



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *THOUGHT STOPPING* TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN KELUARGA (*CAREGIVER*) DENGAN ANAK
USIA SEKOLAH YANG MENJALANI KEMOTERAPI
DI RSUPN DR CIPTO MANGUNKUSUMO**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

OLEH

**Mahnum Lailan Nasution
0806483481**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPARAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Mahnum Lailan Nasution

NPM : 0806483481

Tanda Tangan :

Tanggal : 11 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Mahnum Lailan Nasution
NPM : 0806483481
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Achir Yani S. Hamid, MN.,DN.Sc

Pembimbing : Novy Helena C.D. S.Kp.,MSc

Penguji : Mustikasari, S.Kp.,MARS

Penguji : Ns. Fauziah, S.Kep.,M.Kep,Sp.Kep.J

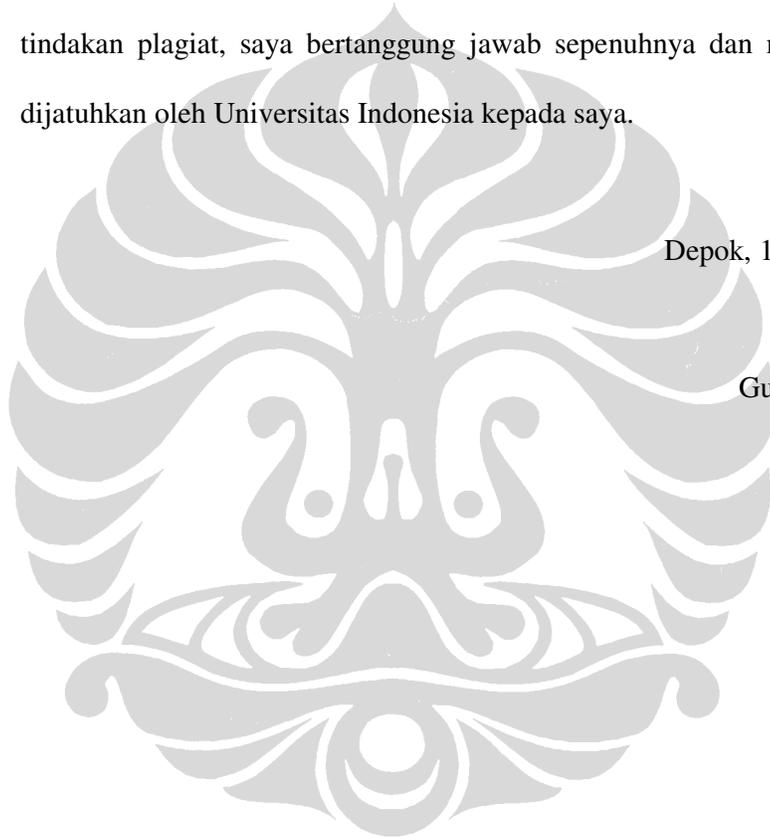
Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juli 2011

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 11 Juli 2011

Guslinda



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan cinta dan kasih sayang untuk seluruh umat manusia di muka bumi. Atas izin-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo”**. Tesis ini disusun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk meraih gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis ini, peneliti tidak lepas mendapatkan petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati, peneliti menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N selaku koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
3. Prof. Achir Yani S, Hamid., M.N., D.N.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
4. Novy Helena, C.D., S.Kp., M.Sc, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta berbagai masukan dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
5. Direktur utama RSUPN Dr Cipto Mangunkusomo Jakarta yang telah memberikan izin pengambilan data dan penelitian di RSUPN Dr Cipto Mangunkusomo.
6. Direktur utama RS Kanker Darmais yang telah bekerjasama dan memberikan dukungan dalam proses penelitian.
7. Seluruh staf perawat dan dokter di ruang perawatan anak non infeksi RSUPN Dr Cipto Mangunkusomo dan RS Kanker Darmais.

8. Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga peneliti mampu menyusun tesis ini.
9. Seluruh keluarga (caregiver) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang telah berpartisipasi menjadi responden sehingga peneliti mampu menyelesaikan tesis ini.
10. Suami dan buah hati tercinta yang senantiasa memberikan dukungan besar selama menempuh studi.
11. Kedua orang tua yang tercinta yang selalu memberikan dorongan berupa kasih sayang dan cinta kasih yang tidak terbatas.
12. Rekan-rekan mahasiswa angkatan V Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa yang senasib dan sepenanggungan.
13. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan proposal tesis ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Besar harapan peneliti agar tesis ini dapat bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan umumnya bagi pengembangan ilmu keperawatan jiwa. Amien.

Depok, Juli 2011

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mahnum Lailan Nasution
NPM : 0806483481
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal: 11 Juli 2011
Yang menyatakan

(Mahnum Lailan Nasution)

ABSTRAK

Nama : Mahnum Lailan Nasution
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa
Judul : Pengaruh *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

Kanker pada anak 4,9 % dari kanker pada semua usia (Depkes, 2009) dan menimbulkan beban bio-psiko-sosio-spiritual bagi penderita dan keluarga (*caregiver*) khususnya kecemasan. Tujuan penelitian mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Penelitian dilakukan di di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo terhadap 46 responden, yaitu 23 responden sebagai kelompok intervensi dan 23 responden sebagai kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat kecemasan ringan pada keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada kelompok yang diberikan dan tingkat kecemasan sedang pada kelompok diberikan *thought stopping* ($p\text{-value} < \alpha$). Rekomendasi penelitian diutamakan kepada pelayanan kesehatan di rumah sakit umum agar menindaklanjuti dan bekerjasama dengan perawat spesialis jiwa dalam mengatasi kecemasan keluarga (*caregiver*)

Kata kunci : anak usia sekolah, kecemasan, keluarga (*caregiver*), kemoterapi, *thought stopping*,

ABSTRACT

Name : Mahnum Lailan Nasution
Study Program : Nursing Science Magister, Psychiatric Nursing Specialistic
Title : The Influence of Thought Stopping to the Anxiety Level of Family (*Caregiver*) with the School-Age Children Undergoing Chemotherapy in RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

Cancer on children is 4,9 % of cancer in all age (Depkes, 2009) and raises the burden of bio-psycho-socio-spiritual for patients and families (*caregivers*), especially anxiety. The research objective is to explain the influence of thought stopping therapy to the anxiety level of family (*caregiver*) with school-age children undergoing chemotherapy. Research conducted in RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo against 46 respondents: 23 respondents as the intervention group and 23 respondents as the control group. The results shows mild anxiety levels in the group given thought stopping and moderate anxiety levels in the group not given thought stopping ($p\text{-value} < \alpha$). Recommendations of this study preferred to health care in public hospitals in order to follow up the results of this study in collaboration with psychiatric nurse specialist to cope the anxiety of family (*caregiver*).

Key words : anxiety, chemotherapy, family (*caregiver*), school-age children, *thought stopping*.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Kanker	10
2.2 Teori Perkembangan Psikososial	13
2.3 Konsep Keluarga	13
2.4 Konsep Kecemasan	20
2.5 Terapi Generalis Untuk Mengatasi Kecemasan	40
2.6 Konsep Terapi <i>Thought Stopping</i>	40
2.7 Model Konsep Keperawatan Stres Adaptasi Roy	47
2.8 Kerangka Teori	55
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL	56
3.1 Kerangka Konsep	56
3.2 Hipotesis	57
3.3 Definisi Operasional	58
BAB 4 METODE PENELITIAN	61
4.1 Desain Penelitian	61
4.2 Populasi dan Sampel	62
4.3 Tempat Penelitian	66
4.4 Waktu Penelitian	67
4.5 Etika Penelitian	67
4.6 Alat Pengumpulan Data	68

4.7 Uji Coba Instrumen	70
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.9 Analisis Data.....	75
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	79
5.1 Proses Pelaksanaan <i>Thought stopping</i> Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi.....	79
5.2 Karakteristik Responden	81
5.3 Perbedaan Kecemasan Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum dan Sesudah <i>Thought stopping</i> pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	87
5.4 Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi Sesudah <i>Thought stopping</i> Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	89
BAB 6 PEMBAHASAN.....	91
6.1 Perbedaan Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	91
6.2 Pengaruh <i>Thought Stopping</i> Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri	95
6.3 Pengaruh <i>Thought stopping</i> Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi	100
6.4 Keterbatasan Penelitian	102
6.5 Implikasi Hasil Penelitian.....	103
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	105
7.1 Simpulan	105
7.2 Saran	105

DAFTAR REFERENSI
LAMPIRAN

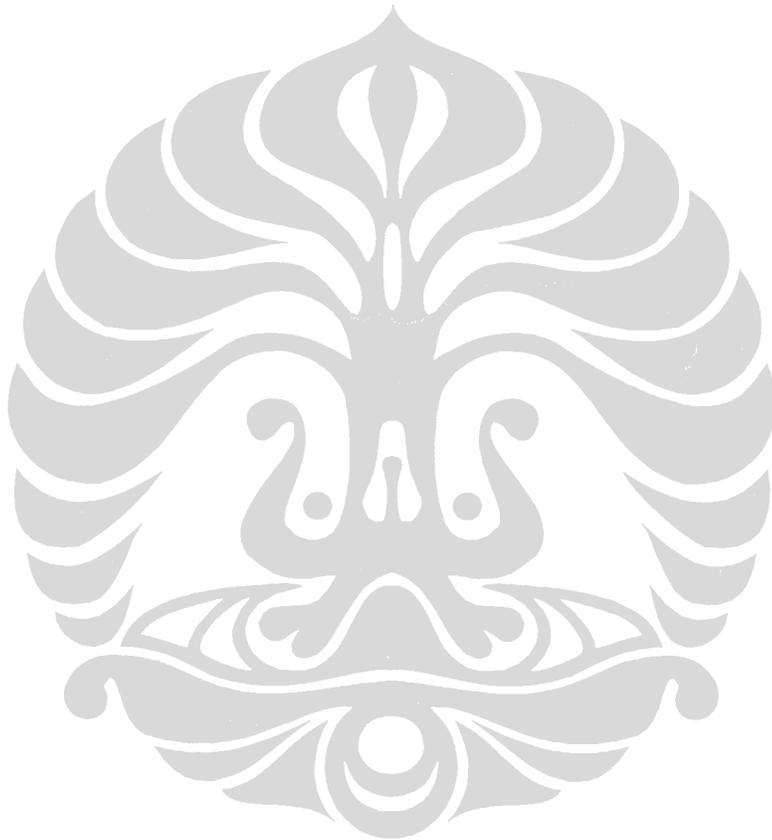
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian	55
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	57
Skema 4.2 Kerangka Kerja Pengaruh Terapi <i>Thought Stopping</i> Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (<i>caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo	72



DAFTAR GAMBAR

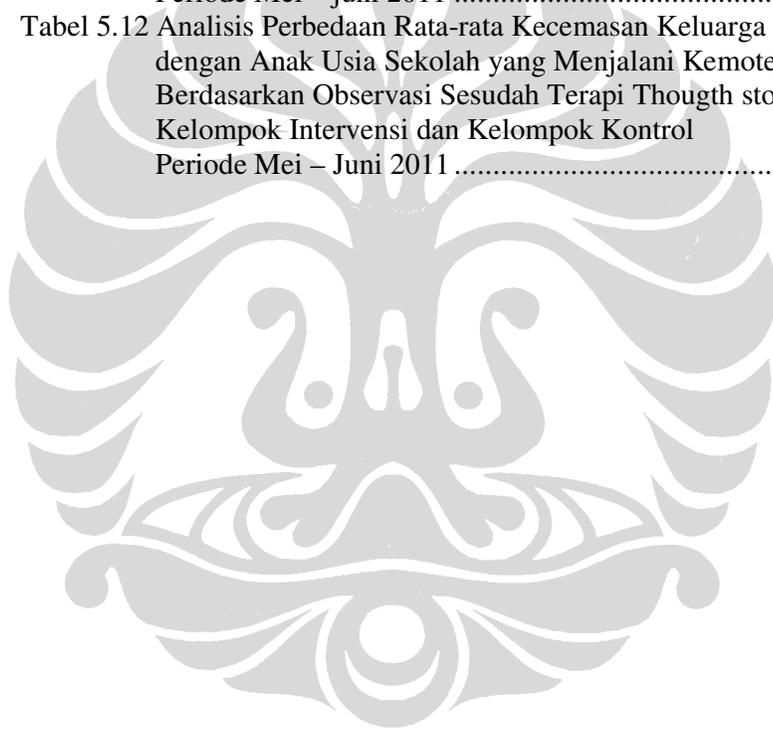
Gambar 2.1 Gambar Teori Adaptasi Sister Callista Roy 53



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Respon Tingkat Kecemasan.....	29
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Variabel Penelitian.....	59
Tabel 4.2	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi <i>Thought Stopping</i> Terhadap Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo	78
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Usia pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011	81
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Rawat Anak pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011	82
Tabel 5.3	Analisis Kesetaraan Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Rawat Anak Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011	83
Tabel 5.4	Analisis Kesetaraan Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Usia dan Kecemasan Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011	84
Tabel 5.5	Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Terapi <i>Thought Stopping</i> Periode Mei – Juni 2011	85
Tabel 5.6	Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi berdasarkan Observasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Terapi <i>Thought Stopping</i> Periode Mei – Juni 2011	86
Tabel 5.7	Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Intervensi Periode Mei – Juni 2011	87
Tabel 5.8	Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (<i>Caregiver</i>) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi pada Kelompok Intervensi Periode Mei – Juni 2011	87

Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Kontrol Periode Mei – juni 2011	88
Tabel 5.10 Analisis Perbedaan Skor Kecemasan Keluarga (caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi pada Kelompok Kontrol Periode Mei – juni 2011	89
Tabel 5.11 Analisis Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri Sesudah Terapi <i>Thought Stopping</i> antara antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – juni 2011	89
Tabel 5.12 Analisis Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi Sesudah Terapi <i>Thought stopping</i> antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011	90



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Kuisisioner A (Data Demografi Pasien)
- Lampiran 4 Kuisisioner B (Instrumen Kecemasan Keluarga/ Caregiver dengan Anak yang Menjalani Kemoterapi)
- Lampiran 5 Kuisisioner C (Instrumen Observasi Tanda dan Gejala Kecemasan)
- Lampiran 6 Modul Panduan Terapi Thought Stopping
- Lampiran 7 Buku Kerja Terapi Thought Stopping
- Lampiran 8 Jadwal Rangkaian Peneliti
- Lampiran 9 Keterangan Lolos Kaji Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 10 Keterangan Lolos Kaji Etik RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- Lampiran 11 Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker adalah penyakit dimana kondisi sel-sel abnormal tumbuh membelah tak terkontrol dan dapat menyerang jaringan lain pada tubuh. Sel-sel kanker dapat menyebar kebagian tubuh lainnya melalui aliran darah dan sistem kelenjar getah bening (Otto, 2003). Kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia. Di dunia 12% seluruh kematian disebabkan oleh kanker dan pembunuh nomor dua setelah penyakit kardiovaskular. Menurut data World Health Organization (WHO) dan Bank Dunia, pada tahun 2005 diperkirakan setiap tahunnya, 12 juta orang diseluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta diantaranya meninggal dunia. Jika tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker pada tahun 2030. Ironisnya kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang (International Union Against Cancer, 2009 dalam Depkes, 2009).

Menurut data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2006, kanker terbanyak pada pasien rawat inap adalah kanker payudara, disusul kanker leher rahim, kanker hati dan saluran empedu intra hepatic, limfoma non hodgkin dan leukemia. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 di Indonesia prevalensi tumor/ kanker adalah 4,3 per 1000 penduduk. Kanker merupakan penyebab kematian ke tujuh setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal dan diabetes mellitus.

Sementara itu berdasarkan data registrasi kanker berbasis rumah sakit di DKI Jakarta tahun 2005, kanker pada anak usia 0-17 tahun terbanyak adalah leukemia, neuroblastoma, retinoblastoma, osteosarcoma dan lymphoma non hodgkin. Depkes (2009) menjelaskan bahwa kanker pada anak merupakan

4,9% dari kanker pada semua usia. Kanker pada anak dalam hal kejiwaan berbeda dari dewasa. Masih diperlukan kerjasama erat dalam hal nutrisi, perawatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Sasaran terapi kanker anak adalah mengupayakan remisi lengkap, sembuh tuntas. Berdasarkan kekhususan pada fase tumbuh anak, peran multi disiplin dalam menentukan cara pengobatan untuk mengupayakan efek terapi terbaik, efek buruk jangka panjang minimal serta hidup ideal (Desen, 2008). Hockenbery dan Wilson (2007) menyatakan kemoterapi merupakan cara pengobatan efektif untuk menangani kanker pada anak. Kemoterapi dapat menjadi bentuk pengobatan primer atau tambahan pada terapi pembedahan atau radio terapi dalam pengobatan untuk anak yang menderita penyakit kanker.

Penyakit kanker diderita oleh berbagai tahapan usia, salah satunya yaitu usia sekolah. Menurut Erikson (1963, dalam Wong dkk, 2009) bahwa tugas perkembangan yang harus dicapai pada tahapan usia sekolah adalah menyelesaikan tugas yang diberikan, mempunyai rasa bersaing, terlibat dalam kegiatan kelompok, berinteraksi dan berkelompok dengan teman sebaya. Pada anak usia sekolah yang menderita kanker akan terganggu proses tugas perkembangannya yang disebabkan oleh karena harus dirawat di rumah sakit. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak berpisah dengan lingkungan yang dicintainya yaitu keluarga dan kelompok sosialnya dan menimbulkan kecemasan. Kehilangan kontrol juga terjadi akibat dirawat di rumah sakit karena adanya pembatasan aktifitas.

Wong (2009) menjelaskan bahwa hospitalisasi pada anak akan berdampak pada perubahan peran keluarga, ketidakmampuan fisik, takut terhadap kematian, penelantaran atau cedera permanen, kehilangan penerimaan kelompok sebaya, kurangnya produktivitas dan ketidakmampuan untuk menghadapi stress sesuai harapan budaya yang ada dapat menyebabkan kehilangan kendali. Bagi anak usia sekolah terjadi ketergantungan pada aktivitas dan dapat menjadi ancaman langsung bagi rasa aman mereka karena akibat pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Kondisi yang

Universitas Indonesia

membuat anak merasa tidak nyaman diantaranya yaitu tirah baring yang dipaksakan, penggunaan pispot, ketidakmampuan memilih menu, kurangnya privasi, bantuan mandi ditempat tidur atau berpindah dengan kursi roda atau brankar.

Menurut Wong dkk (2009) aspek perkembangan pada anak usia sekolah yang diakibatkan oleh penyakit kronis berdampak pada berkurangnya kesempatan untuk meraih prestasi dan berkompetisi, bersosialisasi serta belum mampu memahami mengenai penyebab keterbatasan fisik serta program pengobatan yang dijalani. Hasil riset yang dilakukan oleh Eisser (1990 dalam Stuble, 2008) menjelaskan bahwa anak yang dirawat pertama kali dirumah sakit berhubungan dengan pengalaman traumatik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Renick dkk (2004) bahwa anak usia sekolah yang dirawat di ruang *pediatric intensive care unit* (PICU) akan mengalami gejala *post traumatic stress*. Aquilera-Perez dan Whetsell (2007), Khatalae (2007) dan Stuble (2008) menyimpulkan bahwa anak usia sekolah juga dilaporkan mengalami berbagai tingkat kecemasan selama hospitalisasi.

Selain masalah psikososial yang dialami selama proses pengobatan kanker di rumah sakit masalah fisik yang juga dialami oleh anak yang menjalani kemoterapi akibat penyakit kanker. Efek samping masalah fisik yang paling banyak ditemukan meliputi depresi sumsum tulang belakang, mual muntah, diare, kehilangan rambut, stomatitis dan masalah - masalah kulit (Hesket, 2008). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Duff (2006, dalam Wong, 2009) bahwa anak yang telah diberikan kemoterapi dilaporkan mengalami nyeri, gangguan tidur dan kelemahan selama lebih dari lima hari. Penelitian Apriany (2009) tentang mual muntah yang terjadi pada anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi menunjukkan bahwa sebagian besar anak yang memiliki riwayat mual muntah pada kemoterapi sebelumnya adalah sebanyak 70% namun bila dilihat lebih lanjut ada sebagian anak yang tidak memiliki pengalaman mual muntah pada kemoterapi sebelumnya adalah sebanyak 30%. Menurut Perwitasari (2006)

Universitas Indonesia

menjelaskan lebih lanjut bahwa efek samping pemberian kemoterapi yang dialami anak berada pada rentang ringan hingga berat, dimana mual muntah merupakan hal yang menakutkan bagi penderita dan keluarga.

Selama proses hospitalisasi, keluarga atau orang yang berperan penting dalam merawat (*caregiver*) banyak merasakan pengalaman yang menimbulkan trauma sehingga berdampak pada perawatan anak selama di rumah sakit. Peran keluarga (*caregiver*) untuk dapat memberikan respon terhadap proses hospitalisasi sangat diperlukan pada anak yang mengalami kecemasan (Supartini, 2004). Respon keluarga (*caregiver*) terhadap anak yang mengalami kanker dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan keunikan keluarga. Keluarga (*caregiver*) biasanya membebaskan yang sakit dari segala kewajibannya dan memberikan layanan dan bantuan secara penuh dan mengharapkan tidak banyak terjadi perubahan perilaku anak yang sakit (Doherty, 1992 dalam Wong dkk, 2009).

Respon keluarga (*caregiver*) dapat ditunjukkan melalui proses penyesuaian diri dengan penyakit, diagnosis dan pengobatan anak yang menderita penyakit serius atau mengancam jiwa dapat menyebabkan krisis keluarga. Kondisi tersebut dapat terjadi apabila keluarga (*caregiver*) mengalami masa ketidakteraturan sebagai respon terhadap stresor kesehatan yang besar (Hill, 1940; Murray, 2000 dalam Friedman 2010). Menurut Otto (2003) krisis adalah keadaan yang timbul bila seseorang menghadapi masalah penting dalam kaitannya dengan tujuan hidup dan saat masalah tersebut tidak dapat diatasi melalui penggunaan metode pemecahan masalah yang biasanya.

Kanker seringkali menimbulkan beban bio-psiko-sosio-spiritual bagi penderita dan keluarga (*caregiver*). Hal tersebut dapat disebabkan oleh karena faktor biaya pengobatan yang sangat tinggi, lama waktu pengobatan, perasaan cemas dan penderitaan fisik yang berat. Friedman (2010) menegaskan lebih lanjut bahwa dampak dari beban ekonomi dan sosial ini dapat menyebabkan terjadinya disfungsinya kehidupan keluarga. Kepala

Universitas Indonesia

keluarga atau pencari nafkah keluarga yang mempunyai anak yang mengalami penyakit kanker tentu akan menurunkan produktifitas dalam keluarga tersebut. Menurunnya tingkat produktifitas dapat mengakibatkan terganggunya ekonomi keluarga. Ekonomi keluarga yang terganggu akan mengganggu fungsi keluarga (*caregiver*) yang merupakan satu sistem yang saling mempengaruhi satu sama lainnya dalam keluarga. Selain itu dampak beban juga dirasakan sebagai reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, dan kecemasan dan keadaan memalukan dalam situasi sosial, stress coping dengan perilaku yang kacau dan frustrasi dalam keluarga sehingga hal ini merupakan beban tersendiri bagi keluarga.

Kecemasan yang terjadi pada keluarga (*caregiver*) diakibatkan penderitaan kanker yang dialami oleh anaknya dan dirawat dirumah sakit disebabkan oleh ketidaktahuan tentang terjadinya penyakit, kecemasan terjadinya kematian pada anak dan akibat dari penyakit yang diderita anak ditambah stigma penyakit kanker yang menakutkan karena tidak lengkapnya informasi, ruang perawatan kanker yang masih sedikit dan terkesan kurang nyaman. Jika mendengar kata penyakit kanker terpikir penderitaan yang berkelanjutan yang berujung pada kematian. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan cemas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik, dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Menurut Suliswati (2005) cemas adalah salah satu stressor predisposisi yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan adalah peristiwa traumatis berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional. Salah satu peristiwa situasional yang dapat menimbulkan cemas dialami oleh keluarga yaitu dengan kondisi anak yang dirawat dengan kemoterapi.

Kecemasan yang alami oleh keluarga (*caregiver*) dapat diberikan dalam bentuk terapi individu, kelompok maupun keluarga. Terapi *thought stopping* merupakan salah satu terapi individu yang dapat mengatasi kecemasan Penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009) tentang pengaruh *terapi*

Universitas Indonesia

thought stopping terhadap tingkat ansietas pada klien dengan penyakit fisik di RSUD sorong menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan ansietas secara bermakna pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* yang meliputi respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Tang & DeRubeis (1999, dalam Shives, 2005) menjelaskan bahwa *thought stopping* (penghentian pikiran) salah satu contoh dari psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir.

Salah satu rumah sakit rujukan yang melayani perawatan bagi anak yang menderita kanker yaitu RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Hasil survei pendahuluan didapatkan data bahwa selama tahun 2010 teridentifikasi 2.435 anak yang dirawat baik di ruang infeksi maupun ruang non infeksi. Jenis penyakit yang ditemukan pada anak dengan kanker di ruang non infeksi diantaranya leukemia 664 kasus, thalasemia 151 kasus, limfoma malignum 85 kasus, rabdomiosarcoma 53 kasus, neuroblastoma 50 kasus dan anemia aplastik 46 kasus. Penatalaksanaan perawatan bagi anak maupun keluarga dengan penyakit kanker selama ini lebih ditekankan pada upaya pengobatan secara medis. Dampak psikososial khususnya pada keluarga (*caregiver*) dengan anak yang dirawat dan menjalani kemoterapi memerlukan penanganan lebih lanjut. Intervensi keperawatan spesialis jiwa yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan yang dialami keluarga (*caregiver*) yaitu dengan terapi *thought stopping*.

Dalam pelaksanaannya, terapi ini menggunakan berbagai variasi dalam membantu seseorang yang sedang mencoba dan menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan dengan penuh pertimbangan. Terapi *Thought Stopping* dilakukan dengan memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Keluarga (*caregiver*) diinstruksikan mengatakan “stop” ketika pikiran dan perasaan yang “mengancam” muncul dan memberi isyarat pada keluarga untuk menggantikan pikiran tersebut dengan memilih alternatif pikiran yang positif. Berdasarkan penjelasan tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis

Universitas Indonesia

lebih lanjut penerapan terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan yang dialami keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.2 Rumusan Masalah

Dampak psikososial kanker pada anak berbeda dari dewasa. Masih diperlukan kerjasama erat dalam hal nutrisi, perawatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Salah satu jenis pengobatan kanker adalah kemoterapi yakni suatu cara pengobatan efektif untuk menangani kanker pada anak. Kemoterapi dapat menjadi bentuk pengobatan primer atau tambahan pada terapi pembedahan atau radio terapi dalam pengobatan untuk anak yang menderita kanker.

Pada anak usia sekolah yang menderita kanker dan menjalani kemoterapi yang dirawat di rumah sakit akan berdampak pada aspek perkembangan anak itu sendiri dan keluarganya. Respon keluarga (*caregiver*) terhadap anak yang mengalami kanker dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan keunikan keluarga dapat ditunjukkan melalui proses penyesuaian diri dengan penyakit, diagnosis dan pengobatan anak yang menderita penyakit serius atau mengancam jiwa dapat menyebabkan kondisi krisis. Kondisi tersebut dapat terjadi apabila keluarga (*caregiver*) mengalami masa ketidakteraturan sebagai respon terhadap stresor kesehatan yang besar.

Kanker sering menimbulkan beban bio-psiko-sosio-spiritual bagi penderita dan keluarga (*caregiver*). Reaksi psikologis yang sering dirasakan keluarga (*caregiver*) seperti perasaan kehilangan, sedih, dan kecemasan dan keadaan memalukan dalam situasi sosial, stress koping dengan perilaku yang kacau dan frustrasi. Kecemasan yang terjadi pada keluarga (*caregiver*) dapat diatasi dengan menggunakan terapi *thought stopping*. Terapi ini dapat dilakukan ketika pikiran yang mengganggu atau membuat cemas terjadi.

