM, Kornfeld DS, Fleissnflss J. Psychiatric Aspects of Radiotherapy. Am J Psychiatry 135:8, August 1978. p.960-63
35. Thompson DS. Mirtazapine for the Treatment of Depression and Nausea In Breast and Gynecological. In: Psychosomatics 41,4: July-August 356-9.
36. Amir N. Depresi: Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana. Balai Penerbit. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta, 2005.

Lampiran 1.

**Departemen Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jl. Salemba 6, Jakarta Pusat.**

PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
No. Telepon :

Menyatakan sebagai berikut :

1. Telah mendapat keterangan secara lisan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh dokter pelaksana penelitian dengan judul : "Pengaruh Kemoradioterapi terhadap Peningkatan Frekuensi dan Derajat Gangguan Depresi pada Pasien Karsinoma Leher Rahim di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo".
2. Dapat mengerti manfaat dari penelitian ini secara umum dan secara khusus terhadap diri saya / anggota keluarga dan masyarakat secara keseluruhan.
3. Setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini sebagai subyek.

Jakarta, 2005

Dokter Pelaksana Penelitian

Saya yang menyatakan

(dr. Elly Ingkiriwang)

(.....)

Lampiran 2.

KUESIONER BIODATA

Biodata

1. Nama pasien :
2. Usia : (a) < 30 tahun
(b) 30 – 45 tahun
(c) > 45 tahun
3. Alamat :
4. No. Telpn :
5. Pekerjaan : (a) Bekerja
(b) Tidak bekerja
6. Pendidikan terakhir : (a) Tidak sekolah – tidak tamat/tamat SD/ sederajat
(b) Tidak tamat/tamat SMP/ sederajat
(c) Tidak tamat/tamat SMA/ sederajat
(d) Tidak tamat/tamat Diploma
(e) Tidak tamat/tamat Sarjana - lebih tinggi
7. Penghasilan tiap bulan : (a) Kurang dari Rp.500.000,00
(b) Rp.500.000,00 - Rp.1.000.000,00
(c) Lebih dari Rp1.000.000,00
8. Status perkawinan : (a) Belum menikah
(b) Menikah
(c) Hidup bersama
(d) Pisah
(e) Cerai
(f) Janda
9. Paritas : (a) Ya
(b) Tidak

10. Stadium klinik : (a) Stadium 0
(b) Stadium IA
(c) Stadium IB
(d) Stadium IIA
(e) Stadium IIB
(f) Stadium IIIA
(g) Stadium IIIB
(h) Stadium IVA
(i) Stadium IVB
12. Jenis obat : (a) Obat tunggal cisplatin
(b) Obat tunggal non-cisplatin :.....
(c) Obat kombinasi cisplatin :.....
(d) Obat kombinasi non-cisplatin:
13. Riwayat depresi dalam keluarga: (a) Ya
(b) Tidak

Lampiran 3

Stadium klinik KLR (FIGO 1995)

Stadium 0	Karsinoma in situ. Intraepitelial karsinoma
Stadium I	Karsinoma terbatas pada leher rahim (terlibatnya korpus uteri dapat diabaikan)
IA	Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan mikroskopis (invasi stroma dini)
IA1	Invasif pada stroma minimal
IA2	Kedalaman invasi < 5mm, diameter lesi 7 mm
IB	Lesi lebih besar dari IA2 dan secara klinis dapat atau tidak dapat terlihat
IB1	Diameter lesi < 4cm
IB2	Diameter lesi > 4 cm
Stadium II	Karsinoma meluas keluar uterus, tetapi belum mencapai dinding panggul atau 1/3 distal vagina
IIA	Proses belum mencapai parametrium
IIB	Telah mencapai parametrium
Stadium III	Proses mencapai 1/3 distal vagina, dinding panggul atau telah mengganggu fungsi ginjal dan / atau hidronefrosis
Stadium IV	Karsinoma meluas keluar rongga panggul, atau secara klinis telah meliputi mukosa kandung kemih atau rektum
IVA	Proses telah mencapai organ lain vesika urinaria dan rektum, hasil biopsi dari organ positif
IVB	Telah terjadi metastasis jauh

