



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PENGHENTIAN
PIKIRAN TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS, DEPRESI
DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN NEGATIF
KLIEN KANKER DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

Disusun oleh :
Jesika Pasaribu
1006749112

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PENGHENTIAN
PIKIRAN TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS, DEPRESI
DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN NEGATIF
KLIEN KANKER DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KEPERAWATAN
Kekhususan Keperawatan Jiwa**

Disusun oleh :
Jesika Pasaribu
1006749112

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2012**

LEMBAR PERSETUJUAN

Telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis

Progam Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2012

Pembimbing I



Prof. Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.app.Sc.

Pembimbing II



Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep.,Sp.Kep.J

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.



Depok, 12 Juli 2012

METERAI
TEMPEL

PATILY MEHANGUN RANGSIL
TGL
20

1996CAAF778483771

ENAM RIBU RUPIAH

6000

DJP

Jesika Pasaribu

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Jesika Pasaribu

NPM : 1004967112

Tanda Tangan :



Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesisi ini diajukan oleh :

Nama : Jesika Pasaribu
NPM : 1006749112
Program Studi : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kognitif Dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta

Telah berhasil dipertahankan dihadapan 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 : Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Pembimbing : Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep, Sp.Kep.J

Penguji : Novy Helena C.D, M.Sc

Penguji : Ns. Carolina, M.Kep.,Sp.Kep.J

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan kasih karuniaNya, saya dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tesis dengan baik. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sebagai Koordinator mata ajar Tesis.
3. Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App.,Sc selaku pembimbing I yang sangat berkontribusi dalam penyusunan laporan penelitian ini, membimbing penulis dengan sabar, bijak, memberikan masukan serta motivasi dan telah menjadi guru terbaikku.
4. Ns. Ice Yulia Wardani.,M.Kep.,Sp.Kep.J selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi serta kepercayaan kepada penulis, dan juga dengan penuh kesabaran dan teliti dalam membimbing penulis.
5. Novy Helena CD, MSc, selaku penguji 1 yang telah banyak memberi masukan selama seminar proposal, seminar hasil tesis dan sidang tesis.
6. Ns. Carolina,M.Kep.,Sp.Kep.J, selaku penguji 2 yang telah banyak memberi masukan selama sidang tesis.
7. Seluruh jajaran pimpinan serta staf di RS Kanker Dharmais dan perawat diruangan Teratai dan Cempaka yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan bagi kelangsungan penelitian.
8. Seluruh responden penelitian atas kesediaan membantu dalam penelitian ini.

9. Pimpinan STIK St. Carolus dan YPKC St. Carolus yang mendukung peneliti dalam melanjutkan studi.
10. Teman-teman di STIK St. Carolus yang selalu mendukung, Kristina, Wijayanti, Wardhani, Budi Lestari, Anggraini, Ides. Terima kasih dukungannya.
11. Teman seperjuangan Angkatan 2010/2011 atas dukungan, kerjasama, doa dan kebersamaan yang luar biasa, khususnya untuk Jo, Fitri, Rika, Rahmi, Pipin, Ninik, dan Deni.
12. Kedua orang tuaku, atas pengorbanan yang besar, adik-adikku (Ria, Tino, Budi dan Jo) atas dukungannya.
13. Suami terkasih, Johannes Handoko atas kasih sayang, pengorbanan dan pengertian selama penelitian.
14. Farra Handoko dan Jovanna Handoko, buah hatiku atas pengorbanan selama penelitian. Bunda akan segera menjemputmu pulang.
15. Seluruh petugas perpustakaan, administrasi, dan petugas photocopy yang membantu kelancaran penelitian.

Semoga laporan penelitian bermanfaat dari segi keilmuan dan dapat memberikan sumbangsih bagi keilmuan dan manfaat aplikatif dalam meningkatkan layanan asuhan keperawatan, khususnya bagi klien yang mengalami masalah psikososial ansietas dan depresi.

Depok, Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Jesika Pasaribu
NPM : 1006749112
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi 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 Terapi Kognitif Dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta”.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir 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 : 12 Juli 2012

Yang menyatakan


(Jesika Pasaribu)

Jesika Pasaribu

Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta

Abstrak

Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran pada klien kanker. Metode penelitian *quasiexperiment* pada 3 kelompok. Data diambil sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Sampel penelitian diperoleh secara *consecutive sampling*, sejumlah 90 responden, masing-masing kelompok terdiri dari 30 responden. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner HADS, dan kuesioner kemampuan mengontrol pikiran negatif. Hasil : terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara bermakna menurunkan ansietas dan depresi serta meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif (p value = 0,000; α = 0,005). Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran direkomendasikan sebagai terapi keperawatan lanjutan pada klien penyakit kronik untuk mengatasi masalah ansietas dan depresi.

Kata kunci: terapi kognitif, terapi penghentian pikiran, ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran negatif, klien kanker

Jesika Pasaribu

Post Graduate Programme

The effect of cognitive therapy and thought stopping therapy on anxiety, depression and the ability to control negative thought in cancer patient at RS Kanker Dharmais Jakarta

Abstrak

The objective of this study was to investigate the effect of cognitive therapy and thought stopping therapy on anxiety, depression and the ability to control negative thought, using HADS and negative thought control questionnaire. The study methods was *quasiexperiment* with 90 cancer patients, divided into 2 intervention groups and 1 non intervention. Each intervention group has 30 participants. Data was collected pre and post intervention. Result of this study shown that decreased of anxiety and depression scale and improved the ability to control negative thought (p value = 0,000; α = 0,005). This study recommended cognitive therapy, thought stopping therapy as a psychotherapy to overcome anxiety, depression in cancer patients.

Key word : cognitive therapy, thought stopping therapy, anxiety, depression, the ability to control negative thought, cancer client

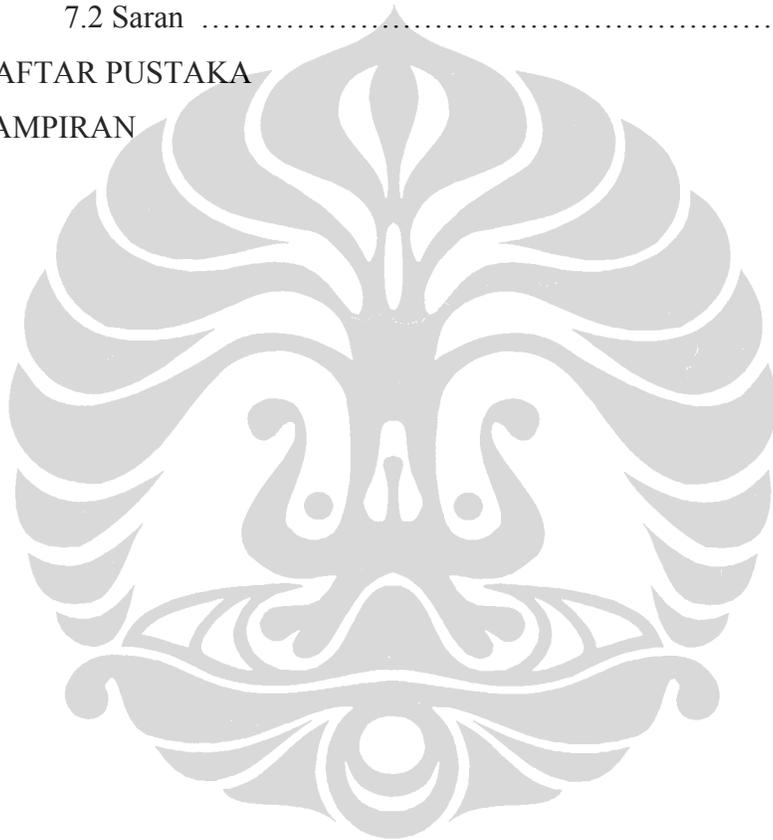
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR SKEMA	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	13
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Konsep Kanker	15
2.1.1 Pengertian Kanker	15
2.1.2 Proses Terjadinya Kanker	16
2.1.3 Pengklasifikasian Stadium Kanker.....	18
2.1.4 Tanda Dan Gejala Kanker	19
2.1.5 Penatalaksanaan Medik Kanker	20
2.1.6 Dampak kanker terhadap masalah psikososial	21

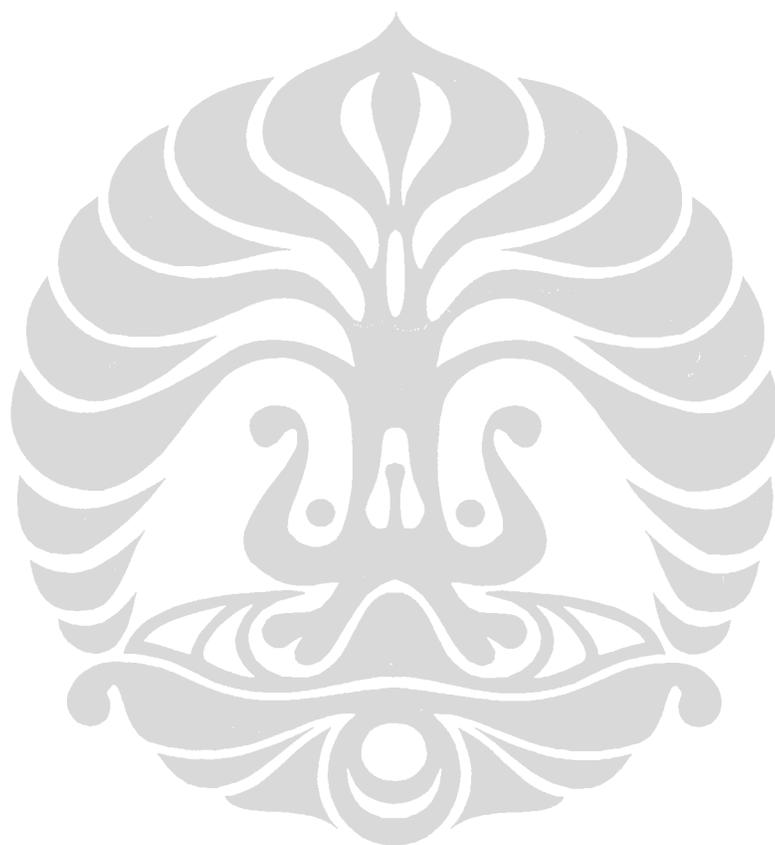
2.2	Konsep Ansietas dan Depresi Kanker	25
2.2.1	Pengertian Ansietas dan Depresi	25
2.2.2	Prevalensi Ansitas dan Depresi Klien Kanker	26
2.2.3	Proses Terjadinya Ansietas dan Depresi pada Klien Kanker ...	28
2.2.4	Tanda dan Gejala Ansietas dan Depresi	33
2.2.5	Diagnosa Ansietas dan Depresi	35
2.2.6	Penatalaksanaan Ansietas dan Depresi	36
2.3	Kemampuan Mengontrol pikiran Negatif	39
2.4	Terapi Kognitif	40
2.4.1	Pengertian Terapi Kognitif.....	40
2.4.2	Tujuan Terapi Kognitif	41
2.4.3	Indikasi Terapi Kognitif	41
2.4.4	Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif	42
2.4.5	Pedoman Pelaksanaan Terapi Kognitif	44
2.5	Terapi Penghentian Pikiran	45
2.5.1	Pengertian Terapi Penghentian Pikiran	45
2.5.2	Tujuan Terapi Penghentian Pikiran	45
2.5.3	Indikasi Terapi Penghentian Pikiran	45
2.5.4	Prinsip Pelaksanaan Terapi Penghentian Pikiran.....	46
2.5.5	Pedoman Pelaksananaan Terapi Penghentian Pikiran	47
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN		
	DEFINISI OPERASIONAL	49
3.1	Kerangka Teori	49
3.2	Kerangka Konsep	53
3.3	Hipotesis Penelitian	55
3.4	Definisi Operasional, Variabel Penelitian Dan Skala Penelitian	55
BAB 4 METODE PENELITIAN		58
4.1	Jenis Dan Rancangan Penelitian	58

4.2	Populasi Dan Sampel Penelitian	60
4.3	Tehnik Pengambilan Sampel	62
4.4	Tempat Penelitian	64
4.5	Waktu Penelitian	65
4.6	Etika Penelitian	65
4.7	Alat Pengumpul Data	66
4.8	Uji Coba Instrumen	68
4.9	Prosedur Pengumpulan Data	69
4.10	Tehnik Pengolahan Dan Analisa Data	76
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....		82
5.1	Karakteristik Klien Kanker	82
5.2	Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker	85
5.3	Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klin Kanker.....	91
5.4	Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Terhadap Perubahan Kondisi Ansietas Dan Depresi	95
5.5	Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker	95
5.6	Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker	96
BAB 6 PEMBAHASAN		97
6.1	Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif	97
6.2	Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas Klien Kanker	101
6.3	Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Depresi Klien Kanker	108

6.4 Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Terhadap Perubahan Ansietas Dan Depresi	114
6.5 Keterbatasan penelitian	115
6.6 Implikasi Hasil Penelitian	117
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	119
7.1 Simpulan	119
7.2 Saran	120
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

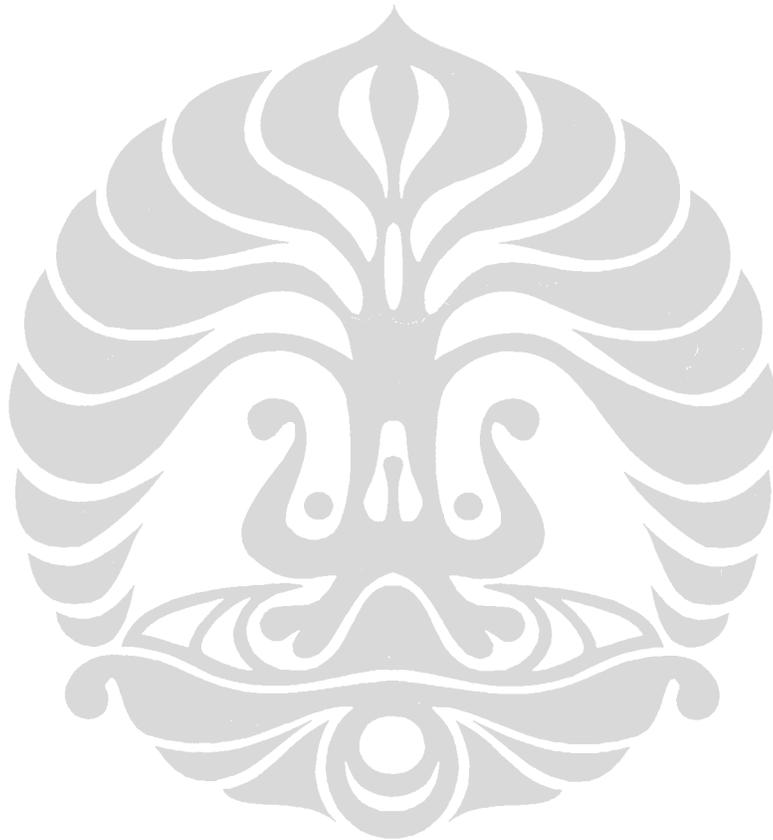


Bagan 4.1 Rancangan Penelitian



DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori	52
Skema 3.2 Kerangka Konsep	54
Skema 4.1 Kerangka Kerja Penelitian	76



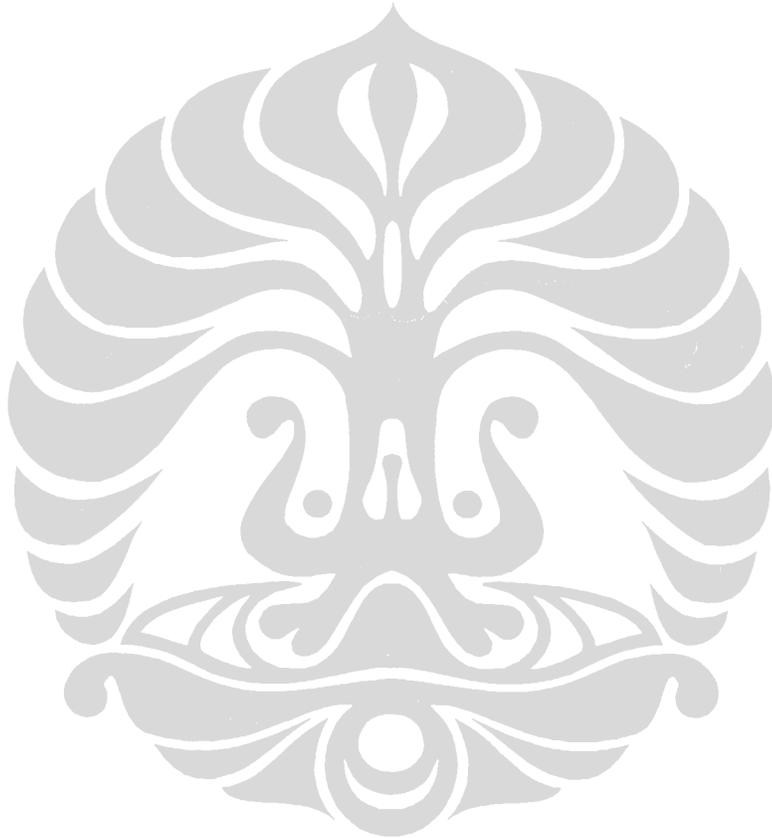
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	55
Tabel 4.1	Teknik Pengambilan Sampel	62
Tabel 4.2	Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien dan Variabel Dependen	79
Tabel 4.3	Analisis Bivariat	80
Tabel 4.4	Analisis Multivariat	81
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi dan Kesetaraan Karakteristik Klien Kanker Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Pernikahan, Status ekonomi, Jenis Kanker, dan Jenis Pengobatan di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)	83
Tabel 5.2	Distribusi Rerata dan Kesetaraan Usia dan Lama Menderita Sakit Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)	84
Tabel 5.3	Analisis Kondisi Ansietas dan Depresi dan Kesetaraan Klien Kanker Sebelum Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)	86
Tabel 5.4	Analisis Perubahan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Sebelum dan Setelah Intervensi Di RS Kanker Dharmais (n = 90)	87
Tabel 5.5	Analisis Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)	89
Tabel 5.6	Analisis Perbandingan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)	90
Tabel 5.7	Gambaran Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif dan Kesetaraan Klien Kanker Sebelum Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)	91
Tabel 5.8	Analisis Perubahan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)	92
Tabel 5.9	Perbedaan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)	93
Tabel 5.10	Analisis Perbandingan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)	94
Tabel 5.11	Analisis Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Terhadap Perubahan Kondisi Ansietas dan Depresi di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012	95

(n=60)

Tabel 5.12 Analisis Karakteristik Yang Berkontribusi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 60) 93

Tabel 5.13 Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 60) 96



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadual kegiatan penelitian
- Lampiran 2 Penjelasan penelitian
- Lampiran 3 Lembar persetujuan menjadi responden penelitian
- Lampiran 4 Data demografi responden (kuesioner A)
- Lampiran 5 Instrumen pengukuran kondisi ansietas dan depresi (kuesioner B)
- Lampiran 6 Instrumen pengukuran kemampuan mengontrol pikiran negatif
(kuesioner C)
- Lampiran 7 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 8 Keterangan Lolos Expert Validity
- Lampiran 9 Keterangan Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 10 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 11 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 12 Modul Panduan Terapi Kognitif Dan Penghentian Pikiran Pada Klien
Kanker Yang Mengalami Ansietas Dan Depresi
- Lampiran 13 Buku Kerja Terapi Kognitif Dan Penghentian Pikiran Pada Klien
Kanker Yang Mengalami Ansietas Dan Depresi
- Lampiran 14 Modul Panduan Terapi Kognitif Pada Klien Kanker Yang Mengalami
Ansietas Dan Depresi
- Lampiran 15 Buku Kerja Terapi Kognitif Pada Klien Kanker Yang Mengalami
Ansietas Dan Depresi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang pesat dan tidak terkontrol (LeMone & Burke, 2008). Perjalanan penyakit kanker yang lama serta dampak yang sangat buruk pada tubuh mengakibatkan penyakit ini berpotensi mengakibatkan kematian pada klien. Kanker merupakan pembunuh nomor dua di dunia setelah penyakit kardiovaskular (WHO, 2011). Data selanjutnya menyatakan pada tahun 2008, prediksi 12 juta orang/tahun di seluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Kanker menempati porsi penyebab kematian sejumlah 13%. Angka ini diprediksi akan terus meningkat, yakni pada tahun 2015 akan meningkat menjadi 9 juta orang dan tahun 2030 menjadi 11,5 juta orang. Hasil prediksi menyiratkan makna bahwa kanker erat hubungannya dengan kematian kliennya. Data dari WHO tersebut memaparkan bahwa lebih dari separuh klien akan mengalami kematian.

Data kanker di Indonesia menurut survei Riskesdas 2007 oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2008), prevalensi tumor/kanker mencapai 4,3 per 1000 penduduk, artinya terdapat kira-kira 4 orang menderita kanker pada 1000 orang. Prevalensi kanker meningkat dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 44-54 tahun (1,5%), serta prevalensi lebih tinggi pada perempuan. Kanker merupakan penyebab kematian sebanyak 5,7% dan menjadi 'pembunuh' urutan ke-7 setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal, dan diabetes melitus (Kemenkes RI, 2008). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan klien kanker dan kematian sebagai hasil akhir kanker akan meningkatkan juga angka mortalitas akibat kanker.

Penyebab kanker disebabkan oleh berbagai hal seperti genetik, imunologik, virus, kimiawi, radiasi, hormon, dan lingkungan (Ignatovicus & Workman, 2008) yang disebut karsinogen. Saat zat karsinogen terpapar pada tubuh, tubuh

akan segera melakukan proses detoksifikasi terhadap zat karsinogen tersebut dengan mengeluarkan enzim proteolitik dan akan dieksresikan menjadi zat yang tidak berbahaya. Seyle (1984, dalam LeMone & Burke, 2008) menyatakan saat tubuh mengenali sel kanker, maka tubuh akan melakukan perlawanan terhadap zat asing dengan mengaktifasi seluruh sistem tubuh seperti mediator kimia, hormon, enzim, pembuluh darah, anti bodi, protein, dan respon peradangan serta imunitas. Jika proses detoksifikasi gagal, maka zat karsinogen akan masuk ke dalam inti sel dan akan merubah *deoxyribonucleat acid* (DNA). DNA merupakan sasaran utama semua materi karsinogen dan juga mengakibatkan lesi DNA (Kresno, 2011). Perubahan yang terjadi pada DNA juga mengakibatkan lesi pada DNA, dimana DNA merupakan peran yang sangat vital bagi pertumbuhan sel. Lesi dan mutasi DNA akan mengakibatkan disfungsi pembelahan sel yakni differensiasi dan proliferasi (Black & Hawks, 2005). Perubahan DNA inilah yang menjadi dasar terbentuknya sel kanker akibat aktivasi sel onkogen yang merusak sistem pembelahan sel normal.

Perubahan yang terjadi pada sel tidak serta merta membuat seseorang langsung mengalami kanker. Perubahan pada sel normal menjadi sel kanker dipengaruhi oleh *promoting factors* sangat berperan dalam perkembangan kanker selanjutnya. *Promoting factors* berupa diit tinggi lemak, obesitas, merokok, dan konsumsi alkohol (LeMone & Burke, 2008). Proliferasi sel yang sudah mengalami invasi zat karsinogen bersifat reversibel sehingga populasi sel yang mengalami perubahan semakin banyak. *Promoting factors* akan berkontribusi terhadap perubahan jaringan tubuh atau organ tertentu. Hal diatas menunjukkan bahwa *promoting factors* juga berperan pada pembentukan kanker pada oragan berbeda sehingga pada kemudian waktu dapat ditemukan jenis kanker yang berbeda-beda sesuai dengan organ tubuh yang terkena.

Promoting factors di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2007 yakni kurang konsumsi buah dan sayur (93,6%), makanan dengan penyedap (77,8%), kurang aktivitas fisik sebesar (48,2%), merokok (23,7%), obesitas pada penduduk berusia ≥ 15 tahun : perempuan (23,8%), laki-laki (13,9%), makanan berlemak

(12,8%), konsumsi makanan diawetkan (6,3%). Data tersebut menunjukkan bahwa faktor gaya hidup sangat berpengaruh pada prevalensi kejadian kanker di Indonesia. Gaya hidup tersebut sebenarnya dapat diubah sehingga angka kejadian kanker dapat ditekan, dan saat sel kanker sudah terbentuk, proses perjalanannya untuk menjadi penyakit kanker akan menjadi lebih lambat.

Perkembangan kanker selanjutnya membutuhkan rentang waktu yang bervariasi untuk menjadi suatu penyakit. Tahap ini disebut periode laten yang berkisar 1-40 tahun tergantung pada *mitotic rate* pada jaringan yang terkena dan faktor lingkungan (LeMone & Burke, 2008). Tahap selanjutnya adalah tahap akhir perkembangan kanker, yakni peningkatan perkembangan sel kanker, peningkatan invasi serta penyebaran kanker ke area yang lain (metastasis). Organ yang sering terjadi metastasis adalah paru-paru, otak, tulang, hepar dan kelenjar adrenal (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher, 2007). Seiring dengan sel kanker mulai membesar (tumor), maka kebutuhan akan nutrisi dan oksigen juga semakin meningkat untuk menghidupi sel sehingga sel kanker akan membentuk pembuluh darah dalam sel tumor. Selanjutnya, sel tumor akan masuk ke dalam sirkulasi darah dan akan menempel pada pembuluh darah yang kecil pada organ tubuh. Sel tumor kemudian melakukan penetrasi pada organ yang terkena yang juga dipengaruhi oleh kemampuan vaskularisasi seperti pada organ sebelumnya.

Sel kanker yang sudah berkembang dan menjadi besar mengakibatkan perubahan fisiologis. Perubahan fisiologis dapat terjadi karena pembesaran sel tumor akan menekan atau membuat obstruksi pada organ dan sekeliling organ. Penekanan ini akan mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi terganggu sehingga mengakibatkan anoksia dan nekrosis jaringan sekitar dan akhirnya mengakibatkan terganggunya fungsi organ yang terkena. Penekanan atau obstruksi juga dapat menimbulkan nyeri karena penekanan terus menerus pada jaringan serta sel saraf. Nyeri dapat timbul secara mekanik dan kimiawi (LeMone & Burke, 2008). Nyeri secara mekanik timbul karena invasi sel tumor, mengakibatkan peregangan atau penekanan jaringan serta sel saraf.

Nyeri secara kimiawi terjadi karena metabolit jaringan iskemia atau sel kanker serta toksin yang dihasilkan akan mengaktivasi dan meningkatkan sensitivitas nocireseptor dan mekanoreseptor yang merangsang impuls nyeri sehingga nyeri dirasakan (LeMone & Burke, 2008 ; Black & Hawks, 2005). Nyeri yang diderita baik terjadi secara mekanik atau kimiawi secara bergantian terus akan menghasilkan nyeri. Nyeri pada kanker akan terus dialami klien selama kanker masih ada karena selama kanker belum diangkat, maka akan terus menekan jaringan dan sel saraf disekitar organ yang terkena.

Dampak lain kanker secara fisik adalah *fatigue*, penurunan berat badan, anemia, dehidrasi, perubahan kimiawi darah bahkan kematian (LeMone & Burke, 2008). Gejala tersebut merupakan produk akhir perlawanan tubuh pada sel kanker. Dampak secara keseluruhan pada tubuh terjadi saat tubuh sudah tidak mampu lagi melawan sel kanker. Seyle (1984, dalam LeMone & Burke, 2008) menyatakan tubuh akan terus berupaya melawan sampai akhirnya mencapai tahap *exhaustion*, dimana tubuh sudah tidak mampu lagi melawan. Tubuh tidak mampu lagi melawan kanker dan menghasilkan kelelahan yang tinggi dan terus menerus pada tubuh. Perbaikan sel-sel yang rusak juga menghasilkan kelelahan pada klien sehingga membuat kondisi fisik klien semakin lemah.

Klien dengan penyakit fisik dapat mempengaruhi kondisi psikis sehingga menimbulkan masalah psikososial. Spiegel dan Giese-Davis (2003) menyatakan klien dengan penyakit medis berisiko mengalami masalah psikososial, seperti depresi. Townsend (2009), Varcarolis dan Halter (2009) menyatakan bahwa individu yang mengalami masalah fisik seperti Parkinson, kanker, artritis, Alzheimer, dan penyakit kronis lainnya berisiko mengalami masalah psikososial akibat penyakit yang diderita. Kanker sebagai penyakit kronis sangat berisiko menimbulkan masalah psikososial bagi penderitanya. Menderita kanker akan menjadi peristiwa traumatik bagi dirinya, keluarga serta lingkungan klien dan berkontribusi pada masalah psikososial yang dialami klien serta keluarga. Kondisi ini terjadi karena penyakit kanker sendiri yang

sudah menjadi stressor utama bagi klien dan menjadi peristiwa yang krisis. Klien akan mengalami perubahan respon psikologis dan emosional. Klien mempersepsikan kanker dengan kematian sehingga diliputi dengan perasaan negatif. Perasaan negatif ini dapat menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran terhadap efek penyakit, pengobatan dan dampaknya, nyeri, serta kematian. Uraian tersebut menunjukkan bahwa terganggunya kesehatan fisik, khususnya kanker sangat berpotensi menimbulkan masalah psikis, dimana masalah psikis pada penyakit kanker ini akan mempengaruhi kemampuan klien untuk beradaptasi secara psikologis dalam perubahan akibat penyakitnya.

Kemampuan beradaptasi psikologis akan diwarnai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang dialami klien akan ditampilkan dalam bentuk ketidakmampuan dalam menampilkan peran (*disfigurement*), ketergantungan (*dependency*, gangguan berhubungan dengan orang lain, nyeri, *emaciation*, penurunan finansial, *abandonment* dan kematian (Lewis, et al., 2007). Selanjutnya, Lewis, et al. (2007) juga menyatakan bahwa klien dapat mengalami dampak akibat ketakutannya seperti syok, marah, menyangkal, tawar menawar, depresi, *helplessness*, *hopelessness*, rasionalisasi, penerimaan, dan intelektualisasi. Perasaan marah dan rasa bersalah dapat timbul karena menganggap bahwa penyakit yang diderita sekarang karena hukuman atas pola hidup yang buruk dimasa lalu. Klien juga merasa terisolasi karena stigma kanker. Perubahan citra tubuh dan disfungsi seksual juga sering ditemukan, khususnya jika kanker menyerang organ seksual. Semua kondisi yang dialami klien mengakibatkan individu semakin rentan terhadap terjadinya masalah psikososial.

Masalah psikososial dalam studi yang dilakukan Moyer, Sohl, Oliver, dan Schneider (2009) juga menyatakan bahwa peristiwa yang juga berkontribusi terhadap angka kejadian gangguan psikososial adalah penyakit kanker itu sendiri, pengobatan, dan *aftermath* (dampak kanker yang terus menerus dan dianggap sebagai suatu peristiwa yang buruk). Menderita kanker sendiri telah menjadi stressor yang besar dan mengakibatkan kecemasan tentang fungsi,

nilai sosial, keuangan, beban keluarga dan kematian. Selain itu, pengobatan kanker akan menghasilkan dampak yang membuat ketidaknyaman baik fisik maupun psikologis. Klien dapat merasakan *fatigue*, mual, perubahan penampilan dan fungsi. Setelah pengobatan, masalah yang dapat muncul yakni pengobatan yang berkelanjutan.

Nordin, Berglund, Glimelius dan Sjoden (2000) dalam studinya menemukan bahwa individu yang didiagnosa mengalami kanker akan mengalami gangguan psikososial dengan prevalensi 49%. Gangguan psikososial terbanyak yang dialami adalah ansietas dan depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Aass, Fossi, Dahl dan Moe (1997) menunjukkan bahwa 47% klien yang baru didiagnosis menderita kanker mengalami masalah psikososial sesuai dengan kriteria DSM III, dan 67% mengalami masalah ansietas dan depresi. Salvo, et.al (2011) dalam studinya menunjukkan bahwa 55% responden (n : 1439) mengalami gejala depresi sedang dan 65% mengalami ansietas ringan. Data tersebut memaparkan fakta bahwa masalah akibat kanker bukan hanya pada masalah fisik saja namun juga terkait masalah psikososial yang membutuhkan penanganan yang tepat.

Ansietas, sebagai salah satu masalah yang sering muncul memiliki manifestasi klinis seperti kelelahan, tidak dapat beristirahat, tidak dapat berkonsentrasi, mudah terangsang, ketegangan meningkat, dan kehilangan kontrol dapat dialami klien sepanjang masa sakitnya. Osborne, Elsworth, dan Hopper (2002) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat 23% penderita kanker mengalami ansietas sedangkan Wilson, et.al (2007) mendapati 13.9% prevalensi ansietas. Ansietas dapat dialami saat diagnosa ditegakkan, saat pengobatan, follow up pengobatan (Black & Hawks, 2008). Berdasarkan kondisi tersebut, ansietas klien dapat bersifat akut dan kronik. Ansietas akut biasanya terjadi sebelum diagnosa ditegakkan, misalnya saat menunggu hasil pemeriksaan atau pada saat diagnosa telah ditegakkan, ansietas terjadi saat pengobatan, kekambuhan penyakit, dll. Ansietas juga dapat terjadi akibat dampak kanker secara fisik seperti nyeri, mual, vomitting. Ansietas kronik

dapat memicu terjadinya gangguan patologis ansietas, yakni *generalized anxiety disorder*, *panic disorder*, dan *phobia* karena klien merasa semakin terancam (Lewis, et al, 2007). Peristiwa tersebut akan semakin memberatkan kondisi mental klien dan dapat mengarahkan klien ke masalah psikososial lain seperti depresi.

Selain ansietas, depresi yang kerap terjadi pada klien penyakit fisik kronis. Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum. Spiegel dan Giese-Davis (2003) menemukan 1/3 responden mengalami depresi ringan-sedang dan 1/4 responden mengalami depresi mayor. Depresi juga didiagnosa sesuai dengan kriteria DSM-IV, dimana klien mengalami depresi minimal 2 minggu dan memiliki gejala seperti anoreksia, *fatigue*, penurunan berat badan, dan insomnia. Klien mengalami perasaan sedih, kehilangan minat terhadap segala sesuatu, murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Individu yang mengalami depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan. Seseorang yang mengalami depresi dapat mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari dan bahkan dalam aktivitas sosialnya sehingga akhirnya menurunkan kualitas hidupnya.

Intervensi psikologis yang bervariasi dilakukan membawa dampak yang positif terhadap berkurangnya gejala psikososial. Menurut Kaplan dan Saddock (2005), terapi yang dibutuhkan pada pasien depresi dapat berupa terapi psikososial, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan terapi keluarga serta pemberian antidepresan. Sedangkan menurut Newell, Sanson-Fisher dan Savolainen (2002), dari hasil studi literatur menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang dinilai paling efektif untuk menurunkan depresi pada klien kanker adalah *support group therapy*, *education*, *structured counseling*, *cognitive-behavioral therapy*,

communication skills training, dan *self-esteem building approaches*. Pemberian psikoterapi sebagai salah satu terapi untuk mengatasi ansietas dan depresi menunjukkan bahwa intervensi psikologis juga layak diberikan kepada klien dengan kanker yang memiliki masalah psikososial.

Klien kanker yang dinilai sangat menderita disepanjang hidupnya, bahkan sebelum diagnosa ditegakkan menimbulkan permasalahan psikologis yang harus ditangani. Masalah keperawatan yang timbul seperti *hopelessness*, *helplessness*, ansietas, berduka disfungsi, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri. Ansietas yang dialami klien dapat dilihat dari respon fisik, kognitif, perilaku dan emosi seperti nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, gelisah, lapang persepsi menyempit, perasaan tidak nyaman, serta tidak mampu menerima rangsangan dari luar (Stuart, 2009). Ketidakberdayaan klien ditunjukkan dengan adanya ungkapan ketidakpuasan atau frustrasi karena tidak mampu melakukan tugas, tidak mampu menghasilkan sesuatu, enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya, apatif, pasif, menghindar orang lain.

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan ansietas dimulai dengan intervensi keperawatan generalis sampai dengan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart, 2009). Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien ansietas adalah *deep breathing*, relaksasi progresif, meditasi, visualisasi, penghentian pikiran sedangkan pada klien yang mengalami ketidakberdayaan dapat dilakukan terapi kognitif. Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dapat dipilih sebagai terapi spesialis yang tertuju pada individu khususnya yang mengalami ansietas dan depresi.

Terapi penghentian pikiran merupakan salah satu contoh teknik aplikasi psikoterapi *cognitive behaviour* untuk mengubah proses fikir klien. Townsend (2009) menjelaskan bahwa penghentian pikiran adalah teknik yang dapat dipelajari sendiri oleh seseorang setiap kali ingin menghilangkan pikiran yang

mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadarannya. Stuart (2009) menyatakan bahwa terapi ini dapat membantu menghilangkan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran dapat membantu klien kanker untuk menghilangkan pikiran negatif akibat ansietas dan depresi.

Penelitian Agustarika (2009) menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat membantu secara nyata mengurangi ansietas klien dengan gangguan fisik. Penelitian oleh Supriati (2010) juga menunjukkan ansietas klien yang mendapat terapi penghentian pikiran dan relaksasi progresif dapat menurunkan kecemasan ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala kecemasan secara fisiologis, kognitif, emosi dan komposit ansietas secara bermakna. Kedua penelitian yang senada tersebut menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat mungkin dilakukan untuk menurunkan ansietas.

Terapi kognitif yang ditemukan oleh Beck merupakan terapi untuk mengatasi depresi dengan berfokus untuk mengenali pikiran otomatis negatif (Kazantzis, Reinecke & Freeman, 2010). Terapi kognitif dapat membantu menghentikan pola pikiran negatif sehingga klien dapat mengubah pikiran negatif menjadi positif. Terapi kognitif merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih klien untuk mengubah cara pasien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat mengalami kekecewaan, sehingga merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Terapi kognitif diberikan secara individual dengan harapan individu yang memiliki pikiran negatif yang merupakan salah satu ciri penderita depresi, mampu mempunyai pemikiran yang sehat yang dapat membentuk coping yang adaptif dalam menyelesaikan masalahnya.

Penelitian Levesque, Savard, Simard, Gauthier dan Ivers (2004) menemukan pada penderita kanker yang mengalami metastasis, terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala depresi, anhedonia, ansietas dan fatigue. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif.

Penelitian Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi. Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat untuk menurunkan tanda dan gejala ansietas serta depresi.

RS Kanker Dharmais sebagai pusat kanker nasional yang merupakan pusat rujukan tertinggi jaringan pelayanan kanker di Indonesia. RS Kanker Dharmais memberikan pelayanan untuk penanganan klien kanker dari seluruh Indonesia. RS tersebut didirikan pada tahun 1991 dan diresmikan pada tahun 1993. Pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu terhadap pengobatan kanker menjadikan RS Kanker Dharmais menjadi RS yang memiliki berbagai kegiatan, mulai dari perawatan, penelitian, pendidikan yang diharapkan mampu meningkatkan layanan kualitas penderita kanker.

Data selama bulan 2008-2009, jumlah kunjungan pasien rawat jalan per bulan rata-rata 1000-1500. Jumlah kunjungan rawat inap 120-150 pasien per bulan (SIRS RS Kanker Dharmais. *Bed Occupation Rate* (BOR) rumah sakit (2005-2009) berada pada kisaran 60-69%. Hal ini juga dibuktikan dengan *Length of Stay* (LOS), yakni sekitar 8-11 hari. Hal ini terjadi karena karakteristik klien kanker yang dirawat menunjukkan waktu yang cukup lama untuk pemulihan.

Penemuan kasus baru penderita kanker di RS Kanker Dharmais meningkat tiap tahun sbb : tahun 2004 ditemukan kasus baru sejumlah 838 kasus , tahun 2005 sejumlah 999 kasus, tahun 2006 sejumlah 1231, dan tahun 2007 sejumlah 1296 kasus, dengan presentase kasus terbanyak adalah kanker mammae, servik, paru dan nasofaring. Hal ini sesuai dengan prediksi WHO (2008) yang menyatakan bahwa akan ditemukan peningkatan prevalensi kanker setiap tahun.

Kebutuhan klien kanker terhadap pengobatan juga akan meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penderita. Data riset klinis dan studi literatur yang menunjukkan bahwa klien kanker cenderung mengalami masalah psikososial,

terutama ansietas dan depresi. Kecenderungan peningkatan prevalensi penderita kanker menunjukkan bahwa kebutuhan terhadap penanganan masalah psikososial juga semakin meningkat.