Keluarga (*caregiver*) dengan anak yang menjalani kemoterapi dapat menimbulkan kecemasan sebagai dampak psikososial. Belum terlaksananya

Universitas Indonesia

layanan kesehatan jiwa khususnya penerapan terapi *thought stopping* dalam menurunkan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo, apabila tidak ditangani secara tepat akan berpengaruh pada kondisi krisis. Penelitian ini ingin mengembangkan terapi *thought stopping* pada kecemasan keluarga dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi, adapun pertanyaan penelitian ini yaitu apakah terapi *thought stopping* dapat menurunkan tingkat kecemasan pada keluarga (*caregiver*) yang memiliki anak usia sekolah dengan kanker dan menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1.3.2.1 Diketuainya karakteristik keluarga (*caregiver*) yang memiliki anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dan mengalami kecemasan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.3.2.2 Diketuainya perbedaan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mengikuti terapi generalis dan *thought stopping* di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.3.2.3 Diketuainya perbedaan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang tidak mendapatkan terapi generalis dan *thought stopping* sebelum dan sesudah di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.3.2.4 Diketuhiunya perbedaan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang mendapatkan dan tidak mendapatkan terapi generalis dan *thought stopping* sebelum dan sesudah di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan akan berguna sebagai aplikasi nyata asuhan keperawatan spesialis jiwa terkait dengan pelaksanaan terapi *thought stopping* dalam upaya mengurangi tingkat kecemasan sebagai dampak psikososial bagi keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi.

1.4.2 Perkembangan Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian terhadap pelaksanaan terapi *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) diharapkan mampu menjadi salah satu terapi spesialis jiwa dalam rangka meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa

1.4.3 Perkembangan Riset Keperawatan

Penelitian ini akan memberikan gambaran pengaruh terapi *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan ditatanan pelayanan rumah sakit umum. Pengembangan riset keperawatan yang dilakukan akan meningkatkan kemampuan perawat spesialis jiwa khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan psikososial di rumah sakit umum terutama dalam mengatasi kecemasan pada keluarga (*caregiver*.)

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini membahas tentang tinjauan pustaka yang berkaitan dengan teori dalam penelitian yang terdiri dari pengertian, konsep kanker, ciri perkembangan anak usia sekolah, konsep keluarga, konsep kecemasan, terapi *thought stopping* dan model adaptasi Roy.

2.1 Kanker

2.1.1 Pengertian

Wong (2006) menjelaskan bahwa kanker adalah *neoplasma* yang di cirikan dengan pertumbuhan yang tidak terkontrol dari sel anaplastik yang menginvasi jaringan sekitar dan cenderung bermetastase sampai ke sisi yang jauh dalam tubuh. Pada tahap selanjutnya perkembangan sel kanker tidak terkontrol dan menyerang jaringan lain pada tubuh. Sel-sel kanker dapat menjadi menyebar kebagian tubuh lainnya melalui aliran darah dan sistem kelenjar getah bening (Otto, 2003).

Menurut Muscari (2001, dalam Baradero, 2008) bahwa sebagian besar sel kanker berasal dari lapisan *mesodermal* sedangkan lainnya dari jaringan neuroektodermal dan memungkinkan timbul akan tumor sistem syaraf pusat (SSP). Price dan Wilson (2005 dalam Bardero, 2008) menjelaskan lebih lanjut bahwa sel kanker dapat lepas dari sel kanker asal (kanker primer) melalui darah atau jaringan *limfatik* dan menyebar kebagian tubuh lain (menyebarkan) dari tubuh lain. Apabila sel tersebut mencapai bagian lain dari tubuh dan berkembang membentuk tumor baru dibagian itu disebut tumor sekunder atau metastasis atau terkadang sel-sel induk darah di sumsum tulang juga dapat memperbanyak diri secara tidak wajar dan dikenal sebagai kanker darah (leukemia) *myeloma multipel* dan *limfoma malignum*.

2.1.2 Penyebab Terjadinya Kanker

Otto (2003) menjelaskan, kanker secara umum dapat disebabkan beberapa faktor antara lain karena tembakau (pemajanan pasif pada rokok dapat meningkatkan resiko kanker paru pada orang bukan perokok yang hidup dengan perokok), diet (konsumsi asupan lemak jenuh dan tidak jenuh serta kurang serat alami setiap hari), konsumsi alkohol, genetik (resiko kanker yang paling besar diketahui ketika ada keluarga dekat dari penderita kanker), faktor sosial ekonomi (kemiskinan dan pendidikan), sinar matahari (pemajanan sinar ultraviolet alami terutama pukul 10 sampai pukul 15 harus dibatasi terutama anak-anak harus dilindungi secara khusus karena hubungan antara sinar matahari sangat berpengaruh besar terjadinya kanker kulit pada anak).

2.1.3 Jenis – jenis Kanker pada Anak

Menurut Muscari (2001, dalam Baradero, 2008) kanker yang sering ditemukan pada anak diantaranya yaitu *sarkoma osteogenik* yang merupakan tumor *maligna* pada tulang panjang yang melibatkan pertumbuhan jaringan tulang (sel pembentuk *matriks mesenkim*) yang cepat. *Sarkoma ewing* merupakan tumor *maligna* yang paling sering terjadi dalam sumsum tulang bagian tengah pada tulang panjang. *Neuroblastoma* merupakan tumor yang muncul dari sel sistem saraf simpatis paling sering ditemukan di abdomen dekat kelenjar *adrenal* atau *ganglia spinal*. *Rabdomiosarkoma* merupakan tumor potongan otot yang berasal dari jaringan *mesenkim embrionik* yang membentuk otot, jaringan penyambung dan *vaskular*. *Retinoblastoma* merupakan tumor *maligna* pada retina yang terjadi pada awal kehidupan (6 minggu sampai usia prasekolah).

2.1.4 Pengobatan Kanker dengan Kemoterapi

Menurut Baradero, Dayrit dan Siswadi (2008) bahwa tujuan yang diharapkan dari kemoterapi baik sebagai pengobatan maupun paliatif perlu diketahui oleh dokter, perawat dan keluarga. Pengetahuan ini dapat membantu dalam penyusunan rencana yang realistis oleh perawat, klien dan keluarga (*caregiver*). Pengetahuan tentang apa yang diharapkan dan kemungkinan efek samping kemoterapi, misalnya kemungkinan untuk sembuh, hidup lebih panjang tanpa gejala dan tanda kanker atau hanya meringankan gejala agar klien hidup lebih nyaman merupakan keuntungan yang melebihi resiko efek samping dari kemoterapi yang sifatnya sementara. Namun ada pula keadaan ketika resiko efek samping dan kemoterapi melebihi keuntungannya. Keadaan ini meliputi infeksi, *dikrasia* darah, defek kehamilan serta disfungsi ginjal dan hati.

Kemoterapi *adjuvan* adalah kemoterapi yang diberikan bersama dengan pembedahan atau terapi radiasi. Tujuannya adalah memusnahkan *mikrometastasis* yang ada, tetapi sangat kecil untuk dideteksi lewat tehnik- tehnik diagnostik yang ada. Jika tidak ditangani mempunyai potensi sangat tinggi untuk tumbuhnya tumor dan kambuhnya kanker. Jika kemoterapi diberikan ketika populasi sel-sel malignan masih sedikit dan masih rawan terhadap kemoterapi sel-sel tersebut dapat dimusnahkan secara total. Tujuan pengobatan semacam ini adalah penyembuhan. Kemoterapi *adjuvan* sering kali dirasakan bagi klien sebagai hal yang sia-sia apabila hasil yang didapatkan tidak sesuai dengan harapan dan menimbulkan efek samping. Perawat mempunyai peranan penting untuk menjelaskan kembali kepada klien dan keluarga atau tentang *mikro metastasis* yang menyokong klien untuk meneruskan terapi *adjuvan* sampai selesai.

2.2 Teori Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah

2.2.1. Teori Perkembangan Psikososial Erikson

Menurut Erikson (2000 dalam Perry & Potter, 2005) bahwa tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah *industri versus inferioritas*. Selama masa ini anak berjuang untuk mendapatkan kompetensi dan ketrampilan yang penting untuk berfungsi sama seperti dewasa. Pada masa ini anak usia sekolah yang mendapatkan keberhasilan positif merasa adanya perasaan berharga sedangkan anak yang menghadapi kegagalan dapat merasakan mediokritas (biasa aja) atau perasaan tidak berharga yang dapat mengakibatkan menarik diri dari sekolah dan teman sebaya.

2.2.2. Reaksi Anak Usia Sekolah Terhadap Hospitalisasi

Wong dkk (2009) lingkungan rumah sakit dan penyakit yang diderita dapat menyebabkan perasaan kehilangan kendali pada anak usia sekolah. Salah satu masalah yang paling signifikan dalam kelompok usia ini berpusat adanya kebosanan. Jika keterbatasan fisik yang dipaksakan menghalangi kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri dan terlibat dalam aktivitas yang disukai biasanya anak akan berespon dengan depresi, bermusuhan atau frustrasi. Menjaga agar anak aktif normal tetap berada ditempat tidur sulit dilakukan namun penekanan area kendali dan pemanfaatan aktivitas yang tenang sesuai hobi dapat meningkatkan penyesuaian anak terhadap pembatasan fisik. Penilaian perawat berkaitan dengan pemilihan teman sekamar merupakan salah satu faktor penunjang terpenting bagi penyesuaian anak terhadap hospitalisasi dan penyakit.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.2 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu

Universitas Indonesia

tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Depkes, 1988). Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon & Maglaya,1978 dalam Efendy, 2007). Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, atau oleh darah atau keduanya yang mengembangkan pola interaksi dan hubungan (Carter & McGldrick,2005 dalam Boyd 2008).

Menurut Burgess dkk (1963, dalam Friedman, 2010) keluarga terdiri dari orang orang yang disatukan dalam ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup terpisah mereka menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka, serta saling berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudari yang menggunakan kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri. Keluarga juga diartikan dua orang atau lebih dimana mereka hidup bersama dan saling berbagi ekonomi yang mempunyai hubungan dengan kelahiran, perkawinan atau adopsi dan mempunyai komitmen untuk setiap anggotanya dalam waktu yang tak terbatas dan tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikosoial anggota anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum (Murray & Huelskoetter, 1995 dalam Friedman, 2010).

2.3.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) bahwa fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil dari konsekuensi dari struktur keluarga fungsi fungsi dasar keluarga untuk memenuhi kebutuhan - kebutuhan anggota individu keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Fungsi keluarga sangat penting dalam menjalankan kehidupan berkeluarga, jika salah satu fungsi yang tidak berjalan maka akan mempengaruhi fungsi - fungsi yang lain. Lima fungsi keluarga yang saling berhubungan erat saat mengkaji dan mengintervensi yaitu :

2.3.3.1 Fungsi Afektif

Kebahagiaan diukur dengan kekuatan dan cinta kasih keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kebutuhan afeksi atau kasih sayang dari anggotanya karena respon afektif dari seseorang anggota keluarga memberikan penghargaan terhadap kehidupannya. Peran sebagai orang tua fungsi berkaitan dengan persepsi keluarga dan perhatian terhadap kebutuhan kebutuhan sosio emosional para anggota keluarga, meliputi pengurangan tekanan dan penjagaan terhadap moral (Duvall, 1977 dalam Friedman, 2010).

Keluarga dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi harus mampu terus memberikan perhatian kepada anak ataupun orang terdekat yang memberikan pengasuhan terhadap masalah- masalah yang dialami selama perawatan. Hal ini dimaksudkan untuk memberi penguatan terhadap kebutuhan akan perhatian dan memberikan dasar penghargaan pada kehidupan keluarga.

2.3.3.2 Fungsi Sosialisasi

Lislie dan Korman (1989, dalam Friedman, 2010) mengungkapkan bahwa sosialisasi dalam keluarga merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi peran sosial orang dewasa seperti suami ayah dan istri ibu. Fungsi sosialisasi ini melibatkan kendali dan nilai pada anak yang sedang tumbuh dengan mengidentifikasi figur orang tua, cara pemberian penguatan positif dan negatif secara konsisten atas perilaku anak, membangun sistem nilai personal yang sangat dipengaruhi oleh sistem nilai keluarga. Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan anak yang menjalani kemoterapi merupakan komponen utama pelayanan kesehatan keluarga.

2.3.3.3 Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi ini adalah untuk menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru bagi masyarakat (Lislie & Korman, 1989 dalam Friedman, 2010). Pada fungsi ini, anggota keluarga tidak mempunyai hambatan dalam menjalankan fungsinya.

2.3.3.4 Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi tersedianya sumber sumber dari keluarga secara cukup finansial, ruang gerak dan materi dan pengalokasian sumber - sumber tersebut yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman, 2010). Apabila keluarga memiliki anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi maka fungsi ekonomi tersebut jelas akan terganggu dimana pemasukan finansial keluarga mengalami perubahan akibat kebutuhan perawatan selama di rumah

Universitas Indonesia

sakit. Semaksimal mungkin bila dalam keluarga mengalami perubahan secara finansial maka anggota keluarga yang lain akan berusaha untuk mencari income lain, agar kebutuhan keluarga tetap dapat terpenuhi.

2.3.3.5 Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua dengan menyediakan pangan, papan, sandang dan perlindungan terhadap bahaya. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi keluarga bagi perawatan keluarga (Friedman, 2010). Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sedang sakit harus mampu memberikan perawatan sesuai dengan fungsi keluarga, diantaranya dengan cara memberikan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya. Oleh karena itu, agar fungsi ini dapat dijalankan dengan baik, keluarga harus dalam kondisi yang stabil baik fisik maupun mental. Selain kondisi fisik dan mental yang sehat, juga diperlukan pemahaman yang memadai tentang penyakit dan cara merawat penyakit yang dialami anggota keluarga.

2.3.4 Tugas Keluarga

Menurut Friedman (2010) pada dasarnya tugas keluarga ada 8 (delapan) tugas pokok diantaranya yaitu pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya, pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga, pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing, sosialisasi antar anggota keluarga, pengaturan jumlah anggota keluarga, pemeliharaan ketertiban anggota keluarga, penempatan anggota keluarga

dalam masyarakat yang lebih luas, membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

2.3.5 Pengaruh Keluarga (*Caregiver*) Terhadap Kesehatan

Menurut Friedman (2010) keadaan keluarga (*caregiver*) secara keseluruhan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kesehatan setiap anggota keluarga. Pengaruh tersebut dapat dilihat yaitu penyakit keturunan apabila ditemukan kelainan tertentu pada faktor genetik keluarga seseorang dapat menderita penyakit genetik tertentu pula, perkembangan bayi dan anak, bila bayi dan anak dibesarkan dalam lingkungan keluarga (*caregiver*) dengan fungsi yang tidak sehat, maka perkembangan bayi dan anak tersebut akan terganggu baik fisik maupun perilaku, penyebaran penyakit apabila di lingkungan keluarga (*caregiver*) tersebut menderita penyakit infeksi maka kemungkinan tertular anggota keluarga yang lain menjadi cukup besar, pola penyakit dan kematian seorang yang hidup membujang atau bercerai cenderung memperlihatkan angka penyakit dan kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang berkeluarga, proses penyembuhan penyakit penyembuhan penyakit anak yang menderita penyakit kronis jauh lebih baik pada keluarga dengan fungsi yang sehat daripada keluarga dengan fungsi keluarga yang sakit (Friedman, 2010)

2.3.6 Karakteristik Keluarga (*Caregiver*)

Keluarga (*caregiver*) dipandang sebagai suatu unit perawatan dan patner pada intervensi maupun rehabilitasi (Fontaine, 2003). Oleh karena itu perawat perlu memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi karakteristik keluarga (*caregiver*). Menurut Stuart dan Laraia (2005) beberapa faktor sosiokultural yang dapat berfungsi sebagai faktor resiko atau pendukung dalam sistem keluarga (*caregiver*) yaitu :

Universitas Indonesia

2.3.5.1 Usia

Usia akan mempengaruhi cara individu membuat keputusan, semakin bertambah usia seseorang biasanya semakin menambah keyakinan seseorang untuk mencari pertolongan ke petugas kesehatan. Usia yang matang biasanya dicapai pada usia 25 – 44 tahun. Setelah usia tersebut maka dapat terjadi penurunan kepercayaan terhadap sesuatu. Hal ini diakibatkan pengalaman hidup dan kematangan jiwa seseorang.

2.3.5.2 Etnis

Istilah etnis berkaitan dengan ras, kebangsaan, suku, bahasa, asal kebudayaan. Etnis turut berkontribusi terhadap perkembangan dan pemulihan gangguan jiwa. Faktor kebudayaan sering menjadi penghambat untuk mencari pertolongan kesehatan. Bangsa Amerika dan kulit hitam lebih tinggi memanfaatkan fasilitas kesehatan dibandingkan bangsa asia.

2.3.5.3 Jenis kelamin

Umumnya, laki laki dan perempuan memiliki prevalensi yang sama terhadap gangguan jiwa. Perbedaanya hanya pada jenis gangguannya. Pada laki-laki lebih sering terjadi kekerasan dan gangguan kepribadian anti sosial, sedangkan perempuan pada gangguan afektif dan kecemasan.

2.3.5.4 Pendidikan

Beberapa studi menjelaskan pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas keehatan jiwa daripada pendidikan rendah.

2.3.5.5 Pendapatan

Faktor resiko yang menentukan seseorang mencari pertolongan dan dalam pengambilan keputusan menentukan fasilitas kesehatan.

2.3.5.6 Sistem Keyakinan

Keyakinan seseorang meliputi semua aspek kehidupan meliputi sistem keyakinan, pandangan, agama atau spiritualitas yang dapat memberikan efek positif atau negatif terhadap kesehatan jiwa. Sistem keyakinan yang adaptif dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup, sedangkan sistem keyakinan yang maladaptif dapat berperan terhadap perubahan status kesehatan dan penolakan terhadap intervensi yang dianjurkan, juga dapat membahayakan klien.

2.4 Konsep Kecemasan

2.4.1 Pengertian

Kecemasan merupakan pengalaman individu yang bersifat subyektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsional yang diartikan sebagai perasaan “kesulitan” dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Varcarolis, 2007). Kecemasan menurut Kaplan (2005), sebagai “kesulitan” atau “kesusahan” dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Kecemasan adalah perasaan tidak khas, disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya. Boyd (2008) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan tidak nyaman sebagai ungkapan atau *dread* yang menunjukkan respon baik akibat stimulus internal maupun eksternal yang ditunjukkan dengan gejala fisik, emosi, kognitif dan perilaku. Fortinash dan Warret (2006)

Universitas Indonesia

menjelaskan bahwa kecemasan merupakan bagian integral dalam kehidupan manusia. Hampir sebagian individu dalam kehidupannya pernah mengungkapkan secara subyektif terhadap perasaan yang tidak spesifik berupa kesulitan dan kesusahan akibat ancaman eksternal yang berbahaya. Kecemasan merupakan sinyal peringatan terhadap situasi yang mengancam, konflik dan berbahaya.

Comer (1992, dalam Videbeck, 2008) menggambarkan kecemasan sebagai perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika mengalami kecemasan, individu mungkin memiliki firasat akan ditimpa petaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya bagi individu. Kecemasan memiliki dua aspek yakni aspek sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat, lama kecemasan dialami dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan kuatir, gelisah, tidak tenteram dan disertai ketidakseimbangan fisik, kognitif, psikologis dan perilaku.

Kecemasan merupakan respon terhadap stres atau suatu kondisi kelelahan dan kelelahan pada tubuh yang disebabkan oleh peristiwa dalam hidup (Seyle, 1956, dalam Videbeck, 2008). Kecemasan terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap situasi kehidupan, masalah dan tujuan hidup. Sistem saraf otonom merespon terhadap kecemasan secara tidak sadar dalam tubuh. Saraf otonom menyebabkan perubahan pada tanda-tanda vital sebagai persiapan mekanisme pertahanan tubuh. *Glandula adrenal* mengeluarkan *adrenalin* atau *epinephrin* yang menyebabkan peningkatan kebutuhan

Universitas Indonesia

oksigen, dilatasi pupil dan peningkatan tekanan arteri dan denyut jantung, dan peningkatan *glikogenolisis*. Jika kondisi berbahaya atau kecemasan sudah selesai, maka saraf parasimpatis yang bekerja dan mengembalikan tubuh dalam kondisi normal kembali (Videbeck, 2008).

Kecemasan dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologis dan sosial (Wilkinson, 2007). Ketidakseimbangan fisik berupa keluhan-keluhan somatik (fisik), seperti perasaan panas atau dingin, mual, mulut kering (Stuart, 2007) disertai aktivitas saraf otonom (Carpenito, 1997), sedangkan ketidakseimbangan psikis (psikologis) berupa kekhawatiran. Selain keluhan fisik, psikis dan sosial yang dirasakan klien, kecemasan juga dapat dilihat dari aspek kognitif berupa keluhan sulit konsentrasi, bingung, kehilangan kontrol, dari aspek perilaku berupa ekspresi wajah tegang, menarik diri, mudah tersinggung (ICD-10 dalam Kaplan & Saddock, 2005). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa keluhan-keluhan yang diungkapkan secara subyektif maupun yang dapat diobservasi pada kecemasan meliputi aspek fisik, kognitif, perilaku dan emosi.

2.4.2 Proses Terjadinya Kecemasan

2.4.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres (Stuart & Laraia, 2005). Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan proses terjadinya kecemasan antara lain :

a) Biologi

Otak memiliki reseptor khusus terhadap *benzodiazepin*. Reseptor tersebut berfungsi membantu regulasi kecemasan. Regulasi tersebut berhubungan dengan

Universitas Indonesia

aktivitas neurotransmiter *gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan. Bila GABA bersentuhan dengan *sinaps* dan berikatan dengan reseptor GABA pada *membran post-sinaps* akan membuka aliran atau pintu eksitasi sel dan memperlambat aktivitas sel. Teori ini menjelaskan bahwa individu yang sering mengalami kecemasan mempunyai masalah dengan proses *neurotransmitter*.

b) Psikologis

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa aspek psikologis memandang kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu *id* dan *superego*. *Id* mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan *superego* mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. *Ego* berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan adalah untuk mengingatkan *ego* bahwa ada ancaman berbahaya.

Sullivan (1953, dalam Stuart dan Laraia, 2005) mempercayai bahwa kecemasan tidak dapat muncul sampai seseorang mempunyai kesadaran terhadap lingkungannya. Kecemasan pertama kali ditentukan oleh hubungan ibu dan anak pada awal kehidupannya, bayi berespon seolah-olah ia dan ibunya adalah satu unit. Seiring dengan bertambahnya usia, anak melihat ketidaknyamanan yang timbul akibat tindakannya

sendiri. Anak meyakini bahwa ibunya setuju atau tidak setuju dengan perilakunya itu.

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2003), maturitas individu, tipe kepribadian dan pendidikan juga mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang. Individu yang memiliki kepribadian matang akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres, sebab mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stresor yang timbul sebaliknya individu yang berkepribadian tidak matang yaitu individu yang sikapnya sangat ketergantungan dan peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stres. Orang dengan kepribadian tipe A lebih mudah mengalami gangguan stres daripada orang dengan kepribadian tipe B.

Sedangkan status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi kecemasan, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan koping efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup.

Suliswati, dkk., (2005) memaparkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan kecemasan

Universitas Indonesia

diantaranya adalah peristiwa traumatik individu baik krisis perkembangan maupun situasional seperti peristiwa bencana, konflik emosional individu yang tidak terselesaikan dengan baik, konsep diri terganggu yang akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realitas, frustrasi atau rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego serta pola mekanisme coping keluarga atau pola keluarga menangani stres yang akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik.

c) Sosial budaya

Suliswati, dkk., (2005) menerangkan bahwa riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga (*caregiver*) akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan cara mengatasi kecemasan. Tarwoto dan Wartonah (2003) memaparkan jika sosial budaya, potensi stres serta lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya kecemasan. Cara hidup orang di masyarakat berdampak pada timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres, sedangkan orang yang berada di tempat atau lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami stres.

2.4.2.2 Stresor Presipitasi

Stresor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan (Suliswati, 2005). Stuart dan Laraia (2005) menggambarkan stresor pencetus sebagai

Universitas Indonesia

stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa stresor pencetus ini dapat disebabkan karena adanya ancaman terhadap integritas fisik yang meliputi disabilitas fisiologis atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan adanya ancaman terhadap sistem diri yang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu. Stresor pencetus kecemasan dapat dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu:

a) Biologi

Menurut Stuart dan Laraia (2005), kecemasan dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman secara eksternal maupun internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, pakaian, makanan atau trauma injury. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu dan kehamilan. Situasi keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit terminal membuat kondisi ketidakteraturan dalam memenuhi kehidupan sehari – hari dapat menimbulkan kecemasan.

b) Psikologi

Ancaman terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan aktivitas sehari-hari seseorang. Apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri dan harga diri seseorang maka dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. Ancaman eksternal yang terkait dengan kondisi psikologis dan dapat mencetuskan terjadinya kecemasan diantaranya adalah peristiwa kematian, perceraian,

Universitas Indonesia

dilema etik, pindah kerja, perubahan dalam status kerja. Sedangkan yang termasuk ancaman internal yaitu gangguan hubungan interpersonal dirumah, ditempat kerja atau ketika menerima peran baru (istri, suami, murid dan sebagainya).

c) Sosial budaya

Status ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya kecemasan (Tarwoto & Wartonah, 2003). Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Hal ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi seseorang mengalami kecemasan, demikian pula fungsi integrasi sosialnya menjadi terganggu yang pada akhirnya mencetuskan terjadinya kecemasan. Menurut Videback (2008) bahwa setiap budaya memiliki norma – norma yang mengatur cara yang tepat untuk mengekspresikan dan menghadapi kecemasan. Individu dari budaya asia mengekspresikan rasa cemas dan nyeri dengan cara disomatisasikan menjadi ekspresi nyeri pada tubuh seperti sakit kepala, nyeri punggung, dan masalah lambung.

2.4.2.3 Tanda dan Gejala.

Pemahaman tentang kecemasan perlu integrasi banyak faktor, termasuk pengetahuan dari perspektif psikoanalitis, interpersonal, perilaku, genetik dan biologis. Begitu juga manusia sebagai individu yang unik memiliki kemampuan penilaian terhadap stresor yang menyebabkan terjadinya kecemasan yang berbeda pula. Menurut Stuart (2005) penilaian terhadap stresor adalah evaluasi bagi kesejahteraan individu, dimana didalamnya stresor memiliki arti, intensitas dan kepentingan.

Universitas Indonesia

Peplau (1963, dalam Stuart & Laraia, 2005), Issacs (2005) serta Videback (2008) mengategorikan kecemasan menjadi empat tingkatan beserta tanda dan gejalanya yakni :

- a) Kecemasan ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Selama tahap ini, individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Individu melihat, mendengar dan menyerap lebih dari sebelumnya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.
- b) Kecemasan sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda dan individu menjadi gugup/agitasi. Kecemasan sedang memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsi. Individu melihat, mendengar dan menyerap lebih sedikit. Individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukannya jika diarahkan.
- c) Kecemasan berat ditandai dengan lapang pandang yang berkurang. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku diarahkan pada pengurangan kecemasan dan memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.
- d) Panik, berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror serta tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan dapat mengancam kehidupan. Meningkatnya aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pikiran yang rasional adalah semua gejala panik.

Tabel 2.1 dibawah ini adalah hasil modifikasi tingkat kecemasan berdasarkan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional yang dimodifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009) berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Peplau (1963, dalam Stuart & Laraia, 2005), Issacs (2005) serta Videback (2008).