D. *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis-1 Disorder (SCID)*

SCID-I

STRUCTURE CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS I DISORDERS

VERSI BAHASA INDONESIA

JAN 2000 V.1.01

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Penelitian Genetik pada Psikosis di Indonesia

PERTANYAAN PENYARING SCID

Sekarang saya akan bertanya pada anda beberapa pertanyaan yang spesifik mengenai masalah-masalah yang anda pernah alami. Kita akan membahas dengan rinci lebih lanjut.

Apabila terdapat respon positif dari subjek untuk pertanyaan yang diajukan, maka pewawancara harus mengatakan pada pasien bahwa masalah tersebut akan dibahas lebih lanjut.

1. Apakah anda pernah suatu ketika minum minuman keras sedikitnya lima macam dalam waktu yang sama?

1	2	3
Lingkari "tidak" pada E1	Lingkari "ya" pada E1	

2. Apakah anda pernah menggunakan Narkoba?

1	2	3
Lingkari "tidak" pada E.10	Lingkari "ya" pada E.10	

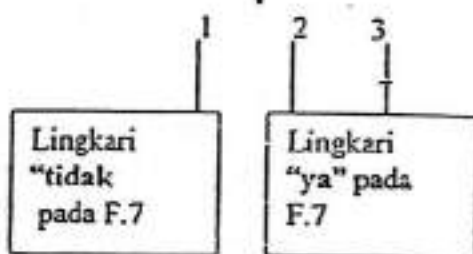
3. Apakah anda pernah mengalami ketergantungan pada obat-obatan yang diresepkan atau minum obat dengan dosis yang lebih dari yang diharuskan?

1	2	3
Lingkari "tidak" pada E.10	Lingkari "ya" pada E.10	

4. Apakah anda pernah mengalami serangan panik, pada saat tiba-tiba anda merasa ketakutan atau cemas atau tiba-tiba anda mengalami banyak gejala fisik?

1	2	3
Lingkari "tidak" pada F.1	Lingkari "ya" pada F.1	

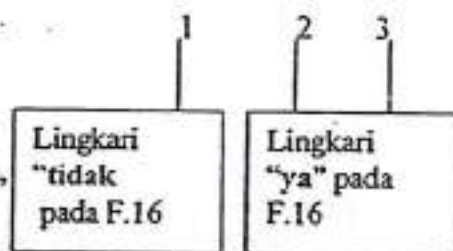
5. Apakah anda pernah merasa takut untuk keluar rumah sendirian, di tengah keramaian, berdiri pada garis atau dalam perjalanan memakai bis atau kereta? L



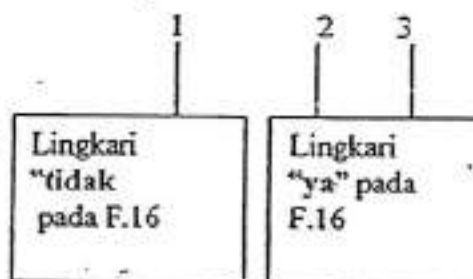
6. Apakah anda pernah merasa takut atau tidak nyaman melakukan sesuatu di depan orang banyak, misalnya berbicara, makan atau menulis?



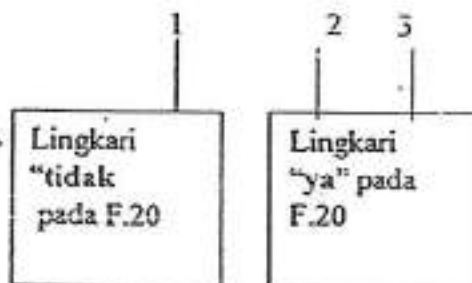
7. Apakah ada hal-hal yang anda takutkan secara khusus seperti naik pesawat terbang, melihat darah, takut pada ketinggian, tempat yang tertutup atau jenis serangga atau binatang tertentu?