Penanganan masalah psikososial, khususnya untuk menangani masalah ansietas dan depresi dapat dilakukan dengan pemberian terapi modalitas, diantaranya adalah terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Sentuhan psikologis kepada klien kanker melalui terapi tersebut dapat dilakukan untuk membantu klien menurunkan masalah psikologis. Sentuhan psikologis ini juga hendaknya dilakukan oleh seorang yang kompeten untuk mengatasi keluhan psikologis, khususnya ansietas dan depresi. Kondisi tersebut menimbulkan minat melakukan studi lanjut melalui penelitian untuk mengetahui masalah keperawatan ansietas dan kondisi depresi klien kanker dengan judul penelitian “Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais”.

1.2 Rumusan Masalah

Peningkatan prevalensi klien kanker seiring dengan peningkatan prevalensi klien ansietas dan depresi akibat kanker yang dideritanya. Tingginya prevalensi masalah psikososial klien kanker membutuhkan adanya penanganan khusus masalah psikososial terhadap penyakit kanker. Penanganan masalah psikososial di RS Kanker Dharmais, berdasarkan hasil wawancara masih belum spesifik karena belum secara khusus memiliki standarisasi penanganan masalah psikososial. Sentuhan terapi keperawatan, khususnya keperawatan jiwa belum ada pada RS Kanker Dharmais tersebut.

Penanganan masalah psikososial khususnya ansietas dan masalah keperawatan terkait depresi masih terintegrasi dengan asuhan keperawatan pada umumnya. RS Kanker Dharmais juga belum memiliki tim khusus serta belum terdapat juga perawat yang khusus menangani keluhan psikososial sehingga dapat disimpulkan bahwa kebutuhan psikososial penderita kanker di RS tersebut

belum ditangani secara spesifik. Tidak diperoleh data bahwa terapi psikososial pernah diterapkan untuk mengatasi masalah psikososial klien kanker. Ulasan diatas mengenai kebutuhan psikososial penderita menunjukkan bahwa penderita kanker sangat membutuhkan sentuhan psikologis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten untuk melakukan terapi keperawatan untuk membantu penderita mengatasi masalah yang diderita, khususnya ansietas dan depresi.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka peneliti menyusun serangkaian rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

1. Jumlah penderita kanker yang cenderung meningkat yang mengalami masalah psikososial (ansietas dan depresi).
2. Fokus pengobatan kanker masih pada kondisi fisik dan kurang menyentuh kebutuhan psikososial.
3. Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran belum pernah diterapkan untuk mengatasi masalah psikososial ansietas dan depresi klien kanker

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka peneliti mengetahui bagaimana pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap ansietas dan kondisi depresi klien kanker di RS Kanker Dharmais dengan pertanyaan penelitian sbb:

- 1.2.1 Apakah terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran berpengaruh dalam mengatasi ansietas dan depresi klien kanker di RS Kanker Dharmais?
- 1.2.2 Apakah terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol pikiran negatif dalam mengatasi ansietas dan depresi klien kanker di RS Kanker Dharmais?
- 1.2.3 Apakah kemampuan mengontrol pikiran negatif berhubungan dengan penurunan ansietas dan depresi klien kanker di RS Kanker Dharmais?
- 1.2.4 Apakah ada faktor lain yang berpengaruh terhadap kejadian ansietas dan depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif responden untuk mengatasi ansietas dan depresi pada klien kanker di RS Kanker Dharmais.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1 Diketuainya karakteristik klien yang mengalami ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas dan depresi pada klien kanker.
- 1.3.2.2 Diketuainya pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif.
- 1.3.2.3 Diketuainya pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif.
- 1.3.2.4 Diketuainya perbedaan perubahan ansietas dan depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien kanker yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, serta klien kanker yang mendapat terapi kognitif.
- 1.3.2.5 Diketuainya hubungan kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan penurunan ansietas dan depresi klien kanker.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Aplikatif

- 1.3.1.1 Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebagai suatu bentuk terapi individu yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan jiwa.
- 1.3.1.2 Meningkatkan kemampuan klien kanker dalam mengatasi ansietas, depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif.

1.3.2 Manfaat Keilmuan

1.3.2.1 Metode terapi kognitif sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi individu yang mengalami ansietas dan depresi.

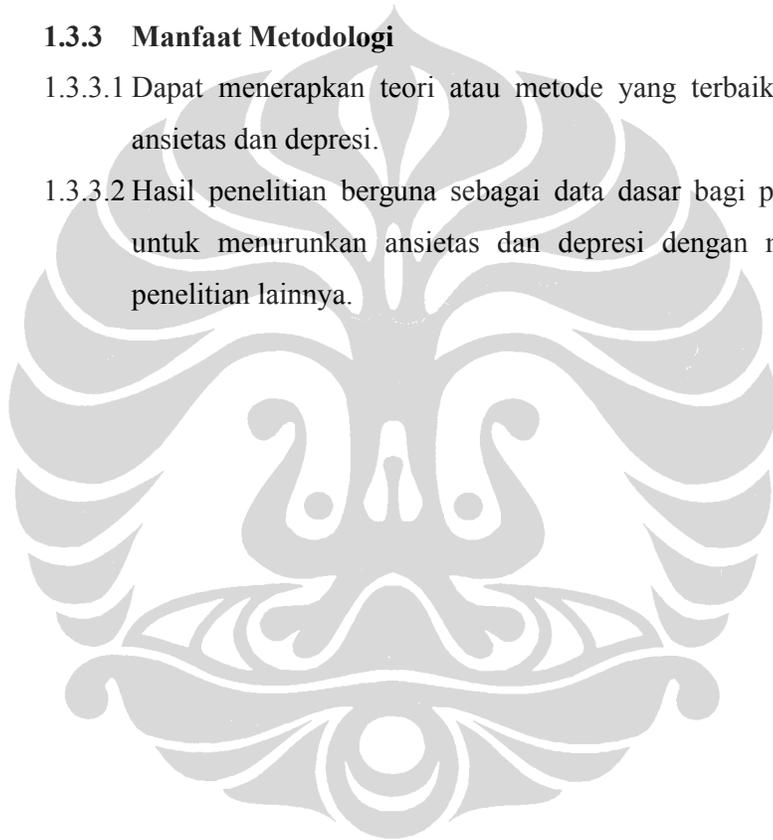
1.3.2.2 Metode terapi penghentian pikiran sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi individu yang mengalami ansietas dan depresi.

1.3.2.3 Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi kognitif dikombinasi dengan terapi penghentian pikiran.

1.3.3 Manfaat Metodologi

1.3.3.1 Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam menurunkan ansietas dan depresi.

1.3.3.2 Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menurunkan ansietas dan depresi dengan menggunakan desain penelitian lainnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ditujukan sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian yang akan membahas beberapa konsep dan teori yang terkait dengan bidang penelitian yang meliputi: konsep kanker, konsep ansietas dan depresi klien kanker, kemampuan mengontrol pikiran negatif, terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

2.1 Konsep Kanker

Istilah kanker mengacu pada keganasan neoplasma yang menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan sel. Kata neoplasma berasal dari bahasa Yunani “*neos*” berarti “*new*” dan “*plasis*” yang berarti suatu massa jaringan yang tidak normal yang mengganggu kehidupan organisme tersebut (Black & Hawks, 2005). Perubahan sel tersebut mengakibatkan kondisi tidak normal dan akhirnya menimbulkan manifestasi fisik dan psikologis penderitanya. Selengkapnya materi kanker akan dibahas pada sub bab berikut ini.

2.1.1 Pengertian Kanker

Kanker merupakan penyakit yang disebabkan rusaknya mekanisme pengaturan dasar perilaku sel, khususnya mekanisme pertumbuhan dan differensiasi sel (Kresno, 2011). Pengaturan dasar sel ini merupakan faal regulasi dasar sel dimana saat ada sel yang diaktifkan maka ada juga sel yang tidak diaktifkan. Perkembangan sel yang berdifferensiasi akan membentuk berbagai jenis jaringan dan organ yang memiliki fungsi masing-masing. Sistem regulasi pembelahan sel yang baik pada tubuh memungkinkan sel hidup dan membelah secara normal sehingga keseimbangan sel aktif dan inaktif dalam sistem utama pembelahan sel berlangsung secara faal fisiologis.

Perkembangan sel yang dilakukan dengan pembelahan sel (mitosis) berlangsung disepanjang kehidupan. Mitosis akan berhenti sampai organ yang dibentuk telah matur atau terus membelah untuk menghidupi

organisme tersebut sehingga organ dapat berfungsi sesuai fungsinya. Pembelahan sel berlangsung dengan baik karena terkontrolnya pertumbuhan sel dengan baik yang diatur sistem regulasi pertumbuhan sel yakni onkogen (Kresno, 2011). Saat ada perubahan dalam pembelahan sel, mengakibatkan transformasi sel, akibatnya sistem regulasi pertumbuhan sel menjadi terganggu. Sel dapat membelah diri menjadi lebih banyak dan tidak terkontrol dan tidak menghasilkan pertumbuhan sel yang normal. Sel tersebut dianggap menjadi sel yang abnormal (Lewis, et al., 2007) dan merupakan ciri utama sel kanker (Kresno, 2011). Pembelahan sel yang terganggu yang mengakibatkan regulasi pertumbuhan sel tidak semestinya yang berlangsung terus menerus. Ulasan tersebut menunjukkan bahwa pentingnya fungsi regulasi pertumbuhan sel agar sel dapat melakukan differensiasi dan proliferasi sesuai dengan fisiologis sel tersebut karena perkembangan diluar regulasi sel akan memproduksi sel abnormal.

2.1.2 Proses Terjadinya Kanker

Munculnya penyakit kanker tersebut dipengaruhi oleh multi faktor yang merupakan penggabungan dari faktor lingkungan dan genetik (Kresno, 2011). Faktor lingkungan berperan pada karsinogenesis sedangkan faktor genetik berperan pada kecenderungan penyakit yang diturunkan kepada generasi berikut akibat *copy* sandi genetik yang diturunkan melalui kode genetik *deoxyribonucleat acid* (DNA). Kolaborasi kedua faktor utama tersebut semakin menguatkan kecenderungan seseorang untuk menderita kanker.

Faktor lingkungan yang berperan pada perkembangan kanker antara lain, bahan kimiawi, radiasi pengionanan, ultraviolet, dan virus. (Kresno, 2011; LeMone & Burke, 2006; Lewis, et.al, 2007; Black & Hawks, 2005). Faktor lingkungan tersebut mengakibatkan kerusakan pada DNA yang merupakan sasaran utama zat karsinogenik. Faktor tersebut yang bersifat karsinogenik atau proto-karsinogenik semakin menguatkan adanya perubahan pada DNA yang akan memicu timbulnya kanker. Faktor lain yang berpengaruh adalah kecenderungan genetik, gaya hidup (diit, konsumsi rokok, alkohol), umur,

Universitas Indonesia

dan fungsi imunitas. Faktor tersebut berperan dalam mutasi DNA yang telah terjadi. Penggabungan kedua faktor tersebut akan melatarbelakangi timbulnya perkembangan sel abnormal sel kanker.

Perkembangan sel yang abnormal untuk menjadi penyakit kanker membutuhkan waktu dan perjalanann yang panjang. Black dan Hawks (2005) serta Ignatavicius dan Workman (2006) membagi perjalanan perkembangan kel menjadi kanker dalam 4 (empat) fase, yakni inisiasi, promosi, progresi dan metastasis.

Fase inisiasi merupakan saat zat karsinogen (zat yang dapat menimbulkan kanker) masuk kedalam tubuh. Tubuh sebenarnya melakukan detoksifikasi zat yang berbahaya menjadi zat yang tidak berbahaya dengan mengeluarkan enzim proteolitik. Namun saat proses detoksifikasi tersebut gagal, maka zat karsinogen tersebut akan masuk ke dalam sel dan melakukan beberapa perubahan mutasi pada sel, khususnya DNA. Zat tersebut akan masuk ke nukleus sel, dengan merubah struktur dan fungsi DNA baik dalam tingkat genetik maupun molekular. Penetrasi zat tersebut menimbulkan kerusakan pada sel yang dapat bersifat *reversible* dan mutasi genetik bila tidak segera diperbaiki sehingga mengarah pada perkembangan sel karsinogenik tersebut.

Fase selanjutnya yakni promosi, dimana sel yang terpapar zat karsinogenik mulai berkembang dan telah menjadi sel kanker. Adanya waktu dari inisiasi menjadi tumor yang disebut juga periode laten membutuhkan waktu bulanan sampai tahunan, tergantung pada *mitotic rate* pada jaringan yang terkena dan *promoting factors*. *Promoting factors* yang disebut promoter berguna untuk meningkatkan pertumbuhan sel kanker, mempersingkat periode laten (Ignatavicius & Workman, 2006). *Promoting factors* dapat berupa diit tinggi lemak, obesitas, merokok, konsumsi alkohol, hormon, obat, dan zat kimiawi lainnya. Proliferasi sel yang sudah mengalami invasi zat karsinogen bersifat reversibel sehingga populasi sel yang mengalami perubahan semakin banyak. *Promoting factors* akan berkontribusi terhadap

Universitas Indonesia

perubahan jaringan tubuh atau organ tertentu, sehingga pada kemudian waktu dapat ditemukan jenis kanker yang berbeda-beda sesuai dengan organ tubuh yang terkena.

Fase progresi merupakan fase selanjutnya dari perkembangan kanker. Pada fase ini kumpulan sel kanker sudah dapat dideteksi, yang disebut tumor. Saat tumor mulai mebesar, kemudian membentuk *tumor angiogenesis factor* (TAF), selanjutnya masuk ke dalam kapiler dan pembuluh darah, mengambil nutrisi dan oksigen untuk menghidupi sel kanker dan menciptakan vaskularisasi sendiri.

Fase selanjutnya adalah metastasis, dimana sel kanker akan masuk ke pembuluh darah, masuk ke aliran limfa dan melakukan penetrasi pada organ lain. Sel kanker akan mengeluarkan enzim untuk membuka lapisan jaringan agar sel kanker dapat masuk ke dalam jaringan organ, melakukan penetrasi lebih dalam, dan mengeluarkan sel-sel tumor lainnya sehingga semakin berkembang pada organ yang terkena. Perkembangan penyakit kanker sangat tergantung dari paparan karsinogenik, genetik, dan fungsi imun.

Perkembangan dan perjalanan penyakit kanker yang panjang membuat penyakit ini sulit dideteksi sejak awal sehingga membuat klien sering terlambat menyadari munculnya penyakit. Perjalanan penyakit yang lama namun progresif membuat penyakit kanker sering terlambat diatasi. Klien akan mencari pertolongan medis saat kanker sudah mengganggu fungsi fisiologis tubuh yang menimbulkan keluhan-keluhan fisik.

2.1.3 Pengklasifikasian Stadium Kanker

Perluasan serta penyebaran kanker disebut stadium. Pengklasifikasian ini dibuat berdasarkan *American Join Committee on Cancer* (AJCC) berdasarkan ekstensi anatomik penyebaran penyakit Lewis, et.al. (2007), dengan klasifikasi sbb:

2.1.3.1 Stadium 0 : kanker in situ

2.1.3.2 Stadium 1 : tumor masih berada pada jaringan awal

2.1.3.3 Stadium 2 : tumor menyebar ke area sekitar (masih terbatas)

2.1.3.4 Stadium 3 : tumor menyebar baik secara local menyeluruh dan regional

2.1.3.5 Stadium 4 : metastasis

Stadium yang semakin tinggi menunjukkan tingkat keparahan penyakit. Klasifikasi tersebut ditegakkan berdasarkan bukti klinis sebelum pengobatan yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, teknik imaging, endoskopi, biopsi, tes laboratorium, pembedahan eksplorasi, dan pemeriksaan lainnya (Black & Hawks, 2005). Pengklasifikasian ini perlu dilakukan sebagai data dasar untuk tindakan pengobatan.

2.1.4 Tanda dan Gejala Kanker

Perkembangan sel kanker akan merubah fungsi fisiologis tubuh. Perubahan fisiologis terjadi karena pembesaran sel tumor akan menekan atau membuat obstruksi pada organ dan sekeliling organ. Penekanan ini akan mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi terganggu sehingga mengakibatkan anoksia dan nekrosis jaringan sekitar dan akhirnya mengakibatkan gagal fungsi organ yang terkena. Selain itu penekanan sel kanker juga akan menimbulkan nyeri bagi klien. Nyeri dapat timbul secara mekanik dan kimiawi. Nyeri secara mekanik timbul karena invasi sel tumor, mengakibatkan peregangan atau penekanan jaringan serta sel saraf sedangkan nyeri secara kimiawi terjadi karena metabolit jaringan iskemia atau sel kanker serta toksin yang dihasilkan akan mengaktifasi dan meningkatkan sentitivitas nocireseptor dan mekanoreseptor yang merangsang impuls nyeri sehingga nyeri dirasakan.

Selain nyeri, klien juga akan mengalami peningkatan metabolisme sehingga meningkatkan kebutuhan tubuh terhadap protein, karbohidrat dan lemak. Klien akan mengalami sindrom kakeksia, dimana klien mengalami penurunan berat badan secara drastis akibat tingginya metabolisme yang dibutuhkan tubuh untuk perkembangan sel kanker. Penurunan berat badan

Universitas Indonesia

juga terjadi akibat perubahan sensasi akibat radiasi yang mengakibatkan anoreksia. Sindrom kakeksia terjadi seiring dengan kurangnya nutrisi, tubuh akan mengalami anemia dan trombositopenia akibat invasi sel kanker ke sumsum tulang dan sistem imun tubuh (Ignatovicus & Workman, 2006). Masalah nutrisi menjadi penting bagi proses pemulihan klien. Nutrisi adekuat diberikan namun anoreksia, *nausea* dan *vomiting* akibat dampak pengobatan sering terjadi. Peristiwa ini membuat permasalahan nutrisi jarang diatasi sehingga kondisi fisik klien semakin menurun.

2.1.5 Penatalaksanaan Medik Kanker

Ignatovicus dan Workman (2006) menjelaskan ada beberapa pengobatan mengatasi kanker, seperti kemoterapi, pembedahan, dan radiasi. Tidak ada pengobatan yang secara langsung mengatasi penyakit namun kombinasi beberapa diantaranya dibutuhkan tergantung dari tingkat kanker klien. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa tidak ada penanganan yang terbaik, karena sifat pengobatan sangat individual dan tergantung tujuan.

LeMone dan Burke (2006) menyatakan kemoterapi biasanya dilakukan untuk pengobatan dan meningkatkan lama hidup. Pengobatan ini dengan menggunakan obat-obatan yang bervariasi tujuannya seperti menekan pertumbuhan sel kanker, menghentikan pembelahan sel, dll. Sel yang turut terkena dampak kemoterapi adalah kulit, rambut, saluran cerna, spermatosit, dan pembentukan sel darah. Dampak kemoterapi yang banyak ditemukan adalah alopesia, *nausea*, *vomiting*, luka pada mucus, perubahan mobilitas dan perubahan eliminasi.

Pembedahan kanker memiliki banyak tujuan seperti profilaksis, diagnosis, pengobatan, kontrol, palliatif, rekonstruksi, dan determinasi (Ignatovicus & Workman, 2006; Black & Hawks, 2005; Lewis, et al, 2007). Dampak pembedahan dapat berupa kehilangan organ, penurunan fungsi organ, dan luka skar mayor. Pembedahan dapat dilakukan berulang kali sesuai dengan tujuan pembedahan itu sendiri.

Radiasi merupakan pengobatan yang berfokus pada penyinaran terhadap sel kanker melalui ionisasi dan radiasi. Sel kanker akan dihancurkan dengan jenis sinar alfa, beta, gamma yang disesuaikan dengan kebutuhan. Radiasi dilakukan berulang kali sampai ditemukan ukuran kanker yang mengecil. Dampak radiasi yang dirasakan klien berupa perubahan negatif pada kulit (kering, perubahan warna), rambut menipis, perubahan sensasi pada mulut akibat sel-sel kanker yang mati, fibrosis, *scarring*, fatigue akibat kebutuhan energi yang besar untuk pemulihan sel-sel.

2.1.6 Dampak Kanker Terhadap Masalah Psikososial

Klien yang didiagnosa mengidap kanker cenderung mengalami masalah psikososial, terutama karena persepsi kanker erat hubungannya dengan kematian yang mendekat. Kanker merupakan beban psikologis kepada klien, keluarga, perawat, dan juga dokter (Hinz et. al.,2008). Sarafino (1998) menyatakan bahwa klien dan keluarga memiliki pandangan bahwa kanker merupakan penyakit akan membawa penderita mengalami nyeri, *disabilities*, *disfigurement*, kematian; (Emanuel & Librach, 2007), kehilangan dan *dependency*. Kanker merupakan sebuah penyakit yang ditakuti dibentuk oleh persepsi dan perjalanan penyakit itu sendiri sehingga sangat berpotensi menimbulkan masalah psikologis.

Penelitian yang dilakukan oleh Aass, Fossi, Dahl dan Moe (1997) menunjukkan bahwa 47% penderita yang baru didiagnosis menderita kanker mengalami masalah psikososial sesuai dengan kriteria DSM III, dan 67% mengalami masalah ansietas dan depresi. Studi oleh Nordin, Berglund, Glimelius dan Sjoden (2000) menunjukkan bahwa prevalensi mengalami masalah psikososial pada penderita kanker 11 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mengalami kanker. Masalah psikososial yang paling sering adalah ansietas dan depresi. Tingkat ansietas dan depresi saat diagnosa ditegakkan di prediksi sama dengan 6 bulan setelah diagnosa. So, et.al (2010) menemukan pada penderita kanker payudara, mengalami ansietas (21,1 %), depresi (34,3%), serta ansietas dan depresi (15,6%). Salvo, et.al (2011) dalam studinya menunjukkan bahwa 55% responden (n :

Universitas Indonesia

1439) mengalami gejala depresi sedang dan 65% mengalami ansietas ringan. Beberapa penelitian tersebut menunjukkan kanker cenderung mengakibatkan masalah psikososial bagi penderitanya. Peristiwa tersebut membuktikan bahwa penyakit fisik dapat mempengaruhi kondisi psikis klien. Kanker, sebagai suatu penyakit yang ditakuti dapat mempengaruhi status kesehatan mental klien yang menderita kanker.

Perubahan kesehatan mental klien diakibatkan oleh kondisi krisis yang dialami akibat penyakit kanker. Kondisi krisis merupakan suatu titik balik dalam kehidupan seseorang, dimana segala sumber dan coping mekanisme yang biasa dilakukan tidak efektif lagi (Fontaine, 2009). Krisis pada penderita kanker dapat mengakibatkan perubahan emosi seperti marah, takut, cemas, depresi, *emotional paralyzing*, putus asa dan tidak berdaya (Shell & Kirsch, 2001). Kondisi krisis bila tidak segera ditangani dengan cepat dan tepat dapat menimbulkan masalah psikososial lainnya yang akan mengakibatkan perubahan perilaku klien. LeMone dan Burke (2006) menyatakan selain perubahan emosional, respon psikologis juga berubah pada klien yang menderita kanker. Perubahan pada organ akibat penyakit serta perubahan fungsi dapat menimbulkan perasaan rendah diri dan gangguan citra tubuh, terutama jika kanker mengenai organ seksual atau organ yang terlihat. Klien merasa bersalah, malu dan marah terhadap diri sendiri karena menganggap penyakit sekarang adalah akibat perilaku dimasa lalu.

Rasa marah yang timbul merupakan respon kekecewaan terhadap diri sendiri serta kondisi hidup berubah (Black & Hawks, 2005). Kondisi hidup yang berubah berarti menunjukkan adanya perubahan serta pembatasan dalam pola dan kebiasaan sehari-hari. Hal ini dapat mencetuskan frustrasi dan merasa tidak berdaya karena ketidakmampuan mengontrol lagi hidupnya. Rasa takut merupakan perasaan negatif yang paling sering banyak dialami. Rasa takut meliputi takut akan kondisi penyakit selanjutnya, takut akan dampak pengobatan, takut akan nyeri, dan takut

akan kematian (LeMone & Burke, 2006). Rasa takut dapat membatasi klien dalam beraktivitas dan berhubungan dengan orang lain.

Klien dengan kanker dapat menarik diri dari lingkungan karena merasa malu terhadap kondisi penyakit, terutama jika kanker secara nyata menunjukkan perubahan pada tubuh serta juga diisolasi oleh lingkungan (Sarafino, 1998). Perilaku menarik diri juga dapat timbul akibat stigma kanker dan persepsi lama bahwa penyakit kanker menular (LeMone & Burke, 2006). Perilaku mengisolasi diri dapat mengakibatkan adaptasi psikososial klien semakin sulit karena tidak mendapatkan dukungan atau penanangan yang seharusnya.

Masalah psikologis dapat diperberat oleh stigma terhadap penyakit kanker yang menakutkan dan mematikan. Stigma tersebut mengubah cara pandang klien dan orang lain (keluarga, kerabat, lingkungan) yang menganggap kanker identik dengan penderitaan serta kematian. Klien dan atau keluarga dapat menyembunyikan kejadian yang sebenarnya dengan merahasiakan penyakit. Klien juga merasa tidak mampu berbuat apa-apa untuk memperlambat atau menghentikan progres penyakit serta tidak dapat melakukan sesuatu agar kondisi penyakit membaik sehingga menimbulkan keputusaan dan depresi (Djoerban & Shatri, 2007). Setiap hal yang dilakukan klien tidak akan membawa dampak terhadap laju penyakit, karena kanker sudah terbentuk dan menjadi penyakit.

Hyses, et.al (1994, dalam Spiegel & Giese-Davis, 2003) menyatakan bahwa prosedur pengobatan seperti kemoterapi dan lainnya dapat menimbulkan masalah psikis seperti ansietas dan depresi. Djoerban dan Shatri, 2007 menambahkan bahwa dampak operasi seperti pengangkatan organ (mastektomi, amputasi, pemasangan protesis, dll) menimbulkan lagi masalah psikososial bagi klien. Radiasi serta kemoterapi menimbulkan efek samping seperti kulit menjadi kering, kehitaman, luka pada kulit, alopesia, mukositis, perubahan eliminasi, perubahan sensasi rasa yang menimbulkan anoreksia, mual, muntah, serta fatigue (Ignatovicus & Workman, 2006);

Universitas Indonesia

diare, inflamasi, ulserasi mukus membran mulut (LeMone & Burke, 2006). Hal ini juga dapat kembali menimbulkan masalah psikososial bagi klien seperti ansietas, depresi, keputusasaan, dll. Masalah psikososial tampaknya akan selalu berulang bagi klien karena setiap tindakan pada kanker membuat klien merasa cemas dan takut sehingga masalah psikososial sulit diatasi.

Berat ringannya masalah psikososial dipengaruhi kemampuan adaptasi klien. Sarafino (1998) menyatakan bahwa kemampuan adaptasi akan berpengaruh pada kondisi fisik dan situasi psikologis klien. Bila kemampuan adaptasi baik, klien dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penyakit dengan semua sumber dan kemampuan yang ia miliki. Kemampuan adaptasi dipengaruhi banyak hal seperti dukungan sosial, usia, kondisi fisik, lokasi kanker (Sarafino, 1998); pengalaman menghadapi stress (Djoerban & Shatri, 2007). Studi oleh Burish, Meyerowitz, Carey, dan Morrow (1987 dalam Sarafino (1998) menunjukkan bahwa hospitalisasi sendiri dapat meningkatkan ansietas dan depresi. Klien dengan dukungan sosial yang baik dapat lebih mudah beradaptasi dengan masalahnya. Beberapa faktor yang berkaitan dengan kehidupan sehari-hari klien ternyata mempengaruhi kemampuan adaptasi klien, jika faktor yang berkontribusi memiliki pengaruh positif, maka klien dapat beradaptasi dengan baik, sebaliknya jika faktor yang berkontribusi memiliki pengaruh negatif, maka kemampuan adaptasi klien menjadi buruk dan masalah psikososial akan semakin berkembang.

Ulasan diatas menunjukkan bahwa klien dengan penyakit kanker sangat rentan terhadap masalah psikososial. Djoerban dan Shatri (2007) menambahkan bahwa klien juga cenderung memiliki keinginan bunuh diri akibat ketidakmampuan klien beradaptasi dengan peristiwa krisis yang dialami. Masalah psikososial yang dapat timbul sedangkan berupa ansietas, depresi, marah, tidak percaya, menyangkal, berduka, takut, tidak berdaya, isolasi, perubahan citra tubuh, dan disfungsi seksual, serta putus asa.

2.2 Ansietas dan Depresi pada Klien Kanker

Individu yang mengalami kanker akan mengalami sebuah perjalanan hidup yang akan merubah kehidupan secara keseluruhan. Kanker identik dengan pengalaman yang menakutkan dan erat dengan kematian. Kanker akan membawa penderitanya mengalami peristiwa kehidupan yang beragam yang melibatkan perubahan status emosional dan dapat mengalami krisis dalam hidupnya yang mengacu pada distres psikologis. Hinz et al. (2010) menyatakan mengalami kanker akan menjadi beban bagi penderita sendiri, keluarga, dokter dan juga perawat. Kanker telah menjadi stressor psikososial yang secara signifikan mengakibatkan masalah psikososial. Masalah psikososial yang dibahas pada bab ini adalah ansietas dan depresi pada kanker.

2.2.1 Pengertian Ansietas dan Depresi

Ansietas adalah suatu perasaan takut atau ketakutan yang tidak dapat dijelaskan yang merupakan respon terhadap stimulus internal dan eksternal yang memiliki tanda dan gejala perilaku, emosi, kognitif dan fisik (Videback, 2008). Menurut Townsend (2009), ansietas adalah suatu respon emosional (kekhawatiran atau ketakutan, ketegangan dan perasaan kecemasan) sebagai antisipasi terhadap bahaya. Disimpulkan bahwa ansietas merupakan respon tubuh terhadap peristiwa yang terjadi, dimana respon tubuh tersebut lebih bersifat negatif sehingga menimbulkan ketidaknyamanan bagi yang mengalami.

Depresi merupakan bagian dari gangguan mood, yakni perubahan mood/*mood swing* yang mengakibatkan perubahan dalam melakukan tugas dan peran yang seharusnya dilakukan (Stuart, 2009). Mood mengacu pada suatu perasaan psikologis yang dapat meningkat atau menurun. Peningkatan mood biasa terjadi saat seseorang mengalami, sesuatu yang menyenangkan, sebaliknya saat mengalami sesuatu yang kurang menyenangkan dapat mengakibatkan perasaan “*down*” atau depresi (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Perubahan mood berfungsi untuk menjaga keseimbangan perasaan dan merupakan respon seseorang terhadap

Universitas Indonesia

peristiwa yang dialami. Townsend (2009) mengartikan depresi sebagai suatu perubahan *mood* (alam perasaan) yang dinyatakan dalam perasaan sedih, putus asa dan pesimis. Menurut DSM IV-TR, depresi dapat digolongkan menjadi *major depression disorder* dan *dysthymic disorder*.

2.2.2 Prevalensi Ansietas dan Depresi Klien Kanker

Prevalensi ansietas dan depresi secara umum akan dipaparkan berikut ini. Varcarolis dan Halter (2009); Townsend (2009) menyatakan ansietas lebih banyak ditemukan pada perempuan dan kondisi sosial ekonomi rendah; Videback (2008) usia dibawah 45 tahun dan orang yang berpisah/cerai. Townsend (2009) mengalami depresi, dengan prevalensi perempuan : laki-laki, 2:1. Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa kejadian depresi disepanjang kehidupan (*life time prevalence*), sedangkan Townsend (2009) menyatakan perempuan usia muda lebih rentan mengalami depresi dan menurun sesuai dengan peningkatan usia, namun pada laki-laki angka kejadian depresi akan meningkat sesuai dengan peningkatan usia. Peristiwa tersebut dapat dikaitkan dengan peran sosial, ekonomi, stereotipe gender pada laki-laki.

Penelitian Aass, et.al, (1997) menunjukkan bahwa 47% klien yang baru didiagnosis menderita kanker mengalami masalah psikososial sesuai dengan kriteria DSM III, dan 67% mengalami masalah ansietas dan depresi. Nordin, et.al, (2000) menemukan bahwa individu yang didiagnosa mengalami kanker akan mengalami gangguan psikososial dengan prevalensi 49%. Gangguan psikososial terbanyak yang dialami adalah ansietas dan depresi. Osborne, Elsworth dan Hopper (2002) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat 23% penderita kanker mengalami ansietas sedangkan penelitian Spiegel dan Giese-Davis (2003) menunjukkan 1/3 mengalami depresi ringan-sedang, ¼ depresi mayor. Studi Wilson et al. (2007), dari n: 381, semuanya mengalami masalah psikologis, 24,4% mengalami ansietas dan depresi, 13,9% mengalami ansietas dan 20,7% mengalami depresi. Beberapa studi tersebut

menunjukkan angka yang bervariasi yang menunjukkan ansietas dan depresi.

Studi berikutnya oleh Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane dan Zabora (2009) memaparkan bahwa ditemukan sebanyak 12,4% mengalami ansietas dan depresi, 11,6% mengalami ansietas dan 6% mengalami depresi. Irving dan Lloyd-Williams (2010) mendapatkan prevalensi depresi mayor dalam range 5-26% MD dan 7,2-25,7% depresi minor. Salvo, et.al (2011) dalam studinya menunjukkan bahwa 55% responden (n : 1439) mengalami gejala depresi sedang dan 65% mengalami ansietas ringan. Studi Boyes, Girgis, D'Este, dan Zucca (2011) pada klien kanker setelah 6 bulan diagnosis, menemukan prevalensi untuk terjadi masalah psikososial adalah 28%, 24% diantaranya mengalami ansietas, 14 % depresi dan 10% mengalami ansietas dan depresi. Data tersebut memaparkan fakta bahwa masalah akibat kanker bukan hanya pada masalah fisik saja namun juga terkait masalah psikososial yang membutuhkan penanganan yang tepat.

Masalah psikologis, khususnya ansietas dan depresi dari data diatas menunjukkan prevalensi yang sangat bervariasi. Meakin (1992 dalam Aass, et.al, 1997) menyatakan bervariasi angka prevalensi dapat terjadi karena heterogenitas sampel berhubungan dengan jenis kanker, umur, waktu saat didiagnosa atau variasi metodologi sehingga membuat cara pengumpulan data, kriteria diagnosa dan penggunaan alat ukur yang bervariasi. Menurut Nordin, et.al, (2000) *range* prevalensi ini terjadi karena efek somatik akibat depresi (fatigue, penurunan gairah/semangat, gangguan tidur) memiliki tanda dan gejala yang sama dengan perjalanan penyakit serta efek dari pengobatan. Nordin, et.al, (2000); Wilson et al, (2007); Irving dan Lloyd-Williams, (2010) menyatakan alasan lain bervariasinya *range* diatas adalah karena ansietas dan depresi tidak terdeteksi /tidak terdiagnosa dan tidak diobati.

Alasan tidak terdeteksinya masalah tersebut adalah karena sulitnya membedakan gejala ansietas dan atau depresi dengan sedih akibat reaksi

Universitas Indonesia

penyesuaian (*appropriate sadness*) yang normal (Lloyd-Williams, 2000 dalam Irving & Lloyd-Williams, 2010; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Raison & Miller (2003). Marguire dan Barraclough (1985, 1997 dalam Irving dan Lloyd-Williams, 2010) menyatakan bahwa klien sulit atau tidak dapat menceritakan masalah emosional dengan tenaga medik, hal ini membuat masalah psikososial semakin sulit dideteksi. Craig dan Abeloff; McDaniel et al. (1974; 1995 dalam Spiegel & Giese-Davis, 2003) menemukan anggapan bahwa tanda dan gejala yang dialami klien merupakan respon normal dan universal terhadap penyakit, gejala neurovegetatif seperti penurunan berat badan gangguan tidur, gangguan emosi, gangguan kognitif terjadi karena perjalanan penyakit itu sendiri.

Prevalensi ansietas dan depresi meningkat sesuai dengan beratnya tanda dan gejala penyakit, seperti nyeri dan fatigue dan juga karena peningkatan gangguan fungsional dan penurunan kualitas hidup pada klien (Spiegel & Giese-Davis, 2003). Weisman, (1976, dalam Nordin, et.al, 2000) menyatakan kejadian depresi meningkat karena social isolasi, kehilangan, nyeri, dan tekanan sosial ekonomi.

2.2.3 Proses Terjadinya Ansietas dan Depresi pada Klien Kanker

2.2.3.1 Faktor Predisposisi

Secara biologi, menurut Townsend (2009); Stanley dan Beck (2000); Kendler, et al. (2003 dalam Brintzenhofe-Szoc, et.al, 2009) menyatakan faktor genetik dan neurokimia berperan dalam menimbulkan ansietas dan atau depresi. Keluarga yang memiliki riwayat ansietas/depresi cenderung akan memiliki anggota keluarga yang akan mengalami ansietas/depresi juga. Stanley dan Beck (2000) menyatakan pada klien kanker yang memiliki riwayat fobia dan takut berisiko ansietas dimasa mendatang.

Spiegel dan Giese-Davis (2003) menyatakan klien dengan penyakit medis berisiko mengalami masalah psikososial, seperti ansietas dan depresi. Stanley dan Beck (2000) menyatakan bahwa klien dengan masalah medis/penyakit medis berisiko 4 kali mengalami ansietas dibandingkan

dengan yang tidak mengalami masalah medis. Holsboer (2000 dalam Raison & Miller, 2003) menyatakan kanker merupakan stressor psikososial yang berpotensi mengakibatkan *mood disorder*. Townsend (2009); Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa individu yang mengalami masalah fisik seperti Parkinson, kanker, artritis, Alzheimer, dan penyakit kronis lainnya berisiko mengalami masalah psikososial akibat penyakit yang diderita. Varcarolis dan Halter (2009) menambahkan model diastesis stres sebagai predisposisi, model ini menjelaskan bahwa adanya penggabungan faktor biologik dan peristiwa kehidupan berkontribusi terhadap kejadian depresi. Stressor psikososial dan interpersonal akan memicu perubahan kimiawi otak sehingga klien cenderung mengalami ansietas dan depresi. Latar belakang secara biologis tersebut membuat klien berisiko mengalami ansietas dan depresi dikemudian hari sebagai respon penyesuaian patologis terhadap proses penyakitnya.

Ansietas dan depresi akibat kondisi psikososial dapat dilihat dari sudut pandang secara psikologis, termasuk pengalaman masa lalu, saat ini, dan masa mendatang. Pengalaman tersebut akan membentuk persepsi individu sehingga akan mempengaruhi makna kejadian yang dialami saat ini dan akhirnya menjadi latar belakang depresi. Riwayat depresi pada adolesen dapat berkembang pada masa akhir adolesen. Hankin, et al., (dalam Flannery-Schroeder, 2006) menyatakan depresi pada anak dapat berkembang saat usia dewasa. Pengalaman masa lalu klien yang kurang menyenangkan akan membentuk koping klien yang maladaptif dalam menghadapi masalah di masa mendatang.

Teori belajar (*learning theory*) menunjukkan ansietas dan depresi diperoleh dari catatan pengalaman kegagalan berulang masa lalu baik pengalaman nyata atau pengalaman yang dipersepsikan. Individu yang mengalami riwayat kegagalan berulang akan merasa tidak berdaya, tidak memiliki harapan, dan mempersepsikan bahwa apapun yang dilakukan tidak bermakna. Irving dan Lloyd-Williams (2010) menyatakan individu yang memiliki riwayat depresi akan berisiko mengalami depresi lagi. Hal ini

Universitas Indonesia

menunjukkan bahwa klien yang sering mengalami peristiwa yang negatif akan mempersepsikan peristiwa tersebut sebagai pola atau cara klien dalam menghadapi masalah dikemudian hari. Depresi sebagai hasil negatif dari pengalaman klien akan dipelajari klien sehingga cenderung mengalami depresi kembali.

Teori kognitif (Vancouver & Halter, 2009) menjelaskan bahwa depresi pada seseorang terjadi karena distorsi kognitif. Distorsi pikiran akan menghasilkan pikiran negatif. Individu yang mengalami distorsi kognitif akan mengalami harapan negatif terhadap lingkungan, diri sendiri dan masa depan. Kognitif yang terdistorsi terjadi karena defek pada perkembangan kognitif, pikiran tidak berharga, tidak mampu, dan ditolak oleh orang lain. Beck (1976 dalam Persons, Roberts & Zalecki, 2003) menyatakan ansietas dan depresi merupakan suatu mekanisme yang muncul akibat peristiwa yang mengakibatkan stres muncul sehingga memunculkan skema patologis. Skema patologis akan menimbulkan *cognitive biases*, yakni kecenderungan seseorang memproses informasi dengan pola pikir yang negatif. Klien yang mengalami depresi akan membuat *negative feedback* terhadap diri sendiri sehingga akan cenderung mengingat informasi negatif (Kring, Johnson, Sheri, Davison & Neale, 2010). Penjelasan tersebut menekankan bahwa timbulnya masalah psikososial dilatarbelakangi oleh pikiran, peristiwa yang ditanggapi secara negatif akan menghasilkan pikiran negatif pula.