Tabel 2.1

Tingkat Respon Kecemasan

Tingkat Kecemasan	Ringan	Sedang	Berat	Panik
Fisiologis				
TTV				
Tekanan darah	Tekanan darah tidak ada perubahan	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak ada perubahan	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks	Wajah tampak tegang	Rahang mengenggang Menggertakan gigi	Wajah menyeringai Mulut ternganga
Pola makan	Masih ada nafsu makan	Meningkat/ menurun	Kehilangan nafsu makan	Mual atau muntah
Pola tidur	Pola tidur teratur	Sulit untuk mengawali tidur	Sering terjaga	Insomnia Mimpi buruk
Pola eliminasi	Pola eliminasi teratur	Frekuensi BAK dan BAB meningkat	Frekuensi dan BAB meningkat	Retensi urin Konstipasi
Kulit	Tidak ada keluhan	Mulai brkeringat Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan Kulit teraba panas dingin
Kognitif				
Fokus perhatian	Cepat berespon terhadap stimulus	Fokus pada hal yang penting	Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik	Fokus perhatian terpecah
Proses belajar	Motivasi belajar tinggi	Perlu arahan	Perlu banyak arahan	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi Waham dan ilusi
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik	Rileks	Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar meningkat
Komunikasi	Koheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Bicara cepat	Tidak produktif
Interaksi sosial	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial kurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa-gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Berdasarkan tabel 2.1 diatas dapat disimpulkan bahwa respon klien terhadap kecemasan yang dimanifestasikan sebagai tanda dan gejala kecemasan berbeda untuk setiap tingkatan. Hal ini menunjukkan semakin berat gejala kecemasan yang dialami individu maka semakin berat pula tingkat kecemasannya.

Seseorang akan mengalami stres dan ansietas berkaitan dengan sumber koping dalam diri internal individu maupun dari lingkungan sekitarnya. Sumber-sumber tersebut meliputi aset ekonomi, kemampuan diri (kemampuan pemecahan masalah), dukungan sosial dan keyakinan diri (Stuart & Laraia, 2005). Kemampuan diri yang dimiliki individu akan menentukan perilaku individu tersebut. Bloom (1908, dalam Taufik, 2007) mengatakan ada tiga ranah atau domain perilaku yaitu *cognitive*, *affective* dan *psychomotor*. Kognitif berkaitan dengan *knowledge* (pengetahuan) merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera. Psikomotor berhubungan dengan tindakan (*practice*) yaitu kecenderungan untuk bertindak.

Derajat kecemasan seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan menggunakan alat ukur (instrumen). Menurut Stuart & Laraia (2005) membagi kecemasan berdasarkan respon klien yang terdiri dari 4 (empat) respon yaitu : fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif sedangkan Videbeck (2008) membagi derajat kecemasan dibagi dalam 3 (tiga) bagian yaitu berdasarkan respon fisik, kognitif dan emosional.

Instrumen pengukuran kecemasan lainnya adalah *Hamilton Rating Scale for Anxiety* atau *HRS-A* (Hawari, 2008). *Hamilton Rating Scale for Anxiety* adalah skala penilaian yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan kecemasan berdasarkan

Universitas Indonesia

simtomatologi. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yaitu perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi (murung), gejala somatik (otot), gejala somatik (sensorik), gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah), gejala pernafasan, gejala pencernaan, gejala perkemihan dan kelamin, gejala autonom dan perilaku. Masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Nilai setiap item pada skala 5 titik, mulai dari 0 (tidak ada) sampai 4 (parah).

2.4.2.4 Tindakan untuk Mengatasi Kecemasan

Penanganan terhadap masalah kecemasan pada individu dapat dilakukan dengan berbagai macam pendekatan antara lain dapat dilakukan dengan mekanisme koping, tindakan keperawatan dan tindakan medis.

a. Mekanisme Koping

Individu yang mengalami kecemasan akan menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis (Stuart, 2005). Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yang berorientasi pada tugas dan mekanisme pertahanan ego.

Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stres secara realistik. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis.

Universitas Indonesia

Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini merupakan respons maladaptif terhadap stres.

Menurut Doenges, dkk (1995) tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi koping individu tidak efektif pada diagnosa keperawatan ansietas antara lain mengkaji kapasitas fungsi saat ini, mengembangkan tingkat fungsi dan tingkat koping, menentukan mekanisme pertahanan yang digunakan (misalnya : penolakan, represi, konversi, disosiasi, pembentukan reaksi, tidak melakukan apa-apa, *displacement*/ proyeksi), mengidentifikasi metode koping sebelumnya terhadap masalah kehidupan, mendengarkan secara aktif terkait dengan masalah klien dan identifikasi persepsi tentang apa yang sedang terjadi, membantu klien mengidentifikasi efek maladaptif mekanisme koping yang sekarang, memberi informasi tentang cara lain untuk menghadapi ansietas (misalnya : pengenalan dan ekspresi perasaan yang sesuai serta keterampilan penyelesaian masalah).

b. Penanganan Medis

Menurut PPDGJ III (2001), kecemasan diklasifikasikan sebagai gangguan kecemasan fobik seperti agorafobia, fobia sosial dan fobia khas; gangguan kecemasan lainnya seperti gangguan panik, gangguan kecemasan menyeluruh (GAD), gangguan campuran kecemasan dengan depresi serta gangguan obsesif kompulsif. Terapi obat untuk gangguan kecemasan diklasifikasikan menjadi antikecemasan yang terdiri dari

Universitas Indonesia

ansiolitik, tranquilizer minor, sedatif, hipnotik dan antikonfulsan (Stuart, 2005). Mekanisme kerja dari obat ini adalah mendepresi susunan saraf pusat (SSP). Meskipun mekanisme kerja yang tepat tidak diketahui, obat ini diduga menimbulkan efek yang diinginkan melalui interaksi dengan *serotonin, dopamin* dan reseptor *neurotransmitter* lain (Halloway, 1996). Obat antiansetas digunakan dalam penatalaksanaan gangguan kecemasan, gangguan somatoform, gangguan disosiatif, gangguan kejang, dan untuk pemulihan sementara gejala insomnia dan kecemasan.

Efek samping yang umum dari penggunaan obat antikecemasan yakni pada SSP (pelambatan mental, mengantuk, *vertigo*, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, kecemasan, insomnia, kejang, delirium, kaki lemas, ataksia, bicara tidak jelas); kardiovaskuler (*hipotensi ortostatik*, takikardia, perubahan elektrokardiogram/EKG) mata dan THT (pandangan kabur, midriasis, tinnitus); gastro intestinal (*anoreksia*, mual, mulut kering, muntah, diare, *konstipasi*); kulit (kemerahan, dermatitis, gatal-gatal). Kontra indikasinya yaitu penyakit hati, klien lansia, penyakit ginjal, glaukoma, kehamilan atau menyusui, psikosis, penyakit pernafasan yang telah ada serta reaksi hipersensitivitas (Copel, 2007).

c. Tindakan Keperawatan

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan (1989, dalam Mubarak, 2011), peran perawat jiwa meliputi pemberi asuhan keperawatan, advokat klien, edukator, kordinator, kolaborator, konsultan dan pembaharu. Pemberi asuhan keperawatan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Peran

Universitas Indonesia

advokat dilakukan perawat dalam memfasilitasi klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada kliennya.

Peran edukator dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dan kemampuan klien mengatasi kesehatannya peran ini sangat membantu dalam mengatasi kecemasan klien dan keluarga dimana informasi diberikan berupa pengetahuan tentang masalah yang dihadapi dan diajarkan untuk menggunakan kemampuan diri secara maksimal sebagai pemecahan masalah. Peran koordinator dilakukan dengan mengarahkan, merencanakan dan mengorganisasikan pelayanan kesehatan dari tim kesehatan. Peran kolaborator dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan. Peran konsultan dilakukan terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran pembaru dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Filosofi keperawatan yang mendeskripsikan individu sebagai makhluk biopsikososial yang memiliki karakteristik unik dan berespon terhadap orang lain dan dunia dengan berbagai cara. Manusia mempunyai sifat yang holistik mempunyai pengertian bahwa manusia adalah makhluk fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Aspek-aspek tersebut saling berkaitan satu sama lain dan saling mempengaruhi (Videbeck, 2008). Definisi di atas menunjukkan bahwa ancaman terhadap aspek fisik dapat mempengaruhi kondisi aspek lainnya sehingga penanganan pada

Universitas Indonesia

keluarga (caregiver) yang mengalami kecemasan harus di berikan secara holistik.

Pergeseran konsep pelayanan kesehatan jiwa dari berbasis rumah sakit jiwa menjadi berbasis komunitas memberikan dampak terhadap peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa di setting pelayanan rumah sakit umum (Johnston dan Cowman, 2008). Diagnosa keperawatan untuk klien dengan kecemasan terdiri dari diagnosa keperawatan primer dan diagnosa keperawatan yang terkait. Diagnosa keperawatan primer meliputi kecemasan, defisit pengetahuan tentang coping terhadap kecemasan (Copel, 2007). Sedangkan diagnosa keperawatan yang terkait meliputi konflik pengambilan keputusan, ketakutan, ketidakefektifan coping individu (Wilkinson, 2007; Stuart & Laraia, 2005).

Menurut *Nursing intervention clasification* (2008), mendefinisikan *anxiety reduction* sebagai upaya untuk meminimalkan kondisi ketegangan, ketakutan, kekuatiran atau kesulitan tentang ancaman berbahaya yang sumbernya tidak diketahui. Tindakan yang dilakukan dalam menurunkan kecemasan yaitu coba untuk tenang, gunakan pendekatan yang menentramkan hati, jelaskan harapan dengan jelas tentang perilaku pasien, jelaskan semua prosedur dan apa yang akan terjadi pada saat tindakan/prosedur dilakukan, gali pemahaman klien terhadap situasi yang penuh stres, berikan informasi yang berkaitan dengan diagnosis, treatment dan prognosis, dampingi klien untuk kenyamanan, keselamatan dan menurunkan ketakutan dan libatkan keluarga, bantu klien untuk mengenali situasi yang menyebabkan kecemasan, ciptakan lingkungan yang nyaman dan kontrol stimulus yang meningkatkan

Universitas Indonesia

ketidaknyamanan klien, anjurkan klien untuk menggunakan teknik relaksasi, kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan dan berikan terapi pengobatan jika diperlukan.

Praktik intervensi lanjut untuk mengatasi gangguan kecemasan berdasarkan beberapa ahli diantaranya adalah terapi kognitif, terapi perilaku, *modeling desensitisasi sistematis*, *flooding*, *pencegahan respon*, *cognitive behavior therapy*, psikoedukasi keluarga, *assertive community treatment*, logoterapi, *thought stopping* dan tehnik relaksasi. Varcarolis, dkk., (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang didasarkan pada keyakinan klien dalam kesalahan berfikir, mendorong pada penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain. Selama proses restrukturisasi pikiran, terapis membantu klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang menyebabkan kecemasan, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi yang realistis dan mengganti hal negatif yang telah diungkapkan dengan ide-ide membangun.

Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktik secara langsung dalam upaya menurunkan kecemasan atau menghindari kecemasan. Videbeck (2008) menegaskan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi gangguan kecemasan, terutama jika dikombinasikan dengan farmakoterapi. Peran terapis secara khusus pada terapi *modeling* adalah memberikan role model dan mendemonstrasikan perilaku yang sesuai dalam situasi yang ditakutkan dan kemudian klien menirukan. Menurut Issacs (2005) dalam terapi ini perilaku baru dipelajari dengan menirukan perilaku orang lain. Prinsip pelaksanaan terapi desensitisasi sistematis yaitu konfrontasi bertahap dari suatu

Universitas Indonesia

stimulus yang menimbulkan kecemasan tinggi, terutama digunakan jika klien menderita fobia tertentu. Terapis mula-mula mengajarkan kepada klien bagaimana cara rileks dan kemudian mulai dengan stimulus yang menyebabkan kecemasan ringan. Klien belajar menerapkan proses relaksasi ketika berhadapan dengan stimulus tersebut. Proses ini berlanjut sampai stimulus yang menimbulkan kecemasan tinggi tidak lagi menyebabkan klien merasa kecemasan.

Menurut Varcarolis, dkk (2006) bahwa berbeda dengan desentisasi, teknik *flooding* dilakukan secara berangsur-angsur untuk menyingkapkan klien kepada sejumlah besar stimulus yang tidak diinginkan di dalam suatu upaya untuk menghilangkannya. Klien belajar melalui penggalan yang panjang untuk mengurangi kecemasan. Teknik terapi pencegahan respon dilakukan pada perilaku kompulsif, dimana terapis melarang kepada klien untuk melakukan perilaku kompulsif (seperti mencuci tangan berulang-ulang). Selain itu klien juga belajar mengurangi kecemasan ketika kebiasaannya mulai hilang. Setelah belajar dengan terapis, klien dirumah menetapkan batas waktu secara berangsur-angsur sampai kebiasaannya mulai menghilang.

Pemberian *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan medikasi (anti kecemasan dan anti depresan) dalam waktu 6-8 minggu akan membantu mengatasi kecemasan sebanyak 70-90% (Anonim, 2009). Melalui hasil penelitian Mark, dkk (2000) CBT menunjukkan hasil yang efektif dalam mengatasi gangguan kecemasan, selain terapi interpersonal dan psikodinamik. Terapi psikoedukasi keluarga atau *family psychoeducation therapy*

Universitas Indonesia

merupakan salah satu elemen program kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik. Menurut Stuart dan Laraia (2005), tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik pengajaran untuk keluarga dalam membantu mereka melindungi keluarga dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga itu sendiri.

Gangguan kecemasan bila tidak ditangani akan mempengaruhi kualitas klien di masyarakat. Selain masyarakat dapat menjadi sumber terjadinya kecemasan, masyarakat juga dapat menjadi sistem pendukung terhadap pemulihan gangguan kecemasan. *Assertive community treatment* (ACT) merupakan suatu model yang didesain terdiri dari multidisiplin untuk memberikan pelayanan secara komprehensif termasuk pada gangguan kecemasan dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Terapi ini penting dilakukan untuk mengurangi dampak dari gangguan kecemasan di masyarakat seperti timbulnya masalah kesehatan fisik maupun psikis (Mauro & Murray, 2000). Klien yang diberikan ACT diharapkan klien dengan kecemasan dapat mengatasi masalahnya sehingga akan terbentuk lingkungan keluarga dan masyarakat sebagai sistem pendukung khususnya dalam mengatasi kecemasan.

Johnson (2006) menjelaskan bahwa teknik logoterapi bermanfaat untuk mengatasi fobia, kecemasan, gangguan obsesi kompulsif dan pelayanan medis lainnya. Melalui metode konseling, terapis akan membantu dalam menemukan makna

Universitas Indonesia

hidup. Menurut Issacs (2005), terapi ini berfokus pada masalah-masalah hidup yang berkaitan dengan kebebasan, ketidakberdayaan, kehilangan, isolasi, kesepian, kecemasan dan kematian. Penelitian Sutejo (2009) menunjukkan bahwa logoterapi efektif terhadap penurunan tingkat kecemasan pada penduduk pasca gempa.

Teknik penghentian pikiran negatif, dimana klien mungkin mengatakan stop keluar dari ide-ide yang muncul. Pengalihan pikiran yang tidak diinginkan secara diubah dan klien memilih alternatif ide positif. Ankrom (1998) menjelaskan bahwa terapi *thought stopping* atau disebut juga dengan istilah menghentikan pikiran merupakan teknik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dimana seringkali menyertai serangan panik, kecemasan dan agrofobia. Penjelasan lebih lanjut tentang terapi *thought stopping* akan dijelaskan secara rinci pada pembahasan berikutnya.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), latihan relaksasi dilakukan melalui teknik pernapasan atau peregangan otot (*progressive muscle relaxation*). Seseorang yang mengalami perasaan tidak tenang, kecemasan dan stres psikologis, jika diberikan suatu latihan relaksasi yang terprogram secara baik maka akan menurunkan denyut nadi, tekanan darah tinggi, mengurangi keringat dan frekuensi pernafasan sehingga sangat efektif sebagai anti kecemasan. Stres dan kecemasan berkaitan dengan sumber koping dalam diri internal individu maupun dari lingkungan sekitarnya. Sumber-sumber tersebut meliputi aset ekonomi, kemampuan diri (kemampuan pemecahan masalah), dukungan sosial dan keyakinan diri.

2.5. Terapi Generalis Untuk Mengatasi Kecemasan

Fokus perawatan adalah untuk membantu klien memahami dirinya secara utuh dan tepat sehingga dia dapat secara langsung memperoleh arah hidup yang lebih memuaskan (Stuart, 2009). Tindakan keperawatan generalis dilakukan untuk mengatasi kecemasan dengan mengidentifikasi tingkat kecemasan pada keluarga yang didapat dari pernyataan kecemasan subyektif dan objektif. Terapis kemudian membantu keluarga mengenali tanda – tanda kecemasan yang dirasakan. Terapis juga memberikan pujian atas kemampuan positif keluarga atas kemampuan mengenali tanda – tanda kecemasan..

Tindakan keperawatan generalis untuk keluarga klien yang mengalami kecemasan adalah memberikan penjelasan tentang definisi, penyebab, tanda gejala dan cara mengatasi kecemasan yang dialami keluarga. Terapis kemudian melanjutkan tindakan dengan mengajarkan cara mengurangi kecemasan dengan tehnik relaksasi yakni tarik nafas dalam dan *guiden imagery*, untuk membantu keluarga mengurangi kecemasan. Pada penelitian ini, tindakan keperawatan generalis yang dilakukan adalah tindakan keperawatan generalis pada keluarga (*caregiver*).

2.6. Konsep Terapi *Thought stopping*

2.6.1. Pengertian

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan *thought stopping* adalah suatu proses terapi yang dapat membantu menghentikan pikiran yang mengganggu. Sedangkan menurut Videbeck (2008) terapi *thought stopping* merupakan bagian dari terapi perilaku yang digunakan untuk membantu mengubah proses berpikir. Kebiasaan berfikir dapat membentuk perubahan perilaku, dengan datu pikiran otomatis saja dapat memberi petunjuk kepada pikiran – pikiran lain yang mengancam. Townsend (2009) menjelaskan bahwa *thought stopping* (penghentian pikiran) sebuah tehnik penghentian yang dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan setiap kali individu ingin

Universitas Indonesia

menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran.

Stuart (2009) menjelaskan lebih lanjut bahwa *thought stopping* merupakan gangguan berpikir pada pasien sering kali memiliki efek seperti bola salju. Pikiran yang dimulai sebagai masalah kecil dan tidak berpengaruh dapat dari waktu ke waktu berkumpul dan situasi penting yang dapat sulit berhenti. Teknik penghentian pikiran merupakan tehnik terbaik yang digunakan ketika gangguan pikiran pertama kali muncul.

2.6.2. Tujuan

Menurut Donald (1999) tujuan terapi *thought stopping* membantu klien mengatasi kecemasan yang mengganggu, membantu klien mengatasi pikiran yang mengancam atau membuat stres yang sering muncul, membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia.

2.6.3. Indikasi

Menurut Donald (1999) dan Boyd (1998) terapi *thought stopping* efektif diberikan untuk masalah kesehatan jiwa berupa kecemasan menyeluruh, kecemasan akibat sebagian atau seluruh tubuh yang mengalami kelumpuhan, depresi ringan, percobaan bunuh diri dan isolasi sosial. Ankrom (1998) menjelaskan terapi *thought stopping* merupakan tehnik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dimana seringkali menyertai serangan panik, ansietas dan agrofobia.

2.6.4. Kriteria terapis

Thought stopping dalam prakteknya sederhana dan mudah dilakukan namun untuk mendapatkan manfaat dari terapi perlu keahlian khusus dan komitmen dari perawat klinik (perawat spesialis) yang layak terus menerus mempraktekkan bagi terapis dan klien.

2.5.5. Sesi – sesi dalam *terapi thought stopping*

Pelaksanaan terapi *thought stopping* berbeda dan bervariasi baik pada sesi dan tehnik pelaksanaannya. Menurut Ankrom (1998) ada 4 sesi *terapi thought stopping* yaitu :

2.5.5.1 Sesi I: Identifikasi pikiran yang membuat cemas. Pada sesi ini klien memulai dengan memonitor pikiran yang mengganggu dan mencemaskan klien, kemudian tuliskan pikiran tersebut dan pilih salah satu yang akan diatasi.

2.5.5.2 Sesi II; Buat pernyataan positif dan penuh keyakinan disebelah pikiran yang membuat cemas.

2.5.5.3 Sesi III : Ulangi lalu ganti. Instruksikan klien menutup mata dan pikirkan tentang pikiran yang membuat cemas..

2.5.5.4 Sesi IV : Membuat keputusan penting.

Sedangkan menurut Miller (2001) *terapi thought stopping* ada lima langkah yaitu :

- a. Langkah pertama : Fokuskan pada diri untuk memunculkan pikiran yang membuat cemas. Petanyaan yang disampaikan oleh terapis yaitu apakah pikiran itu realistis, menjadi lebih produktif, netral atau membuat ragu – ragu, dapat dikendalikan aatau tidak. Putuskan jika anda ingin menghilangkan pikiran tersebut, tentukan salah satu pikiran yang anda sangat inginkan hilangkan.
- b. Langkah kedua : Imaginasikan pikiran cemas yang muncul lalu tutup mata dan bawa diri ke situasi yang dibayangkan dan ikutsertakan pikiran normal dan netral untuk melanjutkan pikiran sehat yang lain muncul.
- c. Langkah ketiga : Atur alarm selama 3 menit. Alihkan pandangan, tutup mata dan fokuskan pada pikiran yang membuat cemas. Ketika mendengar alarm teriakkan kata “stop” sambil mengangkat tangan, menjentikkan jari anda atau berdiri. Biarkan pikiran kosong dari pikiran yang membuat cemas. Lakukan selama 30

Universitas Indonesia

detik sejak meneriakkan kata”stop”.bila pikiran tersebut muncul kembali dalam rentang waktu 30 detik, teriakkan kata “stop” kembali.

- d. Langkah keempat : Memutuskan pikiran yang membuat cemas tanpa bantuan alarm atau timer. Saat anda sedang memfokuskan diri pada pikiran yang tidak diinginkan tersebut, teriakkan “stop” , jika anda berhasil untuk menghilangkan pikiran tersebut dalam beberapa situasi berbeda, mulailah untuk mengucapkan dengan kata “stop” dengan nada suara normal. Jika berhasil, ulangi mengucapkan kata “stop” dengan berbisik kemudian mengucapkan tanpa suara, hanya dalam pikiran anda
- e. Langkah kelima : tentukan pikiran pengganti sebagai ganti dari pikiran yang membuat beberapa pernyataan yang positif dan bersifat asertif yang sesuai dengan situasi yang anda hadapi. Kembangkan beberapa pernyataan asertif tersebut untuk anda katakan pada diri sendiri. Selain itu, pikiran yang membuat stres dapat juga diganti dengan membayangkan pemandangan yang sangat indah dan mengagumkan.

Pelaksanaan terapi *thought stopping* menurut Agustarika (2009) membagi pelaksanaan terapi ini dalam 3 sesi, yaitu :

- a. Sesi 1 : Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres

Tanyakan pada klien hal – hal berikut terkait dengan pemikiran yang membuat stres : apakah pemikiran itu realitas atau tidak, apakah pemikiran tersebut membuat klien produktif atau tidak, apakah pemikiran tersebut bersifat netral (tidak mempengaruhi diri anda) atau justru membuat anda tidak percaya diri, apakah pemikiran tersebut dapat dikontrol dengan mudah atau tidak. Pilih salah satu pikiran yang sangat ingin anda hilangkan dan

Universitas Indonesia

intruksikan klien menuuliskan dalam selemba kertas pada kolom sebelah kiri. Atur alarm selama 3 menit (bila menggunakan alarm), instruksikan klien berhenti memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) atau ketika terapis berteriak “STOP!” Minta klien memejamkan mata dan membayangkan situasi saat pikiran yang mengancam atau membuat stres seolah – olah akan terjadi, lalu putuskan dengan berteriak : STOP “. Ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi.

- b. Sesi 2 : Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman Identifikasi pikiran – pikiran yang membuat stres lain yang telah dituliskan di kolom sebelah kiri. Rekam kata “STOP” dalam interval 1 – 3 menit selama 30 menit dengan menggunakan tape. Bayangkan pikiran tersebut dan setiap mendengar suara “ STOP” dari tape klien berteriak “stop”. Ganti pikiran tersebut dengan pikiran positif. Jika telah berhasil, ulangi lagi tanpa menggunakan rekaman. Latih *thought stopping* dengan menggunakan “STOP” dengan nada normal, dengan bisikan dan dengan membayangkan mendengar teriakan “STOP”. Ajarkan klien melakukan tehnik *thought stopping* dengan menggunakan karet gelang, mencubit diri sendiri atau menekan kuku jari. Setelah berhasil melakukan tahap – tahap tersebut, maka ketika pikiran yang membuat stres muncul di saat klien di tengah keramaian sekalipun, terapi ini dapat digunakan tanpa harus berteriak ataupun bersuara untuk memutuskan pikiran yang membuat stres tersebut.

- c. Sesi 3 : Berlatih pemutusan pikiran secara otomatis

Tindakan yang dapat dilakukan pada sesi 3 (tiga) adalah dengan membuat jadwal dalam selemba kertas bersama – sama dengan klien untuk melakukan tehnik pemutusan pikiran secara otomatis yang dapat berlangsung selama beberapa hari. Latihan *thought*

Universitas Indonesia

stopping ini dilakukan sampai klien dapat melakukan secara mandiri tanpa kehadiran terapis sekalipun.

2.5.6 Pedoman Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping*

Pada penelitian ini panduan terapi yang akan dipergunakan merupakan hasil modifikasi dengan mengadopsi tahapan terapi *thought stopping* oleh Ankrom (1998), Miller (2001) dan Agustarika (2009). Sesi 1 pada pelaksanaan terapi *thought stopping* oleh Agustarika yakni identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres merupakan gabungan dari sesi 1 dan 2 oleh Ankrom berupa identifikasi pikiran yang membuat stres, buat pernyataan positif serupa dengan langkah pertama dan kedua oleh Miller yakni tanyakan hal-hal terkait dengan pikiran yang membuat stres lalu membayangkan dengan menutup mata. Sesi 2 pada pelaksanaan terapi *thought stopping* yang dikembangkan oleh Agustarika yakni berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan alat bantu kata “stop” dan menggunakan alarm selama 1-3 menit adalah inti sari dari tehnik dan cara memutuskan pikiran yang membuat stres menurut Ankrom sesi 3 dan langkah ketiga dan keempat oleh Millier. Sesi 3 yang dilaksanakan oleh Agustarika yakni pemutusan pikiran secara otomatis merupakan sesi 4 dari Ankrom dan langkah kelima dari Millier.

Berdasarkan pengembangan dari ketiga pendapat di atas, maka peneliti membagi pelaksanaan terapi *thought stopping* kedalam 3 (tiga) sesi yaitu :

- a. Sesi 1 : identifikasi dan putuskan pikiran yang mengganggu atau membuat cemas

Diskusikan pada klien pemikiran yang mengganggu atau membuat cemas : pemikiran yang muncul itu kenyataan atau tidak, pemikiran yang muncul itu membuat klien termotivasi atau tidak,

Universitas Indonesia

pemikiran yang muncul membuat klien yakin atau tidak, pemikiran yang muncul bersifat netral dan mudah dimonitor atau tidak. Pilih salah satu pikiran yang sangat ingin diputuskan tuliskan dalam buku kerja pada kolom sebelah kiri dan diskusikan pikiran positif pengganti yang telah diidentifikasi. Minta klien pikirkan tentang pikiran yang mengganggu dan membuat cemas serta bayangkan klien berada dalam situasi pikiran yang muncul selama 3 menit. Perintahkan klien melihat tanda “stop” untuk berhenti memikirkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas ketika terapis berteriak “stop”. Minta keluarga memandang ke satu titik pada dinding dan membayangkan situasi yang mengganggu dan membuat cemas seolah – olah akan terjadi, hentikan pikiran dengan berteriak “stop” segera alihkan pikiran dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi sebelumnya.

b. Sesi 2 : Berlatih pemutusan pemikiran dengan menggunakan tanda “stop”

Fokuskan pikiran klien yang mengganggu dan membuat cemas yang lain telah ditulis di buku kerja. Siapkan tanda “stop” untuk membantu pemutusan pikiran. Bayangkan pikiran tersebut ketika melihat tanda “stop” keluarga berteriak “stop “. Ganti pikiran tersebut dengan pikiran positif yang telah diidentifikasi. Berikan tanda stop dengan interval 1-3 menit. Bayangkan gambar dinding batu bata yang untuk menghentikan perkembangan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas. Jika telah berhasil, ulangi tanpa menggunakan gambar. Latih *thought stopping* dengan mengucapkan “stop” dengan nada normal, berbisik dan membayangkan tanda “stop”. Jika klien sudah mampu melakukan tehnik *thought stopping* ajarkan klien untuk menggunakan tehnik tersebut dengan menggunakan karet gelang, menekan kuku

jari.untuk pemutusan pikiran tanpa harus berteriak ditengah keramaian sekalipun.

c. Sesi 3 : Pengendalian pemutusan pikiran secara otomatis

Buat jadwal bersama klien untuk melakukan tehnik pemutusan pikiran secara otomatis dengan bantuan buku kerja selama beberapa hari. Latihan *thought stopping* dapat dilakukan berulang-ulang secara mandiri dan otomatis tanpa kehadiran terapis dalam situasi kehidupan sehari – hari.