8. Apakah anda pernah merasa terganggu dengan pikiran-pikiran yang tidak masuk akal dan terus memikirkannya walaupun anda telah berusaha membuang pikiran tersebut?



9. Apakah anda pernah melakukan suatu pekerjaan berulang-ulang dan tidak dapat menghentikannya, misalnya mencuci tangan berulang-ulang, menghitung angka-angka, atau memeriksa sesuatu berulang-ulang untuk memastikan kalau anda telah melakukannya dengan benar?



10. Dalam 6 bulan terakhir ini, apakah anda pernah merasa gugup atau cemas?

	1	2	3
Lingkari "tidak" pada F.31			
		Lingkari "ya" pada F.31	

11. Apakah anda pernah mengalami penurunan berat badan?

	1	2	3
Lingkari "tidak" pada H.1			
		Lingkari "ya" pada H.31	

12. Apakah anda sering mengalami nafsu makan yang sulit untuk dikontrol?

	1	2	3
Lingkari "tidak" pada H.4			
		Lingkari "ya" pada H.4	

A. EPISODE SUASANA PERASAAN

PADA BAGIAN INI EPISODE HIPOMANIK, MANIK, DEPRESI BERAT, GANGGUAN DISTIMIK, GANGGUAN SUASANA PERASAAN BERKEMBANGAN DENGAN KONDISI KESEHATAN PADA UMUMNYA, GANGGUAN SUASANA PERASAAN YANG DINDUKSIKAN OLEH OBAT-OBATAN, DAN CIRI-CIRI KHAS EPISODE AKAN DIEVALUASI. GANGGUAN DEPRESI BERAT DAN GANGGUAN BIPOLAR AKAN DIDIAGNOSIS PADA MODUL D.

EPISODE DEPRESI BERAT SAAT INI

KRITERIA MDE

Sekarang saya akan menanyakan lebih jauh tentang suasana perasaan Anda.

A. Lima (atau lebih) gejala berikut ada selama periode 2 minggu yang sama dan memperflibatkan perubahan dari kegunaan sebelumnya; sekurang-kurangnya satu gejala adalah (1) suasana perasaan depresi, atau (2) kehilangan minat untuk bersenang-senang.

Pada bulan lalu...

... apakah ada saat-saat ketika Anda merasa depresi atau tertekan hampir sepanjang hari setiap hari? (Seperti apa rasanya?)

JIKA YA: Berapa lama hal itu berlangsung? (Apakah selama 2 minggu?)

... Apakah Anda kehilangan minat dan kegembiraan pada hal-hal yang biasanya Anda sukai?

JIKA YA: Apakah hal itu berlangsung hampir setiap hari? Berapa lama? (Apakah selama 2 minggu?)

(1) Suasana perasaan mengalami depresi hampir sehari-hari, hampir tiap hari, yang diindikasikan oleh laporan subyektif (misalnya merasa sedih atau kosong) atau oleh observasi yang dibuat oleh orang lain (misalnya terlihat menangis). Catatan: Pada anak-anak dan orang dewasa bisa merupakan suasana perasaan yang mengganggu.

(2) Pengurangan minat atau kesenangan yang kentara terhadap semua hal, atau hampir semua hal, aktivitas sehari-hari, hampir setiap hari (seperti yang diindikasikan oleh laporan subyektif atau observasi orang lain).

?	1	2	3
			3

JIKA TIDAK ITEM (1) atau ITEM (2), pilih Kode "3".
Dilanjutkan ke
"EPISODE DEPRESI BERAT SEBELUMNYA"
A.12

CATATAN: BERI PERINGKAT UNTUK ITEM-ITEM SBB, KODE "1" JIKA DENGAN JELAS BERKEMBANGAN DENGAN KONDISI MEDIS PADA UMUMNYA, ATAU DELUSI SUASANA PERASAAN YANG ANEH ATAU HALUSINASI.