Faktor lain menurut Kring, et.al. (2010) yang turut melatarbelakangi ansietas dan depresi adalah status sosial ekonomi, individu yang memiliki status ekonomi rendah cenderung mengalami ansietas dan depresi. Individu yang berpisah atau bercerai akan lebih berisiko dibanding yang tidak. Pendapat lain dikemukakan oleh Wilson et al. (2007); Hinz, et.al (2009) dimana tanda dan gejala ansietas dan depresi lebih tampak pada klien berusia lebih muda. Stanley dan Beck (2000); Hinz et al. (2008); Boyes, et.al, (2011) menyatakan gangguan ansietas dan depresi lebih rendah pada usia tua dibanding usia yang lebih muda dan lebih banyak pada wanita dibanding pria (2:1).

Faktor sosial lain yang mempengaruhi ansietas dan depresi adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan, kedekatan dengan anggota keluarga (Stanley & Beck, 2000); kurang berpartisipasi dengan kegiatan keagamaan (Wilson et al. 2007). Jenis kanker, stadium penyakit, lama sejak diagnosa, cara memandang diagnosa kanker, jenis pengobatan juga dapat melatarbelakangi proses terjadinya ansietas dan depresi (Hinz et al., 2008).

Hasil studi Boyes, et.al, (2011) menemukan faktor yang melatarbelakangi ansietas dan depresi, yakni kurang aktivitas, merokok, koping maladaptif, respon sosial rendah. Tidak beraktivitas, merokok, aktivitas sosial rendah berpotensi menyebabkan klien berisiko 2 kali mengalami ansietas dan depresi sedangkan koping mekanisme maladaptif yang menghasilkan keputusan dan ketidakberdayaan berisiko 2-8 kali mengalami ansietas dan depresi. Aass, et.al, (1997) menambahkan bahwa ansietas dan depresi juga ditemukan lebih tinggi pada klien yang memiliki masalah psikiatri sebelumnya.

2.2.3.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang paling sering menimbulkan depresi adalah nyeri (Aass, et.al, 1997; Raison & Miller, 2003; Boyes, et.al, 2011). Pencetus lain ansietas dan depresi adalah metastasis yang ditemukan 1 bulan sejak diagnosa ditegakkan; insomnia, fungsi fisik yang menurun yakni fatigue dan nyeri (Raison & Miller, 2003). Menurut Dantzer (2001 dalam Raison & Miller, 2003), secara biologik, aktivasi respon inflamasi yakni sitokinin karena perkembangan kanker. Produk respon inflamasi yang timbul adalah munculnya *sickness syndrome* sehingga muncul gejala fisik individu yang sakit. Aktivasi inflamasi-sitokinin juga meningkatkan gejala neurovegetatif (fatigue, anorexia). Gejala yang muncul tumpang tindih dengan kejadian depresi karena gejala neurovegetatif juga hampir sama dengan gejala depresi. Aktivasi inflamasi-sitokinin, baik karena kanker maupun dampak pengobatan berisiko mencetuskan ansietas dan depresi.

Jenis pengobatan dan jenis kanker juga dapat mencetuskan ansietas dan depresi, angka ditemukan paling tinggi pada klien yang mengalami kemoterapi (Hyres et al, (1994 dalam Spiegel & Giese-Davis, 2003); Boyes, et.al, (2011); So et.al (2010); Hinz, et.al (2009) dan angka ansietas dan depresi paling rendah pada klien dengan terapi hormon (Boyes, et.al, 2011), pembedahan (Pareira, Figueiredo & Fincham, 2011). Sarafino (1998) menyatakan bahwa jenis kanker akan membuat klien berisiko mengalami masalah psikososial. Aass, et.al, (1997) jenis atau lokasi kanker paling sering menimbulkan ansietas adalah kanker pada organ ginekologi, payudara, dan gastro intestinal, sementara yang menimbulkan depresi adalah kanker pada organ ginekologi, gastro intestinal dan hematologi. McDaniel et al, (1995 dalam Irving dan Lloyd-Williams (2010) menemukan jenis kanker yang paling sering mencetuskan ansietas dan depresi adalah kanker pankreas, payudara, oropharing. Ulasan tersebut menunjukkan bahwa ansietas dan depresi timbul dari hampir semua aspek dalam kehidupan serta dampak kanker itu sendiri, ini menyiratkan makna bahwa setiap aspek dalam diri individu berpotensi mencetuskan ansietas dan depresi.

Perubahan status fisiologis yang terganggu akibat penyakit dan atau dampak pengobatan berpotensi mengakibatkan masalah psikososial. Efek psikososial pada penderita kanker muncul dari reaksi normal dari ketidakpastian, ketakutan, serta kekambuhan penyakit (Deimling et al, 2006; Hodgkinson et.al, 2007 dalam Boyes,et.al, (2011) hingga muncul ansietas dan depresi serta PTSD (Burgess et al, 2005; Kangas et al, 2005 dalam Boyes, et.al (2011). Dampak peristiwa tersebut adalah meningkatnya angka kejadian depresi pada klien penyakit fisik yang mengalami hospitalisasi (Stuart, 2009). Studi Burish, et.al (1987 dalam Sarafino, 1998) menunjukkan bahwa hospitalisasi meningkatkan ansietas dan depresi. Sejalan dengan hasil penelitian Aass, et.al, (1997) yang menunjukkan bahwa angka ansietas dan depresi pada klien yang mengalami hopitalisasi lebih tinggi dibanding klien yang menjalani pengobatan rawat jalan. Aass, et.al, (1997); Kolva, Rosenfeld, Pessin, Breitbart dan Brescia (2011)

Universitas Indonesia

menyatakan klien yang mendapat perawatan palliatif mengalami gejala ansietas dan depresi lebih tinggi dibanding yang mendapatkan perawatan non palliatif.

Kendler et al (2003 dalam Brintzenhofe-Szoc, et.al, 2009) menemukan bahwa kehilangan, peristiwa yang membuat malu/bodoh, peristiwa yang menyeramkan/berbahaya dapat mencetuskan ansietas dan depresi. Selanjutnya Aass, et.al, (1997) menyatakan faktor lain yang mencetuskan ansietas, khususnya depresi adalah ketidakmampuan bekerja professional atau beraktivitas, gangguan aktivitas sosial, penurunan peran sosial (Boyes, et.al, 2011). Peristiwa ini terjadi pada kanker yang merupakan suatu peristiwa krisis, dipersepsikan sebagai sesuatu yang mengancam, berbahaya dan menghasilkan banyak kehilangan dan dalam hal ini kanker menjadi pencetus ansietas dan depresi klien. Uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa penyakit kanker sebagai salah satu penyakit kronis menciptakan ketidaknyaman fisik dan psikis bagi klien dan keluarga. Penegakan diagnosa yang mendebarkan, pengobatan yang berulang, kekambuhan serta metastasis yang tidak bisa diprediksi dan dicegah, serta dampak negatif pengobatan membuat klien perlu mendapatkan penanganan masalah psikososial yang tepat.

2.2.4 Tanda dan Gejala Ansietas dan Depresi

Stuart (2009) menyatakan perubahan kognitif yang terjadi seperti penilaian yang buruk, penurunan konsentrasi, kemampuan berfikir lambat sehingga menghambat individu menjalankan tugas dan peran sehari-hari. Sedangkan gejala psikomotor yang tampak adalah penurunan mobilitas, agitasi, perawatan diri menurun, anoreksia, insomnia atau hipersomnia, gangguan pola eliminasi, bicara lamban dan pelan, serta penurunan libido. Kumpulan gejala tersebut dapat ditemui pada klien kanker. Klien tampak sedih, murung, perilaku pasif, lebih suka menyendiri, mencoba menghindari kegiatan yang melibatkan orang banyak, perasaan negatif terhadap diri sendiri, rasa bersalah, rasa marah, putus asa, tidak berdaya, cemas, takut akan kematian, anoreksia, kelelahan, insomnia, bicara dan respon lamban.

Clark dan Watson (1991 dalam Brintzenhofe-Szoc, et.al, 2009) menjelaskan tanda dan gejala ansietas dan depresi melalui pendekatan psikometrik, yakni *tripartite model of anxiety and depression*. Model ini menjelaskan faktor yang nonspesifik yang ditunjukkan oleh gejala distress secara umum yakni *insomnia, restlessness, irritability*, penurunan konsentrasi; gejala ansietas yakni *hyperarousal* dan ketegangan somatik (nafas cepat, merasa sangat pusing, mulut kering, gemetar); gejala depresi yakni *anhedonia*, penurunan minat, penurunan energi, apatis, penurunan aktivitas motorik, tidak berdaya, dan tidak memiliki kesenangan. Gejala neurovegetatif patofisiologi perjalanan penyakit seperti anoreksi, mual muntah, fatigue juga dapat dialami akibat dampak dari kemoterapi dan radiasi (Dantzer, 2001 dalam Raison & Miller, 2003). Gejala yang ditampilkan klien tampak masih meliputi gejala fisik dan psikis.

Wilson et al, (2007) menemukan gejala yang tampak pada klien yang mengalami ansietas dan depresi adalah penurunan performa klien, menarik diri dari kegiatan sosial. Irving dan Lloyd-Williams (2010) menyatakan depresi mengakibatkan penurunan kualitas hidup sehingga menjadi prediktor dari *poor survival*, menurunkan toleransi terhadap pengobatan, memperpanjang hospitalisasi. Klien yang menderita kanker dapat menunjukkan kesedihan mendalam sebagai ciri utama depresi. Klien dapat mengungkapkan marah, rasa bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Individu yang mengalami depresi akan diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah sehingga mengubah aktivitas hidup terutama yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Videbeck, 2001). Masalah psikososial yang dialami klien dengan kanker sebelumnya dapat menambah berat depresi yang dialami. Dampak depresi pada klien dengan kanker dapat membawa penderitanya pada suatu gangguan psikiatrik akibat penyakit fisik, yakni kanker. Depresi sebagai salah satu jenis gangguan psikiatrik yang menimbulkan *disability*

penderitanya. Kondisi ini sangat menarik karena sebelumnya klien dengan kanker pun mengalami *disability* akibat kanker yang diderita.

2.2.5 Diagnosa Ansietas dan Depresi

2.2.5.1 Diagnosa Medis

Diagnosa medik yang terkait biasanya berdasarkan dengan respon perilaku yang ditunjukkan oleh klien yang umumnya mengacu pada diagnosa medis gangguan depresif, katagori *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) yaitu gangguan depresif mayor, episode tunggal dan gangguan depresif tidak tergolongkan. Menurut Otto (2001), penggolongan berdasarkan DSM IV, ansietas yang dialami penderita kanker dapat digolongkan dalam gangguan penyesuaian dengan *anxious mood* (dengan atau tanpa depresi), *generalized anxiety disorder*, *panic disorder*, *phobia*, *post traumatic stress disorder*.

2.2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien kanker ansietas dan depresi sesuai dengan tanda dan gejala menurut NANDA (2010) adalah gangguan pola tidur, gangguan pola tidur, nyeri, perubahan pola nutrisi, keputusasaan, ketidakberdayaan, ansietas, isolasi sosial, *death anxiety*. Diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi adalah ansietas, berduka disfungsi, keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri.

Tingkat ansietas dapat dilakukan dengan alat ukur (instrumen) agar perawat dapat menentukan tingkat ansietas klien. Pengukuran ansietas *Hamilton Anxiety Rating Scale* atau *HAM-A*, terdiri dari 14 pertanyaan tentang gejala ansietas. *Beck Anxiety Inventory* terdiri dari 21 pertanyaan yang mengacu pada gejala yang menunjukkan tingkat ansietas. *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) terdiri dari 21 pertanyaan yang menunjukkan perasaan ansietas. Pengukuran depresi *Hamilton Depression Rating Scale* atau *HAM-D*, terdiri dari 21 pertanyaan tentang gejala depresi. *Beck Depression Inventory* 21 terdiri dari pertanyaan yang mengacu pada gejala yang

Universitas Indonesia

menunjukkan perasaan depresi klien. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) merupakan instrumen pengukuran terhadap tanda dan gejala ansietas serta depresi yang dapat mendeteksi kasus/masalah terkait mental health. Pengukuran ansietas dan depresi HADS terbagi atas 2 bagian, yakni masing-masing 7 pertanyaan tentang ansietas dan depresi sehingga total pertanyaan adalah sejumlah 14 pertanyaan. Pengklasifikasian adalah sbb : 0-7 : *non case*; 8-10 : *borderline case*; diatas 11 : *definitely/cases* (Hitz, et al, 2008).

2.2.6 Penatalaksanaan Ansietas dan Depresi

Stuart (2009) menyatakan banyak individu yang mengalami depresi tidak mendapatkan perawatan yang tepat karena ketidakmampuan individu, keluarga, maupun tenaga medis dalam mengenali depresi. Individu yang cenderung pasif dan menutup diri membuat dirinya sendiri lama diobati atau bahkan tidak mendapat pengobatan. Sering kali depresi tidak terdiagnosis, sehingga penanganan depresi menjadi terabaikan.

2.2.6.1 Penatalaksanaan Medis

Terapi psikofarmaka yakni antidepresan seperti trisiklik, tetrasiklik, *monoamine oxidase inhibitors* (MAOI), SSRIs, atipikal antidepresan. Penatalaksanaan secara medik yakni dengan pemberian psikofarmaka, yakni ansiolitik dan antidepresan untuk menurunkan ansietas. Agen ansiolitik berupa benzodiazepin, barbiturat, buspiron, dan agen noradrenergik (Townsend, 2009). Antidepresan akan memiliki dampak terapeutik setelah dikonsumsi selama 2-6 minggu (Stuart, 2009). Antidepresan yang diberi dapat berupa golongan trisiklik, imipramin, dan SSRIs. Pemberian psikofarmaka yang tepat akan membantu menyelesaikan masalah klien.

Klien kanker juga mendapatkan terapi psikofarmaka seperti pada penanganan ansietas dan depresi pada umumnya. Khan, Ward, Watson, dan Rose (2010) menyatakan psikofarmaka yang diberi pada klien kanker berupa antidepresan, yakni trisiklik, *monoamine oxidase inhibitors*

(MAOI), SSRIs, dan ansiolitik. Brintzenhofe-Szoc et.al, (2009) menyatakan antidepresan yakni benzodiazepine (diazepam) paling banyak diberikan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala- gejala ansietas dengan cepat dan mempunyai sedikit efek samping yaitu mengantuk. Wilson et al. (2007) menyatakan benzodiazepine diberikan pada 66,7% klien kanker, 26% mendapat golongan neuroleptik. Irving dan Lloyd-Williams (2010) menyatakan SSRIs diberikan sebagai pengobatan lini pertama saat diprediksi angka harapan hidup yakni 2-3 minggu atau lebih. SSRIs dianggap lebih aman karena efek kardi toksik rendah dan dapat ditoleransi dengan baik (Dalton et al, 2000; Gill & Hatcher, 2005 dalam Irving & Lloyd-Williams, 2010). Wilson et al. (2007) menyatakan antidepresan tidak akan diberikan pada klien yang mengalami distress psikososial akibat masalah eksistensi, karena akan lebih tepat diatasi dengan psikoterapi atau intervensi spiritual.

2.2.6.2 Penatalaksanaan Keperawatan

Kombinasi psikoterapi dan psikofarmaka disarankan dan dinilai lebih efektif untuk klien depresi karena tidak ada pengobatan yang spesifik menangani depresi. Tujuan pengobatan untuk menurunkan gejala, restorasi psikologis, mencegah kekambuhan, serta menurunkan konsekuensi sekunder seperti kesulitan dalam pekerjaan, masalah rumah tangga, dll (Videback, 2008). Intervensi psikoterapi menurut Weisman, Worden dan Sobel (1980 dalam Mc Corkle, Grant, Frank-Stromborg, & Baird, 1996) merupakan usaha yang dilakukan secara sistematis untuk mempengaruhi mekanisme coping klien melalui psikoedukasi dan psikoterapi. Pendekatan psikoedukasi yakni pemberian secara langsung, fokus pada pemecahan masalah dan menggunakan metode kognitif. Salah satu yang diharapkan dari klien adalah mampu mengklarifikasi informasi agar tidak disalahartikan sehingga menimbulkan ketakutan dan kecemasan.

Pendekatan psikoterapi diberikan dengan menggunakan psikodinamik dan metode eksplorasi untuk membantu klien memahami aspek kanker sebagai suatu respon emosional dan makna dari penyakit personal. Pemberian

Universitas Indonesia

psikoterapi ini dilakukan oleh tenaga personal yang telah dilatih, khususnya terhadap kesehatan mental dan terapi modalitas yang dapat diaplikasikan pada klien dengan masalah penyakit fisik (Mc Corkle, et.al, 1996). Hal diatas menunjukkan bahwa psikoterapi terbukti membantu klien mengatasi masalah psikososial sehingga membantu menurunkan masalah akibat ansietas dan depresi serta mencegah timbulnya ansietas dan depresi.

Penanganan ansietas dan depresi dengan kombinasi antara psikofarmaka dan psikoterapi merupakan penanganan yang dianjurkan (Charney, 2005 dalam Videback 2009). Tanda dan gejala kecemasan akan dilaporkan berkurang saat klien diberi kesempatan mendiskusikan perasaan dengan terapis yang empati (Varcarolis & Halter, 2009). Psikoterapi dapat membantu klien dalam penyesuaian terhadap proses penyakit dan meningkatkan kualitas hidup (Meyer & Mark, 1995 dalam Sarafino, 1998). Jenis psikoterapi yang dapat diberikan pada klien kanker adalah *cognitive behavioral therapy* atau CBT (Stanley & Beck, 2000; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Roth & Modi, 2004; Flannery-Schroeder, 2006; Irving & Lloyd-Williams, 2010); sistematik desentisisasi, latihan relaksasi, terapi suportif, psikoedukasi (Sarafino, 1998); distraksi, *guided imagery*, meditasi, *biofeedback*, hipnosis, terapi kognitif, *insight-oriented therapy*, *group therapy*, *interpersonal therapy* (ITP) (Roth & Modi, 2004; Mc Corkle, et.al, 1996), terapi reminiscence pada penderita kanker usia lanjut, *self control therapy* (Flannery-Schroeder, 2006). Beragam psikoterapi dapat diberikan untuk mengatasi masalah klien, hal ini berarti banyak sekali yang bisa dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah psikologis sehingga angka kejadian dapat ditekan.

Berbagai hasil studi menunjukkan manfaat yang positif dalam mengatasi masalah psikososial klien. Hasil studi Spiegel dan Giese-Davis (2003) menunjukkan bahwa psikoterapi dapat menurunkan ansietas dan depresi, juga meningkatkan coping, menurunkan nyeri pada kanker payudara yang metastasis, serta meningkatkan *survival time* sampai dengan 6 – 18 bulan. Roth dan Modi (2004) menyatakan psikoterapi tersebut dapat menurunkan

Universitas Indonesia

ansietas, meningkatkan coping adaptif, membantu beradaptasi dengan stres. Selain membantu klien mengatasi masalah saat ini, psikoterapi tampaknya juga membantu menyiapkan klien dalam menghadapi masalah di kemudian hari dengan cara memperbaiki coping menjadi lebih adaptif.

2.3 Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif

Pikiran atau kognisi merupakan operasional mental yang berhubungan dengan logika, kewaspadaan, intelektual, memori, bahasa, dan kekuatan memberikan alasan (Townsend, 2009). Burn (1980) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Dialog internal dalam diri terjadi saat individu berusaha menafsirkan peristiwa yang terjadi dengan sederetan pikiran ada. Dialog internal tersebut akan menghasilkan mood atau suasana perasaan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi.

Cara mempersepsikan peristiwa atau stimulus dipengaruhi oleh kemampuan seseorang memaksimalkan fungsi kognisinya. Ansietas dan depresi yang sering menimbulkan pikiran negatif dapat dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih cara mempersepsikan sesuatu dari sisi yang adaptif. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Kemampuan merubah persepsi dipengaruhi oleh kemampuan menginterpretasi pikiran alternatif, mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif, menciptakan kemungkinan persepsi yang realistik, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa, dan bermain peran (Blackburn & Davidson, 1990). Persepsi yang realistik, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

Universitas Indonesia

2.4 Terapi Kognitif

Terapi kognitif berlandaskan model kognitif yakni emosi dan perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap suatu peristiwa (Beck, 1995). Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana dia menginterpretasikan dan berfikir terhadap peristiwa tersebut. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bukan peristiwa yang membentuk perasaan seseorang, namun bagaimana ia berfikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berberda serta memiliki cara interpretasi yang berbeda juga.

Perbedaan cara pandang atau interpretasi didasarkan oleh perbedaan *core beliefs*, yakni suatu pandangan fundamental pada rasa percaya/keyakinan seseorang, yang bersifat global, kaku dan overgeneralis (Beck, J.S, 1995). *Core beliefs* selanjutnya akan turut mempengaruhi *intermediate beliefs* (sikap, peraturan/ekspektasi, asumsi) selanjutnya akan menghasilkan suatu pikiran/gambaran/bayangan atau kata-kata yang nyata ada pikiran seseorang yang disebut pikiran otomatis. Proses tersebut akan menghasilkan cara berfikir, perasaan/emosi dan perilaku yang berbeda pada setiap individu terhadap stimulus yang dipersepsikan. Ulasan tersebut diatas yang menunjukkan respon berbeda tiap individu sesuai oleh penjelasan konsep model kognitif.

2.4.1 Pengertian Terapi Kognitif

Townsend (2009) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang didasarkan atas proses mental yang patologis sehingga yang menjadi fokus pengobatan adalah modifikasi distorsi pikiran dan perilaku yang maladaptif. Terapi kognitif adalah suatu proses-proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap (Boyd & Nihart, 1998). Pengertian diatas menyiratkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada perubahan cara berfikir atau persepsi klien sehingga pikiran yang negatif dapat diubah

Universitas Indonesia

menjadi pikiran positif. Jika klien memiliki pikiran positif maka diharapkan klien dapat lebih adaptif dalam mengatasi setiap peristiwa yang terjadi. Hal ini juga berarti bahwa perasaan atau emosi negatif serta perilaku negatif akibat ansietas dan depresi karena kanker dapat secara perlahan dieliminir digantikan dengan pikiran dan perilaku positif.

2.4.2 Tujuan Terapi Kognitif

Secara umum tujuan terapi kognitif adalah untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif sehingga pikiran, emosi serta perilaku lebih adaptif terhadap stimulus yang ada. Paparan Beck (1987) dalam Townsend (2009) terhadap tujuan terapi kognitif sbb :

- 2.4.2.1 Individu dapat mengenal pikiran-pikiran negatif/otomatisnya
- 2.4.2.2 Individu dapat memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku
- 2.4.2.3 Individu dapat mengatasi kelainan bentuk pikiran (distorsi kognitif)
- 2.4.2.4 Individu dapat menggantikan pikiran negatif dengan pikiran-pikiran yang lebih realistik.
- 2.4.2.5 Individu dapat belajar mengidentifikasi dan mengetahui perubahan pikiran yang disfungsional yang mengakibatkan individu mengalami distorsi pikiran.

2.4.3 Indikasi Terapi Kognitif

Terapi kognitif diterapkan untuk masalah depresi dan masalah psikiatrik lainnya, seperti *panic disorder*, *social fobia*, *generalized anxiety disorder*, OCD, PTSD, gangguan makan, penyalahgunaan zat, gangguan personaliti, skizofrenia, gangguan bipolar, hipokondria, gangguan somatoform serta masalah dengan pasangan (Beck et al, 1995 dalam Townsend, 2009). Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang tepat diberikan pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi. Sesuai dengan tujuan terapi bahwa diharapkan pemikiran, perasaan serta perilaku klien yang negative terhadap kondisi penyakit saat ini dapat diganti dengan hal positif.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahayuningsih (2007) mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan terapi kognitif didapatkan rata-rata nilai harga diri responden adalah 8,83 dengan nilai antara 2 – 19, yang artinya bahwa tingkat harga diri responden berada pada kondisi harga diri rendah. Setelah dilakukan tindakan terapi kognitif diperoleh nilai rata-rata harga diri responden menjadi 1,66 dengan rentang nilai antara 0 – 9, yang artinya meskipun masih ada responden yang mengalami harga diri rendah tetapi tampak ada peningkatan harga diri responden. Penelitian tersebut menunjukkan ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah terapi kognitif atau dari 100% responden mengalami harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri menjadi harga diri tinggi pada 17 responden (58,6%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada klien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah.

Penelitian Levesque, Savard, Simard, Gauthier dan Ivers (2004) menemukan pada penderita kanker yang mengalami metastasis, terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala depresi, anhedonia, ansietas dan fatigue. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan meningkatkan signifikan terhadap afek positif. Penelitian Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi. Pembuktian tersebut juga menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada klien untuk menurunkan tanda dan gejala ansietas serta depresi.

2.4.4 Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif

Beck, J. S (1995) menyatakan beberapa prinsip dalam pelaksanaan terapi kognitif adalah:

2.4.4.1 Terapi kognitif berdasarkan pada proses pembentukan kembali pola pikir klien yang terganggu.

- 2.4.4.2 Terapi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat – klien.
- 2.4.4.3 Terapi kognitif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif kliennya.
- 2.4.4.4 Terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah klien.
- 2.4.4.5 Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada klien. Penyelesaian masalah yang dihadapi klien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan.
- 2.4.4.6 Terapi kognitif merupakan suatu pendekatan terapi yang bersifat edukatif dengan tujuan mengajarkan klien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
- 2.4.4.7 Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*time limited program*).
- 2.4.4.8 Program terapi kognitif harus terstruktur dengan baik untuk setiap sesi dalam pertemuannya.
- 2.4.4.9 Terapi kognitif bertujuan mengajarkan klien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya.
- 2.4.4.10 Terapi kognitif menggunakan berbagai bentuk atau tehnik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan perilaku klien.

Menurut Beck (1995) terdapat tiga komponen utama dalam pelaksanaan terapi kognitif yaitu aspek didaktik (edukasi), tehnik kognitif, dan intervensi perilaku. Pendekatan dalam aspek didaktik, terapis menekankan bahwa terapi kognitif adalah terapi yang harus dijalankan oleh individu tersebut sendiri dengan cara menjelaskan apa maksud dan tujuan terapi kognitif, bagaimana cara melakukannya dan bagaimana membentuk struktur berfikir yang baik. Teknik kognitif mengajarkan klien unuuk mengenal pikiran otomatis dan alasan timbulnya (respon emosi) serta memodifikasi atau merubah pikiran otomatis (Townsend, 2003).

Proses terapi kognitif dimulai dari diskusi tentang pikiran-pikiran negatif yang muncul dan kesalahan intepretasinya ke arah asumsi-asumsi yang

lebih kompleks yang mendasari perilaku klien (Beck, J.S, 1995). Beck, A (1979 dalam Burns, 1988) menunjukkan bahwa terapi kognitif harus digunakan dalam konteks pertemuan-pertemuan terapi dimana empati, kehangatan, dan kelembutan yang akurat harus ditunjukkan oleh terapis. Strategi-stretegi dalam pertemuan terapeutik bukanlah merupakan perangkat peralatan yang mekanistik namun lebih ke arah hubungan baik yang terbina antara klien dan terapis (Townsend, 2009). Hubungan saling percaya ini menjadi fondasi dan menentukan keberhasilan terapi dan dapat dicapai dengan kerjasama dan saling pengertian antara kedua belah pihak.

2.4.5 Pedoman Pelaksanaan Terapi Kognitif

Modifikasi pelaksanaan terapi kognitif yang dilaksanakan oleh Kristyaningsih (2007) adalah sebagai berikut, Sesi pertama: identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian. Sesi Kedua: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1. Sesi Ketiga: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah klien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi). Sesi Keempat : *Support system*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu klien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

2.5 Terapi Penghentian Pikiran

Terapi ini dikembangkan oleh Joseph Wolpe pada tahun 1990 (Townsend, 2009) yang menekankan bahwa kontrol pikiran penting untuk perkembangan mental yang sehat. Pikiran yang mengganggu dan mengakibatkan ansietas dapat mengakibatkan seseorang tidak produktif dan mengalami ketidaknyamanan secara psikologis. Pikiran yang mengakibatkan ansietas ini akhirnya dapat menghasilkan suatu perilaku yang maladaptif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa fokus terapi adalah untuk kontrol pikiran negatif sehingga mengurangi ketidaknyamanan dan ansietas.

2.5.1 Pengertian Terapi Penghentian Pikiran

Terapi penghentian pikiran (*thought stopping*) merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir. Terapi ini merupakan bagian dari terapi perilaku behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Videbeck, 2008). Laraia (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran merupakan teknik yang digunakan untuk meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan (O'Neill & Whittal, 2002). Disimpulkan bahwa terapi penghentian pikiran merupakan suatu cara yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang mengganggu atau tidak diinginkan.

2.5.2 Tujuan Terapi Penghentian Pikiran

O'Neill dan Whittal (2002) selanjutnya mendiskripsikan bahwa terapi penghentian pikiran bertujuan mengeliminasi pikiran yang tidak diharapkan serta tidak realistis, tidak produktif serta menghasilkan ansietas.

2.5.3 Indikasi Terapi Penghentian Pikiran

Kondisi gangguan psikologis yang dapat diatasi dengan intervensi terapi penghentian pikiran adalah *generalized anxiety disorder*, gangguan

Universitas Indonesia

ansietas akibat sebagian tubuh lumpuh dan tidak bisa sembuh, depresi ringan, percobaan bunuh diri, isolasi sosial, perilaku kekerasan (Boyd, 1998). Studi pustaka dan dukungan berbagai riset klinis dalam O'Neill dan Whittal (2002) membuktikan bahwa terapi penghentian pikiran juga efektif pada klien psikosis, depresi, panik, agoraphobia, *generalized anxiety disorder*, *body dysmorphic disorder*, ketergantungan zat dan alkohol, program stop merokok, serta halusinasi pendengaran dan penglihatan.

Masalah psikologis pada klien kanker seperti ansietas dan depresi juga menjadi indikasi dilakukannya terapi penghentian pikiran. Klien diajarkan menghentikan pikiran yang mengancam dan menimbulkan ansietas klien. Cara pemutusan pikiran ini dilakukan dengan cara sederhana yakni bila pikiran negatif yang mengganggu tersebut muncul, klien dianjurkan untuk menghentikan pikiran dengan mengatakan “stop”.

Studi oleh Agustarika (2009) menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat membantu secara nyata mengurangi ansietas klien dengan gangguan fisik. Penelitian Supriati (2010) penderita gangguan fisik juga menunjukkan ansietas klien yang mendapat terapi penghentian pikiran dan relaksasi progresif dapat menurunkan ansietas ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala kecemasan secara fisiologis, kognitif, emosi dan komposit ansietas secara bermakna. Kedua penelitian yang senada tersebut menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat mungkin dilakukan untuk menurunkan ansietas.

2.5.4 Prinsip Terapi Penghentian Pikiran

Prinsip pelaksanaan terapi ini adalah kontrol pikiran negatif yang mengganggu. Keberhasilan terapi ini bergantung sejauh mana klien mampu mengendalikan pikiran sehingga berhasil mengusir pikiran negatif. Terapi penghentian pikiran dapat dilakukan dengan berbagai variasi menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Kontrol pikiran dilakukan dengan cara memutuskan

Universitas Indonesia

pikiran negatif yang mengganggu dengan cara distraksi (Townsend, 2009). Distraksi akan memutus atau menghambat pikiran otomatis dan menggiring klien untuk berfikir alternatif yang lebih adaptif. Klien diajarkan berteriak “STOP” dengan keras saat pikiran negatif muncul kembali. Teriakan “STOP” merupakan distraksi untuk memutus pikiran negatif. Teknik distraksi lain dapat berupa menarik karet gelang pada pergelangan, memerciki wajah dengan air dingin, dll. Teknik distraksi akan membuat klien berhenti memikirkan pikiran negatif sehingga terjadi *blocking* pada pemikirannya sehingga pikiran negatif dapat diputus.

2.5.5 Pedoman Pelaksanaan Terapi Penghentian Pikiran

Pelaksanaan terapi penghentian pikiran merujuk pada penelitian sebelumnya (Agustarika, 2009; Supriati, 2010) yang membagi pelaksanaan terapi ini dalam 3 sesi. Sesi pertama : Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stress. Tanyakan pada klien hal-hal berikut terkait dengan pemikiran yang membuat stres: apakah pemikiran itu realistis 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 instruksikan klien menuliskan dalam selembar 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.

Sesi kedua : 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

Universitas Indonesia

”STOP”. Ganti pikiran tersebut dengan pikiran positif. Jika telah berhasil, ulangi lagi tanpa menggunakan rekaman. Selanjutnya latih pikiran dengan mengucapkan ”STOP” dengan nada normal, dengan bisikan dan dengan membayangkan mendengar teriakan ”STOP”.

Sesi 3 : Berlatih pemutusan pikiran secara otomatis dengan membuat jadwal dalam selembar kertas bersama-sama dengan klien untuk melakukan teknik pemutusan pikiran secara otomatis yang dapat berlangsung selama beberapa hari. Latihan teknik penghentian pikiran ini dilakukan sampai klien dapat melakukan secara mandiri tanpa kehadiran terapis.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian.

3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan uraian dari kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori (skema 3.1) disusun dengan modifikasi konsep-konsep teori yang diuraikan dalam tinjauan teoritis, yaitu tentang kanker, ansietas dan depresi klien kanker, terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan kanker, dimulai dari penyebab, jenis, pengobatan, stadium kanker, serta tanda dan gejala kanker yang bersama-sama berpotensi menimbulkan masalah psikososial penderitanya.

Penyebab kanker secara umum terjadi karena penggabungan dari faktor lingkungan dan genetik (Kresno, 2011). Faktor lingkungan yang berperan pada perkembangan kanker antara lain, bahan kimiawi, radiasi pengionanan, ultraviolet, dan virus. (Kresno, 2011; LeMone & Burke, 2006; Lewis, et.al, 2007; Black & Hawks, 2005). Faktor lingkungan berperan pada karsinogenesis sehingga dikatakan bersifat karsinogenik atau proto-karsinogenik dimana akan memicu perubahan pada DNA sehingga memicu timbulnya kanker. Faktor lingkungan lain yang berpengaruh adalah gaya hidup (diit, konsumsi rokok, alkohol), umur, dan fungsi imunitas. Faktor genetik berperan pada kecenderungan penyakit yang diwariskan akibat *copy* sandi genetik melalui kode genetik DNA, sehingga terjadi mutasi DNA.

Perubahan pada DNA mengakibatkan proliferasi sel yang sudah mengalami invasi zat karsinogen, bersifat reversibel sehingga populasi sel yang mengalami perubahan semakin banyak. Penyebaran melalui aliran darah dan limfa akan menyebarkan sel kanker ke organ lain, sehingga pada perkembangan selanjutnya

ditemukan jenis kanker yang berbeda-beda sesuai dengan organ tubuh yang terkena. Perluasan penyakit kanker disebut stadium. Pengklasifikasian ini dibuat untuk menunjukkan tingkat keparahan penyakit dan sebagai data dasar untuk tindakan pengobatan.

Pengobatan untuk mengatasi kanker sangat beragam. Tidak ada pengobatan yang secara langsung mengatasi penyakit. Ignatovicus dan Workman (2006) menjelaskan ada beberapa pengobatan mengatasi kanker, seperti kemoterapi, pembedahan, dan radiasi. LeMone dan Burke (2006) menyatakan kemoterapi biasanya dilakukan untuk pengobatan dan meningkatkan lama hidup. Pembedahan kanker memiliki banyak tujuan seperti profilaksis, diagnosis, pengobatan, kontrol, palliatif, rekonstruksi, dan determinasi (Ignatovicus & Workman, 2006; Black & Hawks, 2005; Lewis, et.al, 2007). Radiasi merupakan pengobatan yang berfokus pada penyinaran terhadap sel kanker melalui ionisasi dan radiasi. Sel kanker akan dihancurkan dengan jenis sinar alfa, beta, gamma yang disesuaikan dengan kebutuhan

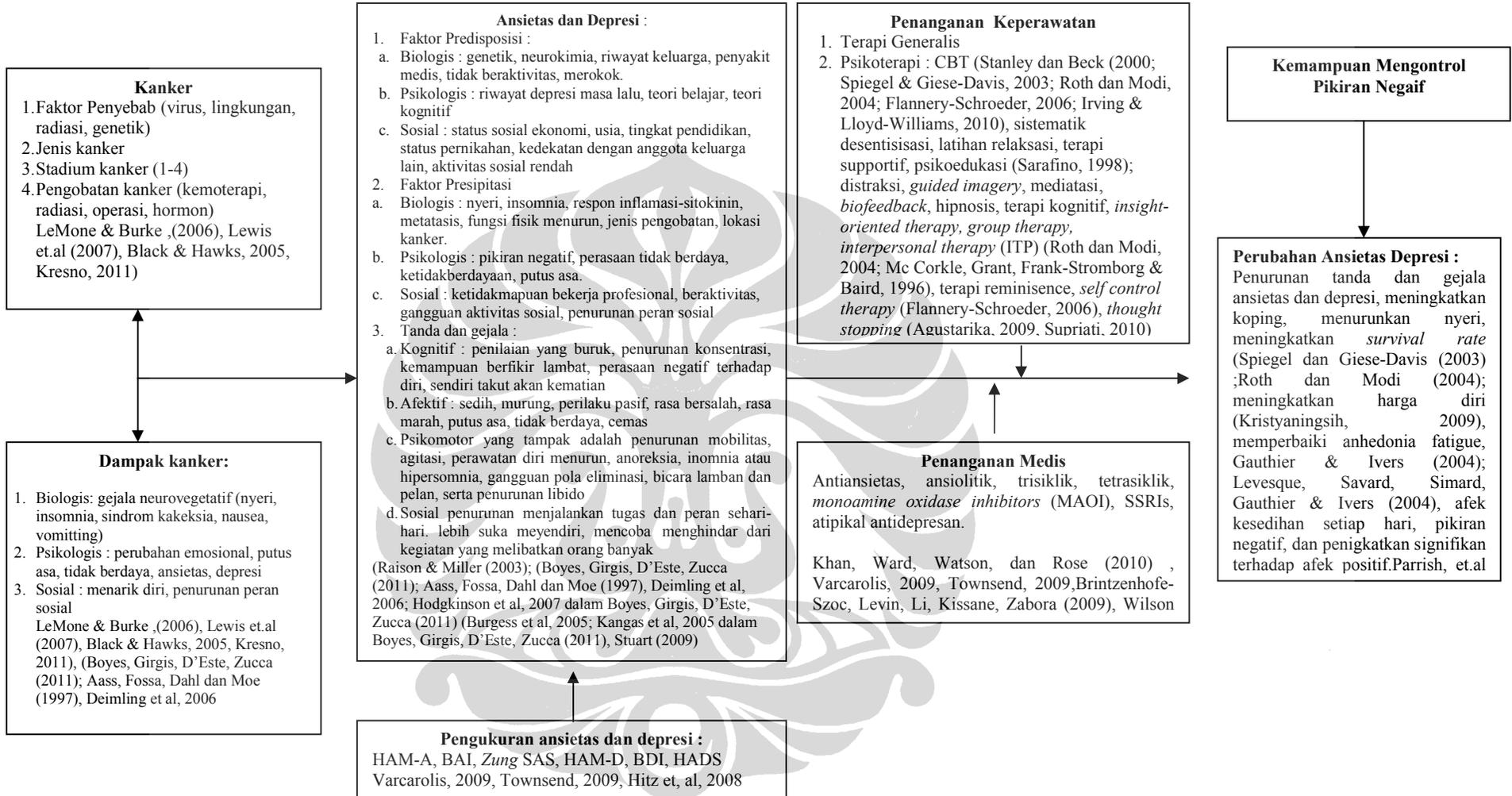
Kanker sebagai stressor utama yang mengakibatkan masalah psikososial. Masalah psikososial diakibatkan kanker dapat terjadi karena proses perjalanan penyakit, tanda dan gejala yang dialami, dampak pengobatan klien kanker. Selanjutnya masalah psikososial tersebut mencetuskan gangguan yang paling sering dialami adalah ansietas dan depresi.