2.7. Model Konsep Keperawatan Stres Adaptasi Roy

Teori adaptasi Roy memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi. Sesuai dengan model Roy tujuan dari keperawatan adalah membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis,konsep diri,fungsi peran dan hubungan interdependensi selama sehat-sakit. Kebutuhan asuhan keperawatan muncul ketika klien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal. Perawat menentukan apakah kebutuhan yang tidak adekuat menyebabkan timbulnya masalah bagi klien dan mengkaji bagaimana klien dapat beradaptasi terhadap kondisi tersebut.

2.7.1 Aplikasi Teori Model Adaptasi Roy dalam Asuhan Keperawatan Tingkat Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak yang Menjalani Kemoterapi

Menurut Roy (1984, dalam Tomey & Alligood, 2006) Model adaptasi Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan coping atau mekanisme pertahanan diri, adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya.

Model adaptasi Roy terdapat tiga tingkatan stimuli adaptasi pada manusia, diantaranya stimuli fokal yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seorang individu; stimuli kontekstual yaitu stimulus yang dialami seseorang dan baik internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subyektif; stimuli residual yaitu stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.

Proses adaptasi yang dikemukakan Roy adalah mekanisme koping terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme koping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh dan mekanisme koping yang didapat dimana koping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya; *regulator* subsistem merupakan proses koping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin; *cognator* subsistem adalah proses koping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi.

Sistem adaptasi Roy ini memiliki empat model adaptasi yang akan berdampak terhadap respon adaptasi diantaranya fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, interdependen. Sedangkan dua respon adaptasi meliputi respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia; respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih. Respon tersebut selain

menjadi hasil dari proses adaptasi selanjutnya akan juga menjadi umpan balik terhadap stimuli adaptasi.

2.7.2 Analisis Penerapan Model Adaptasi Roy pada Asuhan Keperawatan Kecemasan Keluarga dengan Anak yang Menjalani Kemoterapi

Menurut model adaptasi Roy (1984, dalam Tomey & Alligood, 2006) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dipandang sebagai *holistic adaptif system* dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Keluarga merupakan sebuah sistem, dimana masing-masing subsistem memiliki keterkaitan dan ketergantungan untuk membentuk tujuan dalam keluarga. Tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dalam konteks teori sistem dapat dipahami bahwa ketika anak dirawat dirumah sakit anak mengalami perpisahan dengan lingkungan yang dicintai, kehilangan kontrol dan pembatasan aktivitas serta kehilangan kelompok sosialnya, perasaan takut mati, kelemahan fisik dan nyeri akan dipengaruhi oleh karakteristik keluarga. Keberadaan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan permasalahannya akan menjadi beban yang dapat memunculkan reaksi keluarga, baik adaptif maupun maladaptif. Reaksi maladaptif yang menetap dan terus menerus akan memunculkan masalah psikososial. Masalah psikososial yang sering muncul pada keluarga sebagai bentuk mekanisme proses adaptif adalah kecemasan. Untuk lebih memahami karakteristik keluarga (*caregiver*) dalam pendekatan model adaptasi Roy, akan diuraikan sesuai dengan pendekatan sistem, yaitu dari proses input, output, kontrol dan umpan balik.

2.7.3 Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan keluarga, dan akan mempunyai pengaruh yang kuat. Termasuk dalam stimulus fokal adalah keberadaan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan karakteristik adanya kecemasan pada anak yang harus dirawat di rumah sakit dapat memunculkan masalah psikososial kecemasan pada keluarga (*caregiver*). Dalam pendekatan Stuart dan Laraia (2005), stimulus fokal dapat dianalogikan sebagai stresor presipitasi, yaitu segala ketegangan dalam merawat anak yang menjalani kemoterapi yang dapat memicu munculnya masalah psikososial kecemasan.

b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami keluarga (*caregiver*) baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi kemampuan keluarga (*caregiver*) dalam mengelola beban dan kecemasan, dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Termasuk dalam stimulus kontekstual yaitu karakteristik keluarga, meliputi usia, hubungan dengan anak, pendidikan, dan status sosial ekonomi. Karakteristik ini akan mempengaruhi kemampuan keluarga (*caregiver*) dalam mempersepsikan keberadaan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi, apakah dianggap sebagai beban yang dapat mengarah pada munculnya masalah psikososial kecemasan, ataukah tidak.

c. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi nilai dan norma dalam keluarga, kepercayaan, reaksi atau respon masyarakat yaitu stigma karena memiliki anak yang menjalani kemoterapi.

2.7.4 Kontrol

Proses kontrol keluarga menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol yang digunakan oleh Roy dapat dijelaskan sebagai sebuah proses kontrol sistem adaptif, yaitu regulator dan kognator, dimana mekanisme tersebut merupakan bagian subsistem adaptasi. Dalam memelihara integritas keluarga, *regulator* dan *kognator* diperkirakan sering bekerja sama. Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem *efektor*, yaitu 4 mode adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

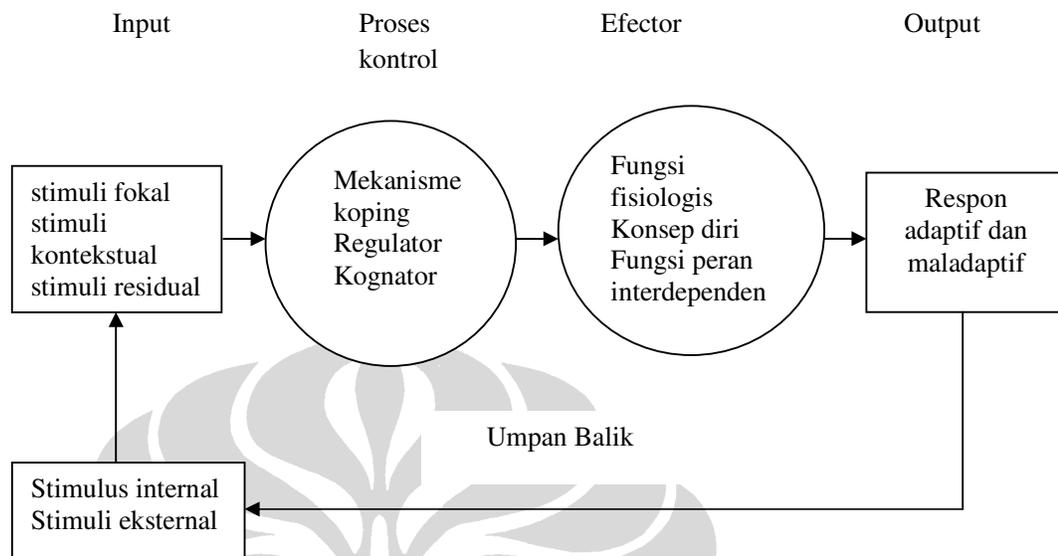
- a. Fungsi Fisiologis; Sistem adaptasi fisiologis di antaranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin.
- b. Konsep diri; Bagaimana keluarga (*caregiver*) mampu mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Model konsep diri berhubungan dengan kondisi psikososial dimana penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual keluarga (*caregiver*).
- c. Fungsi peran; Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran keluarga (*caregiver*) dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Fokusnya pada bagaimana keluarga (*caregiver*) dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kemampuan dan situasi yang dijalani dengan anak yang menjalani kemoterapi.
- d. Interdependent; Kemampuan keluarga (*caregiver*) mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta kasih yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat keluarga (*caregiver*) itu dan orang lain.

2.7.5 Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas keluarga yang secara keseluruhan dapat terlihat bila keluarga tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, dan reproduksi. Sedangkan respon yang maladaptif dapat menimbulkan perilaku yang tidak mendukung tujuan keluarga.

Model adaptasi Roy dapat membantu keluarga dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi untuk beradaptasi dengan lingkungannya, yang dapat berdampak pada peningkatan status kesehatan dan kualitas hidup keluarga ataupun anak itu sendiri. Alasan penggunaan model adaptasi Roy, karena keluarga sebagai bagian holistik dan sistem adaptif yang memiliki kemampuan beradaptasi terhadap stimulus sehingga keluarga mampu memanfaatkan koping adaptif dalam mengatasi masalah psikososial yang muncul ketika merawat anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Kecemasan merupakan masalah psikososial yang sering muncul pada keluarga sebagai manifestasi dari beban yang dipersepsikan sebagai stressor. Tugas perawat dalam model adaptasi Roy adalah untuk membantu keluarga mempertahankan dan meningkatkan mekanisme koping adaptif yang dimiliki sehingga mencapai kualitas hidup yang optimal. Dari pengertian diatas dapat digambarkan melalui kerangka mekanisme sebagai berikut (Tomey & Aligood, 2006) :

Gambar 4.1
Kerangka Mekanisme Model Adaptasi Roy



2.8 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori terkait yang terdiri dari pengertian, konsep kanker, ciri perkembangan anak usia sekolah, konsep keluarga (*caregiver*), konsep kecemasan, faktor predisposisi, stresor presipitasi, faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan, serta tindakan untuk mengurangi kecemasan melalui mekanisme koping, terapi keperawatan dan psikofarmaka dan terapi *thought stopping*.

Peplau (1963), (Stuart & Laraia, 2005), Issacs (2005) serta Videback (2006) menjelaskan bahwa kecemasan dikategorikan menjadi empat tingkatan yakni kecemasan ringan, sedang, berat dan panik. Kecemasan ditentukan oleh respon yang ditimbulkan, baik secara fisiologis, kognitif, perilaku maupun emosional. Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan sedang memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsi. Kecemasan berat ditandai dengan lapang

Universitas Indonesia

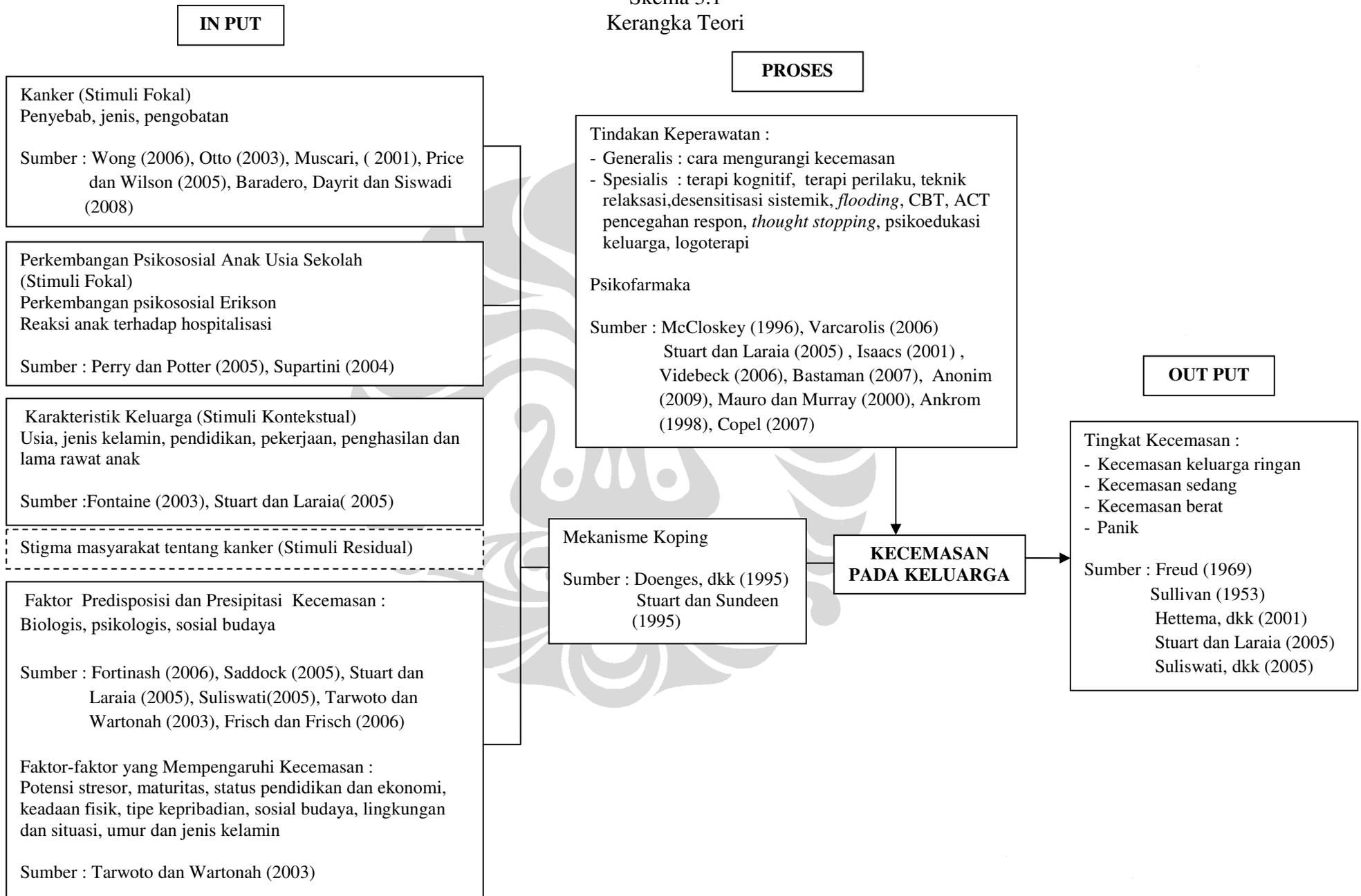
pandangan yang berkurang, sedangkan pada tingkatan panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kecemasan adalah predisposisi (Stuart & Laraia, 2005) dan stresor presipitasi (Stuart & Sundeen, 1995). Faktor predisposisi dan stresor presipitasi kecemasan meliputi biologis (Stuart & Laraia, 2005), psikologis (Freud, 1969., Sullivan, 1953 dan Suliswati, dkk., 2005), sosial budaya (Hetteema, dkk., 2001 dan Suliswati, dkk., 2005). Tarwoto dan Wartonah (2003), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kecemasan diantaranya adalah potensi stresor, maturitas, status pendidikan dan ekonomi, keadaan fisik, tipe kepribadian, sosial budaya, lingkungan dan situasi umur dan jenis kelamin.

Tindakan untuk mengatasi kecemasan dapat dilakukan melalui penggunaan mekanisme koping (Stuart & Sundeen, 1995 dan Doenges, dkk., 1995), psikofarmaka (Copel, 2000 dan Halloway, 1996) dan terapi keperawatan (McCloskey, 2006). Terapi spesialis yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasan diantaranya adalah terapi kognitif (Varcarolis, dkk., 2006), terapi perilaku (Videbeck, 2006), teknik relaksasi (Stuart & Laraia, 2005), *modeling* dan desensitisasi sistematis (Isaacs, 2001), *flooding* dan pencegahan respon (Varcarolis, 2006), *thought stopping* (Ankrom, 1998), CBT (Anonim, 2009 dan Mark, dkk., 2000), psikoedukasi keluarga (Stuart & Laraia, 2005), ACT (Mauro & Murray, 2000) serta logoterapi (Johnson, 2006 dan Isaacs, 2005).

Terapi yang digunakan untuk mengurangi kecemasan pada penelitian ini adalah dengan terapi *thought stopping*. Pada penelitian ini panduan terapi yang akan dipergunakan merupakan hasil modifikasi dengan mengadopsi tahapan terapi *thought stopping* oleh Ankrom (1998), Miller (2001) dan Agustarika (2009) yang terdiri dari 3 (tiga) sesi. Gambaran kerangka teori penelitian yang telah dijelaskan dapat dilihat pada skema 3.1

Universitas Indonesia

Skema 3.1
Kerangka Teori



BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini dijelaskan mengenai kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan teori dan konsep yang telah penulis paparkan pada tinjauan teori. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen, variabel independen.

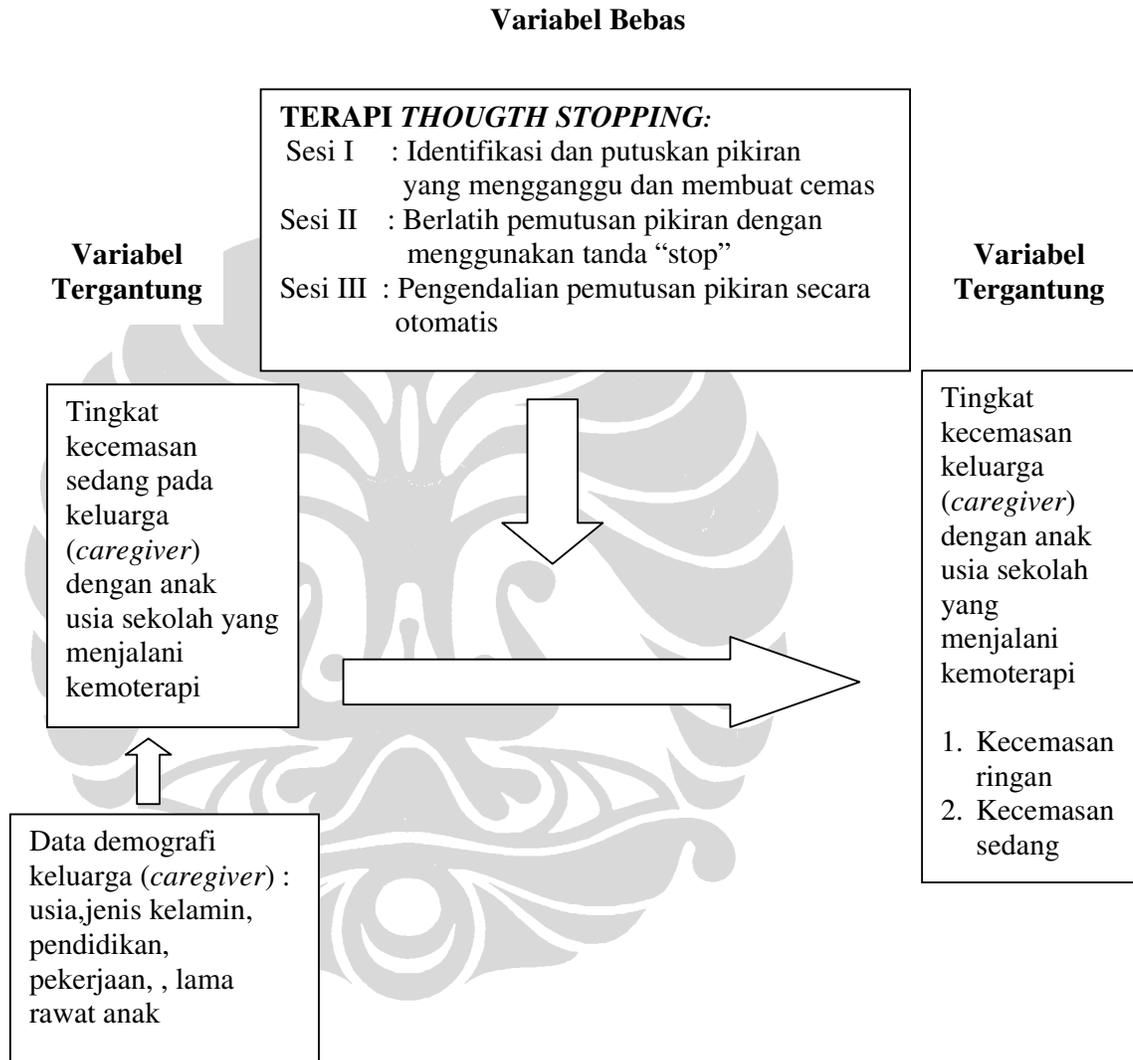
Variabel dependen (variabel tergantung) dalam penelitian ini adalah kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak yang menjalani kemoterapi. kecemasan yang meliputi kecemasan ringan dan kecemasan sedang (Hamilton, 1959; Stuart & Sundeen, 2007; Videbeck, 2008; Stuart & Laraia, 2005). Pada penelitian ini, setelah dilakukan intervensi diharapkan akan terjadi penurunan kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak yang menjalani kemoterapi. Kecemasan keluarga diharapkan akan terjadi penurunan dari kecemasan keluarga sedang menjadi kecemasan ringan.

Variabel independen (variabel bebas) dalam penelitian ini adalah pemberian intervensi berupa terapi *thought stopping*. Pelaksanaan terapi *thought stopping* dilakukan sebanyak 3 sesi (Agustarika, 2009). Data demografi dalam penelitian adalah karakteristik keluarga dengan anak yang menjalani kemoterapi yang mempengaruhi variabel kecemasan (Tarwoto & Wartonah, 2003) meliputi usia, hubungan dengan anak, pekerjaan, pendidikan, dan lama rawat anak.

Berikut ini adalah skema kerangka konsep yang akan digunakan dalam penelitian :

Skema 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Menurut Machfoedz, Marianingsih, Margono dan Wahyuningsih (2005) hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara yang mungkin maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

3.2.1. Ada pengaruh pemberian terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang

menjalani kemoterapi pada kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* sebelum dan sesudah

3.2.2. Ada perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi antara kelompok yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping* sebelum dan sesudah.

3.2.3. Ada perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada kelompok yang mendapat pemberian terapi *thought stopping* dan tidak mendapatkan terapi *thought stopping* sebelum dan sesudah

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas.

Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas dalam mempengaruhi variabel lain.

Variabel dependen (variabel teergantung) merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1. :

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara
A. Data Demografi					
1.	Usia	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari ulang tahun terakhir pada saat diobservasi	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dengan angka sesuai dengan usia responden saat ini	Rasio
2.	Jenis Kelamin	Penanda biologik yang dapat membedakan antara laki-laki dan perempuan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. Pendidikan rendah 2. Pendidikan tinggi	Ordinal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik didalam rumah maupun diluar rumah untuk mendapatkan imbalan/penghasilan sesuai hasil usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5.	Lama rawat anak	Jumlah hari perawatan anak selama di RS	Satu item pertanyaan dalam kuesioner tentang jumlah hari rawat	1. Kurang dari dua minggu 2. Lebih dari dua minggu	Nominal
B. Variabel Bebas					
	Terapi generalis	Tindakan yang dilakukan perawat pada keluarga untuk mengurangi kecemasan. Kegiatan tersebut terdiri dari: menjelaskan tentang cemas, penyebab, akibat dan mengajarkan cara	Lembar observasi (<i>check list</i>)	1. Tidak diberikan terapi generalis 2. Diberikan terapi generalis	Nominal

	mengurangi kecemasan			
Terapi <i>thought stopping</i>	Kegiatan terapi yang dilakukan untuk membantu kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan melakukan penghentian pikiran negatif yang mengganggu dan membuat cemas, dimana klien diajarkan untuk mengatakan stop untuk keluar dari pikiran tersebut dalam 3 sesi yaitu : sesi 1 : Identifikasi dan putus pikiran yang mengganggu dan membuat cemas, sesi 2: Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan tanda stop, sesi 3 : Pengendalian pemutusan pikiran secara otomatis	Lembar observasi (<i>check list</i>)	1.Tidak diberikan terapi <i>thought stopping</i> 2.Diberikan terapi <i>Thought stopping</i>	Nominal

C. Variabel tergantung

Kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>)	Perasaan tidak nyaman dan mengganggu pikiran keluarga(<i>caregiver</i>) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi	Menggunakan kuesiner B (evaluasi diri) Terdiri dari 16 item pernyataan. 11 pernyataan negatif dan 5 pernyataan positif dengan menggunakan skala likert yaitu skor 1- 4 untuk pernyataan	Dinyatakan dengan skor kecemasan 16 – 64 Skor 16 - 28 = Ringan Skor >28 – 40= Sedang Skor >40 – 52= Berat Skor >52 – 64= Panik	Rasio

negatif diberi nilai

1 = Tidak pernah

2 = Kadang –
kadang

3 = Sering

4 = Selalu

Pernyataan positif

1 = Selalu

2 = Sering

3 = Kadang –
kadang

4 = Tidak pernah

Menggunakan

kuisener C

(observasi) terdiri

dari 8 pertanyaan sub
variable kecemasan

.yakni respon

fisologis 5 item skor

1-2 masing – masing

untuk tekanan darah,

nadi, dan pernafasan

skor 1-4 untuk

ketegangan otot dan

kulit. Respon kognitif

1 item skor 1-4

untuk fokus

perhatian. Respon

perilaku 2 item skor

1- 4 untuk masing –

masing respon

motorik dan

komunikasi

Dinyatakan dengan

skor kecemasan

8 - 26

Skor 8 – 13 = Ringan

Skor >13 – 18 = Sedang

Skor >18 – 22 = Berat

Skor >22 – 26 = Panik

Rasio

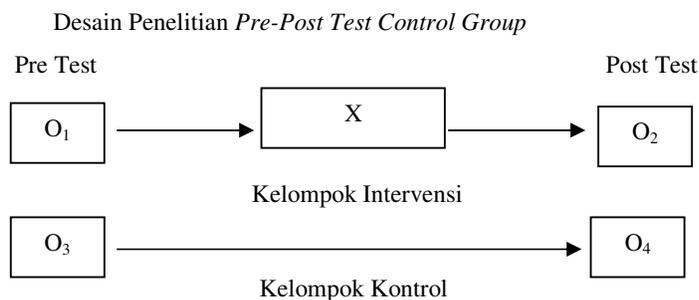
BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan mengenai metodologi penelitian yang terdiri atas : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Burn dan Grove (1991, dalam Notoatmojo, 2002) menjelaskan bahwa desain rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan intervensi terapi *thought stopping* terhadap kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak yang menjalani kemoterapi. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi *thought stopping*. Pada penelitian ini juga membandingkan perbedaan kecemasan keluarga dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo sebagai kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2010) bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) intervensi. Desain penelitian dapat dilihat pada skema 4.1

Skema 4.1



Keterangan :

- X : Terapi *Thought stopping* dan terapi generalis
- O₁ : Tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebelum mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis
- O₂ : Tingkat Kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sesudah mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis
- O₃ : Tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebelum mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis pada kelompok kontrol
- O₄ : Tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sesudah mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis pada kelompok kontrol
- O₂ – O₁ : Perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi setelah mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis pada kelompok intervensi
- O₄ – O₃ : Perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis pada kelompok kontrol
- O₂ – O₄ : Adanya perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi setelah mendapatkan terapi *thought stopping* dan terapi generalis

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Menurut Arikunto (2000), populasi adalah keseluruhan subyek penelitian. Widodo (2004) menjelaskan lebih lanjut bahwa populasi atau disebut juga *universe* merupakan seluruh subyek dan obyek dengan karaktersitik tertentu yang akan diteliti. Bukan hanya obyek

atau subyek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang memiliki subyek atau obyek tersebut, seperti sekelompok individu yang mempunyai usia, seks, pekerjaan, status sosial yang sama. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang dirawat di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sedang dirawat di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo dan RS Kanker Darmas pada bulan Mei – Juni 2011.