PADA PERTANYAAN-PERTANYAAN DI BAWAH INI, HARAP ANDA PUSATKAN PERIHAN PADA 2 MINGGU YANG TERBURUK DALAM BULAN LALU (ATAU 2 MINGGU YANG LALU YANG DEPRESINYA SETARA DENGAN SEBULAN PENUH)

Selama waktu ini (periode 2 minggu)...

... apakah Anda kehilangan atau bertambah berat badan? (Berapa banyak?) (Apakah Anda waktu itu sedang berupaya menurunkan berat badan?)

JIKA TIDAK: Bagaimana dengan nafsu makan Anda? (Jika dibandingkan dengan nafsu makan Anda biasanya?) (Apakah Anda harus memaksakan diri untuk makan?) (Makan [lebih sedikit/lebih banyak] daripada biasanya?) (Apakah hal tersebut berlangsung hampir setiap hari?)

... bagaimana dengan tidur Anda? (apakah Anda menyesuaikan kesulitan untuk tertidur, sering terbangun pada waktu sedang tidur, kesulitan tidur, terbangun lebih awal ATAU tidur terlalu lama? Berapa jam setiap malam jika dibandingkan dengan keadaan biasa? Apakah hal itu berlangsung setiap malam?)

...apakah Anda gelisah atau selalu ingin bergerak sehingga Anda tidak bisa duduk dengan tenang? (Apakah hal tersebut terjadi demikian menyolok, sehingga orang lain memperhatikan Anda? Apa yang mereka perhatikan? Apakah keadaan seperti ini berlangsung hampir setiap hari?)

JIKA TIDAK: Bagaimana dengan sebaliknya - berbicara atau bergerak lebih pelan daripada biasanya? (Apakah hal tersebut berlangsung demikian menyolok sehingga orang lain memperhatikan Anda? Apa yang mereka perhatikan? Apakah keadaan seperti ini berlangsung hampir setiap hari?)

...Seperti apa semangat Anda? (lelah terus menerus? Hampir setiap hari?)

(3) Kehilangan berat badan yang signifikan jika tidak sedang menjalani diet, atau berat badan naik (misalnya perubahan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan) atau penurunan atau peningkatan selera makan hampir tiap hari. ? 1 2 3

Catatan: Pada anak-anak, harap pertimbangkan kegagalan untuk mencapai kesulitan berat badan yang diinginkan.

Cek apakah:

___ berat badan turun atau penurunan nafsu makan
___ berat badan naik atau peningkatan nafsu makan

(4) Kesulitan untuk tidur/insomnia atau terlalu banyak tidur/hipersomnia hampir setiap hari. ? 1 2 3

Cek apakah:

___ insomnia
___ hipersomnia

(5) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (diobservasi oleh orang lain, tidak hanya perasaan subyektif akan kelelahan atau menjadi lambat). ? 1 2 3

CATATAN: PERTIMBANGKAN JUGA TINGKAH LAKU SELAMA WAWANCARA

Cek apakah:

___ retardasi psikomotor
___ agitasi psikomotor

(6) Lelah atau kehilangan energi hampir setiap hari. ? 1 2 3

44

Selama waktu ini ...

... apa yang Anda rasakan tentang diri Anda sendiri? (tidak berharga? (Hampir setiap hari?)

JIKA TIDAK: Bagaimana dengan rasa bersalah atas hal-hal yang sudah Anda perbuat dan tidak perbuat? (Hampir setiap hari?)