Ansietas dan depresi terjadi karena perjalanan penyakit kanker itu sendiri yang mengakibatkan perubahan fisik yang menimbulkan penurunan fungsi, fatigue, nyeri, mual, muntah, sehingga dapat menimbulkan *disability*. Selain itu, proses pengobatan juga berpotensi menimbulkan masalah psikososial. Pengobatan seperti kemoterapi, pembedahan, radiasi, atau kombinasi pengobatan menimbulkan efek samping yang sangat membuat klien merasa tidak nyaman, seperti mual, muntah, perubahan pada kulit, alopesia, luka pada lapisan mukosa, gangguan pola eliminasi serta perubahan imunitas, dll.

Tingkat ansietas dan depresi dapat dilakukan dengan cara pengukuran agar perawat dapat menentukan tingkat ansietas dan depresi klien. Pengukuran ansietas dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen *Hamilton Anxiety Rating Scale* atau *HAM-A*, *Beck Anxiety Inventory*, *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) Pengukuran depresi dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen *Hamilton Depression Rating Scale* atau *HAM-D*, *Beck Depression Inventory*. Pengukuran terhadap ansietas, depresi, atau ansietas dan depresi dapat menggunakan alat ukur *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan ansietas dan depresi yakni melalui psikofarmaka dan psikoterapi. Terapi psikofarmaka yang dapat diberikan pada klien kanker umumnya sama dengan psikofarmaka pada penderita ansietas dan depresi pada umumnya. Psikofarmaka tersebut berupa antidepresan seperti trisiklik, tetrasiklik, *monoamine oxidase inhibitors* (MAOI), SSRIs, atipikal antidepresan. Ansiolitik dan antidepresan dapat menurunkan ansietas dan depresi. Agen ansiolitik berupa benzodiadepin, barbiturat, buspiron, dan agen noradrenergik (Townsend, 2009). Stuart (2009) menyatakan antidepresan yang diberi berupa golongan trisiklik, imperamine, dan SSRIs.

Pemberian psikoterapi seperti CBT, sistematik desentisisasi, latihan relaksasi, terapi supportif, psikoedukasi (Sarafino, 1998); distraksi, *guided imagery*, mediatasi, *biofeedback*, hipnosis, terapi kognitif, *insight-oriented therapy*, *group therapy*, *interpersonal therapy* (ITP), *therapy* (ITP) (Roth dan Modi, 2004; Mc Corkle, Grant, Frank-Stromborg & Baird, 1996), terapi reminiscence pada penderita kanker manula, *self control therapy* (Flannery-Schroeder, 2006). Pemberian psikoterapi ini diharapkan dapat menurunkan tanda dan gejala ansietas dan depresi, meningkatkan coping, menurunkan nyeri, meningkatkan *survival rate* (Spiegel & Giese-Davis (2003); Roth dan Modi (2004).



Skema 3.1
Kerangka teori

3.2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat sebagai acuan untuk melaksanakan penelitian ini yang merupakan penelitan dari kerangka terori penelitian. Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini terdiri dari:

3.2.1. Variabel *Dependent* (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang akan berubah akibat pengaruh atau perubahan yang terjadi pada variabel independent (Dharma, 2011). Variabel dependen pada penelitian ini adalah kondisi ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif. Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terapi kognitif tanpa terapi penghentian pikiran pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol.

3.2.2. Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

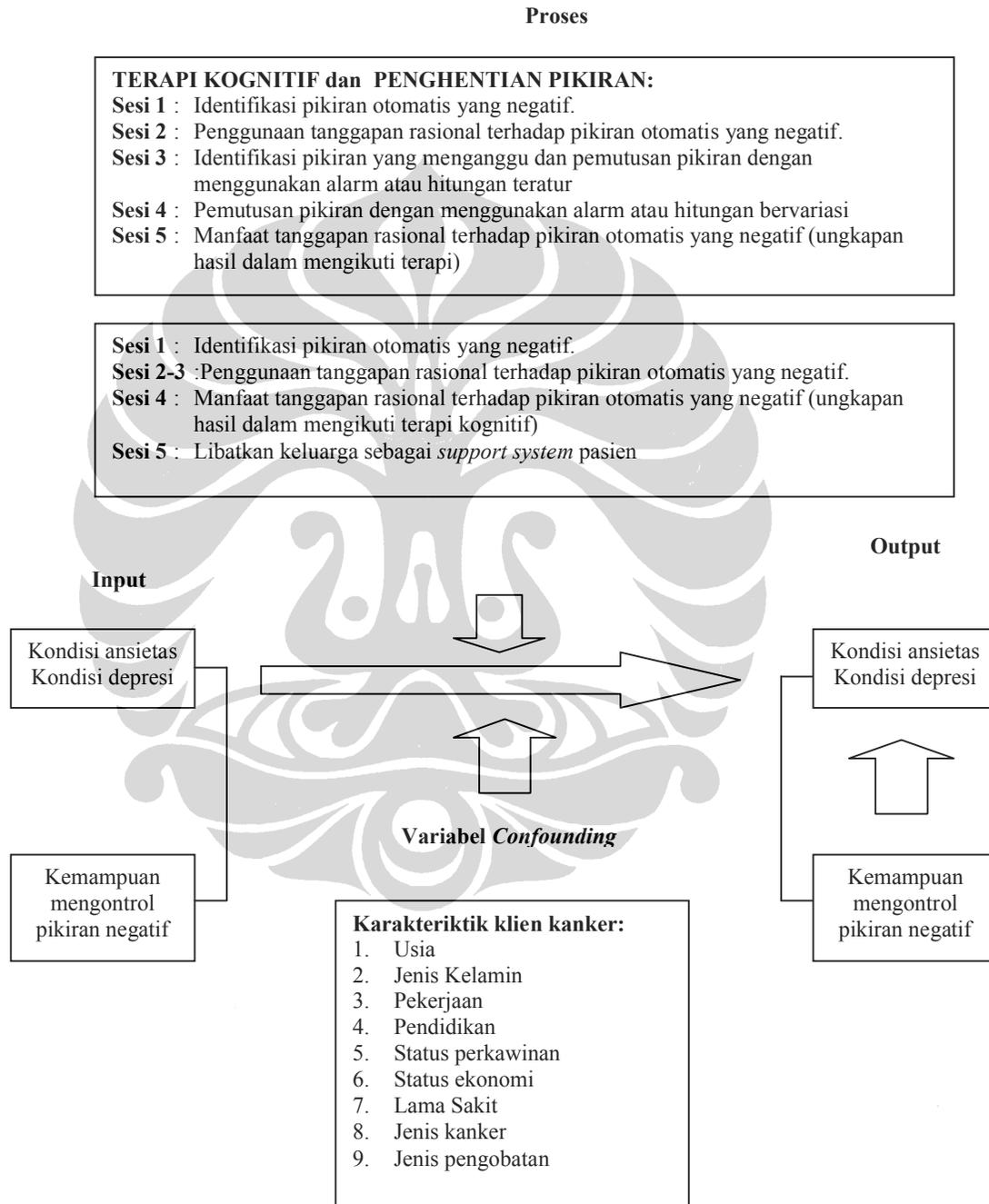
Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (Dharma, 2011). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran yang akan diberikan pada penderita kanker. Terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif. Pemberian terapi kognitif ini diharapkan terjadi penurunan ansietas dan perbaikan kondisi depresi penderita kanker sedangkan terapi penghentian pikiran dilakukan untuk mengatasi ansietas akibat pikiran negatif yang mengganggu dan mengancam serta mengantikannya dengan pikiran yang positif.

3.2.3. Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel confounding merupakan variabel lain yang berhubungan baik dengan variabel dependen. Keberadaan variabel perancu akan mempengaruhi hubungan variabel bebas dan variabel terikat (Dharma, 2011). Beberapa faktor dalam karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini, adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status

perkawinan, status ekonomi, lama sakit, stadium penyakit, jenis kanker, dan jenis pengobatan.

Penjabaran keterkaitan ketiga variabel tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam bagan 3.2.



Skema 3.2

Kerangka Konsep

3.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.1 Ada perbedaan ansietas dan depresi mengontrol pikiran antara klien yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan klien yang mendapat terapi kognitif.
- 3.3.2 Ada perbedaan kemampuan mengontrol pikiran antara klien yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan klien yang mendapat terapi kognitif.
- 3.3.3 Ada hubungan kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan penurunan ansietas dan depresi klien kanker.
- 3.3.4 Ada faktor lain yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas, depresi, dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.

3.4 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya. Mendefinisikan variabel secara operasional akan membuat variabel lebih konkrit dan dapat diukur. Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan seperti pada tabel 3.1.

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian
(Variabel *Confounding*, Dependen, dan Independen)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel <i>Confounding</i> (Karakteristik Penderita Kanker)					
1.	Usia	Umur responden yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
4.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. Rendah (SD – SMP) 2. Tinggi (SMU – PT)	Ordinal
5.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan klien	1. Kawin 2. Tidak Kawin (termasuk :belum kawin, janda, duda)	Nominal
6.	Lama Sakit	Jumlah bulan lama klien mengalami sakit sampai dengan terakhir saat pengambilan data.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	Dinyatakan dalam bulan	Interval
7.	Pendapatan	Jumlah penghasilan bersih yang diperoleh tiap bulan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jumlah pendapatan	1. Dibawah UMR (Rp.1529000) 2. Diatas UMR (Rp.1529000)	Ordinal
8.	Jenis kanker	Jenis kanker yang diderita saat ini	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kanker	1. Ginekologi 2. Payudara 3. Head and neck 4. Hematologi 5. Gastrointestinal 6. Paru 7. Lainnya	Nominal
9.	Jenis pengobatan	Jenis penanganan kanker yang sedang dilakukan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis pengobatan	1. Kemoterapi 2. Radiasi 3. Pembedahan 4. Lainnya	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
B. Variabel Dependen					
10.	Kondisi ansietas	Persepsi klien terhadap kondisi yang menyebabkan munculnya perasaan tidak nyaman secara psikologis	7 pertanyaan dalam kuesioner B, yaitu tentang Skala Ansietas menggunakan HADS dengan rentang nilai 0-3	Dinyatakan dalam total skor keseluruhan (0-21)	Interval
11.	Kondisi depresi	Persepsi klien terhadap kondisi kesehatannya saat ini baik secara fisik, psikis dan sosial	7 pertanyaan dalam kuesioner B, yaitu tentang Skala Depresi menggunakan HADS dengan rentang nilai 0-3	Dinyatakan dalam total skor keseluruhan (0-21)	Interval
12.	Kemampuan mengontrol pikiran negatif	Cara yang dilakukan responden untuk mengontrol pikiran negatif	8 pernyataan dalam kuesioner C yang mengukur kemampuan responden, menggunakan skala Likert dengan rentang nilai 0-3	Dinyatakan dalam total skor keseluruhan (0-24)	Interval
C. Variabel Independen					
13.	Terapi Kognitif	Terapi untuk mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif	Modul Buku catatan harian Buku evaluasi yang diisi terapis	1. Dilakukan terapi kognitif 2. Tidak dilakukan terapi kognitif	Nominal
14.	Terapi Penghentian Pikiran	Terapi untuk menghentikan pikiran otomatis negatif	Modul Buku catatan harian Buku evaluasi yang diisi terapis	1. Dilakukan terapi Penghentian Pikiran 2. Tidak dilakukan terapi Penghentian Pikiran	Nominal



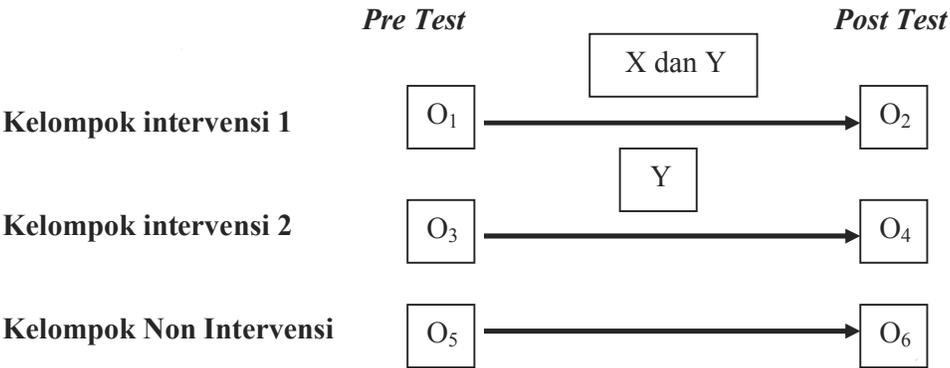
BAB 4
METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experimental pre-post test with control group* dengan intervensi kombinasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran serta terapi kognitif tanpa terapi penghentian pikiran. Penelitian ini ditujukan untuk mengungkapkan pengaruh dari intervensi atau perlakuan pada subyek dan mengukur hasil atau efek dari intervensi yang diberikan (Sastroasmoro & Ismail, 2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan ansietas, depresi serta kemampuan mengontrol pikiran sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

Penelitian ini membandingkan tiga kelompok klien kanker di RS Kanker Dharmais, yaitu kelompok intervensi yang diberikan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, kelompok yang diberikan terapi kognitif dan kelompok non intervensi. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan, dan mengukur hasil intervensinya. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.

Bagan 4.1.
Rancangan Penelitian



Keterangan :

- X : Intervensi terapi kognitif
- Y : Intervensi terapi penghentian pikiran
- O₁ : Tingkat ansietas dan depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi sebelum intervensi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran
- O₂ : Tingkat ansietas dan depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi sesudah intervensi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran
- O₃ : Tingkat ansietas dan depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi sebelum terapi kognitif.
- O₄ : Tingkat ansietas dan depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif sesudah mendapatkan intervensi terapi kognitif.
- O₅ : Tingkat ansietas dan depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok non intervensi pre interaksi
- O₆ : Tingkat ansietas dan kondisi depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif post interaksi
- O₂-O₁ : Perubahan tingkat ansietas dan kondisi depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif setelah dilakukan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran pada kelompok intervensi 1
- O₄-O₃ : Perubahan tingkat ansietas dan kondisi depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif setelah dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi 2
- O₅-O₆ : Perubahan tingkat ansietas dan kondisi depresi klien kanker serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok non intervensi
- O₁-O₃-O₅ : Perbedaan tingkat ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 dan kelompok non intervensi sebelum intervensi
- O₂-O₄-O₆ : Perbedaan tingkat ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 setelah intervensi dan kelompok non intervensi

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Hidayat (2008) menyatakan bahwa populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu, dimana karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Karakteristik pada populasi menjadi hal yang penting dicermati peneliti sehingga dapat disesuaikan dengan tujuan penelitian. Populasi penelitian ini adalah seluruh penderita kanker yang dirawat di RS Kanker Dharmais.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Sampel penelitian ini adalah klien kanker di RS Kanker Dharmais dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 4.2.2.1 Berusia 18 – 65 tahun dan telah didiagnosa mengalami kanker
- 4.2.2.2 Bersedia jadi responden
- 4.2.2.3 Mampu berbahasa Indonesia dengan baik
- 4.2.2.4 Kesadaran compos mentis, komunikatif dan kooperatif
- 4.2.2.5 Klien yang memiliki skor HADS ≥ 8

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

$$n = \left(\frac{(z_{\alpha} + z_{\beta}) \cdot n \cdot s \cdot d}{d} \right)^2$$

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 = 0,80 maka $Z_{\beta} = 0,842$

- sd** : Simpangan baku dari selisih rerata (dari penelitian sebelumnya)
d : Selisih rerata kedua kelompok bermakna (*clinical judgement*)

Penelitian yang menjadi acuan peneliti dalam menentukan simpangan baku dan *clinical judgement* adalah penelitian Parrish, Cohen, Gunthert, Butler, Laurenceau dan Beck (2009) mengenai dampak terapi kognitif pada depresi. Ditemukan hasil penghitungan selisih rerata (simpangan baku) pada skor depresi (*beck depression scale*) sebelum (9,16) dan setelah intervensi (13,25) adalah 11,2 dengan *clinical judgement* 6.

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{((1,96 + 0,842) \times 11,2)^2}{6}$$

$$n = 27,3 \text{ dibulatkan menjadi } 27$$

Antisipasi kekurangan sampel akibat *drop out* pada desain penelitian *quasi experimental* dilakukan 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 % ($f = 0,1$)
 maka :

$$n = \frac{27}{1 - 0,1}$$

$$n = 30$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 30 responden untuk kelompok intervensi 1, 30 responden untuk kelompok intervensi 2, dan 30 untuk kelompok non intervensi

sehingga jumlah total sampel adalah 90 responden. Jumlah sampel selama penelitian mencapai jumlah sampel sesuai dengan yang diinginkan yakni 90 responden. Tidak ada responden yang *drop out* selama masa penelitian.

4.3 Tehnik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2008). Sampel yang dipilih pada penelitian ini berdasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling* (tabel 4.1). Pada *consecutive sampling*, semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan berdasarkan jangka waktu penelitian terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 2008).

Tabel 4.1 Teknik Pengambilan Sampel

Ruang	Kamar	Σ Klien Kanker	Σ Sampel Yang Diintervensi
Teratai	401	9	9
	402	8	8
	403	8	8
	404	9	9
	405	8	8
	406	5	5
	407	5	5
	408	3	3
	409	2	2
	410	3	3
		60	60
Cempaka	402	10	10
	404	8	8
	406	6	6
	409	6	6
		30	30
Total Sampel		90	90

Pengambilan sampel dari semua klien yang menjadi kandidat responden penelitian, ditemukan bahwa seluruh klien kanker yang dilakukan *screening* skor HADS seluruhnya memiliki skor ≥ 8 , sehingga seluruh klien kanker yang ditemukan menjadi responden dalam penelitian ini. Sampel dalam penelitian ini adalah klien yang mengalami kanker yang dirawat di ruang Teratai dan Cempaka. Klien di ruang Cempaka menjadi kelompok non intervensi karena jumlah pasien yang lebih sedikit (kurang lebih 46 orang), namun kamar 401 tidak diperkenankan dipakai karena khusus untuk klien dengan kondisi imunitas rendah, sehingga kurang lebih jumlah hanya ada 40 klien. Ruang Teratai menjadi kelompok intervensi 1 dan 2 karena jumlah pasien yang lebih banyak yakni 54 orang.

Langkah pertama dalam pemilihan calon responden adalah dengan mengidentifikasi klien sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditentukan. Pada hari pertama penelitian, peneliti dibantu oleh kepala ruangan dan ketua tim sudah mengidentifikasi klien yang memungkinkan menjadi responden. Secara umum, klien yang dipilih adalah klien yang baru masuk mengingat rentang lama rawat klien di ruang Teratai adalah 5-7 hari karena masuk hanya untuk tujuan pengobatan kemoterapi.

Langkah berikut adalah melakukan *screening* skor HADS bagi calon responden. 1-2 perawat dipertimbangkan oleh kepala ruangan untuk membantu pengambilan data awal (*pre test*), namun karena tingginya aktivitas perawat di pagi hari, maka perawat yang ditentukan tidak dapat membantu peneliti dalam pengambilan data awal. Akhirnya peneliti memutuskan untuk melakukan *pre test* per kamar. Peneliti mulai melakukan pre test pada kamar 401 (kapasitas 6 tempat tidur). Setelah menjumlahkan perolehan skor HADS dan ditemukan jumlah ≥ 8 , maka peneliti meminta kesediaan klien untuk menjadi responden penelitian menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan (*informed consent*). Persetujuan klien secara oral dilanjutkan dengan penandatanganan lembar persetujuan menjadi responden. Setelah adanya persetujuan klien, perawat langsung melakukan intervensi 1 pada klien yang ada di kamar tersebut.

Strategi yang digunakan peneliti dalam penentuan responden adalah dengan menggunakan pembagian kamar pada ruang rawat. Secara bergiliran bergantian dari kamar 401-410, perawat melakukan *pre test* setiap hari per kamar. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan sbb : lama rawat klien di ruang Teratai hanya berkisar 5-7 hari, peneliti melakukan intervensi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara mandiri (tanpa asisten penelitian dalam intervensi), sehingga dengan *pre test* per kamar, diharapkan klien yang baru masuk dapat segera diintervensi dan selesai sebelum klien pulang.

Consecutive sampling terhadap waktu dan responden dilakukan, sehingga peneliti memutuskan untuk melakukan intervensi 1 diawal penelitian. Saat jumlah responden intervensi 1 terpenuhi maka dilanjutkan dengan pemberian intervensi 2. Dua minggu pertama pemberian intervensi 1 dan 2 minggu berikut pemberian intervensi 2. Rata-rata interaksi perhari adalah 6-7 x/hari, dengan interaksi paling banyak adalah 10 x/hr. Interaksi pada satu responden dapat dilakukan 2 x sehari, terutama jika pada pertemuan sebelumnya mengalami interupsi dalam intervensi, misalnya akan dilakukan pemeriksaan rontgen, dan sebagainya.

Kelompok non intervensi juga dilakukan selama 3 minggu di ruang Cempaka. Prosedur yang dilakukan sama dengan yang dilakukan di ruang Teratai, namun keterlibatan perawat ruangan cukup tinggi dan peneliti dibantu oleh pengumpul data *pre* dan *post test*. Ruang Cempaka dipakai bersama dengan peneliti lain sehingga dilakukan pembagian kamar untuk meminimalkan bias penelitian. Kamar yang dipakai untuk penelitian ini adalah kamar 402, 404, 406 dan 409.

4.4 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan RS Kanker Dharmais-Jakarta, yakni di ruang Teratai dan Cempaka. RS Kanker Dharmais sebagai pusat rujukan kanker nasional dinilai sebagai tempat yang tepat untuk dilakukan penelitian karena kekhususannya dalam penanganan kanker sehingga variasi karakteristik penderita kanker akan lebih banyak ditemukan.

4.5 Waktu Penelitian

Penelitian dimulai pada pada bulan Februari – Juni 2012 diawali dengan studi pustaka, penyusunan proposal hingga pelaksanaan penelitian, pengolahan hasil, pembuatan laporan penelitian dan diseminasi hasil penelitian. Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 21 Mei-16 Juni 2012.

4.6 Etika Penelitian

Pelaksanaan penelitian pada proposal ini boleh dilaksanakan setelah melakukan serangkaian uji kelayakan. Proposal yang sudah memenuhi ketentuan penelitian akan dilakukan *ethical clearance* (lampiran 7), yakni pengujian kelayakan proposal terhadap pertimbangan etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah proposal dinyatakan lulus uji etik, maka selanjutnya dilakukan *expert validity* yakni uji terhadap modul yang akan digunakan sebagai pedoman pelaksanaan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 8). Tahap selanjutnya adalah uji kompetensi yakni uji terhadap kemampuan peneliti dalam melakukan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 9).

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian akan diberi informasi tentang lengkap tentang penelitian meliputi rencana, manfaat, prosedur melalui pertemuan resmi dan tertulis (Dharma, 2011). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed concent* (lampiran 3) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Etika penelitian terhadap responden yakni menghargai hak subyek untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian, melindungi *privacy* dan kerahasiaan identitas atau jawaban/data yang diberikan. Segala data diperoleh hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian saja. Pada kenyataannya, hampir seluruh klien tidak membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan dengan alasan keterbatasan gerak akibat banyaknya peralatan medis yang terpasang. Akhirnya

peneliti hanya memberikan tanda setuju atau *cek list* pada lembar persetujuan klien.

Proposal penelitian yang sudah melewati uji etik diatas, maka penelitian terhadap klien kanker dapat dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip etik yang bertujuan untuk melindungi subjek penelitian. Prinsip-prinsip etik tersebut meliputi : *autonomy*, yakni responden diberikan kebebasan untuk mengundurkan diri saat penelitian tanpa sanksi apapun. Peneliti sudah menjelaskan bahwa klien bebas menerima atau menolak penelitian, menentukan kelanjutan atau berhenti dari pelaksanaan terapi. Pada pelaksanaannya tidak ada klien yang menolak dan tetap bersedia mengikuti terapi sampai akhir. *Confidentiality*, yakni menjamin kerahasiaan data yang diperoleh. Data yang diperoleh dari klien telah dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Prinsip *anonymous*, dilakukan dengan tidak menampilkan identitas responden, peneliti menggunakan kode responden. Azas adil (*justice*) juga dilakukan oleh peneliti, dimana ketiga kelompok mendapat booklet psikoedukasi mengatasi kondisi ansietas dan depresi yang dibuat oleh peneliti. Responden memiliki potensi untuk menerima manfaat dari intervensi yang dilakukan dalam penelitian (*beneficence*) yang dibuktikan dengan ungkapan verbal klien yang mengatakan bahwa senang diajarkan cara melawan pikiran dan mengontrol pikiran, senang ada teman ‘curhat’ dan ungkapan lega karena selama ini klien sulit mengungkapkan perasaannya. Prinsip *maleficence* dilakukan dengan mengupayakan bebas dari rasa tidak nyaman, dengan menyetujui jam interaksi yang dikehendaki klien, membatalkan interaksi saat klien sedang tidur, mengalami nyeri, mual atau dikunjungi tamu selain itu juga klien diberikan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran untuk mengatasi ansietas dan depresi.

4.7 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner sebagai instrumen penelitian untuk mengidentifikasi karakteristik klien, kondisi ansietas

dan depresi, kemampuan mengontrol pikiran. Instrumen penelitian ini sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 orang penderita kanker di RS Kanker Dharmais. Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner sbb :

4.7.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah beberapa pertanyaan yang berisi karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar kuesioner A yang terdiri dari 11 pertanyaan tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, lama sakit, stadium penyakit, jenis kanker, dan jenis pengobatan. Peneliti mengisi sendiri isian jenis kanker dan jenis pengobatan yang diperoleh dari data rekam medis. Stadium penyakit dikeluarkan dari profil demografi klien karena peneliti mengalami kesulitan mendapatkan stadium kanker pada rekam medis. Hal ini disebabkan karena klien sudah berulang kali di rawat di RS sehingga tidak setiap saat klien masuk dokter menulis lagi stadium kanker klien.

4.7.2 Pengukuran Tingkat Ansietas Depresi

Pengukuran terhadap tingkat ansietas depresi menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) yang terdiri dari 7 pertanyaan untuk ansietas (no 2, 4, 6, 8, 11, 12, 14) dan dari 7 pertanyaan untuk depresi (no 1, 3, 5, 7, 9, 10, 13). Semua pertanyaan berbentuk skala Likert, jenis pertanyaan negatif (*unfavourable*) yakni pada no 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, dan 14; pertanyaan positif (*favourable*) ada pada no 7 dan 10. Pilihan jawaban yang memiliki rentang nilai 0 – 3 yang hanya diketahui peneliti. Jumlah total skor ansietas dan depresi masing-masing 21 sehingga diperoleh total skor 42.

4.7.3 Pengukuran Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif

Kuesioner ini ditujukan untuk mengukur kemampuan klien sejauh mana responden dapat mengendalikan pikiran negatif sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Pengukuran

dilakukan terhadap kemampuan klien mengontrol pikiran negatif dengan menggunakan kuesioner C dengan skala Likert dengan total skor 24 poin. Jenis pertanyaan negatif (*unfavourable*) yakni pada nomor 1,2,3,5,6,7 dan 8; pertanyaan positif (*favourable*) pada nomor. Pilihan jawaban selalu diberi skor 0, kadang-kadang diberi skor 1, jarang diberi skor 2, tidak pernah diberi skor 3.

4.8 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data/instrumen data sebelum digunakan. Instrumen penelitian yang digunakan merupakan alat yang dipakai untuk mengumpulkan data yang merupakan lembar kuesioner penelitian (Dharma, 2011). Uji coba instrumen dilakukan dengan menggunakan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner.

4.8.1 Uji Validitas

Suatu tes atau instrumen alat ukur dapat dikatakan mempunyai validitas tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya, atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukannya pengukuran tersebut (Dharma, 2011).

Uji validitas pada instrumen HADS, diperoleh hasil r tabel=0,361. Perbandingan dengan r hasil, ditemukan 3 pertanyaan yang berada dibawah r tabel, yakni merasa tiba-tiba panik, merasa tidak bersemangat dan masih menikmati dapat membaca buku, mendengar radio dan menonton TV. Peneliti melakukan perubahan tata bahasa pada poin tanpa merubah makna.

Uji validitas pada intrumen kemampuan mengendalikan pikiran diperoleh sejumlah pernyataan yang tidak valid. Sebanyak 9 pernyataan tidak valid karena berada dibawah r tabel, yakni 0,361. Selanjutnya pernyataan tidak valid dibuang dan diperoleh 8 pernyataan yang valid.

4.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai *cronbach's alpha* lebih besar dari nilai r-tabel.

Untuk uji reabilitas, dianalisis dengan menggunakan uji reabilitas. r hasil yang digunakan adalah nilai *cronbach's alpha*. Nilai *cronbach's alpha* yang diperoleh dari uji instrument HADS adalah 0,843. r hasil lebih besar dari r tabel sehingga pernyataan pada kuesioner HADS dinyatakan reliabel. Instrumen HADS telah dipergunakan luas dengan terjemahan berbagai bahasa dengan rentang *cronbach's alpha* bervariasi mulai dari 0.67- 0,93, dengan variasi mean 0,82- 0,83. Pengujian instrumen kemampuan mengontrol pikiran, setelah pernyataan tidak valid dibuang, langkah selanjutnya dilakukan pengukuran terhadap reabilitas. Nilai *cronbach's alpha* yang diperoleh adalah 0,762. r hasil lebih besar dari r tabel sehingga pernyataan pada kuesioner kemampuan mengontrol pikiran dinyatakan reliabel.

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.9.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dengan pengurusan perizinan penelitian pada RS Kanker Dharmais (lampiran 10). Setelah surat izin penelitian diperoleh (lampiran 11), maka peneliti akan melakukan uji instrumen yang akan digunakan untuk mengukur ansietas dan depresi pada klien kanker. Langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi responden sesuai dengan kriteria inklusi sesuai dengan tehnik pencarian sampel yakni *consecutive sampling*. Setelah identifikasi responden, peneliti akan menjelaskan tujuan dan manfaat

penelitian; meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan; pengisian kuesioner oleh responden sebelum intervensi.

4.9.2 Tahap Pelaksanaan

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui tiga tahapan yaitu: tahap *pre test*, tahap intervensi, dan tahap *post test*.

4.9.2.1 *Pre test*

Pre test merupakan suatu cara untuk mengetahui kondisi awal tentang tingkat ansietas dan depresi klien dengan cara mengisi kuesioner mengenai ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif. Klien yang memenuhi kriteria akan dijadikan calon responden. *Pre test* dilakukan oleh peneliti setiap hari pada kelompok intervensi 1, 2 dan kelompok non intervensi dengan batasan per kamar.

4.9.2.2 Intervensi

Peneliti melakukan intervensi terapi spesialis pada kelompok intervensi 1 pada 2 minggu pertama, selanjutnya 2 minggu berikut dilakukan intervensi 2. Kelompok intervensi 1 mendapat terapi kognitif dikombinasikan dengan terapi penghentian pikiran. Kombinasi terapi ini terdiri dari 5 sesi. Sesi tersebut yakni: sesi 1 : identifikasi pikiran otomatis yang negatif; sesi 2 : penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif ; sesi 3 : pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur, sesi 4 : pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan bervariasi, dan sesi 5 : evaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*.

Pelaksanaan sesi 1, dimulai dengan memperkenalkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran pada klien. Klien diajak mendiskusikan tentang alasan mengapa pikiran negatif dapat timbul pada diri klien dan bagaimana pengaruh pikiran negatif terhadap perasaan dan perbuatan. Klien diajak berdiskusi agar memiliki *insight* terhadap pikirannya selama ini. Selanjutnya

klien diajak mengidentifikasi pikiran negatif dan diajarkan cara melawan pikiran negatif dengan melakukan *counter* pada pikiran negatif. Pada awalnya ditemukan kesulitan pada klien untuk melawan pikiran negatif. Setelah diberikan contoh oleh peneliti, klien berangsur-angsur dapat melakukan counter pikiran. Pada sebagian responden, ada yang dapat mengungkapkan secara mandiri namun ada juga yang masih harus dibantu untuk melakukan counter pikiran.

Sesi 2 dilakukan dengan melatih menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif. Pikiran negatif yang sering muncul pada klien adalah persepsi negatif yang berhubungan dengan kematian akibat kanker, perubahan peran, masalah sosial ekonomi. Masalah citra tubuh jarang diungkapkan oleh klien karena sebagian besar mereka dapat menutupi rambut rontok dan kulit yang mengering akibat radiasi dengan penggunaan jilbab. Ungkapan beberapa klien yang menyatakan bahwa dengan melihat kondisi pasien lain yang memiliki masalah yang sama dengan mereka, perasaan bahwa mereka tidak sendiri membuat mereka tidak memikirkan masalah penampilan. Beberapa klien mengatakan rasa malu, sedih, putus asa dll muncul dirumah karena merasa sendiri ditengah-tengah orang yang sehat dan merasa sendiri.

Klien perempuan cenderung berfikir negatif terhadap peran sebagai istri dan ibu rumah tangga. Hampir seluruh klien yang sudah menikah, pikiran negatif yang sering muncul adalah menganggap diri tidak berguna dan selalu merepotkan karena tidak bisa melakukan peran dengan baik. Pikiran negatif pada klien laki-laki terkait peran adalah ketidakmampuan mereka menjadi kepala keluarga, sehingga menyusahkan anak dan istri, terutama pada klien yang sudah tidak bekerja lagi akibat sakit.

Ungkapan pikiran bunuh diri justru lebih sering diungkapkan oleh klien laki-laki karena perasaan malu, bersalah, dan merepotkan keluarga sehingga berfikir lebih baik mati daripada uang habis untuk pengobatan, penyakit

tidak sembuh dan sekolah anak terbengkalai. Pada klien perempuan, ungkapan bunuh diri jarang diungkapkan, hanya ada 1 responden yang mengungkapkan keinginan bunuh diri, namun itupun akibat rasa sakit yang tidak dapat ditahan, hilang timbul walau sudah diberi morfin.

Pada sesi selanjutnya (sesi 3) adalah latihan penghentian pikiran negatif. Ada beberapa klien yang tampak susah konsentrasi dan gagal pada latihan awal. Beberapa klien awalnya tampak seperti tidak yakin bisa melakukan penghentian pikiran, namun beberapa sangat antusias saat akan belajar mengentikan pikiran mengganggu. Faktor utama yang jadi pengganggu saat awal belajar menghentikan pikiran adalah suasana kamar yang berisik saat sedang terapi. Namun dengan panduan peneliti untuk tetap fokus ke terapi membuat klien juga dapat mengikuti terapi.

Pelaksanaan sesi 4 adalah dengan pemutusan pikiran dengan menggunakan hitungan teratur dan hitungan bervariasi. Saat awal dilakukan pemutusan dengan suara alarm, ternyata agak mengganggu pasien disebelahnya, sehingga banyak klien yang memutuskan untuk tidak menggunakan alarm. Beberapa klien mengungkapkan bahwa mereka melakukan modifikasi saat melatih menghentikan pikiran, dimana saat setelah ungkapan STOP, hal yang dimunculkan dalam pikiran mereka adalah kepasrahan kepada Tuhan. Hal ini membuat mereka lebih bisa menerima kondisi sakit sekarang dengan mendekatkan diri kepada Tuhan.

Keterlibatan keluarga yang diharapkan tinggi saat awal, tidak dapat dipenuhi dalam periode penelitian ini. Penyebabnya antara lain ada beberapa klien yang tidak ditunggu oleh keluarga saat apagi atau siang hari, anggota keluarga yang jarang ada ditempat saat akan melakukan terapi, anggota keluarga yang secara bergantian menjaga klien, anggota keluarga yang sibuk mengurus administrasi atau pengambilan resep, dan lain sebagainya. Hal ini karena sistem pelayanan di ruang Teratai yang melibatkan keluarga dalam urusan medis/keperawatan dan non medis sehingga keluarga tidak dapat

fokus mendampingi klien, namun juga harus mengurus pengambilan obat, dan sebagainya. Hal ini mengakibatkan peneliti juga kurang melibatkan keluarga dalam terapi, dan menitikberatkan pelaksanaan terapi pada klien.

Evaluasi manfaat setelah mendapatkan terapi dilakukan diakhir terapi (sesi 5) adalah kemampuan klien yang meningkat untuk mengatasi pikiran negatif dan merasa lebih menerima kondisi. Klien mengungkapkan rasa senang karena peneliti bersedia mengajarkan klien cara-cara tersebut diatas. Menurut pengakuan klien, selama ini ada perasaan kurang jujur terhadap diri sendiri, khususnya terhadap pikiran negatif yang muncul. Selain itu faktor yang menghambat klien mengatasi masalahnya adalah ketidakmampuan klien mengungkapkan perasaannya dan tidak mau mengungkapkan kepada keluarga karena takut semakin membebani, sedangkan saat dirawat klien mengaku kurang mendapat sentuhan psikologis dari perawat dan dokter sehingga membuat klien juga enggan mengungkapkan rasa khawatir dan perasaan cemas kepada tenaga medis.

Pada kelompok intervensi 2, terapi kognitif tidak dikombinasikan dengan terapi penghentian pikiran, sehingga responden hanya mendapat terapi kognitif saja. Terapi kognitif direncanakan juga dilakukan sebanyak sesi. Sesi tersebut yakni: sesi 1 : identifikasi pikiran otomatis yang negatif; sesi 2-3 : penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif ; sesi 4 : manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif; sesi 5 : melibatkan keluarga sebagai *support system*. Secara keseluruhan pelaksanaannya sama dengan kelompok intervensi 1, termasuk ungkapan pikiran negatif, cara pelaksanaan terapi, respon klien dan ungkapan klien setelah terapi.

Selama proses intervensi pada kelompok intervensi 1 dan 2, peneliti menemukan pentingnya pemilihan kata-kata atau penggunaan bahasa yang tepat atau sesuai dengan tingkat pendidikan klien. Ditemukan pada klien yang memiliki tingkat pendidikan rendah kesulitan memahami isi

pembicaraan terutama pada sesi 1, dimana peneliti menjelaskan proses penyebab terjadinya pikiran negatif. Akhirnya peneliti menggunakan kata-kata atau istilah yang disesuaikan dengan pemahaman klien.

Peneliti memberikan buku kerja pada masing-masing responden sebagai media dalam pemberian terapi dan untuk catatan harian responden terkait terapi yang diberikan. Selama pelaksanaan terapi, hampir seluruh responden tidak mencatat sendiri pada buku kerja sehingga peneliti yang membantu untuk mencatat yang diungkapkan klien. Kondisi ini disebabkan karena kesulitan responden menulis karena terpasang berbagai peralatan medis, seperti infus cairan atau infus untuk kemoterapi atau transfusi darah, selang oksigen, atau selang drainage cairan luka operasi. Selain itu responden juga lebih memilih posisi semi fowler atau fowler saat interaksi dengan alasan kenyamanan klien. Alasan lain yang diungkapkan responden adalah sudah lama tidak menulis sehingga terasa kaku memegang alat tulis.

Selanjutnya, peneliti yang menulis ungkapan responden di buku kerja. Peneliti selalu melakukan klarifikasi pada responden tentang hal yang ditulis dan peneliti juga membacakan tulisan yang tertuang pada buku kerja. Keterbatasan ini akhirnya membuat responden tidak menuliskan cara latihan yang dilakukan pada latihan mandiri. Kondisi ini membuat peneliti menulis kembali latihan yang dilakukan klien pada fase pre interaksi di pertemuan selanjutnya. Keterlibatan keluarga dinilai kurang maksimal selama intervensi karena keluarga sering berganti-ganti menjaga klien, kesibukan keluarga mengurus keperluan klien (misalnya pengurusan surat-surat, pengambilan obat) sehingga keluarga sering tidak ada ditempat saat intervensi akan dilakukan.

Waktu pelaksanaan intervensi pada kelompok intervensi 1 dan 2 dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden dengan mempertimbangkan kondisi fisik klien dalam masa perawatan. Interaksi dapat dilakukan 2 kali sehari sesuai dengan kebutuhan responden. Variasi

waktu pemberian terapi adalah 15-30 menit. Kelompok non intervensi tidak mendapat terapi dari peneliti. Asisten peneliti dan peran perawat ruangan sangat berperan pada kelompok non intervensi di ruang Cempaka.