4.2.2 Sampel

Sugiyono (2005) menjelaskan bahwa sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Menurut Budiarto (2004) *purposive sampling* adalah pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan bila cara pengambilan sampel dilakukan sedemikian rupa sehingga kewakilannya ditentukan oleh peneliti berdasarkan pertimbangan orang-orang yang telah berpengalaman karakteristik sampel yang akan dilibatkan. Sampel penelitian ini adalah keluarga (*caregiver*) anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan kriteria inklusi yaitu:

- 4.2.2.1 Bersedia menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan sebagai responden
- 4.2.2.2 Keluarga (*caregiver*) mengalami tingkat kecemasan sedang berdasarkan hasil skrining
- 4.2.2.3 Usia 18 – 22 tahun
- 4.2.2.4 Mampu membaca dan menulis

4.2.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji beda proporsi 2 kelompok independen dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n = \frac{2\sigma^2 [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- N : Besar sampel
 Z_α : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $Z_\alpha = 1,96$
 Z_β : Bila $\alpha = 0,05$ dan power = 90% maka $Z_\beta = 1,28$
 $\mu_1 - \mu_2$: Beda rata-rata dua kelompok independen
 Σ : Standar deviasi dua kelompok independen dari penelitian terdahulu atau penelitian awal

Peneliti menggunakan penelitian dari Agustrika (2009) sebagai acuan penelitian terdahulu karena memiliki variabel dependen yang sama yaitu tingkat kecemasan dengan meneliti tentang terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan klien dengan penyakit fisik dengan jumlah responden sebanyak 43 orang. Penghitungan standar deviasi dari rata-rata dua kelompok Agustrika (2009) menggunakan rumus varians gabungan yaitu:

$$Sp^2 = \frac{[(n1 - 1)s1^2 + (n2 - 1)s2^2]}{(n1 - 1) + (n2 - 1)}$$

Keterangan :

- n1 : Jumlah responden kelompok kontrol = 43 (Agustrika, 2009)
 n2 : Jumlah responden kelompok intervensi = 43 (Agustarika, 2009)
 s1² : Standar deviasi kelompok kontrol = 3,55 (Agustrika, 2009)
 s2² : Standar deviasi kelompok intervensi = 3,55 (Agustarika, 2009)
 Sp² : Standar deviasi gabungan

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus di atas, maka :

$$Sp^2 = \frac{[(42 \times 3,55) + (42 \times 3,55)]}{42 + 42}$$

$$Sp^2 = 3,55$$

Jadi standar deviasi (σ) dua kelompok independen dari penelitian terdahulu dalam hal ini penelitian Agustarika (2009) adalah 3,55 sedangkan perbedaan rata-rata dua kelompok independennya adalah 3,55. Semua angka tersebut dimasukkan ke rumus perhitungan sampel, maka didapatkan hasil:

$$n = \frac{2 \times (3,55)^2 \times (1,96 + 1,28)^2}{(3,55)^2}$$

$$n = 20,9 \text{ dibulatkan menjadi } 21$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 21 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi *quasi eksperimental* ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

N : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 % ($f = 0,1$)
(Agustarika, 2009)

Maka :

$$n = \frac{21}{1 - 0,1}$$

$$n = 23,33 \text{ dibulatkan menjadi } 23$$

Berdasarkan rumus tersebut di atas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian 23 responden untuk kelompok intervensi dan 23 responden untuk kelompok kontrol. Total jumlah responden adalah 46 responden. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di dua tempat yakni RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo yang dijadikan kelompok intervensi dan RS Kanker Darmas sebagai kelompok kontrol dengan pertimbangan berada di wilayah yang sama dan memiliki karakteristik yang sama. Keluarga (*caregiver*) dikedua rumah sakit yang memenuhi kriteria inklusi kemudian dilakukan pengukuran/skrining dengan evaluasi diri dan observasi untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan sedang dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Setelah diketahui keluarga (*caregiver*) tingkat kecemasan sedang langkah selanjutnya peneliti melakukan *purposive sampling* dengan pertimbangan kewakilan sampel ditentukan oleh peneliti

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang anak non infeksi RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo sebagai kelompok intervensi. Lokasi penelitian dipilih dengan alasan rata-rata jumlah klien anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi setiap bulannya cukup banyak yaitu sebanyak 33 orang. RSUPN

Dr Cipto Mangunkusumo juga merupakan RS rujukan nasional. Faktor lain adalah belum terlaksananya pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dan sikap terbuka lahan penelitian untuk perubahan guna perbaikan kualitas pelayanan keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Kelompok kontrol berada di RS Kanker Darmais dengan pertimbangan berada di wilayah yang sama dan memiliki karakteristik yang sama yakni rumah sakit rujukan kanker nasional dan merawat anak usia menderita kanker dan menjalani kemoterapi.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada awal bulan Mei sampai dengan minggu keempat bulan Juni 2011, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Kegiatan pengambilan data dan proses penelitian dilaksanakan selama enam minggu (satu minggu *pre test*, empat minggu intervensi dan satu minggu untuk *post test*) yang dimulai pada tanggal 23 Mei – 28 Juni 2011.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan kaji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan RS Dr Cipto Mangunkusumo pada proposal pengaruh terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebagai prasyarat sebelum penelitian dilaksanakan. Selanjutnya peneliti akan mengajukan surat permohonan penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo dan RS Kanker Darmais melalui Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan.

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian diberikan informasi tentang rencana dan tujuan penelitian. Setiap responden akan diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi

responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti (lampiran 2). Responden yang dilibatkan memperoleh hak mendapatkan informasi secara terbuka serta bebas menentukan pilihan tanpa adanya paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*).

Pada penelitian ini, peneliti tidak menampilkan identitas responden (*anonymous*) serta menjaga kerahasiaan data yang diperoleh (*confidentiality*) dengan cara menggunakan kode responden. Data yang diperoleh disimpan di file pribadi sebagai arsip dan hanya diakses oleh peneliti sendiri. Setelah data tersebut selesai dipergunakan maka dimusnahkan dengan cara dibakar. Prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*) dilaksanakan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan pada kelompok kontrol diakhir kegiatan penelitian memberikan *leaflet* dan mengajarkan cara mengatasi cemas. Prinsip berikutnya yaitu senantiasa memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta memaksimalkan hasil agar dapat bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficence*).

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang terdiri dari:

4.6.1 Instrumen A

Instrumen A (lampiran 3) merupakan instrumen untuk mengetahui data demografi keluarga dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi untuk mendapatkan karakteristik keluarga yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan lama rawat. Data demografi responden masuk dalam lembar kuisener A, terdiri dari lima pertanyaan yakni untuk usia ditulis dan empat pertanyaan lainnya di isi dengan cara check list (√) pada jawaban yang dipilih oleh responden.

4.6.2 Instrumen B

Instrumen B (lampiran 4) merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tanda dan gejala kecemasan pada keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang menjalani hospitalisasi berdasarkan evaluasi diri. Instrumen tanda dan gejala kecemasan ini merupakan hasil modifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009), Supriati (2010) yang dikembangkan dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) tentang respon kecemasan yang diukur untuk keluarga secara subyektif. Instrumen untuk memperoleh data mengenai kecemasan berdasarkan evaluasi diri terdiri 16 pernyataan yang terdiri dari 11 pernyataan negatif dan 5 pertanyaan positif tentang tanda dan gejala kecemasan dan diukur dengan menggunakan skala likert yaitu skor 1-4 untuk pertanyaan negatif diberi nilai 1 = tidak pernah; 2 = kadang-kadang; 3 = sering; 4= selalu. Pertanyaan positif diberi nilai 1 = selalu; 2 = sering; 3 = kadang-kadang; 4 = tidak pernah. Penghitungan skor tingkat kecemasan dilakukan dengan cara menjumlahkan skor total responden yakni dengan rentang 16 – 64. Bila skor berada dalam rentang 16 – 28 = kecemasan ringan, >28 – 40 = kecemasan sedang, >40 – 52 =kecemasan berat dan >52 – 64 =panik

4.6.3 Instrumen C

Instrumen C merupakan instrument kecemasan berdasarkan observasi merupakan hasil modifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009), Supriati (2010) yang dikembangkan dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) berupa respon objektif (diukur oleh perawat) lembar observasi (lampiran 5) di isi berdasarkan hasil pengukuran dengan alat tensi meter, jam tangan) dan pengamatan secara langsung. Lembar yang akan di observasi terdiri dari 3 sub variabel kecemasan yaitu respon fisiologis (5 item) skor 1-2 masing – masing untuk tekanan darah, nadi,dan pernafasan skor 1- 4 untuk ketegangan otot dan kulit. Respon kognitif (1 item)

skor 1- 4 untuk fokus perhatian. Respon perilaku (2 item) skor 1- 4 untuk masing – masing motorik dan komunikasi dengan rentang skor antara 8 – 26.

4.7 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk menilai apakah instrumen penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan atau tidak, sehingga peneliti melakukan terlebih dahulu melakukan uji validitas dan reliabilitasnya.

4.7.1 Uji Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang memiliki arti ketepatan dan kecermatan, menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur itu mengukur apa yang ingin diukur (Singarimbun & Effendi, 1995). Berdasarkan hal tersebut instrumen yang digunakan pada penelitian harus di uji validitasnya pada 10 responden yang berada di tempat berbeda untuk menghindari bias. Pelaksanaan Uji validitas dan reliabilitas pada minggu pertama Mei 2011 di RS Kanker Darmas dengan pertimbangan rumah sakit tersebut memiliki karakteristik yang sama yakni anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Instrumen yang digunakan merupakan modifikasi dari penelitian sebelumnya dan telah dikonsultasikan pada *expert* keperawatan jiwa di FIK-UI.

Pengujian instrumen pada sampel dilakukan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji apabila r hitung lebih besar dari r tabel maka H_0 ditolak yang artinya valid. Sebaliknya bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka H_0 gagal ditolak yang artinya variabel tidak valid (Hastono, 2007). Berdasarkan hasil analisis uji menggunakan *Pearson Product Moment* pada 10 orang sampel, dari 16 pernyataan koefisien korelasi antara item dengan total lebih dari 0,6 menunjukkan bahwa item pertanyaan valid.

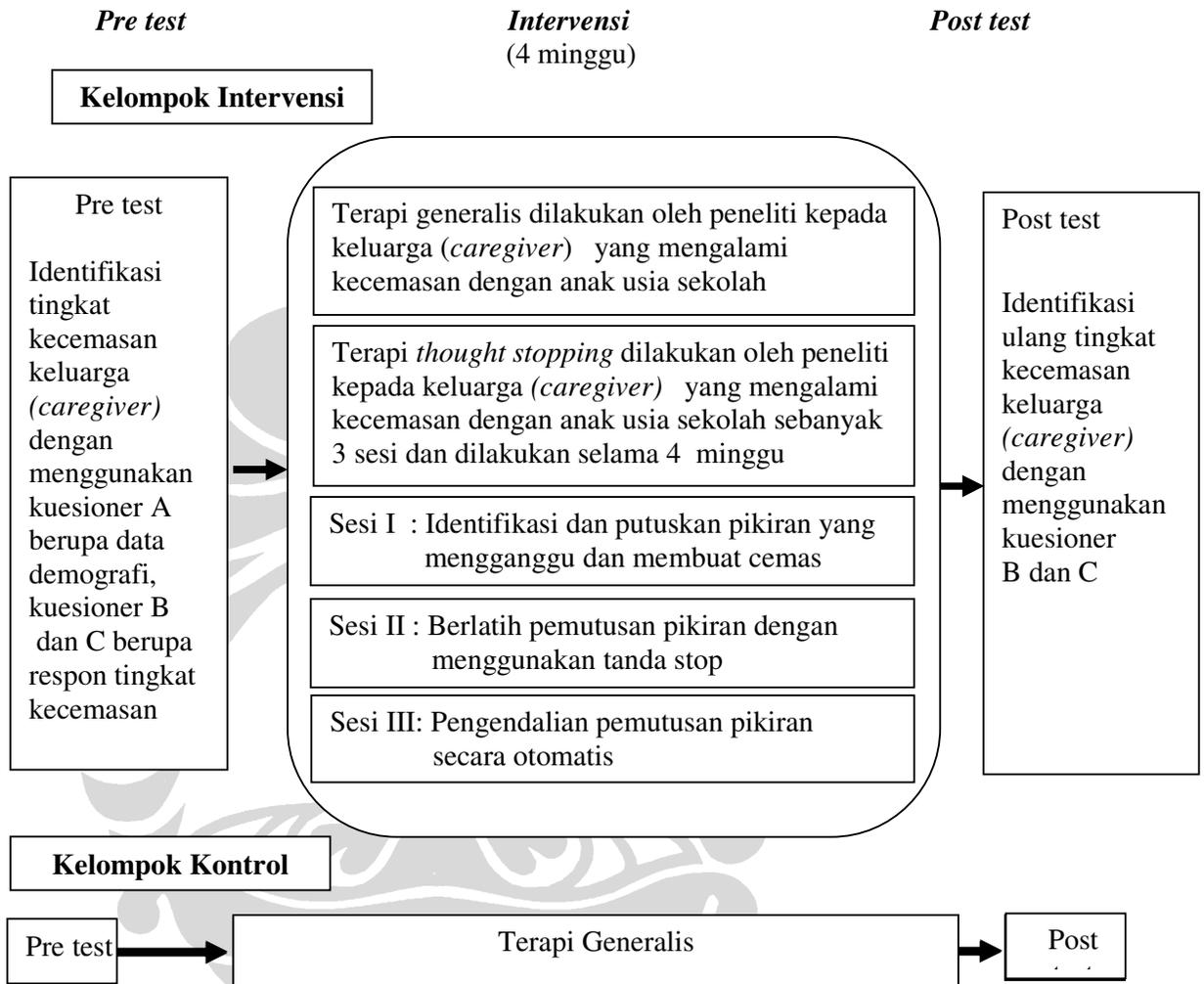
4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliability penelitian didefinisikan sejauh mana instrumen akan menghasilkan suatu hasil yang sama dalam suatu penanganannya secara berulang kali (Nursalam & Pariani, 2001). Menurut Sugiyono (2005), instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas dengan cara diuji menggunakan rumus *Alfa Cronbach* dengan interpretasi dikatakan item reliabel jika nilai α item lebih besar dari nilai α tabel. Dempsey (2002) menjelaskan bahwa reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika *Alfa Cronbach* $> 0,60$. Hasil pengujian dengan menggunakan *Alfa Cronbach* didapatkan 0.975 untuk 16 item pertanyaan sehingga berdasarkan perhitungan ini maka dapat disimpulkan bahwa kuisener dalam penelitian ini dinyatakan reliabel.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Langkah awal dari proses penelitian ini adalah uji *validity* dilanjutkan dengan uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu keperawatan setelah dinyatakan lolos uji etik, uji *validity expert* maka peneliti mengajukan permohonan izin kepada kepada Direktur RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo dan RS Kanker Darmas berdasarkan surat pengantar dari Dekan FIK-UI. Sebelum mendapatkan izin, peneliti melakukan uji etik dari komite etik pihak RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo berkoordinasi dengan Kepala pendidikan dan latihan setelah mendapatkan izin peneliti serta kepala ruangan perawatan anak berpartisipasi untuk mengidentifikasi keluarga (*caregiver*) yang dilibatkan sebagai responden dalam penelitian. Peneliti selanjutnya mengambil data pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Di bawah ini adalah bagan kerangka kerja terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi.

Skema 4.2
 Kerangka Kerja Pengaruh Terapi *Thought stopping* Terhadap Tingkat
 Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang
 Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo



Tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi antara kelompok intervensi dan kontrol diidentifikasi sesuai dengan langkah- langkah pelaksanaan terapi *thought stopping* yang terdiri dari:

4.8.1 *Pre test*

Langkah awal dari pelaksanaan adalah dengan membagi responden yang memenuhi kriteria inklusi berdasarkan hasil scanning dan

pemberian terapi generalis menjadi dua kelompok yakni keluarga (*caregiver*) kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Responden yang masuk ke dalam kelompok intervensi adalah keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Jumlah responden sesuai dengan hasil perhitungan yakni 23 responden untuk masing-masing kelompok. Selanjutnya diberikan kuesioner B dan C pada tanggal 23 – 28 Mei 2011 untuk menentukan tingkat kecemasan. Pemberian terapi generalis untuk mengurangi kecemasan dilakukan pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi *thought stopping*. Terapi generalis berisi penjelasan tentang pengertian cemas, tanda dan gejala, penyebab, akibat dan cara mengatasi kecemasan secara umum selama 30 menit dengan media berupa *leaflet* yang berisi informasi mengatasi kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi.

Pada kelompok kontrol sebagai responden yang memenuhi kriteria sampel penelitian maka setelah dilakukan *pre test* tidak diberikan tindakan yang sama dengan kelompok intervensi. Kelompok kontrol pada penelitian ini adalah keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RS Kanker Darmas. Sebagai bentuk kesediaan menjadi responden, keluarga (*caregiver*) terlebih dahulu akan menandatangani lembar persetujuan sebelum dilakukannya pelaksanaan *pre test*. Selama prosedur pelaksanaan *pre test* dan *post test*, khusus untuk kelompok kontrol peneliti dibantu oleh satu orang asisten peneliti yang sebelumnya sudah dilakukan persamaan persepsi.

4.8.2 Intervensi

Pada tahap ini responden kelompok intervensi yang terlibat dalam pemberian terapi *thought stopping* dilakukan sebanyak tiga sesi. Pelaksanaan setiap sesi disesuaikan dengan kemampuan keluarga

(*caregiver*) dan waktu yang ada pada tanggal 29 Mei – 22 Juni 2011. Tahapan pelaksanaan pada terapi *thought stopping* terdiri dari sesi 1 : Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas, sesi 2: Pengendalian pemutusan pikiran dengan menggunakan tanda stop, sesi 3 : Berlatih pemutusan pikiran secara otomatis. Pelaksanaan terapi *thought stopping* dilakukan oleh peneliti/terapis secara individu kepada keluarga (*caregiver*) dalam tiga sesi sebanyak 3 kali pertemuan. Jumlah klien yang diberikan terapi ini 6 orang dalam sehari. Pertemuan dilakukan satu kali untuk satu keluarga (*caregiver*) dalam sehari, sehingga masing-masing keluarga (*caregiver*) mendapat terapi *thought stopping* dalam waktu 3 hari dengan menggunakan modul yang sudah diuji *ekspert validiti*. Proses pelaksanaan terapi dilakukan bersama keluarga di ruang kamar perawatan selama 30 – 45 menit untuk setiap sesinya. Keluarga (*caregiver*) diberi buku kerja dan lembar evaluasi oleh peneliti untuk mengevaluasi kemampuan yang harus dicapai selama terapi *thought stopping* berlangsung.

4.8.3 *Post test*

Post test dilaksanakan selama satu minggu yakni tanggal 22 - 28 Juni 2011 setelah pelaksanaan terapi *thought stopping*. Pada tahap ini peneliti melakukan identifikasi ulang terhadap kecemasan keluarga dengan menggunakan instrumen yang sama pada saat *pre test* berupa instrumen B dan C. Peneliti kemudian membandingkan nilai *pre test* dan *post test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk menjawab seluruh hipotesis dalam penelitian ini. Untuk melaksanakan prinsip keadilan pada penelitian ini keluarga (*caregiver*) pada kelompok kontrol dilakukan pendidikan kesehatan dan terapi *thought stopping* untuk mengatasi kecemasan

4.9 Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti yang harus dilalui yaitu :

4.9.1.1 *Editing*

Memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner responden dimana hasilnya dari jawaban yang diberikan sudah lengkap, konsisten dan sesuai dengan petunjuk pengisian.

4.9.1.2 *Coding*

Memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah di edit data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol. Data demografi yang merupakan karakteristik responden dikategorikan dan diberi kode berdasarkan tingkat usia berdasarkan angka sesuai usia responden, jenis kelamin (0 = laki-laki, 1 = perempuan) pendidikan (0 = tinggi, 1 = rendah), pekerjaan (0 = bekerja, 1 = tidak bekerja), lama rawat (0 = <2 minggu, 1 =>2 minggu).

4.9.1.3 *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Hasil data sudah di-*entry* secara keseluruhan secara lengkap sesuai dengan kelompok masing-masing.

4.9.1.4 *Cleaning*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data siap dianalisis. Hasil data setelah dilakukan cleaning, data yang sudah masuk sesuai dengan pengkodean ataupun kesalahan lainnya sehingga dipastikan tidak terjadi kekeliruan.

4.9.2 Analisis Data

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya agar dapat diketahui karakteristik dari subjek penelitian. Karakteristik responden yang akan dianalisis dibagi menjadi dua kelompok data numerik dan katagorik. Kelompok data numerik yaitu tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) sedang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *conviden interval* 90%, nilai minimal dan maksimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Adapun rentang nilai kecemasan berdasarkan evaluasi diri dikatagorikan menjadi 16 -28 kecemasan ringan, > 28 – 40 kecemasan sedang, > 40 – 52 kecemasan berat, > 52 – 64 panik. Nilai kecemasan berdasarkan observasi menjadi 8 -13 kecemasan ringan, >13 – 18 kecemasan sedang, >18 – 22 kecemasan berat, > 22 – 26 panik.

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Sebelum analisis bivariat dilaksanakan maka terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kesetaraan karakteristik keluarga dilakukan uji *Independen Simple t-test* untuk usia responden dan uji *Chi Square* untuk pendidikan, pekerjaan dan lama rawat.

Analisis bivariat akan dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yakni mengidentifikasi pengaruh terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Analisis bivariat yang dilakukan pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2
 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi *Thought Stopping*
 Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak
 Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi
 di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

A. Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Keluarga (*caregiver*)

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Usia	Usia	<i>Independen Simple t-test</i>
2	Jenis kelamin	Jenis Kelamin	<i>Uji Chi Square</i>
3	Pendidikan	Pendidikan	<i>Uji Chi Square</i>
4	Pekerjaan	Pekerjaan	<i>Uji Chi Square</i>
5	Lama rawat anak	Lama rawat anak	<i>Uji Chi Square</i>

B. Perbedaan Tingkat Kecemasan Keluarga (*caregiver*) Sebelum dan Sesudah Intervensi

No	Variabel Kecemasan	Variabel Kecemasan	Cara Analisis
1	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok intervensi sebelum penelitian (Data Numerik)	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok intervensi setelah penelitian (Data Numerik)	<i>Paired t-test</i>
2	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok kontrol sebelum penelitian (Data Numerik)	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok kontrol setelah penelitian (Data Numerik)	<i>Paired t-test</i>
3	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok intervensi setelah penelitian (Data Numerik)	Tingkat kecemasan keluarga (<i>caregiver</i>) kelompok kontrol setelah penelitian (Data Numerik)	<i>Independen Simple t-test</i>

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan secara lengkap mengenai hasil penelitian pengaruh *thought stopping* terhadap kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada tanggal 23 Mei sampai 28 Juni 2011. Pada penelitian ini telah diteliti 46 keluarga (*caregiver*) yang memiliki kecemasan sedang dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu 23 kelompok kontrol dan 23 kelompok intervensi. Hasil penelitian ini terdiri dari dua bagian yaitu analisis univariat dan bivariat yang akan diuraikan berikut ini :

5.1 Proses Pelaksanaan *Thought stopping* Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi

Persiapan pelaksanaan *thought stopping* terhadap kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo diawali dengan memberikan penjelasan atau sosialisasi kepada Kepala ruangan anak non infeksi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo sebagai tempat penelitian. Tempat penelitian ini telah dipilih dua rumah sakit yakni RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo sebagai kelompok intervensi dan RS Kanker Darmas sebagai kelompok kontrol

Keluarga (*caregiver*) yang menjadi responden penelitian dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan mengalami kecemasan sedang berdasarkan hasil evaluasi diri dan observasi. Pada tanggal 23 – 28 Mei 2011 peneliti memilih keluarga (*caregiver*) yang memenuhi syarat sebagai sampel yaitu 23 responden di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo dan 23 responden di RS Kanker Darmas. Pengumpulan data demografi responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dilakukan bersamaan saat mengisi kuisioner. Pemberian terapi generalis untuk mengatasi kecemasan pada kelompok intervensi dilakukan sebelum *thought stopping*. Apabila hasil skrining pada keluarga (*caregiver*) setelah terapi generalis menunjukkan

kecemasan sedang maka dilanjutkan *thought stopping*. Pelaksanaan terapi *thought stopping* berlangsung sejak tanggal 29 Mei – 22 Juni 2011 sebanyak 3 sesi. Berdasarkan evaluasi kegiatan selama proses pelaksanaan *thought stopping*, keluarga (*caregiver*) mampu mengikuti dengan baik dari awal sampai dengan selesai dan tidak ada yang *drop out*.

Tempat pertemuan pelaksanaan *thought stopping* dilakukan di dalam ruangan yang tertutup dan dibatasi oleh tirai pemisah antara pasien sehingga dapat menjaga *privacy* selama kegiatan berlangsung. Suasana ruangan tenang, penerangan yang cukup serta posisi duduk antara terapis dan keluarga (*caregiver*) saling berhadapan. Selama kegiatan *thought stopping* berlangsung, responden menunjukkan peran serta yang baik/kooperatif terutama ketika terapis mengajarkan cara berkonsentrasi untuk mengungkapkan kecemasan yang dirasakan dan harapan untuk mengatasi kecemasannya yang berhubungan dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Kegiatan tiap sesi selama *thought stopping* berlangsung didokumentasikan dalam buku kerja untuk masing-masing responden.

Setelah kegiatan *thought stopping* selesai diberikan, selanjutnya dilakukan *post test* menggunakan kuesioner evaluasi diri dan observasi. Pelaksanaan *post test* dilakukan pada tanggal 23 – 28 Juni 2010 dengan tujuan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan kecemasan setelah diberikan *thought stopping* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Khusus pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *thought stopping*, setelah kegiatan *post test* selesai kemudian peneliti memberikan *leaflet* dan menjelaskan tentang bagaimana cara mengatasi kecemasan dengan khususnya pada orang tua (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi.

5.2 Karakteristik Responden

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Selanjutnya peneliti juga menjelaskan tentang uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol meliputi variabel karakteristik keluarga (*caregiver*) yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan lama rawat anak.

5.2.1 Karakteristik Keluarga (*Caregiver*)

Tabel berikut ini menjelaskan tentang karakteristik keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi :

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Usia pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011 (n = 46)

Variabel	N	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
Usia					
Intervensi	23	35,22	8,163	22-49 thn	31,69-38,75
Kontrol	23	33,65	5,959	24-44 thn	31,08-36,23

Hasil analisis pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi adalah 35,22 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol yaitu 33,65 dengan usia termuda 22 tahun dan tertua 49 tahun. Hal ini menjelaskan bahwa rata – rata usia keluarga (*caregiver*) berada pada rentang usia produktif.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.2 menjelaskan bahwa jenis kelamin responden pada kedua kelompok menunjukkan jika perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Pada karakteristik tingkat pendidikan responden terlihat bahwa mayoritas berpendidikan tinggi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Sedangkan untuk karakteristik pekerjaan pada kedua kelompok menunjukkan jumlah yang tidak jauh berbeda antara

responden yang bekerja maupun yang tidak bekerja. Lama perawatan anak pada kedua kelompok menunjukkan bahwa sebagian besar dirawat kurang dari 2 minggu.

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Rawat Anak pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei – Juni 2011 (n = 46)

No	Variabel	Kelompok				Total	
		Intervensi		Kontrol		N	%
		N	%	n	%		
Karakteristik keluarga (caregiver)							
1.	Jenis kelamin						
	a. Laki-laki	7	30,4	5	21,7	12	26,1
	b. Perempuan	16	69,6	18	78,3	34	73,9
2.	Tingkat pendidikan						
	a. Pendidikan rendah	10	43,5	8	34,8	18	39,1
	b. Pendidikan tinggi	13	56,5	15	65,2	28	60,9
3.	Pekerjaan						
	a. Tidak Bekerja	12	52,2	13	56,5	25	54,3
	a. Bekerja	11	47,8	10	43,5	21	45,7
4.	Lama perawatan anak						
	a. Lebih dari 2 minggu	5	21,7	4	17,4	9	19,6
	b. Kurang dari 2 minggu	18	78,3	19	82,6	37	80,4

5.2.2 Analisis Kesetaraan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan dilakukan untuk mengetahui kesetaraan karakteristik antara kedua kelompok. Kesetaraan karakteristik pada kedua kelompok menunjukkan bahwa hasil penelitian hanya dipengaruhi oleh intervensi yang diberikan. Uji kesetaraan untuk variabel berskala kategorik (jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama rawat anak) antara kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan uji *Chi square*.