(7) Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau yang tidak pada tempatnya (yang mungkin merupakan delusi) hampir setiap hari (tidak hanya perasaan "saya yang bertanggung jawab" atau rasa bersalah karena sakit)

7 1 2 3

CATATAN: BERI KODE "1" ATAU "2" JIKA HANYA RENDAHNYA RASA PERCAYA DIRI

Cek apakah:

- ... perasaan tidak berharga
- ... perasaan bersalah yang tidak pada tempatnya

... Apakah Anda mengalami kesulitan untuk berpikir atau konsentrasi? Apa yang menyebabkannya? (Apakah hampir setiap hari?)

JIKA TIDAK: Apakah sulit bagi Anda untuk memutuskan hal-hal yang rutin? (hampir setiap hari?)

(8) Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi, atau tidak mampu mengambil keputusan, hampir setiap hari (oleh laporan subjektif atau observasi oleh orang lain)

Cek apakah:

- ... berkurangnya kemampuan untuk berpikir
- ... ketidakmampuan untuk mengambil keputusan

... Apakah segala sesuatu begitu buruknya sehingga Anda berpikir tentang kematian atau Anda lebih baik mati? Apakah Anda berpikir untuk menyakiti diri sendiri?

JIKA YA: Apakah Anda melakukan sesuatu untuk menyakiti diri Anda sendiri?

(9) Pikiran yang berulang-ulang tentang kematian (bukan takut akan mati), ide yang berulang-ulang untuk bunuh diri tanpa rencana yang pasti, atau percobaan bunuh diri atau rencana khusus untuk bunuh diri.

7 1 2 3

CATATAN: BERI KODE "1" UNTUK MENYAKITI DIRI SENDIRI DENGAN ATAU RENCANA UNTUK BUNUH DIRI

Cek apakah:

- ... pikiran tentang kematian sendiri
- ... ide untuk bunuh diri
- ... rencana yang khusus
- ... Percobaan untuk bunuh diri

SEDIKITNYA LIMA DARI YANG DISEBUT DI ATAS GEJALA-GEJALA [A (1-9)] DIBERI KODE "3" DAN SEDIKITNYA SATU DARI JUMLAH INI ADALAH ITEM (1) ATAU (2)

CATATAN: Kriteria B DSM IV (yaitu yang tidak cocok dengan kriteria untuk Episode Campuran) telah dihilangkan dari SCID.

1 3
Dilanjutkan ke "EPISODE DEPRESI BERAT SEBELUMNYA" A.12

3 5

JIKA TIDAK JELAS: Apakah (episode depresi/bata-bata sendiri) menyulitkan Anda Untuk melakukan pekerjaan Anda, mengurus rumah, atau bergaul dengan orang lain?

B. Gejala yang menyebabkan khawatir yang secara klinik signifikan atau kegagalan dalam fungsi sosial, pekerjaan dan fungsi lain yang penting, signifikan secara klinik.

7 1 2 3

Dilanjutkan ke "EPISODE DEPRESI BERAT SEBELUMNYA" A.12

CATATAN: Kriteria B DSM IV (yaitu yang tidak cocok dengan kriteria untuk Episode Campuran) telah dihilangkan dari SCID.

Persis sebelum ini mulai, apakah Anda sakit secara fisik?

C. Gejala-gejala tersebut tidak berhubungan dengan efek langsung obat-obatan secara fisiologis (misalnya penyalahgunaan obat, pengobatan) atau dengan kondisi kesehatan pada umumnya.

1 3

KARENA ZAT ATAU KEMU DILANJUTKAN KE "EPISODE DEPRESI BERAT SEBELUMNYA" A.12

JIKA YA: Apa yang dikatakan dokter?

Persis sebelum ini mulai, apakah Anda menggunakan obat-obatan?

JIKA TERDAPAT INDIKASI BAHWA DEPRESI MUNGKIN SEKUNDER (YAITU AKIBAT LANGSUNG DARI GMC ATAU OBAT-OBATAN, KE GMC/OBAT-OBATAN,* A.13, DAN KEMBALI LAGI KESINI UNTUK MENDAPATKAN PERINGKAT "1" ATAU "3".