4.9.2.3 *Post Test*

Post test dilakukan untuk mengetahui variabel dependen setelah dilakukan intervensi *Post test* dilakukan oleh asisten peneliti dan perawat ruangan di unit terkait. Peneliti mengukur kembali perbedaan kondisi ansietas dan depresi pada kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 dan kelompok non intervensi dengan memberikan kuesioner B. Pelaksanaan *post test* pada kelompok non intervensi dilakukan pada saat responden akan pulang dari RS. *Post test* pada kelompok intervensi 1 diberi setelah seluruh sesi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran selesai dilakukan sedangkan pada kelompok intervensi 2, *post test* dilakukan setelah pemberian terapi kognitif.

Peneliti juga akan mengukur kemampuan kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 dan kelompok non intervensi dengan memberikan kuesioner C untuk mengukur kemampuan mengontrol pikiran negatif. Setelah *post test*, setiap responden dalam penelitian ini akan diberikan sebuah booklet tentang psikoedukasi mengatasi kondisi ansietas dan depresi. Selanjutnya ringkasan tahap pelaksanaan penelitian dapat dilihat pada skema 4.1.

Skema 4.1
Kerangka Kerja Pengaruh Terapi Kognitif Dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta

Hari ke 1	Hari ke 2-4	Hari ke 5-6
1. Penjelasan Penelitian 2. Informed Consent 3. Pengumpulan data awal/Pre test	KELOMPOK INTERVENSI I TERAPI KOGNITIF dan PENGHENTIAN PIKIRAN : Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis yang negatif. Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif. Sesi 3 : Identifikasi pikiran yang mengganggu dan pemutusan pikiran dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur Sesi 4 : Pemutusan pikiran dengan menggunakan alarm atau hitungan bervariasi Sesi 5 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi)	1. Post test setelah terapi selesai dilakukan 2. Pemberian booklet setelah post test
	KELOMPOK INTERVENSI II TERAPI KOGNITIF : Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis yang negatif. Sesi 2-3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif. Sesi 4 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)	
	KELOMPOK NON INTERVENSI	Post test

4.10 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

4.10.1 Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini akan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut (Hastono, 2007) :

4.10.1.1 *Editing*

Peneliti akan melakukan pengecekan pengisian kelengkapan kuesioner, apakah sudah terisi dengan lengkap, jelas, dan terkait dengan isi kuesioner A (data demografi serta variabel *confounding*), kuesioner B (tingkat ansietas dan depresi), kuesioner C (kemampuan mengontrol pikiran negatif). Editing awal dilakukan saat setelah klien selesai mengisi kuesioner sehingga meminimalkan adanya kuesioner yang tidak diisi. Editing saat akan pengolahan data, tidak ditemukan adanya isian yang kosong sehingga tidak ditemukan masalah dalam pengeditan data.

4.10.1.2 *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pemberian kode disusun berdasarkan kelompok intervensi 1 (KI 1), kelompok intervensi 2 (KI 2), dan kelompok non intervensi (KK). Responden pertama pada KI 1, akan diberi kode KI1.1, KI 1.2.....KI 1.30, dan seterusnya pada kelompok intervensi 2 dan kelompok non intervensi. Selanjutnya pemberian kode untuk masing-masing item pertanyaan/pernyataan kategorik. Data numerik tidak dilakukan pengkodean agar memudahkan dalam proses analisa bivariat.

4.10.1.3 *Entry data*

Langkah ini dilakukan dengan memasukkan kode yang telah diberikan pada masing-masing item pertanyaan ke dalam program computer agar dapat diproses untuk. *Entry data* dilakukan keperluan analisa data dengan menggunakan *soft ware* pengolahan data. Penelitian ini menggunakan SPSS 15,0 untuk pengolahan data.

4.10.1.4 *Cleaning*

Cleaning bertujuan untuk memeriksa kembali pengkodean, kesalahan membaca kode maupun kesalahan pada waktu memasukkan data ke dalam program komputer. Data tersebut telah diperbaiki dan diatur dengan klasifikasinya yang selanjutnya dianalisis sesuai dengan variabel dan kategorinya.

4.10.2 Analisis Data

4.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik responden, kondisi ansietas, kondisi depresi dan kemampuan mengontrol klien kanker di RS Kanker Dharmais.

Karakteristik responden dibagi dalam tiga kelompok, yaitu dua kelompok intervensi dan satu kelompok non intervensi. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia dan lama sakit dilakukan dengan sentral tendensi guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui tingkat ansietas dan kondisi depresi klien yang juga menggunakan tendensi sentral guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dari variabel tersebut. Hasil analisis kesetaraan univariat ditemukan data yang setara terhadap data demograsi, kondisi ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran pada tiga kelompok tersebut.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk analisis data didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok non intervensi. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien, ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif antara kelompok intervensi dan non intervensi.

Kesetaraan variabel *confounding* yaitu jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, pendapatan, stadium penyakit, jenis kanker, dan jenis pengobatan pada ketiga kelompok ini diukur dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Karakteristik responden meliputi variabel usia dan lama sakit kelompok intervensi dengan kelompok non intervensi diukur dengan

menggunakan uji Anova. Bila nilai *p-value* lebih besar dari pada nilai *alpha* (0,05) maka kelompok intervensi dan kelompok non intervensi disimpulkan setara atau homogen. Uraian diatas selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien dan Variabel Dependen

Analisis kesetaraan karakteristik				
No.	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Kelompok Non intervensi	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>ANOVA</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)	Status perkawinan (data katagorik)	Status perkawinan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Lama Sakit (data numerik)	Lama Sakit (data numerik)	Lama Sakit (data numerik)	<i>ANOVA</i>
7.	Pendapatan (data katagorik)	Pendapatan (data katagorik)	Pendapatan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
8.	Jenis kanker (data katagorik)	Jenis kanker (data katagorik)	Jenis kanker (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
9.	Jenis pengobatan (data katagorik)	Jenis pengobatan (data katagorik)	Jenis pengobatan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
Analisis Kesetaraan Variabel Dependen				
No.	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Kelompok Non intervensi	Cara Analisis
1.	Kondisi ansietas (data numerik)	Kondisi ansietas (data numerik)	Kondisi ansietas (data numerik)	<i>ANOVA</i>
2.	Kondisi depresi (data numerik)	Kondisi depresi (data numerik)	Kondisi depresi (data numerik)	<i>ANOVA</i>
3.	Kemampuan mengontrol pikiran negatif (data numerik)	Kemampuan mengontrol pikiran negatif (data numerik)	Kemampuan mengontrol pikiran negatif (data numerik)	<i>ANOVA</i>

Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi 1 dan 2 serta kelompok non intervensi sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan menggunakan uji *dependent t test*. Bila diperoleh nilai $p \text{ value} \leq 0,05$ maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan kondisi ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi 1 dan 2 serta kelompok

non intervensi sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif.

Selisih perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif sebelum dan setelah diberikan terapi antara kelompok yang mendapatkan pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif dengan menggunakan *one way Anova*. Data yang diperoleh menunjukkan nilai *p value* $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan selisih perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif antar kelompok intervensi 1 dan 2 serta kelompok non intervensi sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif.

Hubungan kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan penurunan ansietas dan depresi dianalisis dengan melakukan uji korelasi. Bila nilai *p value* $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap penurunan ansietas dan depresi. Kekuatan hubungan variabel tersebut dilihat dari nilai koefisien korelasi (*r*). Bila nilai *r* = 0.00-0.25 maka dikatakan tidak ada hubungan atau hubungan lemah, nilai *r* = 0.26-0.50 hubungan sedang, nilai *r* = 0.51-0.75 hubungan kuat dan nilai *r* = 0.76- 1.00 hubungan sangat kuat (Hastono, 2007). Tabel 4.3 berikut disajikan untuk lebih mempermudah melihat metode analisis bivariat.

Tabel 4.3 Analisis Bivariat

No	Kelompok	Variabel Penelitian		Cara analisis
		Sebelum	Setelah	
1.	Kelompok intervensi 1	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	Dependent t test
2.	Kelompok intervensi 2	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	
3.	Kelompok non intervensi	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	Ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif	

No	Kelompok	Variabel Penelitian		Cara analisis
		Sebelum	Setelah	
5.	Kelompok intervensi 2	Selisih ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>pre-post</i>)	Selisih ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>pre-post</i>)	
6.	Kelompok non intervensi	Selisih ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>pre-post</i>)	Selisih ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>pre-post</i>)	
No	Kelompok intervensi 1	Kelompok intervensi 2	Kelompok non intervensi	Cara analisis
7.	Kondisi ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>post</i>)	Kondisi ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>post</i>)	Kondisi ansietas, depresi, kemampuan mengontrol pikiran (<i>post</i>)	ANOVA
8.	Hubungan kondisi ansietas, depresi dengan kemampuan mengontrol pikiran	Hubungan kondisi ansietas, depresi dengan kemampuan mengontrol pikiran	Hubungan kondisi ansietas, depresi dengan kemampuan mengontrol pikiran	Uji korelasi

4.10.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, lama sakit, jenis kanker, jenis pengobatan, terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap penurunan ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran negatif. Hipotesa ini dianalisis menggunakan uji korelasi *regresi linier ganda*. Analisis multivariat karakteristik klien kanker disajikan pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis Multivariat

No.	Karakteristik Reponden	Variabel dependen	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Kondisi ansietas dan depresi (data numerik) Kemampuan mengontrol pikiran (data numerik)	<i>Regresi Linier Ganda</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)		
3.	Pekerjaan (data katagorik)		
4.	Pendidikan (data katagorik)		
5.	Status perkawinan (data katagorik)		
6.	Lama Sakit (data numerik)		
7.	Pendapatan (data katagorik)		
8.	Jenis kanker (data katagorik)		
9.	Jenis pengobatan (data katagorik)		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan temuan penelitian pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran serta terapi kognitif terhadap ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran klien kanker di RS Dharmais Jakarta. Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 23 Mei-16 Juni 2012 pada 90 orang responden yang mengalami kanker, yang terbagi dalam 3 kelompok, yakni 30 orang kelompok intervensi 1, 30 orang kelompok intervensi 2 dan 30 orang kelompok non intervensi sesuai dengan kriteria inklusi. Kelompok intervensi 1 intervensi kognitif dan terapi penghentian pikiran, kelompok intervensi 2 intervensi kognitif sedangkan pada kelompok non intervensi tanpa terapi kognitif maupun terapi penghentian pikiran. *Pre test* dan *post test* dilakukan pada ketiga kelompok kemudian hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian, yaitu: karakteristik klien penderita kanker, kondisi ansietas, kondisi depresi, dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.

5.1 Karakteristik Klien Kanker

Karakteristik klien kanker terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, lama sakit, jenis kanker, dan jenis pengobatan. Data kategorik terdiri atas jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, jenis kanker, dan jenis pengobatan ditampilkan dalam distribusi frekuensi, sedangkan data numerik, yakni usia dan lama menderita sakit (sejak didiagnosa kanker) ditampilkan dalam *central tendency*.

Bagian ini juga dilakukan analisis kesetaraan masing-masing kelompok. Analisis kesetaraan data kategorik menggunakan uji *Chi-square*, sedangkan untuk data numerik menggunakan *independent t-test*. Hasil yang didapatkan pada uji ini adalah tidak ada perubahan yang bermakna antar kelompok, yang dibuktikan dengan $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa data homogen.

5.1.1 Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Pernikahan, Status ekonomi, Jenis Kanker, dan Jenis Pengobatan

Karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, jenis kanker, dan jenis pengobatan merupakan variabel kategorik dan dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan uji kesetaraan menggunakan uji *chi square* (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Kesetaraan Karakteristik Klien Kanker Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Pernikahan, Status ekonomi, Jenis Kanker, dan Jenis Pengobatan di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)

No	Karakteristik	Kelompok	Kelompok	Kelompok	Jumlah		P Value
		intervensi 1 (n=30)	intervensi 2 (n=30)	non intervensi (n=30)	(n=90)		
		n	n	n	n	%	
1	Jenis kelamin						
	a. Laki-laki	12	8	9	29	32,2	0,516
	b. Perempuan	18	22	21	61	67,8	
2	Pekerjaan						
	a. Bekerja	14	15	19	48	53,3	0,392
	b. Tidak bekerja	16	15	11	42	46,7	
3	Pendidikan						
	a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	17	14	11	42	46,7	0,300
	b. Pendidikan tinggi (SMU dan PT)	13	16	19	48	53,3	
4	Status pernikahan						
	a. Nikah	20	26	23	69	76,7	0,187
	b. Tidak menikah	10	4	7	21	23,3	
5	Status ekonomi						
	a. Dibawah UMR	14	16	11	41	45,6	0,427
	b. Diatas UMR	16	14	19	49	54,4	
6	Jenis Kanker						
	a. Ginekologi	2	6	1	9	10	0,191
	b. Payudara	5	6	8	19	21,1	
	c. Head and neck	7	4	2	13	14,4	
	d. Hematologi	2	4	5	11	12,2	
	e. Gastrointestinal	11	5	9	25	27,8	
	f. Paru	0	1	3	4	4,4	
	g. Lainnya	3	4	2	9	10,0	
7	Jenis pengobatan						
	a. Kemoterapi	20	12	11	43	47,8	0,141
	b. Radiasi	0	1	3	4	4,4	
	c. Pembedahan	5	9	8	22	24,4	
	d. Kombinasi pengobatan	1	5	6	12	13,3	
	e. Perbaikan kondisi umum	4	3	2	9	10,0	

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yakni sebanyak 67,8 %, bekerja (53,3%), tingkat pendidikan tinggi (53,3%), menikah (76,6%), pendapatan diatas UMR (54,4%). Insiden kanker yang terbanyak adalah kanker pada sistem gastrointestinal (27,8%), diikuti dengan kanker payudara sebanyak 21,1%, dan jenis pengobatan terbanyak adalah kemoterapi 47,8%. Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, status ekonomi, jenis kanker, dan jenis pengobatan antara kelompok intervensi 1,2 dan non intervensi homogen dengan hasil analisis $p\ value > 0.05$.

5.1.2 Usia Dan Lama Sakit

Karakteristik usia dan lama menderita sakit (sejak didiagnosa kanker) dianalisis dengan menghitung *central tendency* serta di uji kesetaraannya dengan menggunakan uji *one way Anova* (tabel 5.2).

Tabel 5.2
Distribusi Rerata dan Kesetaraan Usia dan Lama Menderita Sakit
Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)

Variabel	Jenis kelompok	n	Mean	SD	Min-Maks	p Value
Usia	Intervensi 1	30	38.07	10.875	19-54	0,66
	Intervensi 2	30	44.37	11.050	18-62	
	Non intervensi	30	43.27	11.129	24-64	
	Total	90	41.90	11.239	18-65	
Lama menderita sakit	Intervensi 1	30	8,13	5,680	1-24	0,195
	Intervensi 2	30	11,70	8,875	1-24	
	Non intervensi	30	9,97	7,792	1-24	
	Total	90	9,93	7,623	1-24	

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa usia rata-rata adalah 41,90 tahun, dengan rentang usia paling muda adalah 18 tahun dan usia paling tua yakni 65 tahun. Rata-rata lama menderita sakit adalah 9,93 bulan dengan rentang 1-24 bulan. Analisis kesetaraan menunjukkan kesetaraan data numerik,

masing-masing kelompok memiliki $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$. Hal ini berarti ketiga kelompok tersebut memiliki varian yang sama atau homogen.

5.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker

Kondisi ansietas dan depresi sebagai variabel dependen akan diuraikan sebagai berikut : kondisi ansietas dan depresi sebelum intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terapi kognitif dan pada kelompok non intervensi, kondisi ansietas dan depresi sebelum dan setelah intervensi, selisih perbedaan kondisi ansietas dan depresi , sebelum dan setelah intervensi, dan perbandingan kondisi ansietas dan depresi setelah intervensi.

5.2.1 Kondisi Ansietas dan Depresi Sebelum Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Klien Kanker

Analisis kondisi ansietas dan depresi sebelum intervensi pada kelompok intervensi 1, intervensi 2 dan non intervensi dilakukan dengan menghitung *central tendency*. Uji kesetaraan terhadap variabel kondisi ansietas dan depresi dianalisis dengan menggunakan *one way Anova* (tabel 5.3).

Hasil analisis ditemukan bahwa rerata kondisi ansietas pada ketiga kelompok sebelum intervensi adalah 12,61 dengan rentang nilai 5-19. Kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki rerata 13.43 dengan rentang nilai 8-19, kelompok yang mendapat terapi kognitif memiliki rerata 11.87 dengan rentang nilai 6-18, dan kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki rerata yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki rerata 12.53 dengan rentang nilai 5-19. Menurut pengklasifikasian perolehan skor sesuai dengan kriteria HADS, maka dapat disimpulkan bahwa ketiga kelompok responden mengalami ansietas sedang sebelum dilakukan intervensi.

Tabel 5.3
Analisis Kondisi Ansietas dan Depresi dan Kesetaraan Klien Kanker
Sebelum Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)

Variabel	Jenis kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Maks	<i>p Value</i>
Kondisi Ansietas	Intervensi 1	30	13.43	3.401	0.621	8-19	0,205
	Intervensi 2	30	11.87	3.159	0.577	6-18	
	Non intervensi	30	12.53	3.589	0.655	5-19	
	Total	90	12.61	3.411	0.360	5-19	
Kondisi Depresi	Intervensi 1	30	6.97	3.605	0.658	2-14	0,316
	Intervensi 2	30	8.20	3.078	0.562	2-15	
	Non intervensi	30	7.67	2.644	0.483	3-13	
	Total	90	7.61	3.140	0.331	2-15	

Retata kondisi depresi pada ketiga kelompok adalah 7,61 dengan rentang nilai 2-15. Kelompok intervensi yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki rerata 6,97 dengan rentang nilai 2-14, kelompok yang mendapat terapi kognitif memiliki rerata 8,20 dengan rentang nilai 2-15, dan kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki rerata 7,67 dengan rentang nilai 3-13. Menurut pengklasifikasian perolehan skor sesuai dengan kriteria HADS, maka dapat disimpulkan bahwa ketiga kelompok responden mengalami depresi sedang sebelum dilakukan intervensi.

Hasil uji statistik terhadap kesetaraan kondisi ansietas dan depresi pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna pada kondisi ansietas dan depresi pada masing-masing kelompok. Perolehan nilai *p value* $0,205 > \alpha 0,05$ menunjukkan bahwa kondisi ansietas pada ketiga kelompok adalah setara atau homogen sedangkan kondisi depresi dengan *p value* $0,316 > \alpha 0,05$ menunjukkan bahwa kondisi depresi pada ketiga kelompok adalah setara atau homogen.

5.2.2 Perubahan Kondisi Ansietas dan Depresi Sebelum dan Setelah Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Klien Kanker

Analisis perubahan kondisi ansietas dan depresi setelah intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif dan pada kelompok non intervensi dilakukan dengan menggunakan *paired t-test* (tabel 5.4).

Tabel 5.4

Analisis Perubahan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Sebelum dan Setelah Intervensi Di RS Kanker Dharmais (n = 90)

Variabel	Kelompok	Mean sebelum	Mean setelah	Mean selisih	SD selisih	p Value
Kondisi ansietas	Intervensi 1	13.43	7.17	6,26	1,08	0,000*
	Intervensi 2	11.87	7.23	4,63	0,590	0,000*
	Non intervensi	12.53	10.97	1,57	0,242	0,001*
Kondisi Depresi	Intervensi 1	6.97	3.47	3.50	1.662	0,000*
	Intervensi 2	8.20	5.33	2.87	0.829	0,000*
	Non intervensi	7.67	7.50	0.17	0.142	0,600

* Bermakna pada α 0,05

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat penurunan skor ansietas secara bermakna (p Value $0,000 < \alpha$ 0,05) sebesar 6,26, terdapat penurunan skor ansietas dari kondisi sedang menjadi ringan. Kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja mengalami penurunan skor ansietas secara bermakna (p Value $0,000 < \alpha$ 0,05) sebesar 4,63, terdapat penurunan skor ansietas dari kondisi sedang menjadi ringan. Kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat penurunan skor ansietas secara bermakna (p Value $0,000 < \alpha$ 0,05) sebesar 1,57, terdapat penurunan skor ansietas dari kondisi sedang menjadi ringan.

Perubahan penurunan skor ansietas pada ketiga kelompok diatas ditemukan bahwa penurunan skor ansietas terbesar ditemukan pada kelompok yang

mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (46,61%) dibandingkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja (39%) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (12,5%). Penurunan skor ansietas yang masih harus dicapai pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 53,38%, kelompok yang mendapat terapi kognitif sebesar 61% dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 87,5%.

Tabel diatas juga menunjukkan adanya perubahan pada rerata kondisi depresi. Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat penurunan skor depresi secara bermakna ($p \text{ Value } 0,000 < \alpha 0,05$) sebesar 3,50, terdapat penurunan skor depresi dari kondisi sedang menjadi ringan. Kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja mengalami penurunan skor ansietas secara bermakna ($p \text{ Value } 0,000 < \alpha 0,05$) sebesar 2,87, terdapat penurunan skor depresi dari kondisi sedang menjadi ringan. Kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat penurunan skor depresi sebesar 0,17 namun tidak bermakna ($p \text{ Value } 0,600 > \alpha 0,05$), sehingga tidak terdapat perubahan kondisi depresi.

Perubahan penurunan skor depresi pada ketiga kelompok diatas ditemukan bahwa penurunan skor depresi terbesar ditemukan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (50,21%) dibandingkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja (35%) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (2,2%). Penurunan skor depresi yang masih harus dicapai pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 49,79%, kelompok yang mendapat terapi kognitif sebesar 65% dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 97,8%.

5.2.3 Perbedaan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran

Kondisi ansietas dan depresi klien kanker setelah intervensi dianalisis dengan menggunakan analisis *one way Anova* (tabel 5.5).

Tabel 5.5
Analisis Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)

	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	P Value
Kondisi ansietas	Intervensi 1	30	7.17	2.321	0.424	2-12	0,000*
	Intervensi 2	30	7.23	2.569	0.469	3-14	
	Non Intervensi	30	10.97	3.347	0.611	5-17	
Kondisi depresi	Intervensi 1	30	3.47	1.943	0.355	1-9	0,000*
	Intervensi 2	30	5.33	2.249	0.411	1-11	
	Non Intervensi	30	7.50	2.502	0.457	2-12	

* Bermakna pada α 0,05

Data tersebut menunjukkan adalah perubahan signifikan terhadap kondisi ansietas dan depresi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran menurunkan skor ansietas dan depresi lebih tinggi secara bermakna (p value < α 0,05) dibandingkan kelompok yang mendapat terapi kognitif dan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

5.2.4 Perbandingan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran

Perbandingan masing-masing terapi terhadap kondisi ansietas dan depresi dilakukan dengan analisis *post bonferroni* dengan nilai sigifikansi 0,05 (tabel 5.6).

Analisis perbandingan kondisi ansietas menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna ($p \text{ value } 1,000 > \alpha 0,05$) kondisi ansietas klien kanker yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang mendapat terapi kognitif. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$) kondisi ansietas klien kanker terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$) kondisi ansietas klien kanker juga terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

Tabel 5.6
Analisis Perbandingan Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker
Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012 (n = 90)

	Kelompok	Kelompok	Mean diff	SE	P value
Kondisi ansietas	Intervensi 1	Intervensi 2	-0,067	0,718	1,000
	Intervensi 1	Non intervensi	-3,800	0,718	0,000*
	Intervensi 2	Non intervensi	-3,733	0,718	0,000*
Kondisi depresi	Intervensi 1	Intervensi 2	-1.867	0.579	0,005*
	Intervensi 1	Non intervensi	-4.033	0.579	0,000*
	Intervensi 2	Non intervensi	-2,167	0.579	0,002*

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.6 juga menunjukkan bahwa analisis perbandingan kondisi depresi menunjukkan ada perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,005 < \alpha 0,05$) kondisi depresi klien kanker yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang mendapat terapi kognitif. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$) kondisi depresi klien kanker juga ditemukan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,002 < \alpha 0,05$) kondisi depresi klien kanker juga terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

5.3. Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker

Bagian ini membahas tentang kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terapi kognitif serta pada kelompok non intervensi, kemampuan mengontrol pikiran negatif sebelum dan setelah intervensi, perbedaan kemampuan mengontrol pikiran negatif, selisih perbedaan dan perubahan kemampuan mengontrol pikiran negatif setelah intervensi.

5.3.1 Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Sebelum Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran

Gambaran kemampuan mengontrol pikiran dianalisis dengan menghitung *central tendency*. Uji kesetaraan terhadap kemampuan mengontrol pikiran dianalisis dengan menggunakan *one way Anova*, kedua hal tersebut disajikan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Gambaran Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif dan Kesetaraan Klien Kanker Sebelum Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p Value
Kemampuan mengontrol pikiran negatif	Intervensi 1	30	7.87	1.432	0.261	6-11	0,902
	Intervensi 2	30	7.83	1.663	0.304	5-11	
	Non Intervensi	30	7.70	1.393	0.254	5-11	
	Total	90	7.80	1.486	0.157	5-11	

Hasil analisis ditemukan bahwa rerata kondisi kemampuan mengontrol pikiran negatif pada ketiga kelompok adalah 7,80 dengan rentang nilai 5-11. Kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki mean 7,70 dengan rentang nilai 6-11, kelompok yang mendapat terapi kognitif memiliki mean 7,83 dengan rentang nilai 5-11, dan kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran memiliki mean 7,80 dengan rentang nilai 5-11. Menurut

pengklasifikasian perolehan skor sesuai kemampuan mengontrol pikiran negatif, disimpulkan bahwa ketiga klien pada ketiga kelompok tersebut memiliki kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Hasil uji statistik terhadap kesetaraan kemampuan mengontrol pikiran negatif menunjukkan bahwa kemampuan mengontrol pikiran negatif pada ketiga kelompok adalah setara atau homogen dengan $p \text{ value } 0.902 > \alpha 0,05$.

5.3.2 Perubahan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Sebelum dan Setelah Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran

Analisis perubahan kemampuan mengontrol pikiran sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, dilakukan dengan menggunakan *paired t-test* (tabel 5.8).

Tabel 5.8
Analisis Perubahan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Sebelum dan Setelah Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	Mean sebelum	Mean setelah	Mean selisih	SD selisih	p Value
Kemampuan mengontrol pikiran negatif	Intervensi 1	7.87	15.60	7,73	0,773	0,000*
	Intervensi 2	7.83	14.00	6,17	1,422	0,000*
	Non intervensi	7.70	8.30	0,6	0,610	0,480

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif secara bermakna ($p \text{ Value } 0,000 < \alpha 0,05$) sebesar 15,60, terdapat peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif dari kemampuan rendah menjadi tinggi. Kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja mengalami peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif secara bermakna ($p \text{ Value } 0,000 < \alpha 0,05$)

sebesar 14, terdapat peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif dari kemampuan rendah menjadi tinggi. Kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, terdapat peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif sebesar 0,6. Peningkatan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif dari kemampuan rendah menjadi tinggi namun tidak bermakna ($p \text{ Value } 0,480 > \alpha 0,05$).

Perubahan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif pada ketiga kelompok diatas ditemukan bahwa peningkatan kemampuan mengontrol pikiran negatif terbesar ditemukan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (98,22%) dibandingkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja (78,79%) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran (7,79%). Peningkatan kemampuan mengontrol pikiran negatif yang masih harus dicapai pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 25,7%, kelompok yang mendapat terapi kognitif sebesar 33,3% dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebesar 97,14%.

5.3.4 Perbedaan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran

Perbedaan perubahan rerata kemampuan mengontrol pikiran negatif setelah intervensi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran pada ketiga kelompok dilakukan analisis menggunakan uji *Anova* (tabel 5.9).

Tabel 5.9
Perbedaan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 90)

	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p Value
Kemampuan mengontrol pikiran negatif	Intervensi 1	30	15.60	2.191	0.400	11-20	0.000*
	Intervensi 2	30	14.00	3.085	0.563	8-20	
	Non Intervensi	30	8.30	2.003	0.366	5-12	

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran meningkatkan skor kemampuan mengontrol pikiran negatif lebih tinggi secara bermakna ($p \text{ value} < \alpha 0,05$) dibandingkan kelompok yang mendapat terapi kognitif dan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

5.3.5 Perbandingan Perubahan Kemampuan Mengontrol Pikiran Klien Kanker Setelah Intervensi Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Negatif

Perbandingan masing-masing terapi terhadap kemampuan mengontrol pikiran negatif dilakukan dengan analisis *post hoc bonferroni* dengan nilai sigifikansi 0,05 (tabel 5.10).

Tabel 5.10

Analisis Perbandingan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais Tahun 2012

(n = 90)

	Kelompok	Kelompok	Mean diff	SE	p Value
Kemampuan	Intervensi 1	Intervensi 2	1,600	0,638	0,042*
mengontrol	Intervensi 1	Non intervensi	7,300	0,638	0,000*
pikiran	Intervensi 2	Non intervensi	5,700	0,638	0,000*

* Bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa analisis perbandingan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker menunjukkan ada perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,042 < \alpha 0,05$) pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang mendapat terapi kognitif. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$) kondisi kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker juga ditemukan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$) kemampuan mengontrol pikiran negatif

klien kanker juga terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

5.4 Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Terhadap Perubahan Kondisi Ansietas Dan Depresi

Hubungan kemampuan mengontrol pikiran negatif terhadap perubahan kondisi ansietas dan depresi dilakukan dengan cara analisis menggunakan uji korelasi (tabel 5.11).

Tabel 5.11
Analisis Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Terhadap Perubahan Kondisi Ansietas dan Depresi Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 60)

Variabel	n	r	p Value
Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif * Kondisi Ansietas Depresi	60	-0,676	0,000

Berdasarkan tabel diatas diketahui nilai $r = -0,676$ dan nilai $p \text{ value} = 0,000$, menunjukkan pola negatif. Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan yang sangat kuat antara kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan penurunan kondisi ansietas dan depresi. Hasil uji statistik juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan penurunan kondisi ansietas dan depresi ($p \text{ value} \leq 0,05$). Kesimpulannya adalah semakin tinggi kemampuan mengontrol pikiran negatif maka semakin rendah kondisi ansietas dan depresi klien kanker.

5.5. Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kondisi Ansietas dan Depresi Klien Kanker

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perubahan kondisi ansietas dan depresi dianalisis menggunakan uji korelasi regresi linier ganda (tabel 5.12).

Tabel 5.12
Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Ansietas dan Depresi Klien
Kanker Di RS Dharmais Jakarta Tahun 2012 (n = 60)

Karakteristik	Kondisi ansietas dan depresi				
	B	SE	P	r	R ²
(Constant)	17.763	1.540	.000	0,452	0,204
Pendidikan	-3.795	.984	.000		

Berdasarkan tabel 5.12 dapat disimpulkan bahwa pendidikan tinggi dan kondisi ansietas dan depresi berhubungan sedang dengan perubahan ansietas dan depresi ($r = 0,452$). Besarnya peluang pendidikan tinggi terhadap perubahan ansietas dan depresi adalah 20,4% ($R^2 = 0.204$) sedangkan sisanya dikontrol oleh faktor lain.

5.6 Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker dianalisis menggunakan uji korelasi regresi linier ganda (tabel 5.13).

Tabel 5.13
Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan
Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker Di RS Dharmais Jakarta
Tahun 2012 (n = 60)

Karakteristik	Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif				
	B	SE	P	r	R ²
(Constant)	12.733	1.098	.000	.239(a)	.057
Pendapatan	1.300	.695	.066		

Berdasarkan tabel 5.13 dapat diketahui bahwa pendapatan berhubungan lemah atau tidak ada dengan kemampuan mengontrol pikiran negatif ($r = 0.239$). Besarnya peluang pendapatan terhadap perubahan kemampuan mengontrol pikiran negatif adalah 5,7 % ($R^2 = 0.057$) sedangkan sisanya dikontrol oleh faktor lain.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran serta terapi kognitif terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker, juga pembahasan interpretasi hasil penelitian dan diskusi tentang hasil penelitian. Keterbatasan penelitian yang membahas tentang keterbatasan kondisi responden, faktor lingkungan, keterbatasan waktu dan instrumen penelitian. Implikasi penelitian membahas tentang pengaruh dan manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan, pendidikan dan keilmuan dan penelitian.

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan klien kanker dalam mengontrol pikiran negatif sebelum pelaksanaan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran pada ketiga kelompok adalah rendah. Pikiran negatif klien kanker muncul akibat cara pandang yang maladaptif terhadap kondisi sakit saat ini. Burn (1980) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif yang dialami klien muncul karena peristiwa yang kurang menyenangkan atau mengancam seperti kondisi fisik menurun, dampak pengobatan, sehingga menimbulkan ketakutan, kehilangan, ketidakmampuan, ketergantungan. Jika hal ini tidak segera diatasi maka dapat menimbulkan krisis. Shell dan Kirsch (2001) menyatakan krisis pada klien kanker dapat mengakibatkan perubahan emosi seperti marah, takut, cemas, depresi, *emotional paralyzing*, putus asa dan tidak berdaya. Peristiwa krisis ini menyebabkan masalah psikososial yang tidak tertangani sehingga akan memperberat kondisi psikis klien. Peristiwa yang dialami klien membuat pentingnya meningkatkan kemampuan klien mengontrol pikiran sehingga dampak masalah psikososial yang muncul dapat diatasi.

Cara meningkatkan kemampuan klien mengontrol pikiran negatif dilakukan dengan pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Pada penelitian ini pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dilakukan dengan tujuan meningkatkan kemampuan klien mengontrol pikiran yang mengganggu, sehingga klien tidak dikuasai pikiran negatif dan mengganggu. Bhar et.al (2007) mengatakan bahwa sasaran utama terapi kognitif adalah mengubah sistem proses informasi yang mengakibatkan peningkatan kemampuan kognitif dalam mempersepsikan stimulus yang datang.

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terdapat penurunan ansietas secara bermakna dari kondisi ansietas sedang ke kondisi ansietas ringan. Pelaksanaan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran meningkatkan fungsi kognitif klien, seperti kemampuan berfikir logis, kemampuan membuat penilaian dan pengambilan keputusan, dan kemampuan menyelesaikan masalah. Kemampuan seseorang dalam mempersepsikan peristiwa atau stimulus dipengaruhi oleh kemampuan seseorang memaksimalkan fungsi kognisinya. Pikiran negatif akibat ansietas dan depresi dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih cara mempersepsikan sesuatu dari cara adaptif. Latihan yang teratur akan meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan fungsi kognitifnya, dalam hal ini adalah kemampuan mengendalikan atau mengontrol pikiran yang mengganggu.

Latihan peningkatan fungsi kognitif pada penelitian Forman et.al (2011) menemukan bahwa strategi perubahan dalam terapi kognitif yakni menantang atau melawan pikiran negatif, restrukturisasi disfungsi kognitif, distraksi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan. Strategi tersebut diikuti dengan strategi *psychological acceptance* dimana klien diajak untuk menerima pikiran dan emosi yang dirasakan sejauh pikiran dan emosi yang dirasakan dapat diterima dengan tanpa usaha mengubah pikiran dan emosi tersebut. Distraksi pikiran dan perasaan yang dijelaskan diatas juga merupakan cara yang dilakukan dalam terapi penghentian pikiran. Cara distraksi pikiran ini

dilakukan untuk menghambat pikiran yang negatif sehingga pikiran negatif dapat diputus. Latihan melawan pikiran negatif, restrukturisasi disfungsi kognitif, distraksi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan secara perlahan dapat meningkatkan kemampuan kognitif terhadap pengendalian pikiran dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.

Pelaksanaan terapi penghentian pikiran dalam penelitian ini yakni untuk memutuskan pikiran otomatis negatif yang mengganggu, pikiran yang membuat cemas, atau pikiran yang tidak diinginkan. Hal utama dalam terapi ini adalah kontrol pikiran. Pikiran yang mengganggu dan mengakibatkan ansietas dapat mengakibatkan seseorang tidak produktif dan mengalami ketidaknyamanan secara psikologis. Pikiran yang mengakibatkan ansietas ini akhirnya dapat menghasilkan suatu perilaku yang maladaptif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa fokus terapi adalah untuk kontrol pikiran negatif sehingga mengurangi ketidaknyamanan dan ansietas.

Stuart (2008) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. Terapi penghentian pikiran dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Ketika menggunakan latihan menghentikan pikiran, secara otomatis pemikiran yang tidak disadari dihentikan beberapa saat. Pikiran marah, putus asa, tidak berdaya, cemas, dll semuanya terhenti dan langsung menampilkan pikiran yang disadari karena pemikiran tersebut dirubah menjadi disadari.

Hasil penelitian juga menunjukkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja terdapat penurunan ansietas secara bermakna dari kondisi ansietas sedang ke kondisi ansietas ringan. Penurunan kondisi ansietas tidak sebesar penurunan kondisi ansietas yang diperoleh oleh kelompok yang mendapat tambahan terapi penghentian pikiran. Pelaksanaan terapi kognitif itu sendiri mampu meningkatkan fungsi kognitif klien, terutama dalam mengatasi pikiran negatif akibat penyakit kanker. Klien diajarkan meningkatkan kemampuan berfikir logis terhadap pikiran negatif dan menghadirkan persepsi

positif dari pikiran yang negatif. Klien kanker juga dilatih untuk melawan pikiran negatif saat muncul dengan menyampaikan sisi positif yang diyakini dari pikiran negatif tersebut. Latihan kognitif yang dilakukan klien akan meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran negatif yang tidak menyenangkan. Kemampuan mengontrol pikiran negatif yang masih harus dicapai oleh klien kanker yang mendapat terapi kognitif ini dapat dioptimalkan dengan frekuensi latihan yang sering dan waktu pelaksanaan terapi kognitif yang ditambah.

Kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terdapat penurunan ansietas dari kondisi ansietas sedang ke kondisi ansietas ringan namun tidak bermakna. Kondisi ini menunjukkan pentingnya intervensi keperawatan jiwa, khususnya psikoterapi untuk membantu klien meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran yang tidak menyenangkan. Asuhan keperawatan generalis untuk mengatasi masalah psikososial klien juga dapat ditingkatkan agar kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker dapat semakin ditingkatkan. Jika klien kanker tidak diajarkan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif, klien akan semakin tidak mampu mengatasi masalah psikososial. Dampak yang ditimbulkan dapat berupa perburukan kondisi mental klien sehingga memperberat masalah fisik, psikis dan sosial yang ditimbulkan akibat kanker.

Temuan selanjutnya bahwa analisis perbandingan kemampuan mengontrol pikiran ditemukan perbandingan yang signifikan antara kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dan kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja. Seperti yang telah diuraikan diatas, bahwa terapi kognitif juga dapat meningkatkan kondisi proses emosional yang dibuktikan dengan penurunan pikiran otomatis negatif dan pergeseran skema pikiran negatif menjadi lebih positif sehingga menghasilkan sikap dan keyakinan yang positif. Pendapat Clark dan Beck (2010) yang menyatakan bahwa selain melibatkan perubahan neurofisiologis, aktivasi lobus prefrontal juga akan meningkatkan kemampuan kognitif. Kombinasi dengan terapi penghentian pikiran membuat klien semakin dilatih untuk mengontrol pikiran

negatif sehingga dapat meningkatkan kemampuan klien mengontrol pikiran. Aplikasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran yang meliputi perubahan pada kognitif, perilaku, afektif dan hubungan interpersonal akan membantu meminimalkan *cognitive biases* pada klien. Hasil akhir yang diharapkan adalah menurunkan pikiran otomatis negatif sehingga dapat secara simultan menurunkan tanda dan gejala ansietas dan depresi.

Kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok intervensi penelitian ini dipengaruhi oleh pendapatan tinggi sebesar 5,7% namun hubungan lemah atau tidak ada hubungan. Hal ini menunjukkan bahwa *material asset* dapat menjadi *support system* seseorang. Stuart (2009) menjelaskan bahwa kemampuan personal, dukungan sosial, dukungan finansial dan pelayanan kesehatan serta keyakinan seseorang akan menjadi sumber koping seseorang dalam menghadapi masalah. Sumber koping ini dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengatasi masalah atau bahkan menurunkan kemampuan mengatasi masalah dalam hal ini termasuk kemampuan mengontrol pikiran negatif klien.

6.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas Klien Kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi ansietas ketiga kelompok adalah ansietas sedang. Ansietas yang dialami klien merupakan respon dari ketakutan yang tidak dapat dijelaskan yang merupakan respon terhadap stimulus internal dan eksternal yang memiliki tanda dan gejala perilaku, emosi, kognitif dan fisik (Videback, 2008). Ansietas juga merupakan produk dari kekhawatiran atau ketakutan, ketegangan sebagai antisipasi terhadap kondisi yang dianggap mengancam.