Tabel 5.3
 Analisis Kesetaraan Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Rawat Anak Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei –Juni 2011
 (n = 46)

No	Variabel	Kelompok		Jenis uji	Nilai p
		Intervensi	Kontrol		
Karakteristik keluarga (<i>caregiver</i>)					
1.	Jenis kelamin				
	a. Laki-laki	7	5	<i>Chi square test</i>	0,737
	b. Perempuan	16	18		
2.	Tingkat pendidikan				
	a. Pendidikan rendah	10	8	<i>Chi square test</i>	0,763
	b. Pendidikan tinggi	13	15		
3.	Pekerjaan				
	a. Tidak Bekerja	12	13	<i>Chi square test</i>	1,000
	b. Bekerja	11	10		
4.	Lama perawatan anak				
	a. Lebih dari 2 minggu	5	4	<i>Fisher exact test</i>	1,000
	b. Kurang dari 2 minggu	18	19		

Hasil analisis pada tabel 5.3 menjelaskan karakteristik keluarga (*caregiver*) khususnya untuk lama rawat menggunakan uji *Fisher exact test* karena berdasarkan hasil uji *Chi square* didapatkan nilai harapan/ekspektasi < 1 . Hasil penelitian menunjukkan *p-value* untuk semua variabel lebih besar dari 0,05 yang berarti tidak terdapat perbedaan karakteristik responden. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden sebelum perlakuan pada kedua kelompok adalah setara.

Tabel 5.4
Analisis Kesetaraan Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan usia dan Kecemasan Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Periode Mei –Juni 2011 (n = 46)

No	Variabel	Kelompok		Jenis uji	Nilai p
		Intervensi	Kontrol		
Karakteristik keluarga (<i>caregive</i>) usia dan Kecemasan					
1	Usia	Mean	Mean	<i>Independen t-test</i>	0,426
		35,22	33,65		
		SD	SD		
		8,163	5,959		
2	Kecemasan (evaluasi diri)	Mean	Mean	<i>Independen t-test</i>	0,165
		35,96	34,96		
		SD	SD		
		2,266	2,531		
3	Kecemasan (observasi)	Mean	Mean	<i>Independen t-test</i>	0,596
		16,22	16,00		
		SD	SD		
		1,506	1,243		

Hasil table 5.4 menjelaskan nilai probabilitas (*p-value*) uji kesetaraan karakteristik usia responden dan kecemasan (evaluasi diri dan observasi) sebelum pemberian *thought stopping* pada kedua kelompok. Uji kesetaraan untuk variabel berskala numerik (usia dan kecemasan sebelum intervensi) dilakukan dengan *independen t-test*. Uji Parametrik ini dipilih karena semua variabel numerik berdistribusi normal. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik usia responden dan kecemasan sebelum perlakuan pada kedua kelompok adalah setara.

5.3 Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah *Thought Stopping*.

Berikut ini perbedaan kecemasan berdasarkan evaluasi diri dan observasi pada kedua kelompok sebelum dan setelah *thought stopping*.

5.3.1 Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah *Thought Stopping*.

Tabel 5.5
Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberiaan *Thought Stopping* Periode Mei – Juni 2011
(n = 46)

Kelompok	N	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
a. Intervensi					
Sebelum	23	35,96	2,266	31-39	34,98-36,94
Sesudah	23	28,00	3,219	23-34	26,61-29,39
Selisih		7,96			
b. Kontrol					
Sebelum	23	34,96	2,531	30-39	33,86-36,05
Sesudah	23	31,52	2,591	27-37	30,40-32,64
Selisih		3,44			

Berdasarkan hasil tabel 5.5 terlihat bahwa rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri sebelum diberikan *thought stopping* sebesar (35,96) yakni tingkat kecemasan sedang dan sesudahnya sebesar (28,00) yakni tingkat kecemasan ringan dengan selisih skor sebesar (7,96). Pada kelompok kontrol, rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol sebelum perlakuan sebesar (34,96) yang berarti berada pada tingkat kecemasan sedang dan sesudahnya sebesar (31,52) yang berarti berada pada tingkat kecemasan sedang dengan selisih skor (3,44).

Tabel 5.6
 Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah
 yang Menjalani Kemoterapi berdasarkan Observasi pada
 Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
 Sebelum dan Sesudah Pemberian *Thought Stopping*
 Periode Mei –Juni 2011
 (n =46)

Kelompok	N	Mean	SD	(Min- Max)	95% CI
a. Intervensi					
Sebelum	23	16,22	1,506	14-20	15,57-16,87
Sesudah	23	12,43	1,903	9-15	11,61-13,26
Selisih		3,79			
b. Kontrol					
Sebelum	23	16,00	1,243	14-18	15,46-16,54
Sesudah	23	14,70	1,146	12-17	14,20-15,19
Selisih		1,3			

Berdasarkan tabel 5.6 terlihat bahwa rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi berdasarkan observasi sebelum diberikan *thought stopping* lebih besar (16,22) yakni tingkat kecemasan sedang dibandingkan dengan sesudah (12,43) yakni tingkat kecemasan ringan dengan selisih skor sebesar (3,79). Sedangkan sebelum intervensi, rata-rata kecemasan berdasarkan observasi lebih besar pada kelompok kontrol (16,00) yakni tingkat kecemasan sedang dibandingkan dengan kelompok sesudah intervensi (14,70) yakni tingkat kecemasan sedang dengan selisih skor sebesar (1,3).

Uji distribusi data kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dan sesudah perlakuan pada kedua kelompok menunjukkan distribusi normal. Hal ini menjelaskan bahwa kesimpulan tersebut dapat memenuhi asumsi untuk dilakukan *independent t-test* dan *paired t-test* pada uji bivariat.

5.4 Perbedaan Kecemasan Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum dan Sesudah *Thought stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

5.4.1 Kelompok Intervensi

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Intervensi Periode Mei - Juni (n = 46)

Variabel	N	Mean	SD	Jenis Uji	P-value
Sebelum	23	35,96	2,266	Paired t-test	0,000
Sesudah	23	28,00	3,219		
Selisih		7,96			

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi berdasarkan evaluasi diri sebelum perlakuan (35,96) yakni tingkat kecemasan sedang lebih besar dibandingkan sesudah perlakuan (28) yakni tingkat kecemasan ringan. Berdasarkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$) yang artinya terdapat perbedaan kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri sebelum dan sesudah perlakuan yang signifikan pada kelompok intervensi yakni dari tingkat kecemasan sedang ke tingkat kecemasan ringan.

Tabel 5.8
Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Kenjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi pada Kelompok Intervensi Periode Mei – Juni 2011 (n = 46)

Variabel	N	Mean	SD	Jenis Uji	P-value
Sebelum	23	16,22	1,506	Paired t- test	0,000
Sesudah	23	12,43	1,903		
Selisih		3.79			

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi berdasarkan observasi sebelum perlakuan (16,22) yakni tingkat kecemasan sedang lebih besar dibandingkan sesudah perlakuan (12,43) yakni tingkat kecemasan ringan. Berdasarkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$) artinya terdapat perbedaan kecemasan berdasarkan observasi sebelum dan sesudah perlakuan yang signifikan pada kelompok intervensi.

5.4.2 Kelompok Kontrol

Tabel 5.9
Analisis Perbedaan Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri pada Kelompok Kontrol
Periode Mei – juni 2011
(n = 46)

Variabel	N	Mean	SD	Jenis Uji	<i>P-value</i>
Sebelum	23	34,96	2,531	<i>Paired t-test</i>	0,000
Sesudah	23	31,52	2,591		
Selisih		3,44			

Dari tabel 5.9 menjelaskan bahwa nilai rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok kontrol berdasarkan evaluasi diri sebelum perlakuan (34,96) yakni tingkat kecemasan sedang lebih besar dibandingkan sesudah perlakuan (31,52) yakni tingkat kecemasan sedang. Berdasarkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$) artinya terdapat perbedaan kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri sebelum dan sesudah intervensi yang signifikan pada kelompok kontrol.

Tabel 5.10
 Analisis Perbedaan Skor Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak
 Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan
 Observasi pada Kelompok Kontrol
 Periode Mei – juni 2011
 (n = 46)

Variabel	N	Mean	SD	Jenis Uji	P-value
Sebelum	23	16	1,243	<i>Paired t-test</i>	0,000
Sesudah	23	14,7	1,146		
Selisih		1,3			

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa nilai rata-rata skor kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok kontrol berdasarkan observasi sebelum perlakuan (16) yakni tingkat kecemasan sedang lebih besar dibandingkan sesudah perlakuan (14,7) yakni tingkat kecemasan sedang. Berdasarkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$) artinya terdapat perbedaan skor kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan observasi sebelum dan sesudah intervensi yang signifikan pada kelompok kontrol.

5.5 Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi Sesudah Terapi *Thought stopping* Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.11
 Analisis Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (*Caregiver*)
 dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi
 Berdasarkan Evaluasi Diri Sesudah Terapi *Thought Stopping*
 Antara antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
 Periode Mei – juni 2011
 (n = 46)

Kelompok	N	Mean	SD	Jenis uji	P-value
Intervensi	23	28	3,219	<i>Independen t t-test</i>	0,000
Kontrol	23	31,52	2,591		

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri setelah pemberian *thought stopping* pada kelompok intervensi (28) yakni tingkat kecemasan ringan lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol (31,52) yakni tingkat kecemasan sedang. Analisis beda mean menunjukkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$). Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan evaluasi diri yang signifikan setelah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yakni dari tingkat kecemasan sedang ke tingkat kecemasan ringan.

Tabel 5.12
Analisis Perbedaan Rata-rata Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi Sesudah Terapi *Thought Stopping* Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Periode Mei – Juni 2011
(n = 46)

Kelompok	n	Mean	SD	Jenis uji	P-value
Intervensi	23	12,43	1,903	<i>Independent t-test</i>	0,000
Kontrol	23	14,7	1,146		

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan observasi setelah perlakuan pada kelompok intervensi (12,43) lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol (14,7). Analisis beda mean menunjukkan *p-value* sebesar 0,000 ($\alpha = 0,05$). Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan kecemasan keluarga (*caregiver*) berdasarkan observasi yang signifikan setelah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian *thought stopping* dapat menurunkan kecemasan pada keluarga (*caregiver*) baik kecemasan yang dinilai secara evaluasi diri maupun observasi.

BAB 6 **PEMBAHASAN**

Pada bab ini diuraikan mengenai pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya. Hal lain yang dijelaskan yaitu pengaruh *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi, hubungan karakteristik keluarga (*caregiver*) dengan tingkat kecemasan sedang berdasarkan evaluasi diri dan observasi, keterbatasan penelitian serta implikasi hasil penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Alokasi waktu yang diperlukan dalam penelitian ini terbagi dalam 3 tahapan yaitu kegiatan *pre test* pada tanggal 23 – 28 Mei 2011, pelaksanaan *thought stopping* pada tanggal 29 Mei – 22 Juni 2011 dan *post test* pada tanggal 23 – 28 Juni 2011. Sehingga total waktu pelaksanaan penelitian adalah 6 minggu, terhitung mulai tanggal 23 Mei – 28 Juni 2011.

6.1 Perbedaan Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik keluarga (*caregiver*) yang diteliti dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan lama rawat anak. Pada bagian ini akan dibahas perbedaan karakteristik keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

6.1.1 Usia

Rata-rata usia keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi yaitu 35 tahun sedangkan pada kelompok kontrol yaitu 34 tahun. Hasil penelitian menjelaskan lebih lanjut bahwa rentang usia responden pada kelompok intervensi berusia 22- 49 tahun dan kelompok kontrol berusia antara 24- 44 tahun. Menurut Erikson (2000) menggolongkan usia 18-25 ke dalam usia dewasa awal dan usia 25-65 tahun pada tahapan usia dewasa. Tahap usia dewasa merupakan tahapan dimana

individu mampu terlibat dalam kehidupan keluarga, masyarakat, pekerjaan, dan mampu membimbing anaknya. Salah satu tugas perkembangan yang harus dicapai pada tahapan ini adalah membimbing dan menyiapkan generasi dibawah usianya secara arif dan bijaksana. Sedangkan usia dewasa awal dicirikan dengan kemampuan berinteraksi akrab dengan orang lain terutama lawan jenis dan memiliki pekerjaan. Tugas perkembangan pada usia dewasa awal ini adalah membentuk keluarga baru.

Tahapan usia dewasa awal dan dewasa merupakan tahapan dimana individu mempunyai tanggung jawab fungsi keluarga. Friedman (2010) menjelaskan bahwa lima fungsi keluarga adalah fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga. Stuart dan Laraia (2005) yang menjelaskan bahwa frekuensi tertinggi usia seseorang beresiko mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia 25-44 tahun dengan distribusi terbanyak pada kecemasan berat.

Hasil analisis *Independent t-test* menunjukkan bahwa $p\text{-value} > \alpha$ yang artinya tidak terdapat perbedaan usia yang signifikan antara kedua kelompok. Hal ini disebabkan oleh karena jumlah sampel yang sedikit dan variasi usia yang berbeda – beda baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sehingga mempengaruhi perbedaan tingkat kecemasan.

6.1.2 Jenis Kelamin

Mayoritas jenis kelamin keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah perempuan (73,9 %). Menurut pendapat Kaplan, dkk (2005) bahwa gangguan kecemasan lebih sering dijumpai pada wanita dengan ratio 2 : 1, namun yang datang meminta pengobatan rasionya kurang lebih sama 1 : 1 antara laki-laki dan perempuan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Azoulay, dkk

Universitas Indonesia

(2000) yang menyatakan bahwa ansietas lebih banyak dialami oleh wanita dari pada laki – laki. Jika kita analisa lebih jauh adanya perbedaan gender sebagai penyebab ansietas keluarga lebih dikarenakan pada tanggung jawab seorang ibu sebagai *caregiver* utama pada anak dalam keluarga dibandingkan ayah.

6.2.3 Tingkat Pendidikan

Mayoritas tingkat pendidikan keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah pendidikan tinggi (SMA). Hasil pengamatan peneliti menggambarkan bahwa kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan latar belakang pendidikan yang berbeda memberikan respon atau perasaan yang berbeda pula. Keluarga (*caregiver*) dengan pendidikan tinggi cenderung menggunakan coping yang konstruktif dalam mengatasi kecemasan, hal ini disebabkan karena pengetahuan yang dimiliki sangat berperan dalam memberikan tindakan yang efektif terhadap permasalahan yang dihadapi. Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa pendidikan secara umum dapat diartikan sebagai segala usaha yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik secara individu, kelompok maupun masyarakat sehingga orang tersebut dapat melakukan tindakan sesuai dengan harapan. Menurut Broewer (1983, dalam Kaplan, 2005) status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan seseorang lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi.

Faktor pendidikan seseorang juga sangat menentukan kecemasan keluarga. Tingkat pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi masalah dengan menggunakan coping yang efektif dan konstruktif dari pada seseorang dengan pendidikan rendah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang Kopelowicz, dkk (2003) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Perbedaan tersebut terletak pada kemampuan coping yang dimanifestasikan dalam bentuk

Universitas Indonesia

skala ansietas. Menurut Stuart dan Laraia (2005), pendidikan dapat mempengaruhi perilaku dimana individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah.

6.2.4 Pekerjaan

Mayoritas pekerjaan keluarga (*caregiver*) adalah tidak bekerja baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Pekerjaan keluarga (*caregiver*) yang tidak berbeda pada kedua kelompok menunjukkan bahwa pekerjaan tidak mempengaruhi perbedaan kecemasan setelah perlakuan. Hal ini bertolak belakang dengan pendapat Austin (1991) yang menemukan adanya *burden* terhadap kondisi keuangan dan kondisi kesehatan anak pada keluarga yang menimbulkan kecemasan keluarga. Hal ini sesuai dengan situasi dimana sebagian keluarga (*caregiver*) adalah ibu rumah tangga dan mendapat bantuan jaminan kesehatan dari pemerintah dimana biaya pengobatan ditanggung penuh.

6.2.5 Lama rawat

Mayoritas lama rawat kurang dari 2 (dua) minggu merata pada kedua kelompok menunjukkan bahwa variabel lama rawat tidak akan mempengaruhi perbedaan kecemasan setelah perlakuan. Berdasarkan hasil pengamatan langsung selama kegiatan penelitian, keluarga (*caregiver*) yang memiliki anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi memiliki kecenderungan pengobatan berulang. Apabila dianalisis lebih lanjut, hal tersebut tentu saja akan berdampak secara psikologis dalam kecemasan keluarga (*caregiver*) sebagai penanggung jawab terhadap status kesehatan anggota keluarga yang sakit.

6.3 Pengaruh *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Evaluasi Diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *thought stopping* sebelum perlakuan didapatkan skor 34,96 (tingkat kecemasan sedang) dan sesudah perlakuan di dapatkan skor menurun menjadi 31,52 (tingkat kecemasan sedang). Ada penurunan secara bermakna skor kecemasan keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok yang tidak diberikan *thought stopping* (p -value. 0,00). sehingga menunjukkan adanya pengaruh terapi *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi sebelum dan sesudah perlakuan.

Hasil uji statistik menjelaskan walaupun ada perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol namun tidak terdapat penurunan skor yang bermakna. Selisih skor kecemasan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *thought stopping* hanya sebesar (3,44). Sedangkan pada kelompok intervensi yang diberikan *thought stopping* sebelum perlakuan sebelumnya yaitu 35,96 (tingkat kecemasan sedang) dan sesudah perlakuan menurun menjadi 28 (tingkat kecemasan ringan) ada perbedaan secara bermakna tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok yang diberikan *thought stopping* (p -value = 0.00) sehingga menunjukkan adanya pengaruh *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Selisih skor kecemasan pada kelompok intervensi yang diberikan *thought stopping* sebesar (7,96) lebih besar dua kali lipat dari selisih skor kecemasan pada kelompok yang tidak diberikan. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa *thought stopping* mampu menurunkan skor kecemasan secara bermakna dibanding dengan yang tidak diberikan terapi *thought stopping*.

Berdasarkan evaluasi diri menunjukkan bahwa kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada respon fisiologis mengalami kecemasan sedang diataranya adalah penurunan selera makan, terganggunya pola tidur, banyak kencing dan ujung jari tangan atau kaki terasa dingin dan berkeringat serta kondisi tubuh mudah lelah dan otot terasa tegang. Pemberian *thought stopping* pada kecemasan berdampak terhadap penurunan respon fisiologis dikarenakan bahwa metode *thought stopping* teori tentang kecemasan menjelaskan bahwa penurunan kecemasan keluarga (*caregiver*) pada penelitian ini dipengaruhi pelaksanaan terapi *thought stopping*, dimana keluarga (*caregiver*) mampu melakukan pemutusan pikiran yang mengganggu dan menimbulkan kecemasan dengan mengatakan “stop”. Mengatakan kata “stop” secara fisiologis memberikan perintah terhadap otak sehingga mempengaruhi aktivitas dari *neurotransmitter gamma aminobutyric acid* (GABA), yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan (Stuart & Laraia, 2005).

Kecemasan merupakan suatu perasaan tidak nyaman sebagai ungkapan atau *dread* yang menunjukkan respon baik akibat stimulus internal maupun eksternal yang ditunjukkan dengan gejala fisik, emosi, kognitif dan perilaku Boyd (2008). Hal tersebut sesuai dengan pendapat Fortinash dan Worret (2004) yang menjelaskan bahwa kecemasan secara fisiologis dapat ditunjukkan dalam skala normal, meningkat, menurun atau *fight or flight*. Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan diatas dari hasil evaluasi diri pada kelompok yang diberikan *thought stopping* maupun yang tidak, menunjukkan bahwa pemberian *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan kecemasan sedang dinilai mampu menurunkan respon fisiologis.

Berdasarkan evaluasi diri menunjukkan bahwa kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan respon kognitif menyatakan bahwa pikirannya menjadi tenang. Hal ini terlihat pada kelompok yang mendapatkan *thought stopping* dikarenakan

Universitas Indonesia

adanya informasi yang berulang – ulang oleh terapis untuk memutuskan pikiran yang membuat stress atau mengganggu klien pada sesi satu, dua dan tiga. Apabila dianalisis lebih lanjut hal tersebut dapat terjadi karena pengetahuan berhubungan erat dengan segala sesuatu yang diketahui. Pengetahuan dapat diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal yaitu kecemasan. Menurut Stuart dan Laraia (2005), terapi *thought stopping* adalah salah satu terapi kognitif perilaku dengan melalui suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. Tujuan dilakukannya terapi ini adalah membantu keluarga (*caregiver*) mengatasi kecemasan yang mengganggu, membantu keluarga (*caregiver*) mengatasi pikiran yang mengancam atau membuat stress yang sering muncul serta membantu keluarga (*caregiver*) mengatasi pikiran obsesif dan fobia. Terapi *thought stopping* memerlukan latihan pemutusan pikiran dengan berteriak, dengan suara normal, dengan berbisik dan latihan tanpa bersuara. Setelah klien mampu melakukan teknik tersebut klien juga dilatih untuk melakukan secara mandiri /otomatis tanpa bantuan terapis. (Miller, 2001). Apabila keluarga mampu melakukan terapi ini, maka kecemasan keluarga akan menurun bahkan teratasi.

Berdasarkan evaluasi diri menunjukkan bahwa kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada penurunan kecemasan berdasarkan respon perilaku diantaranya adalah kemampuan bekerja menurun, tidak dapat menjalankan aktivitas dengan baik, tidak dapat menjalankan peran di dalam keluarga dan sosial dilingkungan. Hasil penelitian didukung oleh pendapat Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi kecemasan.

Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktek secara langsung dalam upaya menurunkan atau mengatasi kecemasan, salah satu diantaranya adalah *thought stopping*. Kecemasan akan terus mengalami penurunan apabila keluarga diberikan motivasi

Universitas Indonesia

tentang koping yang adaptif mengatasi kecemasan oleh perawat di ruangan. Pendapat tersebut didukung oleh Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa apabila koping individu adaptif, maka individu tersebut dapat berada pada kecemasan yang sehat (kecemasan ringan), sebaliknya apabila koping individu maladaptif maka kecemasan individu membahayakan (kecemasan berat sampai panik). Proses pemutusan pikiran dilakukan secara berulang-ulang dan dengan cara yang bervariasi, mulai dari berteriak, dengan nada suara normal, berbisik dan berbicara dalam hati. Proses pengulangan ini merupakan salah satu proses belajar untuk mengubah pikiran individu yang akan disertai dengan perilaku yang mendukung. Hal ini didukung oleh pendapat Soekamto (2002) yang mengatakan bahwa perubahan perilaku seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Belajar diartikan sebagai suatu proses perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu. Davis (2008) juga mengemukakan bahwa ketika seseorang mengambil tindakan dengan menuliskan pikiran yang mengganggu dan memutuskannya, maka pikiran tersebut akan berhenti. Sebaliknya tanpa perilaku atau tindakan untuk memutuskan pikiran yang mengganggu pada klien yang mengalami kecemasan, maka perubahan kecemasan pun tidak bermakna. Berdasarkan evaluasi diri menunjukkan bahwa kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada kecemasan berdasarkan respon emosional diantaranya adalah pikiran menjadi tidak tenang, tidak dapat menerima kondisi penyakit yang diderita oleh anak. Penurunan kecemasan terjadi dalam rentang yang berbeda yaitu kecemasan sedang menjadi kecemasan ringan.

Di lihat dari faktor predisposisi kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi pada faktor predisposisi psikologis yang terkait adalah kepribadian yang tertutup dan pengalaman kehilangan. Pada kecemasan keluarga (*caregiver*) ini memperkuat pendapat Roerig (1999) yang menjelaskan bahwa kondisi psikologis dihasilkan dari konflik yang tidak disadari pada saat masa kanak-kanak, seperti takut kehilangan cinta atau perhatian orang tua, menimbulkan perasaan tidak

Universitas Indonesia

nyaman atau kecemasan pada masa kanak-kanak, remaja dan dewasa awal. Hal ini didukung oleh pendapat Davis (2008) pemberian *thought stopping* menyentuh aspek emosi keluarga (*caregiver*) pada saat berdiskusi dan bercakap-cakap dengan keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan. Terapis memberikan kesempatan kepada klien untuk menemukan dan menyelidiki sendiri pikiran yang mengganggu dan menimbulkan cemas, adanya eksplorasi perasaan baik dengan menangis atau pernyataan sedih, kecewa dan kuatir sangat membantu klien untuk menurunkan kecemasannya

Dilihat dari proses terjadinya kecemasan yang dialami oleh keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi memiliki kesamaan dengan pendekatan sistem pada model adaptasi Roy (1984, dalam Tomey & Alligood, 2006) tentang stimuli fokal terhadap kecemasan yakni keberadaan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan karakteristik adanya kecemasan pada anak yang harus dirawat di rumah sakit dapat memunculkan masalah psikososial kecemasan pada keluarga (*caregiver*). Model pendekatan Stuart dan Laraia (2005), stimulus fokal dapat dianalogikan sebagai stresor presipitasi, yaitu segala ketegangan dalam merawat anak yang menjalani kemoterapi yang dapat memicu munculnya masalah psikososial kecemasan.

Faktor predisposisi pada model adaptasi stress Stuart senada dengan stimulus kontekstual dan residual. Persamaan terletak pada faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kecemasan keluarga. Sama dengan stimulus fokal, stimulus kontekstual juga dilihat dari aspek internal dan eksternal. Aspek internal pada stimulus kontekstual yakni dengan mengelola beban dan kecemasan dengan mengidentifikasi serta memutuskan pikiran yang mengganggu atau membuat cemas, berlatih dan pengendalian pemutusan pikiran secara otomatis yang ada pada setiap sesi *thought stopping* yang dapat menurunkan kecemasan keluarga.

6.4 Pengaruh *Thought stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi Berdasarkan Observasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *thought stopping* sebelum perlakuan 16 (sedang) dan sesudah perlakuan menurun menjadi 14,7 (sedang). Ada penurunan secara bermakna kecemasan keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok yang tidak diberikan *thought stopping* (p value = 0,000). Hasil uji statistik menjelaskan walaupun ada perbedaan kecemasan keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol namun tidak terdapat penurunan skor yang bermakna. Selisih skor kecemasan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *thought stopping* hanya sebesar (1,3). Sedangkan pada kelompok intervensi yang diberikan *thought stopping* sebelum perlakuan sebelumnya yaitu 16,22(sedang) dan sesudah perlakuan menurun menjadi 12,43 (ringan). Ada perbedaan secara bermakna tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) pada kelompok yang diberikan *thought stopping* (p -value = 0.00) sehingga menunjukkan adanya pengaruh *thought stopping* terhadap tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Selisih skor kecemasan pada kelompok intervensi yang diberikan *thought stopping* sebesar (3,79) lebih besar selisih skor kecemasan dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa *thought stopping* mampu menurunkan skor kecemasan secara bermakna dibanding dengan yang tidak diberikan *thought stopping* berdasarkan observasi.

Pada kecemasan sedang, berdasarkan hasil pengamatan peneliti selama proses penelitian menunjukkan bahwa tanda fisiologis yang ditampilkan oleh responden adalah tanda-tanda vital dalam kondisi normal atau mulai terjadi peningkatan, terjadi ketegangan dan muncul perasaan tidak nyaman. Hal ini dijelaskan oleh Videbeck (2006) yang menjelaskan bahwa respon sistem saraf otonom terhadap kecemasan menimbulkan aktivitas involunter

Universitas Indonesia

pada tubuh yang termasuk dalam pertahanan diri. Serabut saraf simpatis mengaktifkan tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh. Kelenjar adrenal melepas adrenalin (*epinefrin*), yang menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, mendilatasi pupil dan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung sambil membuat konstriksi pembuluh darah perifer dan memirau darah dari sistem gastrointestinal dan reproduksi serta meningkatkan *glikogenolisis* menjadi glukosa bebas guna menyokong jantung, otot, dan sistem saraf pusat. Ketika bahaya telah berakhir, serabut saraf parasimpatis membalik proses ini dan mengembalikan tubuh ke kondisi normal sampai tanda ancaman berikutnya mengaktifkan kembali respon simpatis.