EPISODE ALAM PERASAAN UTAMA

Persis sebelum ini mulai, apakah Anda minum alkohol atau memakai narkoba?

Yang termasuk dalam Faktor Penyebab Kondisi Medis Pada Umumnya adalah: penyakit-penyakit degeneratif neurologis (misalnya penyakit-penyakit Parkinson), penyakit cerebrovaskular (mis. Stroke), kondisi-kondisi metabolis (kekurangan Vit. B-12) kondisi-kondisi endokrin (mis. Hipertiroid, hipotiroid, hiper- dan hipoadrenokortisisme) infeksi karena virus atau sebab lainnya (mis. Hepatitis, mononucleosis, HIV), dan kanker-kanker tertentu (mis. Carcinoma pancreas).

Yang termasuk obat-obatan yang pernah dipakai: Alkohol, amfetamin, kokain, halusinogen, inhalan, opiods, phenacyclidine, zat-zat sedatif, hipnotik, anxiolitik. Obat-obatan termasuk: antihipertensi, kontrasepsi oral/golongan, kortikosteroid golongan anabolic steroid, obat anti kanker, analgesik, antikolinergics, obat untuk jantung.

LANJUTKAN DIBAWAH INI

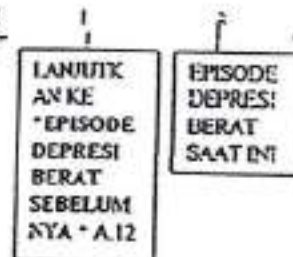
W
M

(Apakah hal ini mulai segera setelah seseorang yang dekat dengan Anda meninggal?)

D. Gejala tidak membaik karena kehilangan orang yang ditinggalkan, gejala memotap lebih daripada 2 bulan atau yang ditandai dengan kerusakan fungsi yang jelas terlihat, adanya morbid dengan perasaan tidak berharga, ide bunuh diri, atau retardasi psikomotor.



KRITERIA A, B, C DAN D EPISODE DEPRESI BERAT DIBERI KODE "3"



Dalam hidup, berapa kali (dalam waktu yang berbeda) Anda merasa (depresi/ dengan kata-kata sendiri) hampir setiap hari selama paling sedikit 2 minggu dan mempunyai banyak gejala yang Anda sebutkan, misalnya (...)

Jumlah Episode Depresi Berat termasuk yang saat ini (KODE 99 JIKA JUMLAH TERLALU BANYAK ATAU TERLALU SUKAR UNTUK DIBEDAKAN)

CATATAN: REKAMAN PERINCIAN TENTANG EPISODE DAHULU, ADA DI J.9 (OPTIONAL)

CIRI KHUSUS DEPRESI BERAT SAAT INI

DENGAN AWAL SETELAH MELAHIRKAN

Jika tidak diketahui: Kapan gejala-gejala depresi mulai?

DENGAN CIRI KATATONIK

DARI OBSERVASI ATAU DAFTAR RIWAYAT

DENGAN AWAL SETELAH MELAHIRKAN

Awitan episode dalam waktu 4 minggu pasca persalinan

KRITERIA CIRI KATATONIK

Gambaran klinis didominasi oleh paling sedikit 2 dari sebagai berikut:

(1) ketidakmampuan motorik yang dibuktikan dengan kataplexi (termasuk fleksibilitas waxy) atau mati rasa

GAMBARAKAN TINGKAH LAKU KHUSUS:

(2) aktivitas motorik yang berlebihan (yaitu yang jelas-jelas tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan-rangsangan luar)

GAMBARAKAN TINGKAH LAKU KHUSUS:

(3) Penyangkalan yang ekstrem (yang jelas-jelas berupa pelanggaran tanpa motif terhadap semua instruksi atau pertahanan dengan postur tubuh kaku terhadap usaha-usaha untuk memindahkan atau mutasi).