Penderita kanker mengalami ansietas sering muncul akibat perubahan kondisi fisik yang dirasakan, seperti fatigue, insomnia, fungsi fisik yang menurun dan nyeri (Raison & Miller, 2003). Dampak ansietas yang dapat timbul seperti perubahan kognitif yang terjadi seperti penilaian yang buruk, penurunan

konsentrasi, kemampuan berfikir lambat. Selain hal diatas, Stuart (2009) menyatakan perawatan diri menurun, anoreksia, insomnia atau hipersomnia, dapat terjadi pada individu yang mengalami ansietas. Hal ini juga tampak pada klien kanker sehingga menghambat individu menjalankan tugas dan peran sehari-hari. Jika kondisi ini dibiarkan maka akan menghambat proses penyembuhan kanker dan menambah berat masalah psikologis klien.

Pemberian intervensi psikoterapi pada penelitian ini diharapkan dapat menurunkan ansietas klien kanker. Perubahan ansietas pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran menunjukkan hasil yang signifikan dari kondisi ansietas sedang menjadi ansietas ringan. Penurunan angka ansietas pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terjadi karena klien diajarkan cara melawan pikiran dan mengontrol pikiran yang mengganggu. Klien yang mengalami ansietas akan mempengaruhi kemampuan kognitif seperti berpikir, konsentrasi menurun, rentang perhatian mulai menyempit (Stuart, 2009). Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk menurunkan ansietas dengan cara meningkatkan kemampuan berfikir logis atau rasional sehingga klien tidak terokupasi dengan kecemasan dan pikiran yang mengganggu.

Kemampuan untuk berfikir logis terhadap kondisi sakit yang dirasakan akan membantu klien dapat melihat kondisi saat ini dari sudut pandang lain. Klien dilatih untuk mulai mengenal masalah yang dirasakan terkait dengan kondisi sakit saat ini. Klien belajar bagaimana cara mengubah persepsi negatif terhadap peristiwa yang kurang menyenangkan dengan melihat dari sudut pandang lain dari peristiwa tersebut. Mengubah sudut pandang secara positif terhadap peristiwa akan membuat klien belajar untuk menghilangkan pikiran otomatis negatif. Pikiran otomatis negatif yang mulai berkurang atau dapat dikontrol membuat klien akan mulai berfikir positif atau melihat dari sudut pandang positif setiap peristiwa yang dialami.

Penurunan kondisi ansietas tersebut juga dikarenakan pemberian terapi penghentian pikiran. Terapi ini diberikan dengan tujuan agar pikiran negatif

yang sering muncul, mengganggu dan membuat cemas dapat dikontrol. Fokus terapi ini adalah klien dapat menghentikan atau memutuskan pikiran negatif dengan cara distraksi sehingga terjadi gangguan dalam proses pikiran negatif. Klien belajar bagaimana cara mengendalikan pikiran negatif sehingga pikiran yang negatif tersebut terputus dan akhirnya kecemasan klien akibat pikiran negatif tadi dapat diputus juga. Pemutusan pikiran yang mengganggu akan menurunkan ansietas klien karena pikiran yang mengganggu sudah dapat dikendalikan dalam pikiran. Cara ini meningkatkan kemampuan klien untuk penguasaan pikiran sehingga saat pikiran mengganggu muncul lagi klien dapat menghentikan pikiran tersebut. Penelitian Agustarika (2009) didapatkan hasil bahwa terapi penghentian pikiran dapat menurunkan ansietas, dari ansietas ringan menjadi ansietas sedang dan penurunan keluhan fisik klien. Penelitian lain oleh Supriati (2010) dengan kombinasi terapi penghentian pikiran dan PMR menunjukkan penurunan ansietas yang bermakna pada respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi sehingga menurunkan tingkat ansietas dari sedang ke ringan.

Pelaksanaan terapi kognitif kombinasi dengan terapi penghentian pikiran serta terapi kognitif tanpa kombinasi dalam penelitian ini dimulai dengan menjelaskan apa maksud dan tujuan terapi kognitif. Hal ini sebagai gambaran bagi klien tentang terapi yang akan dijalani. Kemudian peneliti mengajak klien berdiskusi bagaimana kanker dapat mengakibatkan munculnya pikiran negatif dan mengidentifikasi hubungan pikiran negatif dengan perasaan dan perbuatan. Selanjutnya mengidentifikasi pikiran negatif dan melakukan *counter* terhadap pikiran tersebut. Teknik kognitif mengajarkan klien untuk mengenal pikiran otomatis dan alasan timbulnya (respon emosi) serta memodifikasi atau merubah pikiran otomatis membentuk struktur berfikir yang baik (Townsend, 2009).

Selanjutnya terapi penghentian pikiran dilakukan dengan melatih klien untuk menghentikan pikiran negatif dengan berteriak STOP saat pikiran negatif muncul dengan hitungan atau alarm. Klien dilatih menghentikan pikiran dengan berteriak, dengan menggunakan suara normal, dengan berbisik dan dalam hati (tanpa suara). Awalnya klien dipandu oleh terapis, dan pada

pertemuan selanjutnya klien melakukan latihan mandiri. Terapi penghentian pikiran akan menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir (Videbeck, 2001). Ansietas yang dialami klien dapat semakin menurun jika dapat melakukan latihan dengan teratur.

Terapi penghentian pikiran merupakan bagian dari terapi perilaku behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir negatif. Lاراia (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu dan meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan. Disimpulkan bahwa terapi penghentian pikiran merupakan suatu cara yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang mengganggu atau tidak diinginkan.

Terapi penghentian pikiran sebenarnya merupakan terapi yang dapat dilatih sendiri dengan berbagai cara seperti berteriak stop, menarik gelang karet, memerciki wajah dengan air dingin. Leahy (2010) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran secara konsisten akan membantu klien untuk mengenali dan menyadari pikiran negatif. Kemudian dengan cara pengontrolan pikiran, hal yang mengganggu klien dapat ditekan. Klien juga semakin belajar mengenali pikiran negatif sehingga klien lebih dapat mengendalikan. Keberhasilan terapi ini adalah dengan konsisten berlatih sehingga pada saat pikiran yang mengganggu muncul, klien dapat mengendalikan pikiran tersebut.

Penurunan angka ansietas secara bermakna juga ditemukan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja, dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan. Walau penurunan ansietas tidak sebesar pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran, hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi kognitif saja juga dapat menurunkan skor ansietas. Pemberian terapi kognitif yang difokuskan untuk membantu klien menurunkan ansietas akibat pikiran negatif dengan cara melawan pikiran negatif dan mengubah persepsi atau pikiran negatif menjadi positif. Latihan melawan pikiran negatif akan membantu klien mengurangi skema patologis-*cognitive biases* atau kecenderungan klien memproses informasi secara negatif.

Kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran juga mengalami penurunan bermakna, dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan. Berdasarkan pengamatan peneliti selama pengambilan data, penurunan angka ansietas juga dapat dipengaruhi oleh kondisi fisik yang membaik, nyeri yang berkurang, dan hasil pemeriksaan yang juga menunjukkan perbaikan. Pernyataan Spiegel dan Giese-Davis (2003) menyatakan bahwa angka kejadian ansietas dan depresi klien kanker tergantung dari beratnya penyakit serta tanda dan gejala yang dialami.

Selain itu ada ungkapan beberapa klien yang menyatakan saat di rumah sakit, klien mendapat dukungan sosial yang baik dari sesama penderita. Sesama klien yang menjadi responden banyak yang sudah saling kenal karena jadwal rutin berobat ke RS. Klien mengungkapkan adanya 'satu rasa' dengan klien lain, sama-sama menderita dan sama-sama mendapat dukungan. Klien juga mengungkapkan bahwa saat kembali kerumah perasaan negatif sering muncul lagi karena tidak mendapat dukungan sesama penderita kanker dan merasa tidak ada yang senasib dengan dirinya dilingkungan rumah.

Temuan diatas menunjukkan bahwa klien yang memiliki dukungan sosial dapat lebih mudah beradaptasi dengan masalahnya. Temuan tersebut juga mengindikasikan perlunya membentuk kelompok-kelompok pendukung bagi sesama penderita kanker agar dapat saling berbagi dalam menjalani penyakitnya. Bentuk kelompok pendukung yang dapat direkomendasikan adalah *self help group* dan *supportive therapy*. Adanya *support system* sangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam mengatasi masalah dengan coping yang lebih adaptif (Varcarolis, 2009). Sejalan dengan hasil penelitian Nordin et,al (2000) ditemukan bahwa ada hubungan dukungan sosial dan penyesuaian klien terhadap masalah ansietas dan depresi, dan bentuk dukungan sosial yang paling membantu klien adalah dukungan emosional.

Ungkapan beberapa klien yang menyatakan bahwa kurang mendapat sentuhan dari tenaga medis (perawat atau dokter) menunjukkan kebutuhan klien akan dukungan pihak lain sangat dibutuhkan oleh klien kanker. Penelitian Nordin et,al (2000) menyatakan dukungan dari tenaga profesional pada klien kanker merupakan bentuk dukungan yang diharapkan klien. Temuan ini akan menjadi dasar bagi kelanjutan aplikasi intervensi masalah psikososial bagi perawat ruangan. Penatalaksanaan yang berkelanjutan bagi klien kanker khususnya masalah psikososial akan menjadi tugas perawat ruangan, perawat spesialis jiwa di pelayanan umum, ataupun dokter yang menangani.

Temuan lain dalam penelitian yakni hasil analisis perbandingan kondisi ansietas, kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran lebih mampu menurunkan ansietas dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan terapi kognitif. Perbandingan terapi untuk menurunkan ansietas, ditemukan bahwa tidak ada perbedaan pada kelompok kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja.

Penderita kanker mengalami ansietas sering muncul akibat perubahan kondisi fisik yang dirasakan, seperti fatigue, insomnia, fungsi fisik yang menurun dan nyeri (Raison & Miller, 2003). Asumsi peneliti terhadap temuan diatas adalah kemungkinan karena skor ansietas sebelum intervensi lebih tinggi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dibanding dengan kelompok yang mendapat terapi kognitif. Hal ini dapat terjadi karena saat penelitian ditemukan tingkat keparahan penyakit dan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi lebih baik ditemukan pada kelompok kelompok yang mendapat terapi kognitif . Jika ditilik dari lama rawat, rerata kelompok yang mendapat terapi kognitif lebih tinggi dari rerata 3 kelompok. Hal ini berarti klien sudah lebih lama sakit dibandingkan kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sehingga lebih dapat beradaptasi dengan perubahan fisik akibat penyakit serta perubahan akibat dampak pengobatan. Ungkapan ini dinyatakan klien bahwa kecemasan setiap kali masuk RS biasanya semakin berkurang karena sudah semakin terbiasa.

Adanya pengalaman kondisi fisik yang membaik juga membuat klien berespon sama sehingga kecemasan terhadap prosedur pengobatan dan dampak pengobatan sudah semakin minim akibat keberhasilan pengobatan sebelumnya. Penelitian senada dengan Hinz et.al (2007) menemukan dalam studinya bahwa angka ansietas tinggi pada awal masuk RS dan akan menurun mendekati angka ansietas populasi pada sesudah pengobatan, 6 bulan kemudian dan 1 tahun kemudian.

Paparan diatas sesuai dengan pendapat Sarafino (1998) menyatakan bahwa kemampuan adaptasi akan berpengaruh pada kondisi fisik dan situasi psikologis klien. Bila kemampuan adaptasi baik, klien dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penyakit dengan semua sumber dan kemampuan yang ia miliki. Kemampuan adaptasi dipengaruhi banyak hal seperti dukungan sosial, usia, kondisi fisik, lokasi kanker (Sarafino, 1998); pengalaman menghadapi stress (Djoerban & Shatri, 2007).

Selain alasan diatas, asumsi yang dapat dikembangkan lagi adalah bahwa kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran lebih banyak mendapat kemoterapi dibandingkan kelompok yang mendapat terapi kognitif. Pengobatan yang paling menimbulkan masalah psikososial adalah kemoterapi karena dampak kemoterapi yang membuat tidak nyaman seperti alopesia, nausea, vomiting, luka pada mukosa, terutama mukosa mulut sehingga membuat klien semakin tidak nafsu makan (Hyres et al, (1994 dalam Spiegel & Giese-Davis, 2003); Boyes, et.al, (2011); So et.al (2010); Hinz, et.al (2009) sedangkan angka ansietas dan depresi paling rendah pada pembedahan (Pareira, Figueiredo & Fincham, 2011). Hal ini juga dibuktikan oleh kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran yang banyak mendapat pengobatan kemoterapi dan pembedahan yang lebih rendah dibanding kelompok yang mendapat terapi kognitif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tinggi memiliki hubungan sedang dengan perubahan ansietas sebesar 20,4%. Penelitian Stanley dan Beck (2000) diperoleh hasil bahwa faktor sosial lain yang mempengaruhi turut ansietas dan depresi adalah tingkat pendidikan, status

pekerjaan. Tingkat pendidikan tinggi dikaitkan dengan kemampuan klien mengelola stressor yang dihadapi dengan cara yang lebih adaptif. Hal ini juga akan mempengaruhi cara seseorang memandang suatu masalah akan lebih adaptif dan dapat berfikir rasional atau logis terhadap masalah yang timbul. Jika kemampuan berfikir rasional semakin tinggi maka masalah yang menimbulkan ansietas dapat ditangani lebih adaptif.

6.3 Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Kondisi Depresi Klien Kanker

Hasil penelitian sebelum intervensi menunjukkan rerata kondisi depresi pada ketiga kelompok termasuk dalam kategori depresi. Kondisi patologis terhadap masalah psikososial penderita kanker sangat dimungkinkan terjadi akibat proses penyakit kanker, baik dari *pre* diagnosa, saat menunggu hasil diagnosa, bahkan *post* diagnosa. Klien mengalami pengalaman secara fisik dan psikologis yang semuanya mengarah pada persepsi klien yang negatif terhadap kanker. Varcarolis (2009) menyatakan bahwa penderita penyakit kronis cenderung mengalami masalah ansietas dan depresi dapat dipahami karena pengobatan yang lama dengan penyakit yang sulit disembuhkan.

Raison dan Miller (2003), Boyes, et.al, (2011) dalam penelitiannya menyatakan faktor presipitasi yang paling sering menimbulkan depresi adalah nyeri. Asumsi peneliti terhadap munculnya depresi adalah penyakit kanker yang identik dengan nyeri yang hebat dan sulit disembuhkan, penderitaan yang panjang, perawatan yang lama dengan biaya serta stigma penyakit kanker yang dekat dengan kematian. Faktor psikologis yang turut berperan adalah rasa tidak berdaya, putus asa, konflik peran, perasaan marah, malu terhadap perubahan citra tubuh, dan penyangkalan penyakit. Semua faktor tersebut merupakan peristiwa atau respon yang muncul akibat persepsi negatif klien terhadap penyakit kanker itu sendiri.

Persepsi negatif tentang kondisi kanker dihasilkan oleh distorsi pikiran. Distorsi pikiran dihasilkan oleh situasi yang kurang menyenangkan, membuat

tidak nyaman atau mengancam. Seseorang yang cenderung memproses informasi dengan pola pikiran negatif akan memunculkan skema patologis sehingga akan cenderung mengingat informasi yang negatif (Kring, Johnson, Sheri, et.al, 2010). Penderita kanker yang mengalami peristiwa yang kurang menyenangkan dan ditanggapi secara negatif akan menghasilkan pikiran negatif. Paparan tersebut mengindikasikan bahwa pola pikir negatif dihasilkan dari suatu peristiwa yang dipersepsikan negatif secara terus menerus. Dengan demikian, dibutuhkan latihan untuk membantu mengubah pola pikir negatif menjadi positif.

Hasil penelitian menunjukkan perubahan bermakna kondisi depresi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran menurun dari depresi sedang menjadi depresi ringan. Penurunan skor depresi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran diakibatkan karena klien diajarkan cara melawan pikiran negatif dengan cara memberikan tanggapan rasional pada pikiran negatif tersebut. Klien dengan pikiran negatif cenderung tidak bisa melihat peristiwa dari sisi positif. Pada pelaksanaan terapi kognitif, khususnya sesi 1, penting diperhatikan penggunaan bahasa yang mudah dipahami oleh klien. Kemampuan klien memahami kata-kata yang disampaikan akan mempengaruhi kemampuan klien memahami tujuan di sesi 1 yakni klien mampu memahami mengapa klien dapat berfikir negatif tentang kondisi penyakit sehingga mampu mengidentifikasi pikiran otomatis negatif. Latihan melawan pikiran negatif (*counter*) secara teratur akan membantu klien melihat sisi lain dari peristiwa yang dihadapi. Klien akan memiliki kemampuan berfikir positif sehingga mampu mengurangi perasaan yang tidak menyenangkan akibat penyakit kanker. Selain itu klien diajarkan untuk mengatasi pikiran yang mengganggu akibat penyakit kanker yang diderita dengan melakukan teknik penghentian pikiran. Teknik penghentian pikiran yang diajarkan berupa berteriak stop sampai mengucapkan teriak dalam hati, menggunakan hitungan teratur dan bervariasi.

Sejalan dengan tujuan terapi kognitif, penurunan skor depresi juga akibat pemberian terapi penghentian pikiran yang dapat meningkatkan kemampuan berfikir dapat membantu klien meminimalkan distres akibat pikiran yang mengganggu, membuat cemas dan mengancam. Klien diajarkan cara mengendalikan pikiran negatif sehingga pikiran yang menghasilkan ansietas dan depresi dapat diminimalkan. Hasil akhir yang diperoleh pada latihan penghentian pikiran adalah kemampuan mengeliminasi pikiran yang tidak diharapkan. Kombinasi kedua terapi tersebut membuat penurunan skor depresi paling besar dan menunjukkan bahwa penggabungan antara latihan *counter* pikiran negatif dengan cara memberi tanggapan rasional dengan latihan memutuskan pikiran negatif merupakan salah satu kombinasi terapi yang dapat dilakukan untuk menurunkan depresi klien.

Penelitian Peden, Rayens, Hall dan Beebe (2001) pada pencegahan depresi, pemberian pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dapat menurunkan tanda dan gejala depresi, menurunkan pikiran negatif dan meningkatkan harga diri. Matthews dan Sellergren (2001) dalam laporan studi kasus menemukan bahwa pemberian pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran pada penderita kanker dapat menurunkan tingkat ansietas, depresi, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan tingkat kelelahan (*fatigue*) klien. Terapi kognitif yang dilakukan bermanfaat untuk penyesuaian masalah fisik dan psikososial akibat kanker sehingga ditemukan peningkatan aktivitas dan fungsi sosial klien. Terapi kognitif juga menurunkan mood negatif dengan mengubah pikiran menyimpang. Terapi penghentian pikiran digunakan untuk menghilangkan pikiran negatif yang berlebihan tentang kondisi fisik klien. Hasil yang ditemukan pada penelitian tersebut adalah klien dapat berespon lebih adaptif terhadap pikiran negatif dan memiliki coping mekanisme yang lebih adaptif.

Penurunan kondisi depresi pada klien kanker yang mendapat terapi kognitif saja juga secara bermakna menurunkan depresi, dari kondisi sedang menjadi depresi ringan. Bhar et.al (2007) menemukan bahwa terapi kognitif memiliki efek yang sama dengan psikofarmaka dalam mengurangi tanda dan gejala

depresi. Penelitian Levesque et,al (2004) pada penderita kanker payudara yang sudah metastasis menunjukkan bahwa terapi kognitif secara signifikan menurunkan tanda dan gejala depresi, menurunkan anhedonia, ansietas, dan fatigue. Kristyaningsih (2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa terapi kognitif berpeluang untuk menurunkan depresi sebesar 31,2% dan diperkirakan mampu menurunkan nilai kondisi depresi sebesar 6,29 poin. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi kognitif saja mampu menurunkan depresi.

DeRubeis, Webb, Tang, dan Beck (2010) menyatakan adanya variasi sesi terapi kognitif. Pelaksanaan sampai pada sesi 10, terapi kognitif dapat memiliki efek secara biologis. Clark dan Beck (2010) memaparkan bahwa adanya keterlibatan neurofisiologis dengan terapi kognitif yakni *amygdalohippocampal* area frontal. Sesuai dengan fungsi fisiologis organ tersebut, amygdala sebagai pusat emosi (mengatur perasaan sedih dan senang) sedangkan lobus frontal sebagai pusat memori dan kemampuan kognitif, termasuk berfikir rasional dan pemecahan masalah. Pemberian terapi kognitif secara konsisten dapat penurunan aktivasi *amygdalohippocampal* dan peningkatan aktivasi area frontal. Hal ini dapat diartikan bahwa kondisi yang memicu emosi (dalam hal ini adalah perasaan sedih akibat penyakit kanker) akan menimbulkan hiperaktivitas hipokampus dan akan diminimalkan oleh aktivasi lobus frontal yang tetap dapat mengatur respon sesuai dengan fungsi kognitif, yakni dengan berfikir rasional. Pemberian terapi kognitif pada klien kanker dengan masalah ansietas dan depresi bertujuan untuk membantu klien, saat klien mengalami pikiran atau perasaan negatif, klien masih dapat berfikir rasional terhadap peristiwa yang dialami.

Terapi kognitif yang dilakukan pada penelitian yakni sebanyak 5 sesi, dengan kisaran waktu 30 menit. Jika penelitian ini dilanjutkan dengan menambah jumlah sesi kemungkinan akan dapat menambah efek terapeutik yang dirasakan klien dan akan mempengaruhi kondisi biologis seperti pada pemaparan diatas. Penggunaan waktu yang bervariasi juga akan mempengaruhi hasil yang akan diterima klien. Jumlah sesi dan waktu

pelaksanaan terapi kemungkinan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan ansietas maupun depresi. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal, pelaksanaan terapi kognitif perlu ditindaklanjuti baik secara mandiri oleh klien atau tim psikologi pada ruang rawat tempat penelitian. Bila dilakukan secara kontinu, efek terapi kognitif akan membawa dampak signifikan pada kemampuan klien yang berhubungan dengan pemecahan masalah serta kemampuan coping yang lebih adaptif.

Hal tersebut dapat dicapai karena dengan latihan secara teratur, maka klien akan berlatih memandang suatu peristiwa dari sisi yang positif. Kemampuan klien akan membantu klien mengubah sudut pandang menjadi lebih positif sehingga persepsi negatif akan diminimalkan. Sesuai dengan pendapat Clark dan Beck (2010) memaparkan bahwa *cognitive biases* akan diurai dari skema negatif sehingga akan menghasilkan respon coping yang lebih adaptif. Hal tersebut diatas hanya dapat dicapai dengan kesungguhan mengikuti terapi kognitif dan konsisten dalam latihan memaksimalkan fungsi lobus frontal, yakni berfikir rasional dan pemecahan masalah.

Penurunan kondisi depresi tidak ditemukan pada kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran. Kondisi klien kanker yang tidak mendapat intervensi psikologis menunjukkan bahwa kondisi depresi tetap pada depresi sedang. Perburukan kondisi psikologis dapat mengakibatkan menurunnya status kesehatan fisik, begitu juga sebaliknya, jika kondisi fisik klien kanker semakin menurun dapat mengakibatkan kondisi depresi semakin parah karena tidak mendapat intervensi mengatasi depresi. Jika depresi tidak ditangani akan menimbulkan dampak negatif depresi seperti keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, penurunan harga diri bahkan ide bunuh diri. Depresi klien kanker menjadi tugas tenaga medis, baik perawat maupun dokter untuk membantu klien mengatasi depresi.

Hasil perbandingan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran menunjukkan bahwa kombinasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran lebih menunjukkan hasil bermakna dari pada terapi kognitif saja.

Penggabungan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran tersebut menunjukkan bahwa adanya kesinambungan latihan kognitif dan perilaku akan membawa dampak yang lebih bermakna. Kondisi ini terjadi karena pemberian terapi kognitif yang berfokus pada pikiran negatif atau distorsi pikiran akan meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi masalah. Peningkatan kemampuan mengatasi masalah terjadi karena klien dilatih untuk mengubah sudut pandang dari sebuah peristiwa sehingga mengajarkan klien untuk melihat sisi yang positif. Melihat sesuatu dari sisi positif akan mengajarkan klien untuk lebih dapat memahami kondisi penyakit yang dialami saat ini. Perasaan negatif yang biasanya timbul akibat peristiwa yang dipersepsikan negatif akan diubah dengan persepsi positif. Kemampuan ini akan meminimalkan pikiran-pikiran negatif akibat kondisi penyakit. Latihan yang digabung dengan mengendalikan pikiran negatif dimana klien akan mengontrol pikiran dengan cara memutuskan pikiran mengganggu saat muncul. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Moyer et.al (2009) yang menyatakan pemberian terapi yang melibatkan kognitif dan perilaku lebih banyak mendapatkan manfaat karena akan meningkatkan kemampuan coping, kemampuan mengidentifikasi dan melawan pikiran maladaptif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan penurunan depresi secara bermakna adalah tingkat pendidikan tinggi secara bermakna sebesar 20,4%. Stanley & Beck (2000) menyatakan bahwa faktor sosial lain yang mempengaruhi turut ansietas dan depresi adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan. Tingkat pendidikan tinggi dikaitkan dengan kemampuan klien mengelola stressor yang dihadapi dengan cara yang lebih adaptif. Latihan kognitif akan meningkatkan kemampuan personal dalam mengatasi masalah. Pendidikan tinggi sebagai gambaran kemampuan kognitif seseorang akan mempengaruhi juga cara seseorang memandang suatu masalah akan lebih adaptif dan dapat berfikir rasional atau logis terhadap masalah yang timbul. Hal ini mengakibatkan masalah yang muncul dapat diatasi sehingga akan meminimalkan depresi.

6.4 Hubungan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Terhadap Perubahan Ansietas Dan Depresi

Korelasi kemampuan mengontrol pikiran negatif dengan kondisi ansietas dan depresi dengan nilai $r = -0,676$. Hasil penelitian tersebut secara bermakna menunjukkan adanya hubungan kuat antara kemampuan mengontrol pikiran dengan ansietas dan depresi. Disimpulkan bahwa semakin tinggi kemampuan mengontrol pikiran negatif maka akan menurunkan ansietas dan depresi.

Pencapaian yang sudah didapatkan klien dari terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran akan menurunkan nilai ansietas dan depresi dan akan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif. Kemampuan yang diharapkan dimiliki klien pada penelitian ini adalah kemampuan mengontrol pikiran negatif. Latihan memberi tanggapan rasional pada pikiran negatif secara perlahan akan membantu klien mengubah persepsi menjadi lebih positif. Latihan mengontrol pikiran negatif juga membuat klien lebih dapat menguasai atau mengendalikan pikiran yang mengganggu. Manfaat yang diperoleh klien adalah penurunan ansietas dan depresi seiring dengan peningkatan kemampuan klien mengendalikan pikiran negatif.

Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Burn (1980) menyatakan saat terjadi suatu peristiwa yang kurang menyenangkan, pada diri seseorang akan muncul dialog internal saat individu tersebut berusaha menafsirkan peristiwa yang terjadi dengan sederetan pikiran ada. Dialog internal tersebut akan menghasilkan *mood* atau suasana perasaan. Jika seseorang menafsirkan sesuatu yang negatif terhadap peristiwa yang terjadi maka timbul perasaan sedih, namun jika seseorang menafsirkan sesuatu dengan cara yang positif, maka perasaan menyenangkan yang dapat timbul.

Cara menafsirkan sesuatu dengan cara positif atau adaptif perlu dilatih sehingga saat pikiran otomatis negatif muncul, klien kanker dapat melakukan latihan melawan pikiran atau *counter* dan juga menghentikan pikiran atau

memutus pikiran yang tidak diinginkan. Peristiwa sakit atau penderitaan akibat kanker yang dipersepsikan negatif akan menghasilkan *mood* atau suasana perasaan negatif. Munculnya masalah psikososial, khususnya ansietas dan kanker terjadi jika seseorang tidak memiliki kemampuan mengontrol pikiran. Hal ini berarti, jika kemampuan kognitif semakin tinggi akibat latihan kognitif (*counter* pikiran negatif dan menghentikan pikiran negatif) maka masalah ansietas dan depresi dapat semakin diminimalkan.

Kemampuan merubah persepsi dipengaruhi oleh kemampuan menginterpretasi pikiran alternatif, mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif, menciptakan kemungkinan persepsi yang realistis, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa, dan bermain peran (Blackburn & Davidson, 1990). Seiring dengan peningkatan fungsi kognitif sebagai akibat terapi kognitif dan pengontrolan pikiran yang baik, maka jika dapat mengontrol pikiran negatif maka dapat menurunkan kondisi ansietas dan depresi.

6.5 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian dapat ditemui dalam setiap pelaksanaan setiap penelitian. Peneliti mencoba menguraikan beberapa faktor yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, meliputi : kondisi responden, faktor lingkungan, keterbatasan waktu dan instrumen penelitian.

Keterbatasan dari responden meliputi keterbatasan fisik akibat penyakit fisik yang sedang diterapi. Terbatasnya mobilitas dan pemilihan posisi yang nyaman oleh klien membuat klien tidak dapat berespon dengan menulis langsung dibuku kerja. Hal ini membuat peneliti yang menuliskan respon klien pada buku kerja, namun apa yang dituliskan merupakan perkataan klien sesuai dengan hasil diskusi dan peneliti membacakan kembali apa yang sudah dituliskan di buku kerja. Klien juga tidak dapat menuliskan sendiri tugas mandiri setelah terapi dengan alasan keterbatasan fisik (akibat terpasang alat-

alat medis) serta ungkapan beberapa klien yang sudah lama tidak menulis sehingga terasa kaku. Keterbatasan ini coba diurai, dimana peneliti kembali menuliskan latihan yang sudah dilakukan klien saat pertemuan selanjutnya.

Faktor lingkungan sangat berpengaruh saat pelaksanaan terapi. Adanya rencana kegiatan medis yang tiba-tiba atau sudah direncanakan (tanpa diketahui peneliti) seperti pengambilan darah, pembagian makanan oleh petugas, pemberian resep oleh petugas, pemeriksaan diagnostik lain seperti rontgen, USG, dll, visit dokter dan kunjungan anggota keluarga lain diluar jam bezuk membuat interaksi terputus akibat distraksi tersebut. Apabila distraksi hanya sebentar, peneliti menawarkan kembali pada klien untuk melanjutkan terapi, namun bila distraksi tidak dapat diputus, maka peneliti melakukan terminasi untuk kembali dilanjutkan pada waktu yang disepakati. Faktor lingkungan lain yang turut mempengaruhi terapi adalah lingkungan yang sering sekali berisik, mempengaruhi kemampuan klien dalam mengikuti pelaksanaan terapi penghentian pikiran. Adanya suara penunggu pasien, petugas, dll membuat konsentrasi awal saat latihan mengendalikan pikiran agak terganggu. Hambatan ini disiasati dengan memasang tabir disekeliling tempat tidur klien dan menambah ekstra waktu saat latihan konsentrasi untuk mengendalikan pikiran mengganggu.

Waktu penelitian yang singkat dengan jumlah responden yang cukup besar serta durasi pemberian terapi yang lama pada setiap klien membuat jadwal interaksi setiap hari dengan klien sangat padat. Selain itu, jarak waktu setelah selesai pemberian interaksi dengan post test sangat dekat, yakni 1 hari. Hal ini membuat keterbatasan waktu untuk internalisasi pada diri klien.

Instumen pada penelitian ini dikonstruksi oleh peneliti. Instrumen penelitian untuk mengukur kemampuan mengontrol pikiran negatif masih dapat dikembangkan agar lebih mampu mengukur tingkat kemampuan mengontrol pikiran klien. Selain itu, peneliti juga dapat menggunakan instrumen baku untuk kemampuan mengontrol pikiran negatif. Hal ini dilakukan saat evaluasi kemampuan mengontrol pikiran negatif dapat secara menyeluruh kemampuan

yang dimiliki klien terkait pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap kondisi ansietas dan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran pada klien kanker. Berikut uraian implikasi hasil penelitian terhadap :

6.6.1 Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap dan Rumah Sakit Umum (RSU)

Pelayanan masalah psikososial pada RSU dapat disempurnakan dengan mengadaptasi layanan asuhan keperawatan secara holistik, yakni meliputi bio-psiko-sosio-kultural. Pelayanan masalah biologis yang lebih diutamakan, memperhatikan aspek lain namun kurang mendapat tempat saat pelaksanaannya.

Pelayanan masalah kesehatan jiwa di ruang rawat inap dapat dikembangkan dengan pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa generalis maupun spesialis pada penderita kanker. Pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa generalis dapat dilakukan oleh perawat secara umum dan intervensi keperawatan jiwa spesialis dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN). Hal ini juga menunjukkan bahwa tenaga perawat jiwa spesialis dibutuhkan dan dapat dikembangkan pada RSU dengan kekehususan penyakit kronik.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi kognitif terhadap penurunan ansietas dan depresi serta meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran klien kanker. Penelitian ini menunjukkan bahwa area keilmuan keperawatan jiwa sangat luas. Manusia dalam rentang usia dari lahir sampai menjadi tua rentan mengalami masalah psikologis. Sesuai dengan tujuan

tindakan preventif, aplikasi masalah psikososial sangat perlu diajarkan sehingga kurikulum pembelajaran keperawatan jiwa bukan hanya di area psikiatrik saja.

Adanya kombinasi terapi keperawatan spesialis jiwa perlu dilakukan untuk mengatasi ansietas dan depresi klien, khususnya untuk masalah psikososial. Kombinasi terapi yang sesuai dapat lebih efektif menurunkan masalah psikososial. Penelitian ini juga bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Adanya penelitian yang kontinu dan simultan akan dapat semakin meningkatkan kualitas layanan keperawatan jiwa, khususnya masalah psikososial. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda dan menggunakan kombinasi terapi lainnya yang dapat menurunkan ansietas dan depresi. Penelitian ini juga dapat menjadi dasar pemberian terapi berbasis kelompok dimana saat penelitian berlangsung, antar klien sudah saling kenal. Penelitian berbasis kelompok dapat diberikan untuk menciptakan wadah *support system* bagi sesama penderita.

Konsentrasi area penelitianpun dapat bergeser ke area keluarga klien yang turut menjadi tidak produktif selama masa rawat klien karena harus menunggu di RS. Dampak kanker yang bukan hanya dirasakan oleh klien, namun juga keluarga. Keluarga juga turut bersama klien dan penyakitnya, masuk dalam kondisi kronis yang membutuhkan waktu, kesabaran, pengorbanan yang panjang. Hal ini dapat terjadi karena kondisi penyakit kanker membutuhkan waktu yang panjang dalam pengobatan dan dampak pengobatan yang timbul.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian dalam pembahasan, maka dapat ditarik simpulan dari penelitian yang telah dilakukan dan peneliti mengemukakan beberapa saran demi perbaikan penelitian dengan area yang sama di kemudian hari. Adapun uraiannya adalah sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik klien dalam penelitian ini lebih banyak perempuan yakni sebanyak 61 %, bekerja (48%), tingkat penghasilan diatas UMR (49%), tingkat pendidikan tinggi (48), dan menikah (69). Insiden kanker yang terbanyak adalah kanker pada sistem gastrointestinal (25%), diikuti dengan kanker payudara sebanyak 19 %, dan jenis pengobatan terbanyak adalah kemoterapi 47,8%.
- 7.1.2 Kondisi ansietas dan depresi sebelum intervensi berada pada kondisi ansietas sedang dan depresi sedang.
- 7.1.3 Kemampuan mengontrol pikiran negatif sebelum intervensi berada pada kondisi rendah.
- 7.1.4 Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara bermakna dapat menurunkan ansietas, depresi dari kondisi sedang menjadi ringan.
- 7.1.5 Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara bermakna dapat meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran dari kondisi rendah menjadi tinggi.
- 7.1.6 Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara bermakna dapat menurunkan depresi lebih rendah dibandingkan terapi kognitif, namun tidak ditemukan perbedaan bermakna pada penurunan kondisi ansietas.
- 7.1.7 Terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran secara bermakna dapat meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif dibanding terapi kognitif saja.
- 7.1.8 Semakin tinggi kemampuan mengontrol pikiran negatif maka semakin rendah kondisi ansietas dan depresi.

- 7.1.9 Karakteristik yang berhubungan dengan kondisi ansietas dan depresi klien kanker adalah tingkat pendidikan tinggi.
- 7.1.10 Karakteristik yang paling berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol pikiran negatif adalah pendapatan.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, yaitu:

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- 7.2.1.1 Pihak RS Kanker Dharmais mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada klien kanker.
- 7.2.1.2 Pihak RS Kanker Dharmais dapat melakukan tindak lanjut hasil penelitian ini dengan mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan pada klien kanker yang mengalami masalah psikososial, khususnya ansietas dan depresi dengan mengembangkan program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).
- 7.2.1.3 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebagai salah satu kompetensi pada area psikososial dan meningkatkan kemampuan serta menambah kemampuan untuk memperoleh sertifikasi *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- 7.2.2.1 Kombinasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dapat digunakan untuk membantu menurunkan masalah psikososial khususnya ansietas dan depresi serta meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien.
- 7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul kombinasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul.

7.2.2.3 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran bagi klien ansietas dan depresi

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1 Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk intervensi keperawatan spesialistik lainnya dalam upaya menurunkan kondisi ansietas dan depresi klien kanker, seperti terapi suportif dan *self help group*.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran sebagai *dual therapy* untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan spesialistik yang ditujukan pada individu yang mengalami gangguan psikososial di pelayanan kesehatan umum.

7.2.3.3 Perlu dilakukan penambahan waktu penelitian untuk semakin menambah manfaat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran bagi klien.

7.2.3.4 Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya menggunakan alat ukur baku untuk mengukur kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker terkait dengan pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran.