Menurut Townsend (2009) menjelaskan lebih lanjut bahwa *thought stopping* merupakan tehnik penghentian yang dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan setiap kali individu ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran. Menurut Stuart (2009) bahwa *thought stopping* merupakan gangguan berpikir pada pasien sering kali memiliki efek seperti bola salju. Pikiran yang dimulai sebagai masalah kecil dan tidak berpengaruh dapat dari waktu ke waktu berkumpul dan situasi penting yang dapat sulit berhenti. Tehnik penghentian pikiran merupakan tehnik terbaik yang digunakan ketika gangguan pikiran pertama kali muncul.

Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan diatas dari hasil observasi pada keluarga (*caregiver*) yang diberikan *thought stopping* maupun kelompok yang tidak diberikan *thought stopping* menunjukkan bahwa pemberian *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) kecemasan sedang mampu menurunkan respon fisiologis. Hasil observasi pada keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan sedang menunjukkan perubahan terhadap respon kognitif berupa fokus perhatian atau penurunan konsentrasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Fortinash dan Worret (2004) yang menjelaskan bahwa dari aspek kognitif kecemasan dapat di amati dari persepsi

Universitas Indonesia

menyempit dan terfokus, terjadi penurunan perhatian serta ingatan. Menurut Isaacs (2001) pada kecemasan sedang efek yang ditimbulkan adalah kemampuan berfokus pada masalah utama, tetap perhatian dan mampu untuk belajar. Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan diatas dari pengukuran observasi menunjukkan bahwa pada kelompok yang diberikan *thought stopping* mampu meningkatkan respon kognitif. Sedangkan pada kelompok yang tidak diberikan *thought stopping* menunjukkan hal berbeda dimana pemberian *thought stopping* kurang mampu meningkatkan respon kognitif.

Hasil observasi langsung pada keluarga (caregiver) yang mengalami kecemasan adanya perubahan perilaku berupa kondisi gelisah terutama saat mendampingi anak selama perawatan di rumah sakit. Setelah dilakukan *thought stopping* kondisi tersebut mengalami perubahan dimana keluarga (caregiver) tampak lebih tenang dan mampu mengingat dan mengungkapkan perasaan kecemasan yang dialaminya.

6.5. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian tentu menemukan keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan yang peneliti rasakan selama proses penelitian diantaranya adalah proses pelaksanaan yang diberikan *thought stopping*. Salah satu hal yang menurut peneliti menjadi keterbatasan pada proses pelaksanaan *thought stopping* adalah faktor *setting* tempat yakni dibangsal rawat inap. Hal ini dirasakan peneliti kurang kondusif karena dinilai mengganggu kenyamanan dan *privacy* responden. Berdasarkan kondisi tersebut, peneliti melakukan modifikasi ruangan dengan cara memanfaatkan tirai pembatas antar tempat tidur klien walaupun masih terdengar suara - suara didalam ruangan.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *thought stopping* terhadap kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangun kusumo. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap :

6.6.1 Pelayanan Keperawatan di Rumah sakit

Kepala ruangan dan perawat pelaksan yang bertugas di ruang rawat inap anak non infeksi mendapatkan pengetahuan baru tentang *thought stopping* bagi keluarga (*caregiver*) yang mengalami gangguan psikososial berupa kecemasan. Terapi *thought stopping* dapat diberikan bagi klien maupun keluarga khususnya yang sedang merawat anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dan mengalami kecemasan.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan teori dalam pelaksanaan tindakan keperawatan generalis dan terapi *thought stopping* di tatanan pelayanan kesehatan umum. Proses belajar mengajar di tingkat spesialis dapat menggunakan hasil penelitian ini dalam melatih mahasiswa spesialis melakukan terapi *thought stopping* kepada klien dan keluarga yang dirawat inap di rumah sakit umum.

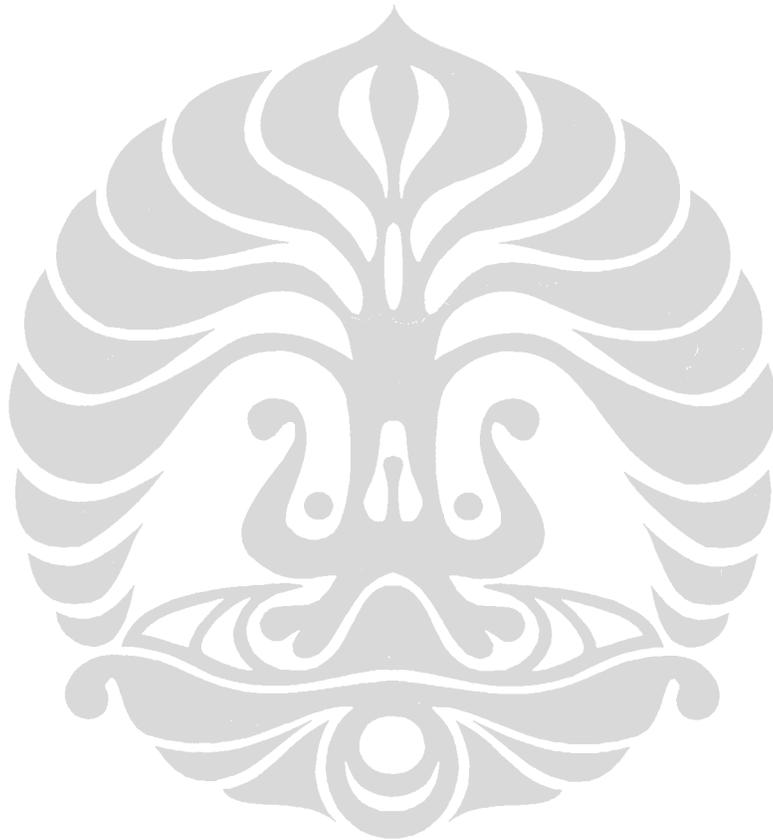
Pada kurikulum pendidikan program magister keperawatan jiwa, terapi *thought stopping* merupakan salah satu bentuk terapi pada masalah psikososial dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, yaitu metode kualitatif untuk melihat sejauh mana terapi *thought stopping* dapat menurunkan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*). Selain itu, penelitian selanjutnya dapat menggabungkan

Universitas Indonesia

dua tindakan keperawatan spesialis seperti penggabungan thought stopping dengan terapi relaksasi progresif untuk menghasilkan penurunan tingkat kecemasan keluarga lebih optimal baik pada keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi atau penyakit terminal yang dirawat di rumah sakit umum maupun keluarga (*caregiver*) dengan gangguan psikososial di masyarakat.



BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas simpulan dari penelitian yang telah dilakukan beserta saran bagi pihak terkait yang berhubungan dengan penelitian ini.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi antara lain : usia keluarga (*caregiver*) paling banyak adalah usia dewasa, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, mayoritas memiliki pendidikan tinggi dan tidak bekerja sedangkan lama rawat paling banyak kurang dari 2 minggu.
- 7.1.2 Adanya perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dari kecemasan sedang ke kecemasan ringan pada kelompok yang diberikan *thought stopping* sebelum dan sesudah.
- 7.1.3 Adanya perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi yang sama yaitu kecemasan sedang pada kelompok yang tidak diberikan *thought stopping* sebelum dan sesudah.
- 7.1.4 Adanya perbedaan tingkat kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi antara kelompok yang diberikan dan tidak diberikan *thought stopping*. Pada kelompok yang diberikan *thought stopping* tingkat kecemasan berada pada rentang kecemasan ringan, sedangkan pada kelompok yang tidak diberikan perlakuan berada pada rentang kecemasan sedang.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian terhadap upaya peningkatan kemampuan dalam merawat, keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dan mengalami kecemasan.

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- a. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi *thought stopping* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum dan masyarakat serta menggabungkan terapi *thought stopping* dengan terapi spesialis keperawatan salah satunya relaksasi progresif untuk mengoptimalkan penurunan tingkat kecemasan keluarga pada tingkat kecemasan ringan .
- b. Setting tempat pelaksanaan *thought stopping* hendaknya dilakukan dengan suasana yang nyaman atau ruangan yang tertutup bagi klien/keluarga, sehingga tidak mengganggu klien yang lain serta dapat berkonsentrasi dengan baik.
- c. Peneliti dalam hal ini mahasiswa program pascasarjana kekhususan keperawatan jiwa gencar melakukan sosialisasi mengenai hasil penelitian tentang *thought stopping* dan hendak ada ruang konseling di tiap ruang rawat inap rumah sakit umum,
- d. Organisasi profesi khususnya kolegium keperawatan jiwa memfasilitasi dan menetapkan *thought stopping* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis jiwa.

7.2.2 Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya melatih kemampuan mahasiswa spesialis dalam melakukan terapi *thought stopping* di rumah sakit umum sebagai terapi untuk menurunkan kecemasan klien dan keluarga terutama *caregiver*
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul *thought stopping* sebagai bahan referensi dalam ilmu keperawatan jiwa.

7.3 Metodologi

- a. Perlunya dilakukan penelitian lanjutan pada tatanan masyarakat yang lebih luas sehingga diketahui keefektifan penggunaan *thought stopping* dalam menurunkan kecemasan keluarga (*caregiver*).
- b. Instrumen dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan dan disempurnakan kembali sebagai alat ukur tingkat kecemasan berdasarkan tinjauan teoritis terkait dengan respon yang ditimbulkan dari kecemasan.
- c. Karakteristik responden hendaknya ditambahi untuk menemukan faktor –faktor lain yang dapat mempengaruhi kecemasan
- d. Hasil penelitian ini terbatas pada tingkat rumah sakit umum dalam hal mengatasi masalah kecemasan keluarga. Agar dapat digeneralisasikan maka perlu diterapkan untuk masalah kesehatan jiwa yang lain seperti depresi ringan, percobaan bunuh diri dan isolasi sosial. Penelitian kualitatif perlu dilakukan untuk meneliti lebih dalam terkait dengan pengalaman keluarga (*caregiver*) yang mengalami kecemasan selamai mengikuti *thought stopping* .
- e. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi *thought stopping* sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan jiwa kelompok psikososial di rumah sakit umum maupun di masyarakat.

DAFTAR REFERENSI

- Agustarika, B. (2009). Pengaruh terapi thought stopping terhadap tingkat ansietas pada klien dengan penyakit fisik di RSUD Sorong. *Tesis*: Tidak dipublikasikan.
- Ankrom, S. (1998). How to use thought stopping reduced anxiety. <http://www.Anxietydisorders.nationalmentalhealthinformationcenter.htm>. 30 April 20011.
- Anonim. (2009). Anxiety disorders. http://.mentalhealth.samsha.gov/_scripts/redirect.asp?ID=145.10 Maret 2011.
- Apriany, D (2010) *Pengaruh* terapi musik terhadap mual muntah lambat akibat kemoterapi pada anak usia sekolah yang menderita kanker di RSUD Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Tesis* tidak dipublikasikan
- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktek*. Edisi 4. Jakarta: Rineka Cipta.
- Austin, J.K., Patterson, J.M., & Huberty, T.J. (1991). Development of the Coping Health Inventory for Children (CHIC). *Journal of Pediatric Nursing*, 6(3), 166-174.
- Azis, A.H. (2003). *Riset keperawatan & teknik penulisan ilmiah*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Baradero, M., Dayrit, M.W., Siswadi, Y. (2008). *Seri asuhan keperawatan klien kanker*. Jakarta: EGC.
- Bijl, A.J & Leader, M.H. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in general population results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33(1). 587-595.
- Boyd, M.A. (2008). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincott
- Budiarto E, (2004) *Metodologi penelitian kedokteran: sebuah pengantar*. Jakarta. EGC
- Canistrato, P.A & Rouch, S.L. (2004). *Neural circuitry of anxiety : Evidence from struktural an fungsioning neuroimaging studies*. http://www.medworkmedia.com/psycopharbuletin/pdf/15/2008-025PB_Aut.cannistrato.pdf. 28 maret 2011.

- Carpenito, J.L. (1997). *Application to clinical practice*. (7thed). Philadelphia: Lippincott – Raven Publisher.
- Copel, L.C. (2007). *Psychiatric and mental health nursing care: nurse's clinical guide*. (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). Riset kesehatan dasar 2007. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. 13 maret 2011.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Kendalikan kanker*. <http://www.depkes.go.id/index.php/press-release/1060-jika-tidak-dikendalikan-26-juta-orang-di-dunia-menderita-kanker.html>. 12 Maret 2011.
- Davis, M., Eshelman, E.R., & M'Kay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook*. (6th ed.).
- Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (1996). *Nursing research text and workbook*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Doenges, dkk. (1995). *Psychiatric plans: guedelines for individualizing care*. (3th ed). Philadelphia: F.A Davis.
- Desen (2008). *Buku Ajar Onkologi klinis*. Fakultas Kedokteran UI. Jakarta: EGC
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society*. (2 nd ed.) New York: Norton.
- Friedman (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. Edisi 5. Alih bahasa : Achir Yani, S. Hamid dkk. Jakarta : EGC.
- Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. (3th ed). St. Louis: Mosby.
- Hesket, P.J. (2008). Chemoterapy induced nausea and vomiting. *The New England Journal of Medicine*, 358 (23), 2482-2494.
- Hockenberry, M & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infant and children*. St Louis: Elsevier.
- Halloway, B.W. (1996). *Stat fact the clinical pocket reference for nurses*. Philadelphia: F.A Davis.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Issacs, A. (2001). *Lippincott's review series: mental health and psychiatric nursing*. (3th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- James & Ashwill (2007) *Nursing children : Principles & practice*. Third edition. Saunders: Elsevier.
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric-mental health nursing adaptation and growth*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kaplan, dkk. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kopelowicz, A., Liberman, P., & Zarare, R. (2002). *Psychosocial treatment for shizophrenia*. New York: Oxford University Press
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1993). *Conceptual bases of professional nursing*. (3th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- Mark, dkk. (2000). Frequency of anxiety disorder in psychiatric out patients with major depressive disorder. *Journal Psychiatric from the American Psychiatric Association*. 157 (1), 1337-1340.
- Mauro, M.V & Murray, S.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety. *Journal Psychiatric from the American Psychiatric Association*. 157 (1), 669-682.
- McCloskey, J.C., dkk. (1996). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Second edition. St. Louis: Mosby.
- Machfoedz, dkk. (2005). *Metodologi penelitian bidang kesehatan, keperawatan dan kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Michael. (2006). Anxiety manajemen services. <http://anxiety-managemnt-services.com>. diunduh pada tanggal 10 Februari 2009.
- Miller, P. (2001). Use thought stopping metode. <http://www.Studentservices/Emotional Thought Stopping.htm>. 30 april 2011.
- Mubarak, W.I. (2011). Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan 1989. <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/2137643-peran-perawat-menurut-konsorsium-ilmu>, 20 April 2011.
- Murti, B. (2006). *Desain dan ukuran sample untuk penelitian kualitatif dan kuantitatif di bidang kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nursalam & Pariani, S. (2001). *Metodologi riset penelitian*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Otto, S.E. (2005). *Buku saku keperawatan onkologi*. Alih bahasa : Jane Freyana Budi. Jakarta: EGC.
- Peplau, H. (1963). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer.
- Polit, D.S & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Edisi 1. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sadock, B.J & Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral science/ clinical psychiatry*. (10th ed). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Sastroasmoro, S. & Ismail, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Shives (2005). *Basic concepts of Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott: William & Wilkins
- Singarimbun, M & Effendi, S. (1995). *Metode penelitian survei*. Yogyakarta: Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan dan Sosial (LP3ES).
- Soekamto, (2002) *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed). St. Louis: Mosby
- Supartini Y (2004) *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta : EGC
- Supriati, L. (2010). *Pengaruh terapi thought.stopping dan progressive muscle relaxatioan terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun*. Tesis: tidak dipublikasikan.
- Stuart, G.W & Sundeen, S.J. (1995). *Pocket guide to psychiatric nursing*. (3th ed). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed). St. Louis: Mosby.
- Sudjana. (2001). *Metoda statistika*. Edisi revisi. Bandung: Tarsito.

- Sugiyono. (2005). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suliswati, dkk. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Sutejo. (2009). *Pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa di kabupaten Klaten propinsi Jawa Tengah*. Tesis tidak dipublikasikan.
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia & proses keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-prinsip promosi kesehatan dalam bidang keperawatan*. Jakarta: Infomedika.
- Tomey, A.M & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. (6th ed). St. Louis: Mosby Years Book Inc.
- Townsend, M.C. (1995). *Drug guide for psychiatric nursing*. (2th ed). Philadelphia: F.A Davis.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice*(6th ed). Philadelphia: F.A Davis.
- Varcarolis, E.M., dkk. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. (5th ed). St. Louis: Saunders.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilkinson, J.M. (2000). *Nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Wong, D.L., Eaton, M.H., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Schwartz, P. (2009). *Wong's essential of pediatric nursing*. (6th ed). St.Louis: Mosby.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“ Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*Caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo”

Peneliti : Mahnum Lailan Nasution

No Telepon : 081263504007

Saya Mahnum Lailan Nasution (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* terhadap kecemasan keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan keperawatan dalam hal mengatasi kecemasan sebagai dampak psikososial terutama bagi keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi di rumah sakit. Responden penelitian ini akan dibagi menjadi dua kelompok yakni kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* dan tidak diberikan terapi *thought stopping*. Proses pelaksanaan kegiatan penelitian dibagi menjadi tiga tahap yaitu *pre test*, intervensi dan *post test*. Bagi keluarga (*caregiver*) yang tidak diberikan terapi *thought stopping*, peneliti akan melakukan pendidikan kesehatan jiwa dan pemberian *leaflet* serta mengajarkan salah satu cara untuk mengatasi kecemasan melalui latihan nafas dalam. Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara: 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi responden. Terimakasih atas partisipasinya.

Peneliti,

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai peserta penelitian.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak di tatanan pelayanan keperawatan..

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2011

Peserta Penelitian,

.....
Nama jelas

KUISIONER A
(DATA DEMOGRAFI KELUARGA)

Kode Responden :

Petunjuk pengisian :

Isilah pertanyaan dan pilih salah satu dari jawaban yang tersedia dengan memberi tanda centang (√) pada kotak di sebelah jawaban yang saudara pilih.

1. Umur : tahun

2. Jenis kelamin

Laki – laki

Perempuan

3. Pendidikan :

Tidak pernah sekolah

SD

SMP

SMA

Akademi / Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan :

Tidak bekerja

Buruh / Tani

Swasta

Wiraswasta

PNS / ABRI

5. Lama rawat anak

1 minggu

2 minggu

> 2 minggu

KUISIONER B
(INSTRUMEN KECEMASAN KELUARGA DENGAN ANAK
YANG MENJALANI KEMOTERAPI)

Petunjuk :

Jawablah pernyataan dibawah ini sesuai dengan perubahan-perubahan yang anda rasakan akibat anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi dengan memberi tanda centang (√) disebelah kanan pernyataan.

Anda jangan menghabiskan terlalu banyak waktu hanya pada salah satu pernyataan, segera berikan jawaban yang menggambarkan apa yang Anda **rasakan**.

Selalu jika perasaan terjadi secara terus menerus

Sering jika perasaan timbul 3-4 kali dalam setiap hari

Kadang-kadang jika perasaan muncul 1-2 kali dalam setiap hari

Tidak pernah jika tidak pernah muncul

No	Setelah anak saya menjalani kemoterapi, saat ini saya merasa	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Selera makan saya menjadi menurun				
2	Tidak dapat tidur dengan teratur dan nyenyak				
3	Buang air kecil dalam sehari lebih dari 6 kali				
4	Ujung jari tangan dan kaki saya terasa dingin dan berkeringat				
5	Pikiran menjadi tenang				
6	Kondisi tubuh mudah lelah dan otot terasa tegang				
7	Bisa belajar dan mengambil hikmah dari kondisi penyakit yang diderita oleh anak				
8	Tidak bisa berfikir secara luas dan hanya terfokus pada kondisi yang diderita oleh anak				
9	Tidak mampu mengingat kejadian sebelum anak sakit				
10	Dapat menjalankan aktivitas/ kegiatan rumah dengan baik				
11	Dapat menjalankan peran didalam keluarga				
12	Dapat mengikuti kegiatan sosial dilingkungan				
13	Tidak percaya diri untuk berbicara dengan orang lain				
14	Kemampuan bekerja saya menurun				
15	Tidak percaya diri dengan kemampuan melakukan aktivitas yang biasa saya lakukan				
16	Tidak dapat menerima kondisi penyakit yang diderita oleh anak				

KUISIONER C
(INSTRUMEN OBSERVASI TANDA DAN GEJALA KECEMASAN)

Respon Fisiologis

1. Tekanan Darah.....mmHg (BiasanyammHg)

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Meningkatkan
---------------------------------	---------------------------------------
2. Nadi..... kali/menit

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Meningkatkan
---------------------------------	---------------------------------------
3. Pernafasan..... kali/menit

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Meningkatkan
---------------------------------	---------------------------------------
4. Ketegangan Otot

<input type="checkbox"/> Wajah rileks	<input type="checkbox"/> Rahang menegang dan mengertakan gigi
<input type="checkbox"/> Wajah tampak tegang	<input type="checkbox"/> Wajah menyeringai dan mulut menganga
5. Kulit

<input type="checkbox"/> Tidak berkeringat	<input type="checkbox"/> Keringat berlebihan
<input type="checkbox"/> Mulai berkeringat	<input type="checkbox"/> Keringat berlebihan dan kulit teraba panas atau dingin

Respon Kognitif

1. Fokus Perhatian

<input type="checkbox"/> Cepat berespon terhadap stimulus	<input type="checkbox"/> Fokus pada hal yang rinci & spesifik
<input type="checkbox"/> Fokus pada hal yang penting	<input type="checkbox"/> Fokus perhatian terpecah

Respon Perilaku

1. Motorik

<input type="checkbox"/> Tenang	<input type="checkbox"/> Agitasi/ gelisah
<input type="checkbox"/> Gerakan mondar mandir	<input type="checkbox"/> Aktivitas tidak terkontrol
2. Komunikasi

<input type="checkbox"/> Koheren	<input type="checkbox"/> Disorientasi waktu, orang & tempat
<input type="checkbox"/> Pelupa	<input type="checkbox"/> Inkoheren



MODUL PANDUAN
TERAPI *THOUGHT STOPPING*

Oleh
Butet Agustarika
Mahnum Lailan Nasution

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga merupakan salah satu sasaran dalam meningkatkan kesehatan mental, karena keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat yang berperan dalam meningkatkan kesehatan keluarganya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal baik secara fisik maupun mental. Keluarga didefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Kanker pada anak dalam hal kejiwaan berbeda dari dewasa. Masih diperlukan kerjasama erat dalam hal nutrisi, perawatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Salah satu jenis pengobatan kanker adalah kemoterapi yakni suatu cara pengobatan efektif untuk menangani kanker pada anak. Kemoterapi dapat menjadi bentuk pengobatan primer atau tambahan pada terapi pembedahan atau radio terapi dalam pengobatan untuk anak yang menderita penyakit kanker.

Pada anak usia sekolah yang menderita kanker dan menjalani kemoterapi dan dirawat di rumah sakit berdampak pada aspek perkembangan anak itu sendiri dan keluarga. Respon keluarga (*caregiver*) terhadap anggota keluarganya khusus anak yang mengalami kanker dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan keunikan keluarga juga dapat ditunjukkan melalui proses penyesuaian diri dengan penyakit, diagnosis dan pengobatan anak yang menderita penyakit serius atau mengancam jiwa dapat menyebabkan krisis keluarga. Kondisi tersebut dapat terjadi apabila keluarga (*caregiver*) mengalami masa ketidakteraturan sebagai respon terhadap stresor kesehatan yang besar. Kanker seringkali menimbulkan beban bio-psiko-sosio-spiritual bagi penderita dan keluarga (*caregiver*). Hal ini karena biaya pengobatan yang sangat tinggi, lama waktu pengobatan dan rasa cemas dan penderitaan fisik yang berat.. Reaksi psikologis yang dirasakan keluarga (*caregiver*) seperti perasaan kehilangan, sedih, dan kecemasan dan keadaan memalukan dalam situasi sosial, stress

koping dengan perilaku yang kacau dan frustrasi dalam keluarga merupakan beban tersendiri bagi keluarga (*caregiver*). Kecemasan yang terjadi pada keluarga diakibatkan penderitaan kanker yang dialami oleh anaknya dan dirawat dirumah sakit disebabkan oleh ketidak tahuan tentang terjadinya penyakit, kecemasan terjadinya kematian pada anak, dan akibat dari penyakit yang diderita anak ditambah stigma penyakit kanker yang menakutkan. Keluarga dengan anak yang menjalani kemoterapi dapat menimbulkan kecemasan sebagai dampak psikososial.

Terapi *thought stopping* merupakan salah satu terapi individu yang dapat mengatasi kecemasan Penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009) tentang pengaruh *terapi thought stopping* terhadap tingkat ansietas pada klien dengan penyakit fisik di RSUD Sorong menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan ansietas secara bermakna pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* yang meliputi respon fisiologis. Kognitif, perilaku dan emosi. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Tang dan De Rubeis (1999) menjelaskan bahwa *thought stopping* (penghentian pikiran) salah satu contoh dari psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan terapis mampu :

1. Melakukan terapi *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) dengan kecemasan
2. Melakukan melakukan evaluasi pada keluarga (*caregiver*) dengan kecemasan

BAB II
**PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI *THOUGHT STOPPING* TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KELUARGA (*CAREGIVER*) DENGAN ANAK
USIA SEKOLAH YANG MENJALANI KEMOTERAPI**

A. Pengertian

Townsend (2009) menjelaskan bahwa *thought stopping* (penghentian pikiran) sebuah tehnik penghentian yang dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan setiap kali individu ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan *thought stopping* adalah suatu proses terapi yang dapat membantu menghentikan pikiran yang mengganggu. Pengertian terapi *thought stopping* pada keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi adalah terapi *thought stopping* yang diberikan pada keluarga (*caregiver*) dalam menghadapi situasi sulit akibat pengobatan kemoterapi pada anak serta mengalami kecemasan

B. Tujuan

1. Membantu keluarga (*caregiver*) mengatasi kecemasan yang mengganggu.
2. Membantu keluarga (*caregiver*) mengatasi pikiran yang mengganggu dan membuat cemas yang sering muncul.
3. Melatih keluarga (*caregiver*) untuk memutuskan pikiran yang mengganggu dan dan menimbulkan stres.