GAMBARAKAN TINGKAH LAKU KHUSUS:

(4) ketidaksenangan gerakan involunter yang dibuktikan dengan sikap (asumsi involunter terhadap sikap aneh yang tidak pada temporer), gerakan-gerakan yang stereotip, tingkah laku yang mencolok, atau menyertai dengan mencolok.

GAMBARAKAN TINGKAH LAKU KHUSUS:

1 1 3
DENGAN AWAL SETELAH MELAHIRKAN

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

(5) Echolalia (suara patologis seperti
berbunyi mengulang, dan jelas-jelas
berupa pengulangan kata atau frasa tanpa
makna, yang ditiru dari orang lain)
echoprosia (imitasi gerakan orang lain
yang diulang-ulang)

7 1 2 3

GAMBARAKAN TINGKAH LAKU
KHUSUS:

SEDEKITNYA 2 ITEM DIBERI KODE "3"



"DENGAN CIRI MELANKOLIS"

KRITERIA CIRI MELANKOLIS

JIKA TIDAK DIKETAHUI:

Selama (waktu episode saat ini), kapan perasaan Anda paling buruk?

Selama waktu itu kapan perasaan Anda paling buruk.....

KODE BERDASARKAN PADA ITEM A2 (HALAMAN A.1) HANYA JIKA WAKTU YANG PALING BURUK BERTHUBUNGAN DENGAN PERIODE YANG DITANYAKAN PADA HALAMAN A.1

Jika suatu hal baik terjadi pada Anda atau seseorang mencoba untuk membuat Anda senang, apakah Anda merasa, paling tidak, lebih enak sementara waktu?

A. Salah satu dari yang berikut, terjadi selama periode yang paling menyakitkan pada episode saat ini:

(1) kehilangan kesenangan dalam semua, atau hampir semua, aktivitas ? 1 2 3

(2) ketidakadaan reaksi terhadap rangsangan yang biasanya menyenangkan (tidak merasa lebih baik, bahkan untuk waktu sementara, ketika suatu hal yang menyenangkan terjadi) ? 1 2 3

JIKA BUKAN A(1) ATAU A(2) PILIH 3 LANJUTKAN KE "CIRI NONTIPIKAL" - A.10

Selama waktu itu ketika perasaan Anda paling buruk...

Apakah perasaan anda (DENGAN KATA-KATA SENDIRI UNTUK SUASANA PERASAAN DEPRESI) berbeda dengan perasaan yang Anda ingin, asalkan jika seseorang yang dekat dengan Anda meninggal? (atau suatu buruk yang lain terjadi pada diri Anda)

JIKA YA: Apa perbedaannya?

Apakah perasaan Anda biasanya buruk pada pagi hari?

B. Tiga (atau lebih) dari yang berikut:

(1) kualitas yang berbeda tentang alam perasaan depresi (yaitu alam depresi disadari sebagai hal yang berbeda dari macam perasaan yang dirasakan jika seseorang yang disayangi meninggal) ? 1 2 3

(2) depresi secara teratur menjadi lebih buruk pada pagi hari ? 1 2 3

KODE BERDASARKAN A6 (HALAMAN A.2) JIKA BULAN SEKARANG ADALAH PERIODE YANG PALING BURUK

JIKA TIDAK JELAS: Jam berapa Anda bangun pada pagi hari? (Lebih pagi berapa lama daripada waktu bangun Anda pagi-pagi [sebelum Anda depresi]?)

(3) bangun pagi yang lebih awal (paling tidak 2 jam lebih awal daripada waktu bangun yang biasa) 7 1 2 3

KODE BERDASARKAN A9 (HALAMAN A.2) JIKA BULAN SEKARANG ADALAH PERIODE YANG PALING BURUK

KODE BERDASARKAN A3 (HALAMAN A.2) JIKA BULAN SEKARANG ADALAH PERIODE YANG PALING BURUK

KODE BERDASARKAN A13 (HALAMAN A.3) JIKA BULAN SEKARANG ADALAH PERIODE YANG PALING BURUK

JIKA TIDAK JELAS: Apakah Anda merasa bersalah atas apa yang telah Anda lakukan dan yang tidak Anda lakukan?