DAFTAR PUSTAKA

- Aass,N., Fossi,S.D., Dahl'.A.A., & Moe, T.J (1997). Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*.33. 1597-1604
- Agustarika, B (2009). Pengaruh terapi thought stopping terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan Nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari <http://www.k4health.org/system/files/laporanNasional%20Riskesdas%202007.pdf> tanggal 17 Feb 2012
- Beck, J.S (1995). *Cognitive therapy. Basic and beyond*. New York : The Guilford Press
- Bhar ,S., Gelfand,L., Schmid, S., Gallop, R., DeRubeis, J.,Hollon d,S. Amsterdam, A, Shelton, R. Beck, A.T (2007). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders* 110. 161–166
- Black, J.M. & Hawks, J.H (2005). *Medical surgical nursing. Clinical management for positives outcomes*. 7th Ed. Volume 2. St. Louis: Elsevier
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *PsychiatricNursing Contemporary Practice*, Philadelphia:Lippincott.
- Boyes,A.W., Girgis,A., D'Este,C., & Zucca, A.C (2011) Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders*.135. 184–192
- Brintzenhofe-Szoc,K., Levin, T.T., Li,Y., Kissane, D.W., & Zabora.J.R (2009). Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*.50.383–391
- Burns, David D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi* (Santosa, Penerjemah). Jakarta : Erlangga.
- Dharma, K.K (2011). *Metodologi penelitian keperawatan. Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta : Trans Info Media
- Djoerban, Z & Shatri, H (2007). Masalah Psikosomatik Pasien Kanker . Pada Sudoyo, A.W, Setiyohadi, B, Alwi, I, Simadibrata, M, Setiadi, S (Editor). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (hlm 956-958) . Edisi keempat. Jilid II. Jakarta : Pusat Penerbitan IPD-FK UI

- Ellen C. Flannery-Schroeder, E. (2006). Reducing Anxiety to Prevent Depression. *American Journal of Preventive Medicine*. 31.S136-S142
- Fointaine, K.L (2009). *Mental health nursing*. (6th ed) New Jersey. Pearson Prentice Hall
- Forman, E, Chapman., Herbert,H., Goetter, E., Yuen, E., Johnson, R., Moitra, E (2011). Using Session-by-Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 16; No of Pages 14; 4C
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training*. Depok : FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat, A.A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hinz, A., Krauss, O., Stolzenburg,J., Schwalenberg,T., Michalski, D., & Schwarz, R (2009). Anxiety and depression in patients with prostate cancer and other urogenital cancer: A longitudinal study. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 27. 367–372
- Hinz A., Krauss O., Hauss J.P., Höckel M., Kortmann R.D., Stolzenburg J.U. & Schwarz R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population *European Journal of Cancer Care* 19, 522–529
- Ignatavicius D. D, Workman, M.L (2010). *Medical surgical nursing. Patient centered collaborative care*. (6th Ed). Volume 1. St. Louis: Elsevier
- Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010) Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 14.395–399
- Kaplan & Saddock. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatri* (8th Ed). Lippincott: Williams & Wilkins
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: The Guilford Press
- Khan, N.F., Ward, A.M., Watson, E dan Rose, P.W (2010). Consulting and prescribing behaviour for anxiety and depression in long-term survivors of cancer in the UK. *European journal of cancer*, 46, 3339 –3344
- Kolva,E., Rosenfeld,B., Pessin, H.,Breitbart,W., Brescia, R (2011). Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 42.691-701

- Kresno, S.B (2011). *Ilmu dasar onkologi*. Jakarta : Badan Penerbit FK UI
- Kring, A.M., Johnson, S. L., Davison, G.C & Neale,J.M (2010). *Abnormal psychology*. (7th Ed). Hoboken: John Wiley and Sons
- Kristyaningsih, T (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kondisi depresi pada penderita gagal ginjal kronik di ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Leahy, R (2010). *Why Thought Stopping Doesn't Work*. Diakses dari tanggal 25 Mei 2012 dari [Anxiety Files](http://www.psychologytoday.com/experts/robert-l-leahy-phd). <http://www.psychologytoday.com/experts/robert-l-leahy-phd>
- LeMone, P & Burke, K (2008). *Medical surgical nursing. Critical thinking in client care*. (4th Ed). New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier,J.G, & Ivers, H (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.35. 287–305
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G. & Bucher, L. (2007). *Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problem*.(7th Ed). Vol 1. St.Louis: Mosby Elsevier
- Matthews, A & Sellergren, S (2001). Use of Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Cancer-Related Fatigue: A Case Study Report. *Cognitive and Behavioral Practice* 8, 289-296
- Mc Corkle, Grant M., Frank-Stromborg,M & Baird, S (1996). *Cancer nursing. A comprehensive text book*. (2nd Ed).Vol 2. Phildelphia : WB Saunder Company
- Moyer,A., Sohl, S.J., Knapp-Oliver,S.K., & Schneider, S (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*. 35. 475–484
- Nordin,K., Berglund,G., Glimelius,B & Sjoden, P (2000). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. 37. 376-384
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- NANDA. (2009). *Nanda nursing diagnosis definition and classification*.Philadelphia: Author

- O'Neill, M.L. dan Whittall, M.L (2002). Thought stopping. In Gross, A.M., Kay, J., Rounsaville, B, & Tryon, W.W. *Encyclopedia of psychotherapy*. Vol 2. Boston : Academic Press
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., & Hopper, J.L (2002). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*. 39. 755–762
- Parrish, B.P., Cohen, L.H., Gunthert, K.C., Butler, A.C., Laurenceau, J.P., & Beck, J.S (2009) Effects of cognitive therapy for depression on daily stress-related variables. *Behaviour Research and Therapy*. 47. 444–448
- Peden, A., Rayens, M., Hall, L., Beebe, L (2001). Preventing depression in high-risk college women: A report of an 18-month follow-up. *Journal of American College Health*; 49, 6
- Pereira, G.M., Figueiredo, A.P., Fincham, F.D (2011). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*. 06. 1-6
- Persons, J.B, Nicole A. Roberts, N.A, & Zalecki, C. A (2003). Anxiety and depression change together during treatment. *Behavior therapy*. 34, 149-163, 2003
- Rahayuningsih (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kemandirian pasien dengan kanker payudara*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Raison, C.L dan Miller, A.H (2003). Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*. 54. 283–294
- Ramune Jacobsen, R. Møldrup, C., Christrup, L., Sjøgren, P., Hansen, O. (2010). Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* ; 24; 781–790
- Roth, A.J & Modi, R (2003). Psychiatric issues in older cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 48. 185–197
- Sarafino, E.P (1988). *Health psychology. Biopsychosocial interaction*. (3rd Ed). New York. John Wiley & Son. Inc
- Sastroasmoro, S & Ismail, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto

- Schirm, V (2006). Quality of life. In Lubkin, I.M & Larsen, P.D (Editor). *Chronic illness. Impact and intervention*. (6th Ed).(pp 201-220). Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher
- Shell, J.A & Kirsch, S (2001). Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In Otto, S. E (Editor). *Oncology nursing*. (4th Ed). (pp 948-967). St. Louis : Mosby Company
- Salvo,N., Zeng,L., Zhang, L.,Leung,M., Khan,L., Presutti,R, et.al (2011). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*.24. 139-148
- So, W.K., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C, Yeung, M, et.al (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 14. 17-22
- Spiegel, D & Giese-Davis,J (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Society of Biological Psychiatry*. 54:269–282
- Stanley, M.A., Beck, J.G (2007). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20. 731–754
- Stuart G. W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Supriatin, L. (2010). *Pengaruh terapi thought stopping dan progressive muscle relaxation terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Tel, Havva., Tel, Hatice., & Dog˘an, S (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, psychiatry and brain research*.17.42–45
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Varcarolis, Elizabeth M., dan Halter. (2009). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (4th edition). Philadelphia: FA Davis Company.
- Videbeck, S.I. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Wilson, K.G et al. (2007) Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 33. 118-129
- World Health Organization (2011). *World health statistics 2011*. Diambil dari http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf . Diakses pada tanggal 7 Februari 2012



JADUAL KEGIATAN PENELITIAN

“PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PENGHENTIAN PIKIRAN TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS, DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN NEGATIF PADA KLIEN KANKER DI RS DHARMAIS JAKARTA”.

No	Kegiatan	Waktu Penelitian																			
		Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan dan Uji Proposal																				
2	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi																				
3	Pengurusan izin administrasi penelitian																				
4	Pengumpulan data																				
5	Analisis dan penafsiran data																				
6	Penyusunan Laporan Akhir																				
7	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																				
8	Perbaikan hasil seminar penelitian																				
9	Sidang Tesis																				
10	Perbaikan hasil sidang tesis																				
11	Pengumpulan Tesis																				

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jesika Pasaribu

NPM : 1006749112

Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

dengan ini bermaksud mengadakan penelitian tentang “Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran pada klien kanker di RS Kanker Dharmais”.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum dan pengembangan ilmu pengetahuan. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun.

Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga rahasia data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya, menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian, apabila keberatan. Segala hasil yang diperoleh hanya diperuntukkan untuk kepentingan penelitian.

Peneliti akan menghargai kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden dalam penelitian ini, untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Atas perhatian, kerja sama dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, 2012

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kode responden : (diisi oleh peneliti)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Alamat :

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 responden dan data yang diperoleh dari saya digunakan hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

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 jiwa di rumah sakit dan pengembangan ilmu pengetahuan.

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

Jakarta,2012

Responden,

(.....)

Nama Jelas

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN
(Kuesioner A)

No Responden :

(Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama pasien : (Initial)
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin :
 Laki-laki Perempuan
4. Pekerjaan :
 Bekerja Tidak Bekerja
5. Pendidikan terakhir pasien :
 SD SMU
 SLTP PT (D1/D3/D4/S1/S2/S3)
6. Status perkawinan :
 Kawin
 Tidak Kawin (Janda/duda/Belum Kawin)
7. Lama Sakit :(bulan)
8. Pendapatan :
 Dibawah UMR (Rp.1.529.000)
 Diatas UMR (Rp.1.529.000)

DIISI OLEH PENELITI (DATA DARI REKAM MEDIS)

9. Stadium penyakit :

<input type="checkbox"/>	Stadium 1
<input type="checkbox"/>	Stadium 2
<input type="checkbox"/>	Stadium 3
<input type="checkbox"/>	Stadium 4

10. Jenis kanker :

<input type="checkbox"/>	Ginekologi
<input type="checkbox"/>	Payudara
<input type="checkbox"/>	Urologi
<input type="checkbox"/>	Hematologi
<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	Paru
<input type="checkbox"/>	Lainnya

11. Jenis Pengobatan :

<input type="checkbox"/>	Kemoterapi
<input type="checkbox"/>	Radiasi
<input type="checkbox"/>	Pembedahan
<input type="checkbox"/>	Lainnya

INSTRUMEN PENGUKURAN KONDISI ANSIETAS DAN DEPRESI

(KUESIONER B)

NO. RESPONDEN : (Diisi oleh peneliti)

PETUNJUK PENGISIAN :

- A. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut dan jawablah sesuai dengan yang Anda rasakan minimal 1 minggu terakhir.
- B. Isilah jawaban pernyataan pada kolom yang telah disediakan dengan memberi tanda √.

NO	PERNYATAAN	SELALU	KADANG-KADANG	JARANG	TIDAK PERNAH
1	Saya merasa tegang atau ingin marah				
2	Saya tetap menikmati hal-hal yang biasanya saya nikmati				
3	Saya merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi				
4	Saya dapat tertawa dan melihat sisi yang menyenangkan dari setiap hal				
5	Hal-hal yang mencemaskan terlintas dalam pikiran saya				
6	Saya merasa gembira				
7	Saya bisa duduk dengan senang dan merasa tenang/santai				
8	Saya merasa semangat dan gairah saya semakin menurun				
9	Disaat gugup dan khawatir, perut saya terasa tidak nyaman				
10	Saya kehilangan minat terhadap penampilan saya				
11	Saya merasa tidak pernah lelah saat saya harus melakukan sesuatu				
12	Saya menantikan dengan rasa senang hal-hal yang akan terjadi				
13	Saya mudah mengalami panik				
14	Saya dapat menikmati membaca buku atau mendengarkan radio atau menonton televisi				

Lampiran 6

**INSTRUMEN PENGUKURAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF (KUESIONER C)**

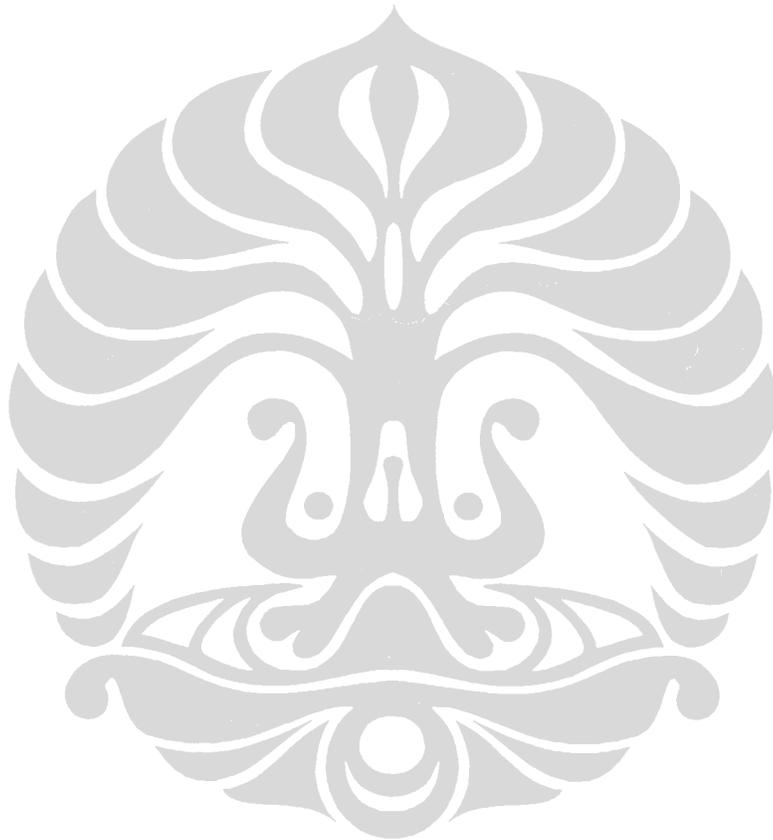
NO. RESPONDEN : (Diisi oleh peneliti)

PETUNJUK PENGISIAN :

- A. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut dan jawablah sesuai dengan yang Anda rasakan.
- B. Isilah jawaban pertanyaan pada kolom yang telah disediakan dengan memberi tanda √.

NO	PERNYATAAN	SELALU	KADANG-KADANG	JARANG	TIDAK PERNAH
1	Pikiran negatif masih saja mengganggu saya				
2	Saya tidak mengendalikan pikiran negatif				
3	Saya masih merasa sedih karena tidak mampu menghilangkan pikiran negatif				
4	Saya berhasil mengontrol pikiran dan saya merasa lebih nyaman				
5	Menurut saya, mengontrol pikiran negatif tidak dapat mengurangi kecemasan dan kesedihan saya				
6	Saya mengalami kesulitan dalam mengendalikan pikiran yang mengganggu				
7	Saya merasa takut terhadap pikiran negatif saya				

NO	PERNYATAAN	SELALU	KADANG-KADANG	JARANG	TIDAK PERNAH
8	Jika pikiran negatif tidak segera diatasi maka akan membuat saya tidak nyaman				





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran terhadap Perubahan Ansietas, Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta.

Nama peneliti utama : **Jesika Pasaribu**

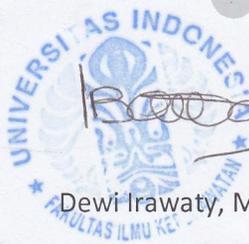
Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

Expert Validity Keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dan memvalidasi dengan teliti modul :

Terapi Kognitif dan Penghentian Pikiran pada Klien Kanker yang Mengalami Ansietas dan Depresi

yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta”

Nama peneliti utama : Jesika Pasaribu

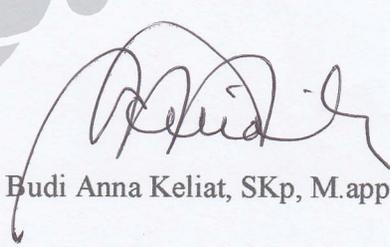
NPM : 1006749112

Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Indonesia

Modul ini dinyatakan valid dan disetujui untuk dipergunakan dalam penelitian ini.

Depok, April 2012

Expert Validity,



Prof. Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.app.Sc.

KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

Expert Validity Keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dan memvalidasi dengan teliti modul :

Terapi Kognitif pada Klien Kanker yang Mengalami Ansietas dan Depresi

yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta”

Nama peneliti utama : Jesika Pasaribu

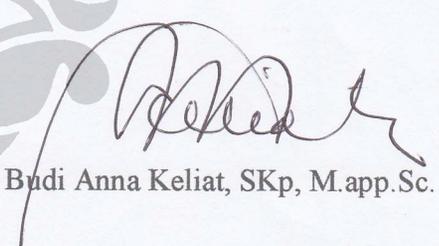
NPM : 1006749112

Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Indonesia

Modul ini dinyatakan valid dan disetujui untuk dipergunakan dalam penelitian ini.

Depok, April 2012

Expert Validity,



Prof. Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.app.Sc.

KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : **Jesika Pasaribu**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Indonesia**

Setelah dilakukan uji kompetensi, dinyatakan :

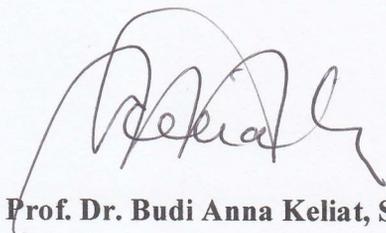
LULUS

Nama diatas dinyatakan kompeten untuk melaksanakan terapi Kognitif dan Penghentian Pikiran terhadap klien ansietas dan depresi dalam penelitian yang berjudul "**Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Dharmas-Jakarta**"

Depok, Mei 2012

Ketua Tim Penguji,

Penguji,



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App. Sc



Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep, Sp.Kep.J



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 698 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : --
Perihal : Permohonan pengambilan data

20 Februari 2012

Yth. Direktur
RS Kanker Dharmais
Jl S. Parman
Jakarta

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

Sdr. Jesika Pasaribu
NPM 1006769112

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RS. Kanker Dharmais sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan Judul Pengaruh Cognitive Therap dan Thought Stopping terhadap Kecemasan dan Depresi pada Klien Kanker di RS Kanker Dharmais..

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"
PUSAT KANKER NASIONAL

Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat 11420
Telepon : (021) - 5681570 Faksimile : (021) - 5681579



Nomor : DL.02.03/4633/2012
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Penelitian & Pengambilan Data**

Jakarta, 19 April 2012

Kepada Yth:
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Indonesia
D e p o k

Menjawab surat Saudara nomor: 698/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tanggal 20 Februari 2012, Perihal Permohonan Pengambilan Data, dengan ini kami beritahukan bahwa kami dapat menyetujui dan memberikan ijin untuk melakukan Penelitian dan Pengambilan Data di Rumah Sakit Kanker "Dharmais" selama 2 (dua) Minggu kepada Mahasiswa Saudara :

N a m a : **Jesika Pasaribu**

N I M : 1006769112

Judul : "Pengaruh Terapi Kognitif Dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas Dan Depresi Penderita Kanker Di RS. Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012.

Untuk kelancaran pelaksanaan Penelitian dan Pengambilan Data tersebut, kami telah menunjuk Nara Sumber sekaligus Pembimbing dari Rumah Sakit Kanker "Dharmais" :

N a m a : **Ns. Kemala Rita Wahidi, SKp, MARS, ETN**

Jabatan : Kepala Bagian Diklat

Selanjutnya perlu kami informasikan bahwa, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS Kanker "Dharmais", untuk kegiatan tersebut pada tingkat S2 dikenakan biaya per minggu / Mahasiswa, sebagai berikut:

Biaya Administrasi	2 Minggu x Rp. 75.000.-	= Rp. 150.000.-
Biaya Nara Sumber	1 Materi x Rp. 150.000.-	= Rp. 150.000.-
Biaya Pembimbing	2 Minggu x Rp. 75.000.-	= Rp. 150.000.-
Jumlah		= Rp. 450.000.-

Terbilang: **Empat ratus lima puluh ribu rupiah**

Biaya tersebut agar dibayarkan kepada Bendahara Penerima Intern RS. Kanker "Dharmais" melalui Bank Mandiri KK RS. Kanker "Dharmais" dengan nomor Rekening 116.0000060286 (Pembayaran tidak melalui ATM) dan sebelum melaksanakan kegiatan kami mohon agar yang bersangkutan terlebih dahulu menghubungi Bagian Diklat RS.Kanker "Dharmais" dengan membawa bukti Transfer.

Demikian, kami sampaikan dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direksi Rumah Sakit Kanker "Dharmais"
Direktur SDM dan Pendidikan,

[Signature]
dr. Hariyati, MARS
NIP. 195412241986032001

Tembusan Yth :

1. Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan RSKD
2. Pembimbing Mahasiswa di RSKD
3. Bendahara Penerima Intern RSKD



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"
PUSAT KANKER NASIONAL

Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat 11420
 Telepon : (021) - 5681570 Faksimile : (021) - 5681579



Nomor : 121/Diklat/RSKD/VI/2012
 Lampiran : -
 Perihal : **Biaya Tambahan.**

Jakarta, 11 Juni 2012

Kepada Yth:
 Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Indonesia
 D e p o k

Sesuai surat Saudara nomor: 698/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tanggal 20 Februari 2012, tentang Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data, serta surat ijin dari Direktur SDM dan Pendidikan RS Kanker "Dharmais" nomor DL.02.03./4633/2012 tanggal 19 April 2008 tentang Ijin Penelitian dan Pengambilan Data kepada Mahasiswa Saudara :

N a m a : **Jesika Pasaribu**
 N I M : 1006769112
 Judul : "Pengaruh Terapi Kognitif Dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas Dan Depresi Penderita Kanker Di RS. Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012.

Yang bersangkutan bermaksud akan mengajukan perpanjangan waktu selama 2 (dua) minggu untuk melakukan Penelitian dan Pengambilan Data di Bagian Diklat RS Kanker "Dharmais".

Selanjutnya perlu kami informasikan bahwa, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS Kanker "Dharmais", untuk kegiatan tersebut pada tingkat S2 dikenakan biaya per minggu / Mahasiswa, sebagai berikut:

Biaya Administrasi 2 Minggu x Rp. 75.000.-	= Rp. 150.000.-
Biaya Pembimbing 2 Minggu x Rp. 75.000.-	= Rp. 150.000.-
Jumlah	= Rp. 300.000.-

Terbilang: **Tiga ratus ribu rupiah.-**

Biaya tersebut agar dibayarkan kepada Bendahara Penerima Intern RS. Kanker "Dharmais" melalui Bank Mandiri KK RS. Kanker "Dharmais" dengan nomor Rekening 116.0000060286 (Pembayaran tidak melalui ATM) dan sebelum melaksanakan kegiatan kami mohon agar yang bersangkutan terlebih dahulu menghubungi Bagian Diklat RS.Kanker "Dharmais" dengan membawa bukti Transfer.

Demikian, kami sampaikan dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bagian
 Pendidikan dan Pelatihan,

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

Tembusan Yth :

1. Pembimbing Mahasiswa di RS Kanker "Dharmais"
2. Bendahara Penerima Intern



MODUL PANDUAN
TERAPI KOGNITIF DAN PENGHENTIAN PIKIRAN
PADA KLIEN KANKER YANG MENGALAMI
ANSIETAS DAN DEPRESI

Oleh :
Jesika Pasaribu
Budi Anna Keliat
Ice Yulia Wardani

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA

2012

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang pesat dan tidak terkontrol (LeMone & Burke, 2006). Kanker merupakan pembunuh nomor dua di dunia setelah penyakit kardiovaskular (WHO, 2007). Survey Riskesdas 2007 ditemukan bahwa data kanker merupakan penyebab kematian sebanyak 5,7% dan menjadi 'pembunuh' urutan ke-7 setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal, dan diabetes melitus (Kemenkes RI, 2007). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan klien kanker dan kematian sebagai hasil akhir kanker akan meningkatkan juga angka mortalitas akibat kanker.

Kanker sebagai penyakit kronis sangat beresiko menimbulkan masalah psikososial bagi penderitanya. Klien akan mengalami perubahan respon psikologis dan emosional. Klien mempersepsikan kanker dengan kematian sehingga diliputi dengan perasaan negatif. Perasaan negatif ini dapat menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran terhadap efek penyakit, pengobatan dan dampaknya, nyeri, serta kematian.

Kemampuan beradaptasi psikologis akan diwarnai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang dialami klien akan ditampilkan dalam bentuk ketidakmampuan dalam menampilkan peran (*disfigurement*), ketergantungan (*dependency*), gangguan berhubungan dengan orang lain, nyeri, *emaciation*, penurunan finansial, *abandonment*, syok, marah, menyangkal, tawar menawar, depresi, *helplessness*, *hopelessness*, rasionalisasi, penerimaan, dan intelektualisasi dan kematian (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher 2007). Semua kondisi yang dialami klien mengakibatkan individu semakin rentan terhadap terjadinya masalah psikososial. Nordin, Berglund, Glimelius dan Sjoden (2000) dalam studinya menemukan bahwa individu yang didiagnosa mengalami kanker akan mengalami gangguan psikososial dengan prevalensi 49%. Gangguan psikososial terbanyak yang dialami adalah ansietas dan depresi.

Intervensi psikologis yang bervariasi dilakukan membawa dampak yang positif terhadap berkurangan gejala psikososial klien namun tidak ditemukan terapi yang terbaik. Menurut Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen (2002), dari hasil studi literatur menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang dinilai paling efektif untuk menurunkan depresi pada klien kanker adalah *support group therapy, education, structured counseling, cognitive-behavioral therapy, communication skills training, dan self-esteem building approaches*. Pemberian psikoterapi sebagai salah satu terapi untuk mengatasi ansietas dan depresi menunjukkan bahwa intervensi psikologis juga layak diberikan kepada klien dengan kanker yang memiliki masalah psikososial.

Terapi kognitif yang ditemukan oleh Beck merupakan terapi untuk mengatasi depresi dengan berfokus untuk mengenali pikiran otomatis negatif (Kazantzis, Reinecke & Freeman, 2010). Terapi kognitif berlandaskan model kognitif yakni emosi dan perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap suatu peristiwa (Beck, 1995). Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana dia menginterpretasikan dan berfikir terhadap peristiwa tersebut. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bukan peristiwa yang membentuk perasaan seseorang, namun bagaimana ia berfikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berbeda serta memiliki cara interpretasi yang berbeda juga. Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang tepat diberikan pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi. Sesuai dengan tujuan terapi bahwa diharapkan pemikiran, perasaan serta perilaku klien yang negatif terhadap kondisi penyakit saat ini dapat diganti dengan hal positif.

Levesque, Savard, Simard, Gauthier & Ivers (2004) menemukan pada penderita kanker yang mengalami metastasis, terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala depresi, anhedonia, ansietas dan fatigue. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahayuningsih (2007) mendapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan harga diri kemandirian penderita kanker payudara setelah dilakukan terapi kognitif. Studi Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi. Terapi kognitif dapat membantu menghentikan pola pikiran negatif sehingga klien dapat mengubah pikiran negatif menjadi positif

dan dapat menurunkan ansietas dan depresi. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif. Hasil studi tersebut merupakan pembuktian bahwa terapi kognitif membawa perubahan positif terhadap klien kanker.

Terapi penghentian pikiran merupakan salah satu contoh teknik aplikasi psikoterapi *cognitive behaviour* untuk mengubah proses pikir klien. Townsend (2009) menjelaskan bahwa penghentian pikiran adalah teknik yang dapat dipelajari sendiri oleh seseorang setiap kali ingin menghilangkan pikiran yang mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadarannya. Stuart (2009) menyatakan bahwa terapi ini dapat membantu menghilangkan pikiran yang mengganggu. Penelitian oleh Agustarika (2009) yang melakukan terapi penghentian pikiran pada klien yang mengalami ansietas dengan gangguan fisik menunjukkan penurunan ansietas secara bermakna yang meliputi respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi. Studi senada oleh Supriati (2010) yang juga melakukan terapi penghentian pikiran pada klien yang mengalami ansietas dengan gangguan fisik namun dikombinasi dengan terapi relaksasi progressif, menunjukkan ansietas klien yang mendapat terapi penghentian pikiran dan relaksasi progresif dapat menurunkan ansietas ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala ansietas secara fisiologis, kognitif, emosi dan komposit ansietas secara bermakna.

Masalah psikososial yang dialami klien cenderung membuat klien memiliki pandangan negatif terhadap diri, orang lain dan masa depan. Pemberian terapi kognitif diharapkan mampu membantu klien mengubah cara pandang menjadi lebih positif. Pikiran negatif yang dikontrol dapat membantu menghilangkan pikiran yang mengganggu. Kedua terapi tersebut akan dikombinasi sehingga diharapkan klien akan mampu mengubah persepsi negatif menjadi positif dan mampu mengontrol pikiran otomatis negatif yang mengganggu, mengancam sehingga akan menurunkan ansietas dan depresi. Gabungan terapi ini melibatkan keluarga dari mulai sesi 1 sampai sesi 5, diharapkan mampu mendampingi klien dalam melakukan latihan-latihan pada modul.

Modul ini disusun untuk membantu klien mengatasi masalah psikososial terkait kanker yang diderita terdiri dari 5 sesi yaitu :

Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis

Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif

Sesi 3 : Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur

Sesi 4 : Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan bervariasi

Sesi 5 : Mengevaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum :

Meningkatkan kemampuan klien untuk mengatasi ansietas dan depresi akibat kanker yang diderita dengan mengubah persepsi negatif menjadi positif dan mampu mengontrol pikiran otomatis negatif yang mengganggu.

1.2.2 Tujuan Khusus :

Klien yang mengikuti terapi ini diharapkan akan mampu :

1.2.2.1 Melakukan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif otomatis

1.2.2.2 Melakukan teknik penghentian pikiran terhadap pikiran negatif otomatis

1.2.2.3 Meminimalkan gejala ansietas dan depresi akibat pikiran negatif otomatis yang muncul

1.2.2.4 Mengontrol pikiran negatif otomatis

1.3 Manfaat

Modul dan penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1.3.1 Klien dan keluarga : sebagai panduan dalam mengatasi pikiran negatif yang timbul

1.3.2 Perawat : sebagai panduan dalam menerapkan terapi kognitif dan penghentian pikiran pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi.

1.3.3 Rumah sakit : peningkatan kualitas asuhan keperawatan, khususnya bagi klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi

BAB 2

PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF DAN PENGHENTIAN PIKIRAN PADA KLIEN KANKER YANG MENGALAMI ANSIETAS DAN DEPRESI

Pelaksanaan terapi ini terdiri dari 5 (lima) sesi. Adapun uraian kegiatan adalah sebagai berikut :

2.1 SESI 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

Perubahan fisik akibat penyakit kanker akan berdampak pada kondisi psikis klien. Pikiran negatif dapat timbul sebagai hasil keputusan, tidak berdaya, dampak fisik seperti nyeri, kelelahan, mual, muntah, dll. Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana dia menginterpretasikan dan berfikir terhadap peristiwa tersebut. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bukan peristiwa yang membentuk perasaan seseorang, namun bagaimana ia berfikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berberda serta memiliki cara interpretasi yang berbeda juga.

Burn (1980) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi.

Upaya untuk mengubah pikiran negatif dibutuhkan kemampuan untuk mengenali pikiran-pikiran negatif otomatis yang sering muncul dan mengganggu. Setelah pikiran negatif otomatis dikenali, maka lakukan cara untuk melawan pikiran negatif dengan memunculkan pikiran positif. Pada sesi 1, cara yang dilakukan adalah dengan memberi tanggapan rasional pada pikiran negatif otomatis tadi. Klien akan belajar merubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif, menciptakan kemungkinan persepi yang realistik, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah

yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa, dan bermain peran, kemampuan menginterpretasi pikiran alternatif (Blackburn & Davidson, 1990).

Latihan pada sesi 1 merupakan aplikasi terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Selain itu, menurut Beck (1987) dalam Townsend (2009) latihan melawan pikiran negatif dilakukan agar klien dapat mengenal pikiran-pikiran negatif/otomatisnya, memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku, mengatasi kelainan bentuk pikiran (distorsi kognitif), menggantikan pikiran negatif dengan pikiran-pikiran yang lebih realistis, dan belajar mengidentifikasi dan mengetahui perubahan pikiran yang disfungsi yang mengakibatkan individu mengalami distorsi pikiran.

Latihan melawan pikiran negatif bukanlah suatu cara bagaimana memecahkan masalah klien, namun suatu cara membantu klien untuk mengembangkan cara-cara baru dengan melihat kembali pengalaman-pengalaman di masa lalu dan mencari alternatif penyelesaian masalahnya sendiri (Boyd & Nihart, 1998). Dengan demikian maka, terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang dapat melatih klien untuk mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan, sehingga klien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif.

2.1.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 1

A. Tujuan

Klien diharapkan mampu :

1. Menegal dan mengungkapkan distorsi kognitif dan pikiran-pikiran otomatis yang negatif
2. Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini
3. Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
4. Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif dan memberi tanggapan rasional

B. Setting Tempat

Klien, keluarga klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport, format evaluasi sesi 1

D. Metode

1. Sharing
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik

1. Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis
2. Menanyakan nama dan panggilan klien dan keluarga

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan klien dan keluarga pada saat ini
2. Menanyakan apa yang sudah dilakukan klien untuk mengatasi perasaannya

c. Kontrak

1. Menjelaskan program terapi dengan jumlah sesi sebanyak 5 sesi dan menyepakati jadwal pertemuan.
2. Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan klien mengenal pikiran otomatis dan hal yang mendasari pemikiran tersebut serta mengendalikan pikiran negatif yang mengganggu.

3. Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan klien dan keluarga, buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
4. Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 30-45 menit.
5. Menjelaskan peraturan terapi, yaitu klien dan keluarga duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai

3. Tahap Kerja

- a. Identifikasi distorsi kognitif dan pikiran negatif yang dialami
 - i. Minta klien mengenal sumber masalah, perasaan klien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah.
 - ii. Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya.
 - iii. Minta klien untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian klien.
 - iv. Terapis mengklasifikasi bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif klien dalam buku catatan perawat.
- b. Pilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu)
 - i. Bantu klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling menggangu klien dan ingin diselesaikan saat ini.
- c. Beri tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
 - i. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif yang dimiliki klien dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional/ cara aku melawan
 - ii. Latih klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:
 - iii. Minta klien untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif.
 - iv. Minta klien untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut.
 - v. Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali

- vi. Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
- vii. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien
- e. Diskusikan dengan klien dan keluarga jadwal latihan klien untuk melawan pikiran negatif
- f. Melibatkan keluarga dalam mengidentifikasi pikiran otomatis negatif klien dan melatih keluarga dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif klien.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- i. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi sesi pertama ini
- ii. Mengevaluasi kemampuan klien mengenal dan mengungkapkan distorsi kognitif dan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.
- iii. Mengevaluasi kemampuan klien memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
- iv. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
- v. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif dan memberi tanggapan rasional

b. Tindak Lanjut

i. Klien :

1. Mengajukan klien untuk berlatih melawan pikiran otomatis sesuai jadwal yang telah disepakati.
2. Mengajukan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut
3. Mengajukan klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi 1 dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian

4. Mengajukan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi 1 dan mencatatnya dalam buku catatan harian
- ii. Keluarga, mengajukan keluarga untuk mendampingi klien dalam :
 1. Melatih melawan pikiran negatif otomatis sesuai cara yang diajarkan
 2. Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif lain yang belum teridentifikasi
 3. Mengidentifikasi aspek-aspek positif klien yang lain dalam menanggapi pikiran otomatis negatif
5. Kontrak akan datang
 - a. Menyetujui topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan melawan pikiran negatif dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua
 - b. Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi dua

2.1.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 1:

A. Klien

No	Kegiatan	Tanggal					
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.						
2	Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan						
3	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama						
4	Menuliskan pikiran otomatis negatif pertama dan tanggapan rasionalnya						

B. Keluarga

No	Kegiatan	Tanggal					
1	Membantu dan mendampingi klien saat mengungkapkan pikiran otomatis negatif.						
2	Membantu dan mendampingi klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama						

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Cara Aku Melawan

2.2 Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

Pikiran otomatis negatif perlu dihilangkan sehingga tidak menambah ansietas dan depresi klien. Latihan melawan pikiran (*counter*) negatif yang teratur dan rutin akan membantu kemampuan klien dalam menghilangkan pikiran negatif. *Counter* pikiran negatif dapat dilakukan dengan cara : menggunakan lawan kata pada keyakinan yang salah (pikiran yang negatif), *counter* harus merupakan pernyataan yang diyakini dan sesuai dengan realita, klien mengungkapkan sebanyak mungkin *counter* untuk melawan pikiran negatif, *counter* harus diungkapkan oleh klien (bukan terapis), upayakan *counter* dalam kalimat yang singkat dan jelas, *counter* dilakukan dengan asertif, menggunakan perasaan, *counter* harus kuat (Free, 2000).

Ansietas dan depresi yang sering menimbulkan pikiran negatif dapat dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih cara mempersepsikan sesuatu dari sesi yang adaptif. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Klien akan belajar merubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Persepsi yang realistik, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

2.2.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 2

A. Tujuan

Klien diharapkan:

1. Mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini.
2. Mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
3. Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif kedua dan memberi tanggapan rasional

B. Setting Tempat

Klien, keluarga klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport, format evaluasi sesi 2

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap Orientasi
 - a. Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada klien dan keluarga
 - b. Evaluasi / Validasi
 1. Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.
 2. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri.
 3. Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut,

pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.

4. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat buku catatan harian klien.
5. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.
6. Menanyakan keterlibatan keluarga dalam mendampingi klien dalam latihan melawan pikiran otomatis negatif.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua.
2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.
3. Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien, keluarga bersama dengan terapis dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian
- b. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- c. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- d. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti sesi pertama.

- e. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- f. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- g. Berikan pujian terhadap keberhasilan klien.
- h. Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi pikiran negatif otomatis kedua dan cara melawannya.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- i. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi sesi kedua ini.
- ii. Mengevaluasi kemampuan klien memilih pikiran otomatis negatif kedua yang dirasakan untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
- iii. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua.
- iv. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif dan memberi tanggapan rasional.

b. Tindak Lanjut

i. Klien :

1. Menganjurkan klien untuk berlatih melawan pikiran otomatis sesuai jadwal yang telah disepakati.
2. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut.
3. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasikan pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam

sesi 2 dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian.

4. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi 2 dan mencatatnya dalam buku catatan harian

ii. Keluarga, menganjurkan keluarga untuk mendampingi klien dalam :

1. Melatih melawan pikiran negatif otomatis sesuai cara yang diajarkan
2. Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif lain yang belum teridentifikasi
3. Mengidentifikasi aspek-aspek positif klien yang lain dalam menanggapi pikiran otomatis negatif

5. Kontrak akan datang

- a. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi ketiga), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga, dan melatih cara menghentikan pikiran otomatis negatif.
- b. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi ketiga

2.2.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 2:

A. Klien

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif kedua					
2	Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu) untuk didiskusikan					
3	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama					
4	Menuliskan pikiran otomatis negatif kedua dan tanggapan rasionalnya					

B. Keluarga

No	Kegiatan	Tanggal				

1	Membantu dan mendampingi klien saat mengungkapkan pikiran otomatis negatif.					
2	Membantu dan mendampingi klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua					

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:	
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Cara Aku Melawan

2.3 Sesi Ketiga : Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur

Masalah psikologis pada klien kanker seperti ansietas dan depresi sering mengakibatkan munculnya pikiran negatif yang sangat mengganggu. Pikiran negatif yang mengganggu mengakibatkan seseorang tidak produktif dan mengalami ketidaknyamanan secara psikologis. Pikiran yang mengakibatkan ansietas ini akhirnya dapat menghasilkan suatu perilaku yang maladaptif.

Townsend (2009) menjelaskan bahwa latihan penghentian pikiran merupakan sebuah tehnik penghentian pikiran yang dapat dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan setiap kali individu ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran. Latihan ini sangat berguna untuk membantu menghentikan pikiran yang mengganggu.

Perilaku maladaptif akan diminimalkan dengan melakukan terapi penghentian pikiran. Klien diajarkan menghentikan pikiran yang mengancam dan

menimbulkan ansietas dan depresi klien. Cara pemutusan pikiran ini dilakukan dengan cara sederhana yakni bila pikiran negatif yang mengganggu tersebut muncul, klien dianjurkan untuk menghentikan pikiran dengan mengatakan “stop”. Kontrol pikiran penting untuk perkembangan mental yang sehat.

2.3.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 3

A. Tujuan

Klien diharapkan :

1. Mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini.
2. Mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
3. Mampu melakukan melatih cara penghentian pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur
4. Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif ketiga, memberi tanggapan rasional dan membantu menghentikan pikiran otomatis negatif

B. Setting Tempat

Klien, keluarga klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport
3. Jam tangan/stopwatch, format evaluasi sesi 3

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingat kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien dan keluarga

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.
2. Menanyakan apakah klien mempunyai keluhan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang pengembangan pikiran yang mengganggu dan membuat cemas.
3. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat buku catatan harian klien.
4. Menanyakan bagaimana perasaan klien setelah mengikuti sesi sebelumnya dan upaya mengatasi pikiran negatif
5. Menanyakan keterlibatan keluarga dalam mendampingi klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif dan melawan pikiran negatif.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi tiga yaitu klien mempraktekkan tehnik pemutusan/penghentian pikiran
2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.

3. Tahap Kerja

- a. Diskusikan dengan klien untuk memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini.
- b. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
- c. Diskusikan teknik penghentian pikiran yakni dengan cara: klien mulai dengan tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan

memandang ke satu titik pada dinding, pejamkan mata dan mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas. Alarm akan diatur agar berbunyi pada menit ke-1, ke-3 dan ke-5, kemudian klien diinstruksikan berhenti memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) atau ketika terapis berteriak "STOP". Ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi. Cara lain adalah dengan melakukan hitungan teratur.

- d. Lakukan latihan penghentian pikiran :
 - i. Anjurkan klien tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding, pejamkan mata, mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas. Ingatkan pikiran tersebut sampai alarm berbunyi atau dengan melakukan hitungan teratur.
 - ii. Saat alarm berbunyi atau pada hitungan yang ditentukan, anjurkan klien menghentikan pikiran negatif, membuka mata dan tarik nafas dalam.
 - iii. Biarkan klien relaks selama 1 menit, tanyakan pikiran yang muncul dan nilai pikiran yang muncul positif atau tidak. Bantu klien mengganti pikiran yang mengganggu, mengancam atau menimbulkan stres dengan pikiran positif.
 - iv. Lakukan latihan penghentian pikiran sebanyak 3 kali sehingga pada akhir latihan muncul pikiran positif secara otomatis.
- e. Lakukan latihan penghentian pikiran sama dengan langkah pada poin d, namun klien sendiri yang memutuskan pikiran negatif berteriak "STOP" dengan suara normal.
- f. Anjurkan menuliskan cara yang dilakukan dalam menghentikan pikiran dalam buku kerja klien.
- g. Anjurkan klien berlatih penghentian pikiran negatif pada jadwal yang disepakati.
- h. Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi pikiran otomatis ketiga dan cara melawannya serta membantu klien memutuskan pikiran negatif otomatis dengan cara hitungan teratur dan suara normal.