C. Indikasi

1. Keluarga (*caregiver*) yang mempunyai kesulitan karena sering mengulang pikiran maladaptifnya
2. Keluarga (*caregiver*) berpikir tidak benar (memiliki pikiran negatif tentang anaknya yang menjalani kemoterapi)
3. Keluarga (*caregiver*) selalu merasa khawatir tentang munculnya pikiran cemas secara berulang

4. Teknik penghentian pikiran paling tepat digunakan ketika pikiran disfungsional pertama mulai terjadi.

D. Karakteristik Keluarga (Caregiver) yang Mendapatkan Terapi *Thought Stopping*.

1. Keluarga (*caregiver*) dengan anak usia sekolah yang menjalani kemoterapi.
2. Mempunyai kesepakatan dengan terapis dalam proses terapi.
3. Bersedia secara sukarela mengikuti petunjuk yang diberikan oleh terapis
4. Fungsi pendengaran dan penglihatan baik
5. Dapat membaca dan menulis

E. Kriteria Terapis

1. Minimal Lulus S2 Keperawatan Jiwa
2. Memiliki pengalaman dalam praktek keperawatan jiwa

F. Pelaksanaan *Thought Stopping*

Pelaksanaan dilakukan dalam 3 sesi yaitu :

Sesi I : Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas

Sesi II : Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan tanda (lambang)

Sesi III : Pengendalian pemutusan pikiran secara otomatis

G. Tempat

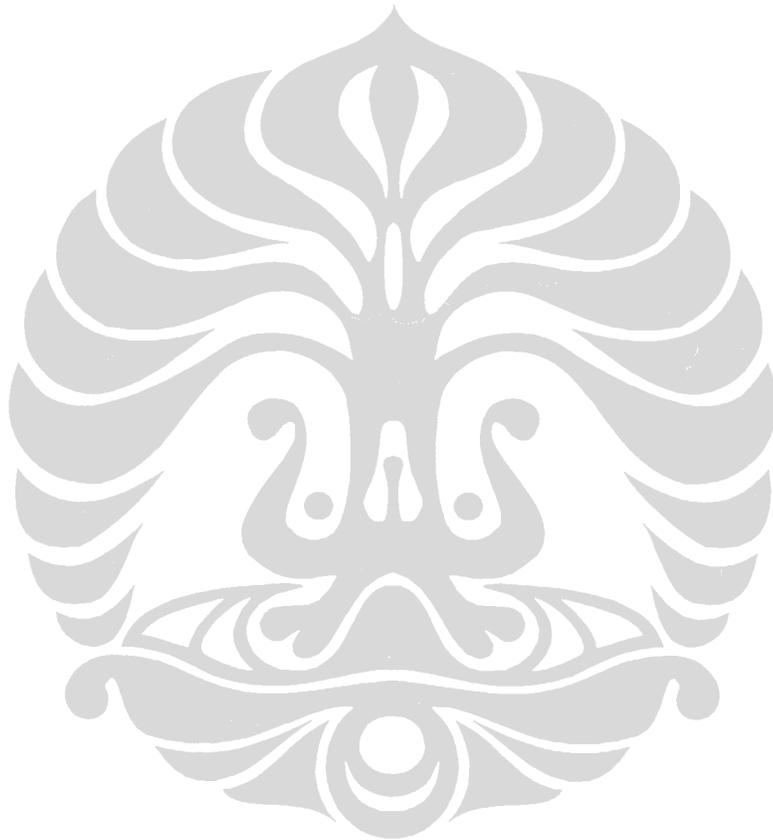
Pelaksanaan terapi *thought stopping* menggunakan ruang rawat inap anak non infeksi rumah sakit RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.

H. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Role play

I. Alat Terapi

Alat terapi tergantung metode yang dipakai, antara lain alat tulis dan kertas, tanda “stop” dan alarm. Namun alat yang paling utama adalah diri perawat sebagai terapis.



BAB III
PANDUAN TERAPI *THOUGHT STOPPING*

**SESI I : IDENTIFIKASI DAN PUTUSKAN PIKIRAN YANG
MENGANGGU DAN MEMBUAT CEMAS**

A. TUJUAN SESI I :

1. Keluarga (*caregiver*) dapat menyepakati kontrak dan dapat membina hubungan saling percaya dengan terapis.
2. Keluarga (*caregiver*) mengetahui tujuan terapi *thought stopping* dan cara yang dapat dilakukan.
3. Keluarga (*caregiver*) dapat menyampaikan kecemasan yang dirasakan dan menilai pikiran yang mengganggu dan membuat cemas.

B. SETTING

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT DAN BAHAN

Alat tulis, jam tangan, tanda “stop” dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. TERAPIS

Mempersiapkan diri dengan pengetahuan tentang terapi *thought stopping* serta ketrampilan komunikasi penggunaan diri sendiri secara terapeutik.

E. LANGKAH – LANGKAH :

1. PERSIAPAN

- a. Mengingatkan keluarga 1 hari sebelum pelaksanaan terapi
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

1. PELAKSANAAN

Fase Orientasi :

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis.
- b. Memperkenalkan nama dan panggilan terapis, kemudian menggunakan *name tag*.
- c. Menanyakan nama dan panggilan keluarga(*caregiver*).
- d. Validasi :
Menanyakan bagaimana perasaan keluarga dalam mengikuti terapi *thought stopping* saat ini.
- e. Kontrak :
Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu cara melakukan *thought stopping* dan menyampaikan kecemasan yang dirasakan serta menilai pikiran yang mengganggu dan membuat cemas.
- f. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :
 1. Menepakati pelaksanaan terapi selama 3 sesi
 2. Lama kegiatan 30 – 45 menit
 3. Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan keluarga (*caregiver*) yang tidak berganti.

Fase Kerja :

1. Identifikasi pikiran –pikiran yang mengganggu dan membuat cemas.
2. Tanyakan pada keluarga pikiran yang muncul itu kenyataan atau tidak, membuat klien termotivasi atau tidak, yakin atau tidak, bersifat netral dan mudah dimonitor atau tidak.
3. Tuliskan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas dalam buku kerja Keluarga menuliskan masalahnya pada buku kerja dikolom sebelah kiri
4. Minta keluarga memilih pikiran yang paling mengganggu dan membuat cemas serta tidak memotivasi.
5. Jelaskan pada keluarga proses pelaksanaan *thought stopping* :
Tersedia waktu 3 menit keluarga akan mengosongkan sejenak pikiran lalu keluarga memikirkan tentang pikiran yang mengganggu dan

membuat cemas serta bayangkan klien berada dalam situasi pikiran yang muncul setelah 3 menit minta klien berhenti memikirkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas saat terapis berteriak “stop”.

6. Lakukan latihan *thought stopping*

Minta keluarga pikirkan tentang pikiran yang mengganggu dan membuat cemas serta bayangkan klien berada dalam situasi pikiran yang muncul seolah-olah terjadi selama 3 menit dengan memandang ke satu titik pada dinding. Ingatkan terus pikiran tersebut selama waktu berlangsung. Setelah 3 menit perintahkan klien melihat tanda “stop” untuk berhenti memikirkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas ketika terapis berteriak “stop”. Instruksikan keluarga tarik nafas dalam

7. Biarkan keluarga relaks selama 1 menit, tanyakan pikiran apa yang muncul dan nilai apakah pikiran yang muncul positif atau tidak

8. Lakukan latihan sebanyak 3 kali sampai pada akhir muncul pikiran positif dan membuat termotivasi

9. Tuliskan pikiran positif yang muncul pada buku kerja kolom sebelah kanan

Fase Terminasi :

a. Evaluasi :

1. Menanyakan perasaan keluarga setelah selesai sesi I

2. Minta keluarga menyebutkan kembali cara melakukan *thought stopping* dengan menggunakan tanda “stop”

b. Tindak Lanjut :

Menganjurkan keluarga untuk melakukan latihan *thought stopping* dengan menggunakan suara secara terjadwal yaitu tiga kali sehari

c. Kontrak :

1. Menyepakati topik sesi 2 yaitu mempraktekkan tehnik *thought stopping*

2. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

SESI II : BERLATIH PEMUTUSAN PIKIRAN DENGAN MENGGUNAKAN TANDA “STOP”

A. TUJUAN SESI II :

Keluarga mampu mempraktekkan thought stopping dengan tehnik pemutusan pikiran dengan alat bantu yang lain.

B. SETTING

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT

Alat tulis, jam tangan, tanda “stop” dan buku kerja keluarga (format evaluasi)

D. LANGKAH – LANGKAH

1. PERSIAPAN

Terapis mempersiapkan diri sesi II yaitu : kemampuan komunikasi dan penggunaan diri secara terapeutik

2. PELAKSANAAN

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis.
- b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai keluhan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang pengembangan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas.
- c. Validasi :
 1. Menanyakan bagaimana perasaan keluarga setelah mengikuti sesi sebelumnya.
 2. Evaluasi tingkat ansietas keluarga dengan mengukur tanda vital, menanyakan selera makan tidur dan kegiatan yang mampu dilakukan
 3. Berikan *reinforcement*

d. Kontrak :

Menjelaskan tujuan pertemuan sesi dua yaitu keluarga mempratekkan tehnik pemutusan pikiran dengan alat bantu yang lain.

e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :

- 1) Lama kegiatan 30 – 45 menit
- 2) Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.

Fase Kerja

- a. Tentukan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas yang telah identifikasi lainnya pada buku kerja dikolom sebelah kiri pada sesi
- b. Menjelaskan akan ada waktu 3 menit yang tersedia dalam interval 1,3 dan 5 menit dengan bantuan jam tangan. Keluarga mulai konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding, mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas. Setelah melihat tanda “stop” dengan jeda waktu pada menit pertama. Kedua dan kelima keluarga akan berteriak “stop”segera putuskan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas. Anjurkan kelaurga tarik nafas dalam
- c. Lakukan latihan thought stopping dengan melihat tanda stop dengan jeda waktu 1,3 dan 5 menit, pandu keluarga untuk konsentrasi dan mengosongkan pikiran lalu bayangkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas seolah- olah akan terjadi. Ingatkan terus pikiran tersebut sampai keluarga melihat tanda “stop” dan berteriak stop
- d. Perintahkan keluarga untuk relaks 1 menit, tanyakan pikiran yang muncul dan nilai pikiran yang muncul positif atau tidak
- e. Lakukan langkah ke tiga dan ke empat dengan suara normal
- f. Lakukan langkah ke tiga dan ke empat dengan berbisik
- g. Anjurkan keluarga berlatih diluar jadwal.

Fase Terminasi

a. Evaluasi

1. Menanyakan perasaan keluarga setelah sesi II selesai
2. Minta keluarga untuk menyebukan kembali cara berlatih menghentikan pikiran dengan menggunakan tanda stop dalam jeda waktu 1,3 dan 5

b. Tindak lanjut : menganjurkan keluarga untuk latihan tanpa bantuan terapis diluar jadwal yang sudah ditentukan

c. Kontrak : menyepakati topik sesi berikutnya, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.



SESI III : PENGENDALIAN PEMUTUSAN PIKIRAN SECARA OTOMATIS

A. TUJUAN:

Keluarga mampu melakukan tehnik thought stopping secara otomatis

B. SETTING :

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT :

Alat tulis, jam tangan, tanda “stop” dan buku kerja keluarga (format evaluasi)

E. LANGKAH-LANGKAH:

1. PERSIAPAN

Terapis mempersiapkan diri tentang sesi 3 yaitu : terapi thought stopping , ketrampilan komunikasi dan penggunaan diri secara terapeutik

2. PELAKSANAAN

Fase Orientasi

- a. Terapis memberikan salam terapeutik.
- b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai keluhan dari pertemuan sebelumnya.
- c. Validasi :
 1. Menanyakan bagaimana perasaan keluarga setelah mengikuti sesi sebelumnya
 2. Ukur tanda- tanda vital, tanyakan selera makan dan tidur keluarga
 3. Tanyakan kemampuan keluarga dalam melakukan penghentian pikiran dengan beberapa cara yang telah diajarkan .

d. Kontrak :

Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu keluarga mampu mengendalikan pemutusan secara otomatis

e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :

1. Lama kegiatan 30 – 45 menit
2. Tempat : ruangan yang tenang

Fase Kerja

1. Tentukan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas yang telah identifikasi lainnya pada buku kerja dikolom sebelah kiri pada sesi I
2. Jelaskan pada keluarga proses pelaksanaan *thought stopping* pada sesi 3
Langkah – langkah *thought stopping* yang sudah di praktekan keluarga akan dilakukan ulang dan dipandu oleh terapis dengan jeda waktu bervariasi dari 1,2, 3, 4 dan 5. Keluarga akan mulai berkonsentrasi untuk mengosongkan pikiran dan memunculkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas. Setelah pikiran muncul keluarga dapat memutuskan pikiran dengan menggunakan kata “stop” secara berbisik
3. Minta keluarga melakukan *thought stopping* secara mandiri dengan berkonsentrasi dan mengosongkan pikiran dan memabyangkan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas seolah –olah terjadi. Segera putuskan pikiran tersebut dengan mengatakan “stop” dengan hitungan yang bervariasi
4. Lakukan langkah kedua dan ketiga secara mandiri dengan berbisik
5. Lanjutkan langkah diatas hanya dalam hati secara mandiri

Fase Terminasi Akhir

a. Evaluasi

- 1) Tanyakan perasaan dan manfaat yang dirasakan keluarga setelah mengikuti sesi III
- 2) Evaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan
- 3) Berikan reinforcement

DAFTAR REFERENSI

- Wilson, S.K & Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric-mental health nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Friedman (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. Edisi 5. Alih bahasa : Achir Yani, S. Hamid dkk. Jakarta: EGC.
- Hamid.A.Y & Keliat, B.A. (1995). *Panduan relaksasi dan reduksi stres*. Edisi ketiga. Jakrata: EGC.
- [http://_ \(http://www.ppt.Frank.mcDonald/542/index5.html](http://www.ppt.Frank.mcDonald/542/index5.html) diunduh tanggal 2 Mei 2011
- [www.ehow.com/how_4425976_use thought stopping-metode.html](http://www.ehow.com/how_4425976_use_thought_stopping-metode.html) diunduh tanggal 2 Mei 2011
- [http://panicdisorder.about.com/od/living with pd/ht/thought stop.htm](http://panicdisorder.about.com/od/living_with_pd/ht/thought_stop.htm) diunduh tanggal 4 Mei 2011
- [http://www.Studentservises/Emotional\(Thoughtstopping.htm\)](http://www.Studentservises/Emotional(Thoughtstopping.htm)), diunduh tanggal 4 Mei 2011
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed). St. Louis: Mosby.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice*. (6th ed). Philadelphia: F.A Davis.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Sixth edition. Lippincot: Willian Wilkins.

BUKU KERJA

“PENGHENTIAN PIKIRAN”

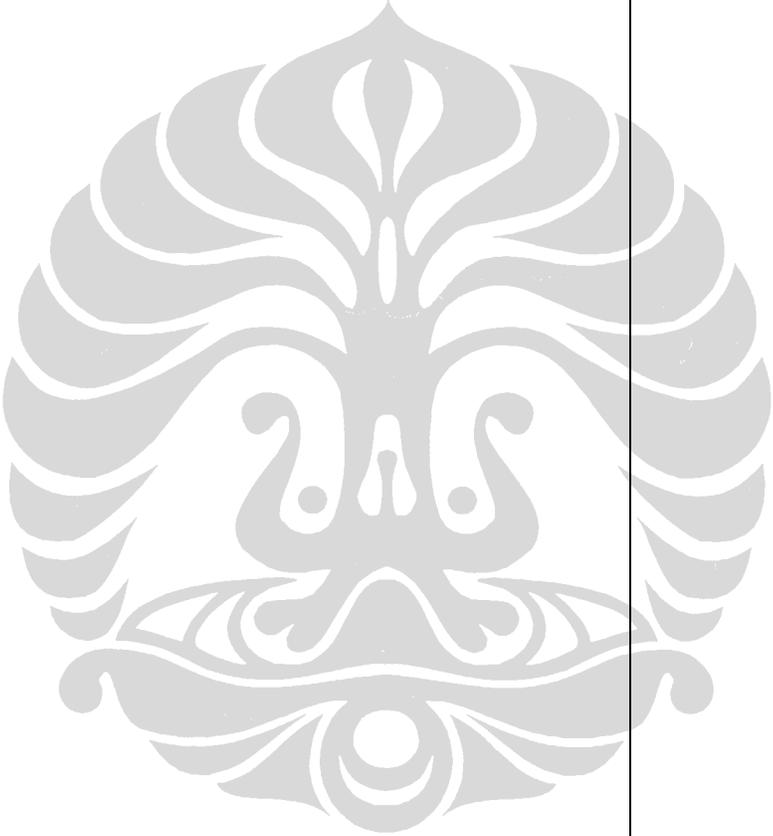


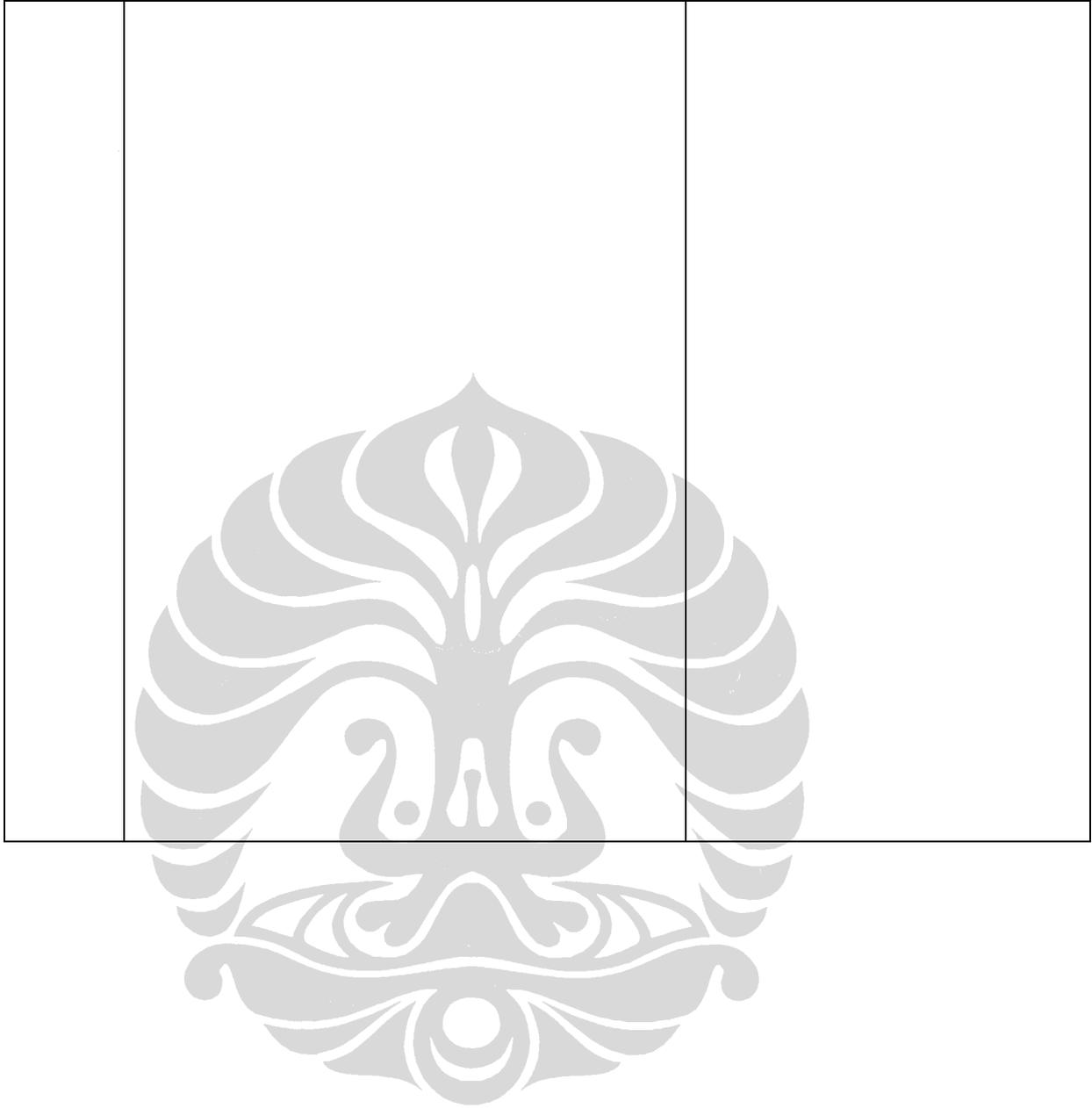
NAMA KELUARGA :

RUANGAN :

DAFTAR TANDA-TANDA

KECEMASAN

Hari/ Tanggal No	TANDA – TANDA CEMAS	KET
		





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah Yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

Nama peneliti utama : **Mahnum Lailan Nasution**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Salemba Raya No. 6, Jakarta Pusat

Pos Box 1358 Jakarta 10430

Kampus Salemba Telp. 31930371, 31930373, 3922977, 3927360, 3912477, 3153236, Fax. : 31930372, 3157288, e-mail : office@fk.ui.ac.id

Nomor : 333 /PT02.FK/ETIK/2011

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

ETHICAL CLEARANCE

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, University of Indonesia, with regards of the Protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

“Pengaruh *Thought Stopping* Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (*caregiver*) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo”.

Peneliti Utama
Principal Investigator

: Mahnum Lailan Nasution S.Kep,Ns

Nama Institusi
Name of the Institution

: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
and approved the above-mentioned protocol.

Jakarta, 6 Juni 2011
Ketua
Chairman

Prof. Dr. dr. Rianto Setiabudy, SpFK

***Ethical approval berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan**

****Peneliti berkewajiban**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"
(PUSAT KANKER NASIONAL)



Nomor : 183 /Diklat/RSKD/V/2011
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Instrumen Penelitian

Kepada Yth,
1. Kepala Instalasi Rawat Inap
2. Kepala Instalasi Rawat Jalan
Kanker "Dharmais"
di-
Jakarta.-

Sehubungan dengan surat Direktur SDM dan Pendidikan Nomor : DL.02.03/4/3280/2011 tanggal 20 Mei 2011 Perihal Ijin Uji Instrumen Penelitian maka dengan ini kami hadapkan 1 (satu) orang Mahasiswa :

N a m a : Mahnum Lailan Nasution
NPM : 0806483481
Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah Yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN Dr. Cipto Mangukusumo..

Adalah Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang akan melakukan Uji Instrumen Penelitian di Rumah Sakit Kanker "Dharmais" dalam rangka memenuhi tugas yang diwajibkan oleh Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan pembimbing dari RS Kanker "Dharmais" adalah Ns. Retno Purwanti, SKp, M.Biomed.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa selain melakukan Uji Instrumen Penelitian Bidang Keperawatan RSKD, yang bersangkutan juga akan melakukan Uji Instrumen Penelitian di Satuan Kerja terkait RS Kanker "Dharmais", oleh karena itu kami mohon bantuannya untuk dapat memberikan data kepada yang bersangkutan sesuai dengan yang dibutuhkan.

Demikian kami sampaikan dan atas perhatian serta kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.-

Kepala Bagian
Pendidikan dan Pelatihan

Ns. Kemala Rita Wahidi, SKp, MARS
NIP. 195810041982032001

Tembusan Yth,
1. Kepala Unit Poli Onkologi Anak RSKD
2. Kepala Unit Rawat Singkat RSKD
3. Kepala Ruang Rawat Anak RSKD
Pengaruh thought..., Mahnum Lailan Nasution, FIK UI, 2011



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1725/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

10 Mei 2011

Yth. Direktur
RS. Kanker Dharmais
Jl. S. Parman
Jakarta

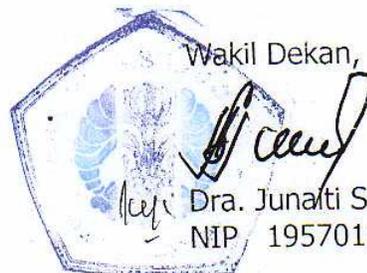
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Mahnum Lailan Nasution
0806483481

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : "**Pengaruh Terapi Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS. Kanker Dharmais Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Wakil Dekan,

Dra. Junalti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDRAL BINA UPAYA KESEHATAN



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR CIPTO MANGUN KUSUMO

JL Diponegoro No.Jakarta 10430

Telp.3018301,3193080 (Hunting)

Kotak Pos 1086

Fax 3148991

Nomor: *103* /TU.K/Lit/V /2011

6 Juli 2011

Lamp :

Ha! : Izin Penelitian./ Pengambilan Data

Kepada Yth;

Ka.Unit Rawat Inap Inap Terpadu Gedung - A

RS Dr. Cipto Mangunkusumo

Jakarta,-

Bersama ini kami hadapkan peneliti ;

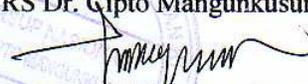
Nama : Mahnum Lailan Nasution
No. Register : 0806483481
Fakultas : Keperawatan
Universitas : Universitas Indonesia
Strata : S 2

Yang bersangkutan akan melakukan suver / pengambilan data mengenai : ”
Pengaruh Terapi Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga
(Caregiver) dengan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Kemoterapi di RSUPN. Dr.
Cipto Mangunkusumo” penelitian dilakukan di Gedung – A .Sesuai dengan
permohonan peneliti dengan disposisi oleh Direktur Pengembangan dan Pemasaran
no.10046/TU-M/69/V/2011, tanggal,4 April 2011, Selanjutnya kami mohon
tanggapan apakah penelitian ini dapat dilakukan di Departemen/Unit/Bagian
Saudara.

Kaini mohon kesediaan sejawat agar menunjuk pembimbing dalam kegiatan
penelitian tersebut dan meminta copy hasil sebagai data di Bagian Penelitian dalam
bentuk *hard cover.diseretai dengan melampirkan Abstrak penelitian dalam
bentuk email dilengkapi nama lengkap, asal instutusi dan judul penelitian yang
dikirim kepada Bagian Penelitian(penelitianrscm@fk.ui.ac.id)*

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
RS Dr. Cipto Mangunkusumb,

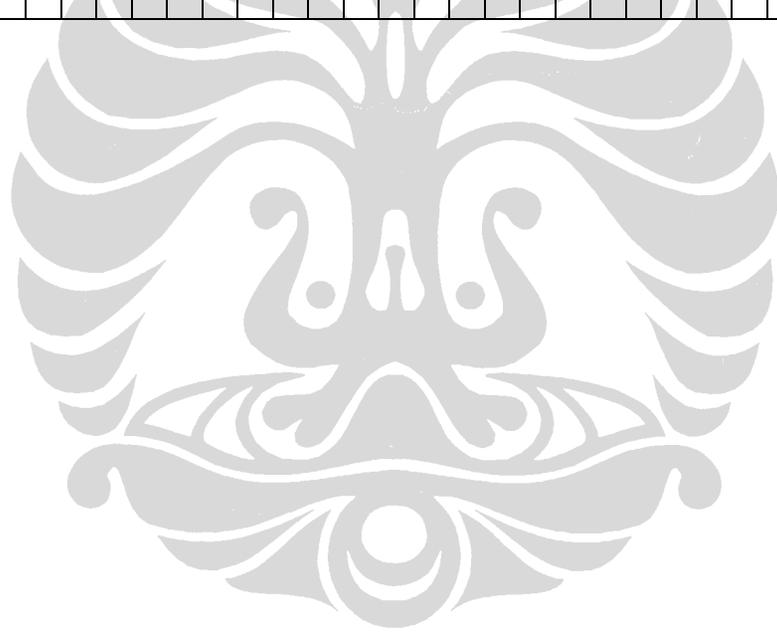

Dr. Dini Widiarni Sp.THT.(K).M.Epid.
NIP : 195901151985122001

Tembusan :

1. Yth. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
2. Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Arsip.

JADWAL RANGKAIAN KEGIATAN PENELITIAN

NO	KEGIATAN	TANGGAL DAN BULAN																																					
		MEI 2011							JUNI 2011																														
		23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
1	PRE TEST	■	■	■	■	■	■																																
2	INTERVENSI							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3	POST TEST																																			■	■	■	■



DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENELITI

Biodata :

Nama : Mahnum Lailan Nasution
Tempat/ Tanggal Lahir : Pangkalan Brandan, 13 Januari 1975
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Nama Suami : Abdul Sangkot Hasibuan
Nama Anak : M. Atha Zaidan Majid Hasibuan
Alamat rumah : Perumahan Villa Mutiara 3 Blok D 11 Jl. Bajak
2H/Bajak 4 Kelurahan Harjosari Kecamatan
Medan Amplas. Medan – Sumatera Utara

Riwayat Pendidikan :

1. SD Yayasan Darma Patra Pangkalan Berandan : Lulus tahun 1987
2. SMP Yayasan Darma Patra Pangkalan Berandan : Lulus tahun 1990
3. SMA Negeri I Pangkalan Berandan : Lulus tahun 1993
4. Akademi Keperawatan DepKes RI Medan : Lulus tahun 1996
5. S1 Keperawatan PSIK FK Universitas Sumatera Utara : Lulus tahun 2001
6. Profesi Ners PSIK FK Universitas Sumatera Utara : Lulus tahun 2002