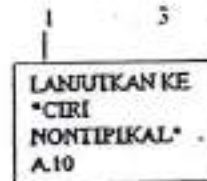
JIKA YA: Contohnya!

(4) keterlambatan atau agitasi psikomotor yang kentara 7 1 2 3

(5) anorexia atau kehilangan berat badan yang signifikan 7 1 2 3

(6) rasa bersalah yang berlebihan atau tidak pada tempatnya 7 1 2 3

SEKURANG-KURANGNYA TIGA ITEM B DIBERI KODE "3"



KRITERIA A DAN B DIBERI KODE "3"



DENGAN CIRI KHAS YANG NONTIPIKAL/BIASA

KRITERIA CIRI-CIRI NONTIPIKAL

JIKA EPISODE SEKARANG MEMPUNYAI CIRI KHAS MELANKOLIS ATAU KATATONIK, CEK DISINI _____ DAN MAJU KE * EPISODE KINI MANIK * A.18.

Selama waktu dua minggu terakhir...

Ciri khas berikut yang paling penting dan paling mudah dilihat selama 2 minggu yang paling akhir pada episode depresi yang utama:

CATATAN: PERTANYAAN BERIKUT SUDAH DIBERIKAN PADA HALAMAN A.8 DENGAN TITIK CIRI MELANKOLIS:

Jika sesuatu hal yang baik terjadi terhadap diri Anda, atau seseorang mencoba untuk menyenangkan Anda, apakah Anda merasa lebih baik. Paling tidak untuk sementara waktu?

A. Aktivitas kembali suasana perasaan (yaitu suasana perasaan menjadi ceria sebagai respons atas kejadian nyata atau yang berpotensi untuk menjadi kejadian positif)

? 1 2 3

LANJUTKAN KE *EPISODE MANIK SAAT INI,* A.18

B. Dua (atau lebih) dari ciri-ciri berikut:

KODE BERDASARKAN PADA A3 (HALAMAN A.2)

(1) Kenaikan berat badan yang signifikan atau bertambahnya nafsu makan

? 1 2 3

Berapa jam (dalam periode 24 jam) Anda biasanya tidur (termasuk tidur siang)?

(2) hipersomnia/terlalu banyak tidur

? 1 2 3

CATATAN: KODE "3" JIKA LEBIH DARI 10 JAM SEHARI

Apakah tangan dan kaki Anda sering merasa berat (seperti ditarik)?

(3) Lumpuh (yaitu rasa berat dan kaku pada tangan atau kaki)

? 1 2 3

Apakah Anda sangat sensitif dengan bagaimana orang lain memperlakukan Anda?

(4) Sensitivitas untuk menolak hubungan antar individu yang terpolo sejak lama (tidak terbatas pada episode gangguan suasana perasaan) yang menyebabkan rusaknya kodadukan sosial dan pekerjaan.

? 1 2 3

Apa yang terjadi pada diri Anda jika seseorang menolok, mengkritik atau menghina Anda? (Apakah Anda merasa tertekan, atau marah?) (Untuk berapa lama?) (Apakah reaksi Anda sangat ekstrem dibandingkan dengan reaksi orang lain pada kasus yang sama?)

Apakah Anda menghindari hal-hal atau orang lain karena Anda takut ditolak atau dikritik?

MINIMAL DUA KRITERIA "B" DIBERI
KODE "3"



C. Kriteria yang tidak cocok untuk "Dengan Ciri Melankolis" atau "Dengan Ciri Katatonik" selama periode yang sama.



KRITERIA A, B, DAN C DIBERI KODE "3"