- i. Terapis memberikan pujian yang sesuai pada klien dan keluarga.
4. Tahap Terminasi
- a. Evaluasi
 - i. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi sesi ketiga.
 - ii. Mengevaluasi kemampuan klien dalam menghentikan pikiran negatif dengan cara hitungan teratur dengan mengucapkan "STOP" secara dengan suara normal.
 - iii. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam mendampingi klien memutuskan pikiran negatif dengan cara hitungan teratur dengan mengucapkan "STOP" secara dengan suara normal.
 - b. Tindak Lanjut
 - i. Menganjurkan klien untuk melakukan latihan penghentian pikiran sesuai jadwal yang telah disepakati.
 - ii. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi klien dalam melatih menghentikan pikiran negatif.
5. Kontrak akan datang
- a. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu melatih kemampuan menghentikan pikiran negatif dengan hitungan bervariasi.
 - b. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi keempat.

2.3.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 3 :

A. Klien

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif ketiga					
2	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga					
3	Melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan teratur dan berteriak STOP)					

4	Menuliskan pikiran otomatis negatif dan teknik penghentian pikiran					
---	--	--	--	--	--	--

B. Keluarga

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Membantu dan mendampingi klien saat mengungkapkan pikiran otomatis negatif ketiga.					
2	Membantu dan mendampingi klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga					
3	Membantu dan mendampingi klien dalam melatih cara penghentian pikiran negatif					

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

LATIHAN PENGHENTIAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Caraku Menghentikan Pikiran Negatifku

2.4 Sesi Keempat: Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan bervariasi

Latihan penghentian pikiran (*thought stopping*) berguna meningkatkan kemampuan berfikir dan dapat membantu klien mengubah proses berpikir (Videbeck, 2008). Latihan penghentian pikiran merupakan teknik yang digunakan untuk meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan (O'Neill & Whittal, 2002). Dapat disimpulkan bahwa terapi penghentian pikiran merupakan suatu cara yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang mengganggu atau tidak diinginkan.

Terapi penghentian pikiran dapat dilakukan dengan berbagai variasi menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Kontrol pikiran dilakukan dengan cara memutuskan pikiran negatif yang mengganggu dengan cara distraksi (Townsend, 2009). Distraksi akan memutuskan atau menghambat pikiran otomatis dan menggiring

klien untuk berfikir alternatif yang lebih adaptif. Klien diajarkan berteriak “STOP” dengan keras saat pikiran negatif muncul kembali. Teriakan “STOP” merupakan distraksi untuk memutus pikiran negatif. Teknik distraksi lain dapat berupa menarik karet gelang pada pergelangan, memerciki wajah dengan air dingin, dll. Teknik distraksi akan membuat klien berhenti memikirkan pikiran negatif sehingga terjadi *blocking* pada pemikirannya sehingga pikiran negatif dapat diputus. Keberhasilan terapi ini bergantung sejauh mana klien mampu mengendalikan pikiran sehingga berhasil mengusir pikiran negatif.

2.4.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 4

C. Tujuan

Klien diharapkan :

1. Mampu mendiskusikan cara penyelesaian pikiran negatif otomatis keempat dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1, 2 dan 3, yakni memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 4.
2. Mampu mendiskusikan dan melatih cara penghentian pikiran negatif yang mengganggu dengan hitungan bervariasi, suara berbisik dan melatih secara mandiri.
3. Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis negatif keempat, memberi tanggapan rasional dan membantu menghentikan pikiran otomatis negatif.

D. Setting Tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

E. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport
3. Jam tangan/stopwatch, format evaluasi sesi 4

D. Metode

1. Diskusi, tanya jawab, demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

b. Persiapan

- a. Mengingat kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien dan keluarga

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.
2. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan melawan pikiran negatif otomatis dan penghentian pikiran sesuai jadwal.
3. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam melatih penggunaan tanggapan rasional dan menghentikan pikiran negatif serta membuat catatan harian.
4. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat buku catatan harian klien.
5. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis keempat untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.
6. Menanyakan keterlibatan keluarga dalam mendampingi klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif keempat dan melawan pikiran negatif serta latihan menghentikan pikiran dengan cara hitungan teratur dan mengucapkan STOP suara normal.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi empat yaitu klien mempraktekkan latihan teknik pemutusan pikiran dengan hitungan variasi dan mengucapkan STOP dalam hati.
2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.

2. Tahap Kerja

- a. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif keempat yang ingin diselesaikan dalam pertemuan keempat.
- b. Terapis dan keluarga mendampingi klien saat melakukan cara melawan pikiran negatif otomatis keempat.
- c. Diskusikan teknik penghentian pikiran yakni dengan cara: klien mulai dengan tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding, pejamkan mata dan

mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas. Alarm akan diatur agar berbunyi pada menit 1, 2, 3, 4, 5 atau pada hitungan bervariasi kemudian klien diinstruksikan berhenti memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) dan meminta klien mengucapkan "STOP" dengan berbisik. Ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi.

- d. Lakukan latihan penghentian pikiran dengan cara hitungan bervariasi:
 - i. Anjurkan klien tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding, pejamkan mata, mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas. Ingatkan pikiran negatif dan mengancam tersebut sampai alarm berbunyi atau pada hitungan yang telah ditentukan.
 - ii. Anjurkan klien mengatakan STOP secara berbisik pada saat mendengar alarm pada menit yang telah diatur atau hitungan yang telah ditentukan. Anjurkan klien menghentikan pikiran negatif, membuka mata dan tarik nafas dalam.
 - iii. Biarkan klien relaks selama 1 menit, tanyakan pikiran yang muncul dan nilai pikiran yang muncul positif atau tidak. Bantu kembali klien mengganti pikiran yang mengganggu, mengancam atau menimbulkan stres dengan pikiran positif.
- e. Anjurkan klien mengulangi langkah diatas dengan mengucapkan "STOP" dalam hati dengan panduan terapis.
- f. Anjurkan klien mengulangi langkah diatas dengan mengucapkan "STOP" dalam hati secara mandiri.
- g. Anjurkan menuliskan cara yang dilakukan dalam menghentikan pikiran dalam buku kerja klien.
- h. Libatkan keluarga dalam melatih teknik pemutusan pikiran dengan hitungan variasi dengan suara berbisik, dalam hati dan secara mandiri.
- i. Terapis memberikan pujian yang sesuai pada klien dan keluarga.

3. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi

- i. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi sesi keempat ini.
- ii. Mengevaluasi kemampuan klien dalam menghentikan pikiran negatif pada hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.
- iii. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam mendampingi klien memutuskan pikiran negatif dengan hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.

b. Tindak Lanjut

- i. Menganjurkan klien untuk melakukan latihan penghentian pikiran sesuai jadwal yang telah disepakati dengan cara pikiran negatif dengan hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.
- ii. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi klien dalam melatih menghentikan pikiran negatif otomatis pikiran negatif dengan hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.

4. Kontrak akan datang

- a. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kelima), yaitu evaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*
- b. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi keempat

2. 4.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 4:

A. Klien

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif keempat					
2	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif keempat					
3	Melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dengan cara berbisik)					
4	Melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dalam hati)					
5	Melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan					

	bervariasi dengan mengatakan STOP dalam) secara mandiri					
6	Menuliskan pikiran otomatis negatif dan teknik penghentian pikiran					

B. Keluarga

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Membantu dan mendampingi klien saat mengungkapkan pikiran otomatis negatif keempat					
2	Membantu dan mendampingi klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif keempat					
3	Membantu dan mendampingi klien dalam melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dengan cara berbisik)					
4	Membantu dan mendampingi klien dalam melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dalam hati)					
5	Membantu dan mendampingi klien dalam melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dalam) secara mandiri					

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

LATIHAN PENGHENTIAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:	
Pikiran Negatifku	:	
Tanggal	No	Caraku Menghentikan Pikiran Negatifku

CATATAN HARIANKU

Tgl	No	Masalah Yang Dipikirkan	Tanggapan Rasional	Penghentian Pikiran	Hasil

2.5 Sesi Kelima : Mengevaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*

Latihan melakukan *counter* pikiran (tanggapan rasional) terhadap pikiran otomatis negatif bila dengan rutin dan teratur dilakukan maka klien akan mampu melawan serta mengontrol pikiran negatif. Latihan yang bermanfaat memerlukan jadwal

latihan yang teratur dan kesungguhan dari klien. Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan. Dukungan keluarga, sebagai *support system* utama klien sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu klien saat melatih melakukan counter pikiran dan melatih penghentian pikiran negatif.

Keberhasilan terapi yang dilakukan dapat menurunkan ansietas dan depresi, meningkatkan coping, menurunkan nyeri, meningkatkan *survival rate*, meningkatkan harga diri, memperbaiki anhedonia, *fatigue*, menurunkan afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif.

2.5.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 5

A. Tujuan :

Klien mampu :

1. Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.
2. Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan teknik penghentian pikiran negatif sesuai jadwal dengan cara hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.
3. Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mendampingi klien dalam melatih menghentikan pikiran negatif otomatis pikiran negatif dengan hitungan bervariasi dengan mengucapkan "STOP" secara berbisik, dalam hati dan mandiri.

B. Setting

Klien, keluarga klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk klien) dan buku kerja perawat

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingat kontrak dengan klien dan keluarga klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien dan keluarga klien

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan klien dan keluarga klien pada saat ini
2. Menanyakan apa klien sudah membuat catatan harian (kegiatan) dalam upaya untuk mengatasi pikiran otomatis dan perasaannya serta upaya penghentian pikiran yang telah dilakukan. Perawat melihat buku catatan harian klien.
3. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kelima untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.
4. Menanyakan keterlibatan keluarga dalam mendampingi klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif kelima dan melawan pikiran negatif serta latihan menghentikan pikiran dengan cara hitungan variasi dan mengucapkan STOP suara berbisik, dalam hati dan mandiri.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi lima yaitu mengevaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*.
2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30-45 menit.

3. Tahap Kerja

- a. Mengevaluasi kemampuan dan manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif.
- b. Mengevaluasi kemampuan dan manfaat teknik penghentian pikiran negatif terhadap pikiran otomatis yang negatif.
- c. Bersama keluarga, mendampingi klien dalam melawan pikiran negatif dan melakukan teknik pemutusan negatif secara mandiri.
- d. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien dan keluarga klien.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

1. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga klien setelah menjalani terapi.
2. Evaluasi kembali tindakan yang dilakukan terhadap melawan dan menghentikan pikiran otomatis negatif.

b. Tindak Lanjut

1. Anjurkan pada klien untuk tetap melanjutkan latihan cara memberi tanggapan rasional dan melakukan teknik penghentian pikiran negatif terhadap pikiran otomatis yang negatif.
2. Anjurkan klien menggunakan teknik melawan pikiran dan menghentikan pikiran negatif ini dalam mengatasi pikiran negatif pada masa mendatang.
3. Menganjurkan keluarga klien untuk mengingatkan klien dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.

c. Kontrak yang akan datang

Membuat kesepakatan dengan keluarga klien untuk dapat menjadi *support system* bagi klien

2.5.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 5:

A. Klien

No	Kegiatan	Tanggal	
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif kelima		
2	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kelima		
3	Melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dalam) secara mandiri		
4	Menuliskan pikiran otomatis negatif dan teknik penghentian pikiran		

B. Keluarga

No	Kegiatan	Tanggal	
1	Membantu dan mendampingi klien saat mengungkapkan pikiran otomatis negatif kelima		
2	Membantu dan mendampingi klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kelima		
3	Membantu dan mendampingi klien dalam melatih cara penghentian pikiran (menggunakan alarm atau hitungan bervariasi dengan mengatakan STOP dalam) secara mandiri		

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

LATIHAN PENGHENTIAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Caraku Menghentikan Pikiran Negatifku

CATATAN HARIANKU

Tgl	No	Masalah Yang Dipikirkan	Tanggapan Rasional	Penghentian Pikiran	Hasil

BAB 3

PENUTUP

Klien yang didiagnosa mengidap kanker cenderung mengalami masalah psikososial, terutama karena persepsi kanker erat hubungannya dengan kematian yang mendekat. Sarafino (1998) menyatakan bahwa klien dan keluarga memiliki pandangan bahwa kanker merupakan penyakit akan membawa penderita mengalami nyeri, kehilangan *disabilities, disfigurement, dependency*, dan kematian. Kanker merupakan sebuah penyakit yang ditakuti dibentuk oleh persepsi dan perjalanan penyakit itu sendiri sehingga sangat berpotensi menimbulkan masalah psikologis.

Masalah psikologis dapat diperberat oleh stigma terhadap penyakit kanker yang menakutkan dan mematikan. Stigma tersebut mengubah cara pandang klien dan orang lain (keluarga, kerabat, lingkungan) yang menganggap kanker identik dengan penderitaan serta kematian. Klien juga merasa tidak mampu berbuat apa-apa untuk memperlambat atau menghentikan progres penyakit serta tidak dapat melakukan sesuatu agar kondisi penyakit membaik sehingga menimbulkan keputusaan dan depresi.

Pendekatan psikoterapi diberikan dengan menggunakan psikodinamik dan metode eksplorasi untuk membantu klien memahami aspek kanker sebagai suatu respon emosional dan makna dari penyakit personal. Pemberian psikoterapi ini dilakukan oleh tenaga personal yang telah dilatih, khususnya terhadap kesehatan mental dan terapi modalitas yang dapat diaplikasikan pada klien dengan masalah penyakit fisik (Mc Corkle, et.al, 1996). Hal diatas menunjukkan bahwa psikoterapi terbukti

membantu klien mengatasi masalah psikososial sehingga membantu menurunkan masalah akibat ansietas dan depresi serta mencegah timbulnya ansietas dan depresi.

Pelaksanaan terapi kognitif dan penghentian pikiran dalam modul ini membantu klien untuk mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif dan membantu klien mengontrol pikiran negatif. Klien diajak agar mampu mengenal pikiran negatif dan melawan pikiran negatif tersebut dengan menggali aspek positif pada diri klien yang akan menjadi kekuatan klien. Klien juga diajak untuk mengenal apakah pikiran otomatis negatif yang dipikirkan sesuai dengan realita dan mengajarkan klien untuk melawan pikiran otomatis negatif dengan menghadirkan realita. Klien juga diajarkan untuk belajar mengatasi masalah yang timbul akibat pikiran otomatis negatif dan akhirnya klien mampu mengubah persepsi menjadi positif. Klien dilatih untuk mengendalikan pikiran negatif dengan cara mengatakan STOP pada pikiran negatif saat pikiran tersebut muncul. Latihan ini dilakukan dengan bantuan alarm atau hitungan teratur atau bervariasi. Kegiatan dalam modul dapat dilakukan klien secara individu atau dengan pendampingan keluarga. Setiap latihan mandiri dalam modul diharapkan dapat membentuk kebiasaan klien dalam membentuk pikiran positif dalam menghadapi setiap permasalahan yang dapat ditemukan di masa mendatang serta mengendalikan pikiran negatif yang muncul.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustarika, B (2009). Pengaruh terapi thought stopping terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan Nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari <http://www.k4health.org/system/files/laporanNasional%20Risikesdas%202007.pdf> tanggal 17 Fer 2012
- Beck, J.S (1995). *Cognitive therapy. Basic and beyond*. New York : The Guilford Press
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia:Lippincott.
- Burns, David D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi* (Santosa, Penerjemah). Jakarta : Erlangga.
- Free, M (Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: The Guilford Press
- Kristyaningsih, T (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kondisi depresi pada penderita gagal ginjal kronik di ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- LeMone, P & Burke, K (2008). *Medical surgical nursing. Critical thinking in client care*. (4th Ed). New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G. & Bucher, L. (2007). *Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problem*. (7th Ed). Vol 1. St.Louis: Mosby Elsevier
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J.G, & Ivers, H (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a

single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.35. 287–305

Nordin,K., Berglund,G., Glimelius,B & Sjoden, P (2000). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. 37. 376-384

O'Neill.M.L. dan Whittal, M.L (2002). Thought stopping. In Gross, A.M., Kay,J., Rounsaville, B, & Tryon, W.W. *Encyclopedia of psychotherapy*. Vol 2. Boston : Academic Press

Stuart G. W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.

Supriatin, L. (2010). *Pengaruh terapi tought stopping dan progresive muscle relaxation terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun*. Tesis. Tidak Dipublikasikan

Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company

Videbeck, S.I. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.

World Health Organization (2011). *World health statistics 2011*. Diambil dari http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf . Diakses pada tanggal 7 Februari 2012



BUKU KERJA
TERAPI KOGNITIF DAN PENGHENTIAN PIKIRAN
PADA KLIEN KANKER YANG MENGALAMI
ANSIETAS DAN DEPRESI

Oleh :
Jesika Pasaribu
Budi Anna Keliat
Ice Yulia Wardani

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA

2012

SESI 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

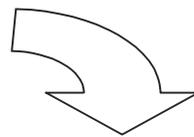
KANKER → PIKIRAN NEGATIF??

Bacalah penjelasan berikut ini :

Pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi.

Perubahan fisik akibat penyakit kanker akan berdampak pada kondisi psikis klien dapat menimbulkan pikiran negatif dapat timbul sebagai hasil mengalami kekecewaan, kegagalan, keputusan, dan ketidakberdayaan, dampak fisik seperti nyeri, kelelahan, mual, muntah, dll.

Apa yang perlu dilakukan selanjutnya??



Ubah pikiran negatif yang mengganggu, dapat dilakukan dengan cara :

- Mengubah pikiran negatif dengan memberi tanggapan rasional pada pikiran negatif otomatis.

- Ubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif

- Menciptakan kemungkinan persepsi yang realistik

- Mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi

- Menghubungkan persepsi dengan peristiwa

Mengapa pikiran negatif harus diubah?

- Membantu mengendalikan diri
- Melawan pikiran negatif
- Memahami hubungan antara pikiran, perasaan dan perbuatan
- Menggantikan pikiran negatif dengan pikiran yang lebih nyata/realistik

Latih diri Saudara untuk :

1. Menenal dan mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.
2. Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
3. Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama

Tuliskan latihan tersebut pada format berikut :

--	--	--

Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

Baca kembali informasi penting berikut :

Pikiran otomatis negatif perlu dihilangkan sehingga tidak menambah kecemasan dan depresi klien. Latihan melawan pikiran negatif (*counter*) yang teratur dan rutin akan membantu kemampuan klien dalam menghilangkan pikiran negatif.

Counter pikiran negatif dapat dilakukan dengan cara : menggunakan lawan kata pada keyakinan yang salah (pikiran yang negatif), counter harus merupakan pernyataan yang diyakini dan sesuai dengan realita, klien mengungkapkan sebanyak mungkin counter untuk melawan pikiran negatif, counter harus diungkapkan oleh klien (bukan terapis), upayakan counter dalam kalimat yang singkat dan jelas, counter dilakukan dengan asertif, menggunakan perasaan, counter harus kuat (Free, 2000).

Mengapa harus dilatih???

Perubahan pada pikiran (kognisi) akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Persepsi yang realistik, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

Latihlah diri Saudara :

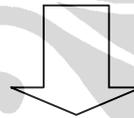
1. Memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini.

Sesi Ketiga : Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan teratur

Ketahuiilah bahwa :

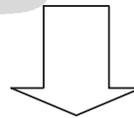
Pikiran negatif yang mengganggu mengakibatkan seseorang tidak produktif dan mengalami ketidaknyamanan secara psikologis. Pikiran negatif menghasilkan suatu perilaku yang merusak dan merugikan (maladaptif).

Kendalikan pikiran negatif dengan latihan penghentian pikiran.

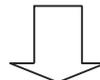


Teknik penghentian pikiran dapat dipelajari sendiri oleh seseorang dan dapat digunakan setiap kali seseorang ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan.

Latihan ini sangat berguna untuk membantu menghentikan pikiran yang mengganggu, mengancam, dan membuat cemas.



Perilaku maladaptif akan diminimalkan dengan melakukan latihan **penghentian pikiran**. Cara penghentian pikiran ini dilakukan dengan cara sederhana yakni bila pikiran negatif yang mengganggu tersebut muncul, klien dianjurkan untuk menghentikan pikiran dengan mengatakan "**stop**".



Kontrol pikiran penting untuk perkembangan jiwa yang sehat.

Latih diri Saudara dalam :

Melatih cara penghentian pikiran yang mengganggu yakni:

1. Tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding
2. Pejamkan mata dan mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas.
3. Alarm akan diatur agar berbunyi pada menit ke-1, ke-3 dan ke-5, saat alarm berbunyi, atau pada hitungan yang telah ditentukan. Berhentilah memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) atau ketika terapis berteriak "STOP".
4. Buka mata perlahan, tarik nafas dalam sampai merasa rileks dan ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif/menyenangkan.
5. Lakukan latihan penghentian pikiran sebanyak 3 kali sehingga pada akhir latihan muncul pikiran positif secara otomatis.
6. Lakukan latihan penghentian pikiran sama dengan langkah pada poin d, namun klien sendiri yang memutuskan pikiran negatif berteriak "STOP" dengan suara normal.

Evaluasi kemampuan saudara dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

LATIHAN PENGHENTIAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Cara Aku Menghentikan Pikiran Negatifku

Sesi Keempat: Pemutusan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan alarm atau hitungan bervariasi

Informasi berikut berguna bagi Saudara :

Latihan penghentian pikiran (*thought stopping*) teratur dan rutin berguna untuk meningkatkan kemampuan berfikir dan dapat membantu mengubah proses berpikir, membantu meminimalkan stress akibat pikiran yang tidak diinginkan.

Terapi penghentian pikiran dapat dilakukan dengan berbagai variasi menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Kontrol pikiran dilakukan dengan cara memutuskan pikiran negatif yang mengganggu dengan cara distraksi. Distraksi akan memutuskan atau menghambat pikiran otomatis dan menggiring klien untuk berfikir alternatif yang lebih adaptif. Klien diajarkan berteriak "STOP" dengan keras saat pikiran negatif muncul kembali. Teriakan "STOP" merupakan distraksi untuk memutuskan pikiran negatif.

Teknik distraksi lain dapat berupa menarik karet gelang pada pergelangan, memerciki wajah dengan air dingin, dll. Teknik distraksi akan membuat klien berhenti memikirkan pikiran negatif sehingga terjadi blocking pada

pemikirannya sehingga pikiran negatif dapat diputus. Keberhasilan terapi ini bergantung sejauh mana klien mampu mengendalikan pikiran sehingga berhasil mengusir pikiran negatif.

Latihlan diri Saudara untuk :

Melatih cara penghentian pikiran yang mengganggu yakni:

1. Tarik nafas dalam sampai rileks, kemudian konsentrasi dengan memandang ke satu titik pada dinding
2. Pejamkan mata dan mengosongkan pikiran lalu memikirkan pikiran yang mengganggu, mengancam dan membuat cemas.
3. Alarm akan diatur agar berbunyi pada menit 1,2,3,4,5, saat alarm berbunyi, atau pada hitungan yang telah ditentukan. berhentilah memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) dan katakan STOP secara berbisik.
4. Setelah alarm berhenti berbunyi buka mata dan tarik nafas dalam.
5. Tarik nafas dalam, rileks, ganti pikiran yang mengganggu, mengancam atau menimbulkan stres dengan pikiran positif.
6. Ulangi langkah diatas dengan mengucapkan "STOP" dalam hati dengan panduan terapis atau keluarga
7. Ulangi langkah diatas dengan mengucapkan "STOP" dalam hati secara mandiri.

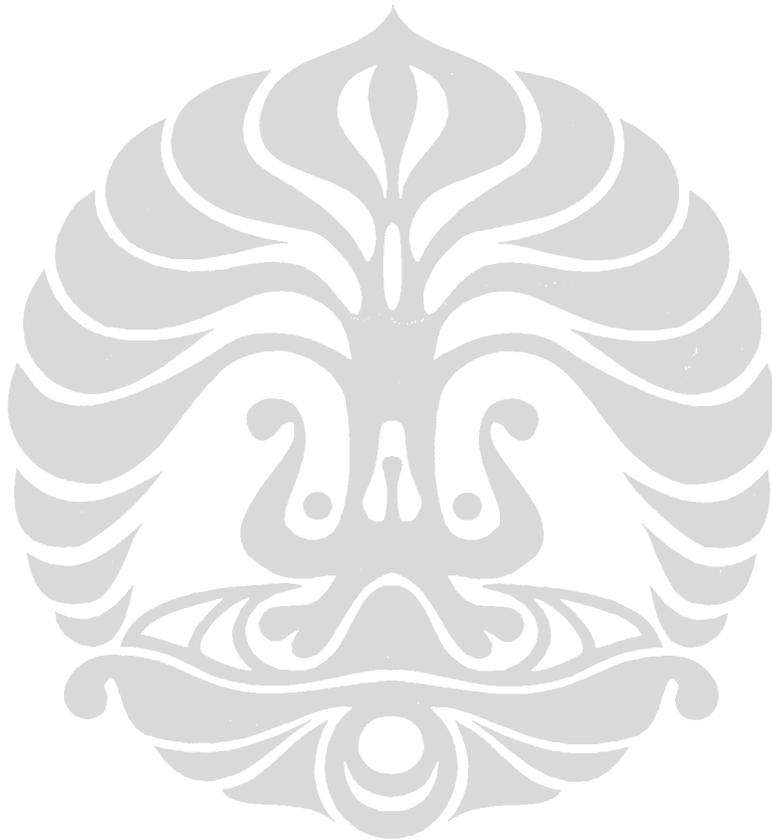
Evaluasi kemampuan Saudara pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

Sesi Kelima : Mengevaluasi manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif, teknik penghentian pikiran negatif dan *support system*

Ketahui bahwa

Latihan melakukan *counter* pikiran (tanggapan rasional) terhadap pikiran otomatis negatif bila dengan rutin dan teratur dilakukan maka klien akan mampu melawan serta mengontrol pikiran negatif. Latihan yang bermanfaat memerlukan jadwal latihan yang teratur dan kesungguhan dari klien. Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan. Dukungan keluarga, sebagai *support system* utama klien sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu klien saat melatih melakukan *counter* pikiran dan melatih penghentian pikiran negatif.

Keberhasilan terapi yang dilakukan dapat menurunkan ansietas dan depresi, meningkatkan cara mengatasi masalah, menurunkan nyeri, meningkatkan usia harapan hidup, meningkatkan harga diri, meningkatkan gairah dan semangat hidup, menurunkan kelelahan, menurunkan afek kesedihan setiap hari, menurunkan pikiran negatif, dan peningkatkan yang bermakna terhadap aspek positif





MODUL PANDUAN

**TERAPI KOGNITIF PADA KLIEN KANKER YANG
MENGALAMI ANSIETAS DAN DEPRESI**

Oleh :
Jesika Pasaribu
Budi Anna Keliat
Ice Yulia Wardani

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
2012

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang pesat dan tidak terkontrol (LeMone & Burke, 2006). Kanker merupakan pembunuh nomor dua di dunia setelah penyakit kardiovaskular (WHO, 2007). Survey Riskesdas 2007 ditemukan bahwa data kanker merupakan penyebab kematian sebanyak 5,7% dan menjadi 'pembunuh' urutan ke-7 setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal, dan diabetes melitus (Kemenkes RI, 2007). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan klien kanker dan kematian sebagai hasil akhir kanker akan meningkatkan juga angka mortalitas akibat kanker.

Kanker sebagai penyakit kronis sangat beresiko menimbulkan masalah psikososial bagi penderitanya. Klien akan mengalami perubahan respon psikologis dan emosional. Klien mempersepsikan kanker dengan kematian sehingga diliputi dengan perasaan negatif. Perasaan negatif ini dapat menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran terhadap efek penyakit, pengobatan dan dampaknya, nyeri, serta kematian.

Kemampuan beradaptasi psikologis akan diwarnai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang dialami klien akan ditampilkan dalam bentuk ketidakmampuan dalam menampilkan peran (*disfigurement*), ketergantungan (*dependency*, gangguan berhubungan dengan orang lain, nyeri, *emaciation*, penurunan finansial, *abandonment*, syok, marah, menyangkal, tawar menawar, depresi, *helplessness*, *hopelessness*, rasionalisasi, penerimaan, dan intelektualisasi dan kematian (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher 2007). Semua kondisi yang dialami klien mengakibatkan individu semakin rentan terhadap terjadinya masalah psikososial. Nordin, Berglund, Glimelius dan Sjoden (2000) dalam studinya menemukan bahwa individu yang didiagnosa mengalami kanker akan mengalami gangguan psikososial dengan prevalensi 49%. Gangguan psikososial terbanyak yang dialami adalah ansietas dan depresi.

Intervensi psikologis yang bervariasi dilakukan membawa dampak yang positif terhadap berkurangnya gejala psikososial klien namun tidak ditemukan terapi yang terbaik. Menurut Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen (2002), dari hasil studi literatur menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang dinilai paling efektif untuk menurunkan depresi pada klien kanker adalah *support group therapy*, *education*,

structured counseling, cognitive-behavioral therapy, communication skills training, dan self-esteem building approaches. Pemberian psikoterapi sebagai salah satu terapi untuk mengatasi ansietas dan depresi menunjukkan bahwa intervensi psikologis juga layak diberikan kepada klien dengan kanker yang memiliki masalah psikososial.

Terapi kognitif yang ditemukan oleh Beck merupakan terapi untuk mengatasi depresi dengan berfokus untuk mengenali pikiran otomatis negatif (Kazantzis, Reinecke & Freeman, 2010). Terapi kognitif berlandaskan model kognitif yakni emosi dan perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap suatu peristiwa (Beck, 1995). Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana dia menginterpretasikan dan berfikir terhadap peristiwa tersebut. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bukan peristiwa yang membentuk perasaan seseorang, namun bagaimana ia berfikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berbeda serta memiliki cara interpretasi yang berbeda juga. Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang tepat diberikan pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi. Sesuai dengan tujuan terapi bahwa diharapkan pemikiran, perasaan serta perilaku klien yang negatif terhadap kondisi penyakit saat ini dapat diganti dengan hal positif.

Levesque, Savard, Simard, Gauthier & Ivers (2004) menemukan pada penderita kanker yang mengalami metastasis, terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala depresi, anhedonia, ansietas dan fatigue. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahayuningsih (2007) mendapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan harga diri kemandirian penderita kanker payudara setelah dilakukan terapi kognitif. Studi Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi. Terapi kognitif dapat membantu menghentikan pola pikiran negatif sehingga klien dapat mengubah pikiran negatif menjadi positif dan dapat menurunkan ansietas dan depresi. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatan signifikan terhadap afek positif. Hasil studi tersebut merupakan pembuktian bahwa terapi kognitif membawa perubahan positif terhadap klien kanker.

Masalah psikososial yang dialami klien cenderung membuat klien memiliki pandangan negatif terhadap diri, orang lain dan masa depan. Pemberian terapi kognitif diharapkan mampu membantu klien mengubah cara pandang menjadi lebih positif. Modul ini disusun untuk membantu klien mengatasi masalah psikososial terkait kanker yang diderita terdiri dari 5 sesi yaitu :

Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis

Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif

Sesi 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif

Sesi 4 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)

Sesi 5 : Keluarga sebagai *support system*

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum :

Meningkatkan kemampuan klien untuk mengatasi ansietas dan depresi akibat kanker yang diderita dengan mengubah persepsi negatif menjadi positif dengan menggunakan tanggapan rasional.

1.2.2 Tujuan Khusus :

Klien yang mengikuti terapi ini diharapkan akan mampu :

1.2.2.1 Melakukan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif otomatis

1.2.2.2 Meminimalkan gejala ansietas dan depresi akibat pikiran otomatis negatif yang muncul

1.3 Manfaat

Modul dan penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1.3.1 Klien dan keluarga : sebagai panduan dalam mengatasi pikiran negatif yang timbul

1.3.2 Perawat : sebagai panduan dalam menerapkan terapi kognitif pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi.

1.3.3 Rumah sakit : peningkatan kualitas asuhan keperawatan, khususnya bagi klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi

BAB 2

PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF PADA KLIEN KANKER YANG MENGALAMI ANSIETAS DAN DEPRESI

Pelaksanaan terapi ini terdiri dari 5 (lima) sesi. Adapun uraian kegiatan adalah sebagai berikut :

2.1 SESI 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif

Perubahan fisik akibat penyakit kanker akan berdampak pada kondisi psikis klien. Pikiran negatif dapat timbul sebagai hasil keputusan, tidak berdaya, dampak fisik seperti nyeri, kelelahan, mual, muntah, dll. Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana dia menginterpretasikan dan berfikir terhadap peristiwa tersebut. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bukan peristiwa yang membentuk perasaan seseorang, namun bagaimana ia berfikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berberda serta memiliki cara interpretasi yang berbeda juga.

Burn (1980) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi.

Upaya untuk mengubah pikiran negatif dibutuhkan kemampuan untuk mengenali pikiran-pikiran negatif otomatis yang sering muncul dan mengganggu. Setelah pikiran negatif otomatis dikenali, maka lakukan cara untuk melawan pikiran negatif dengan memunculkan pikiran positif. Klien akan belajar merubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif, menciptakan kemungkinan persepsi yang realistis, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa, dan bermain peran, kemampuan menginterpretasi pikiran alternatif (Blackburn & Davidson, 1990).

Latihan pada sesi 1 merupakan aplikasi terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Selain itu, menurut Beck (1987) dalam Townsend (2009) latihan melawan pikiran negatif dilakukan agar klien dapat mengenal pikiran-pikiran negatif/otomatisnya, memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku, mengatasi kelainan bentuk pikiran (distorsi kognitif), menggantikan pikiran negatif dengan pikiran-pikiran yang lebih realistis, dan belajar mengidentifikasi dan mengetahui perubahan pikiran yang disfungsi yang mengakibatkan individu mengalami distorsi pikiran.

Latihan melawan pikiran negatif bukanlah suatu cara bagaimana memecahkan masalah klien, namun suatu cara membantu klien untuk mengembangkan cara-cara baru dengan melihat kembali pengalaman-pengalaman di masa lalu dan mencari alternatif penyelesaian masalahnya sendiri (Boyd & Nihart, 1998). Dengan demikian maka, terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang dapat melatih klien untuk mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan, sehingga klien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif.

2.1.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 1

A. Tujuan

Klien diharapkan mampu :

1. Menegal dan mengungkapkan distorsi kognitif dan pikiran-pikiran otomatis yang negatif
2. Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini
3. Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama

B. Setting Tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport, format evaluasi sesi 1

D. Metode

1. Sharing
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Membuat kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 1. Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis
 2. Menanyakan nama dan panggilan klien
 - b. Evaluasi / Validasi
 1. Menanyakan perasaan klien pada saat ini
 2. Menanyakan apa yang sudah dilakukan klien untuk mengatasi perasaannya
 - c. Kontrak
 1. Menjelaskan program terapi dengan jumlah sesi sebanyak 4 sesi dan menyepakati jadwal pertemuan.
 2. Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan klien mengenal pikiran otomatis dan hal yang mendasari pemikiran tersebut serta mengendalikan pikiran negatif yang mengganggu.
 3. Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan klien dan keluarga, buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
 4. Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 30-45 menit.
3. Tahap Kerja

- a. Identifikasi distorsi kognitif dan pikiran negatif yang dialami.
 - i. Minta klien mengenal sumber masalah, perasaan klien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah.
 - ii. Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya.
 - iii. Minta klien untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian klien.
 - iv. Terapis mengklasifikasi bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif klien dalam buku catatan perawat.
 - b. Pilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu)
 - i. Bantu klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu klien dan ingin diselesaikan saat ini.
 - c. Beri tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
 - i. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif yang dimiliki klien dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional/ cara aku melawan
 - ii. Latih klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:
 - iii. Minta klien untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif.
 - iv. Minta klien untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut.
 - v. Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali
 - vi. Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
 - vii. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
 - d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien
 - e. Diskusikan dengan klien jadwal latihan klien untuk melawan pikiran negatif
4. Tahap Terminasi
- a. Evaluasi

- i. Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi pertama.
 - ii. Mengevaluasi kemampuan klien mengenal dan mengungkapkan distorsi kognitif dan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.
 - iii. Mengevaluasi kemampuan klien memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
 - iv. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
- b. Tindak Lanjut
- i. Menganjurkan klien untuk berlatih melawan pikiran otomatis sesuai jadwal yang telah disepakati.
 - ii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut
 - iii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasikan pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi 1 dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian
 - iv. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi 1 dan mencatatnya dalam buku catatan harian
5. Kontrak akan datang
- a. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan melawan pikiran negatif dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua
 - b. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi dua

2.1.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 1:

No	Kegiatan	Tanggal					
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.						
2	Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan						
3	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama						
4	Menuliskan pikiran otomatis negatif pertama dan tanggapan rasionalnya						

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

PIKIRAN NEGATIFKU			
Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU			
No		:	
Pikiran Negatifku		:	
Tanggal	No	Cara Aku Melawan	

2.2 Sesi 2 dan sesi 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

Pikiran otomatis negatif perlu dihilangkan sehingga tidak menambah ansietas dan depresi klien. Latihan melawan pikiran (*counter*) negatif yang teratur dan rutin akan membantu kemampuan klien dalam menghilangkan pikiran negatif. *Counter* pikiran negatif dapat dilakukan dengan cara : menggunakan lawan kata pada keyakinan yang salah (pikiran yang negatif), *counter* harus merupakan pernyataan yang diyakini dan sesuai dengan realita, klien mengungkapkan sebanyak mungkin *counter* untuk melawan pikiran negatif, *counter* harus diungkapkan oleh klien (bukan terapis), upayakan *counter* dalam kalimat yang singkat dan jelas, *counter* dilakukan dengan asertif, menggunakan perasaan, *counter* harus kuat (Free, 2000).

Ansietas dan depresi yang sering menimbulkan pikiran negatif dapat dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih cara mempersepsikan sesuatu dari sesi yang adaptif. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Klien akan belajar merubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Persepsi yang realistik, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

2.2.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 2 dan sesi 3

A. Tujuan

Klien diharapkan:

1. Mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua dan ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua dan ketiga ini.
2. Mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan ketiga serta menuliskannya di lembar/buku catatan harian.

B. Setting Tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku kerja, buku raport, format evaluasi sesi 2 dan sesi 3

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Demonstrasi

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap Orientasi
 - a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.
2. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri.
3. Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.
4. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat buku catatan harian klien.
5. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua dan ketiga untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan kedua dan ketiga ini adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua dan ketiga.
2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.

3. Tahap Kerja

- a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian
- b. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang ingin diselesaikan dalam pertemuan
- c. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- d. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan

pikiran otomatis negatif dengan cara yang sama seperti sesi pertama.

- e. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.
- f. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- g. Berikan pujian terhadap keberhasilan klien.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - i. Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi kedua dan ketiga.
 - ii. Mengevaluasi kemampuan klien memilih pikiran otomatis negatif kedua dan ketiga yang dirasakan untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
 - iii. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan ketiga.
- b. Tindak Lanjut
 - i. Menganjurkan klien untuk berlatih melawan pikiran otomatis sesuai jadwal yang telah disepakati.
 - ii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut.
 - iii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi 2 dan sesi 3, minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian.
 - iv. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi 2 dan sesi 3, mencatatnya dalam buku catatan harian.

5. Kontrak akan datang

- a. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif keempat, dan melatih cara menghentikan pikiran otomatis negatif.
- b. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi keempat

2.2.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 2 :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif kedua					
2	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua					
3	Menuliskan pikiran otomatis negatif kedua dan tanggapan rasionalnya					

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan latihan yang telah dilakukan pada sesi 3 :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif ketiga					
2	Memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga					
3	Menuliskan pikiran otomatis negatif ketiga dan tanggapan rasionalnya					

Evaluasi kemampuan klien dicatat pada buku kerja dengan format sebagai berikut :

PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
Tanggal	No	Cara Aku Melawan

- 2.3 Sesi Keempat : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).

Latihan melakukan *counter* pikiran (tanggapan rasional) terhadap pikiran otomatis negatif bila dengan rutin dan teratur dilakukan maka klien akan mampu melawan serta mengontrol pikiran negatif. Latihan yang bermanfaat memerlukan jadwal latihan yang teratur dan kesungguhan dari klien. Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan.

Keberhasilan terapi yang dilakukan dapat menurunkan ansietas dan depresi, meningkatkan coping, menurunkan nyeri, meningkatkan *survival rate*, meningkatkan harga diri, memperbaiki anhedonia, fatigue, menurunkan afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif.

2.3.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 4

A. Tujuan :

Klien diharapkan mampu :

1. Klien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
2. Klien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian klien.
3. Klien dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif
4. Klien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif
5. Klien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul.

B. Setting Tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk klien) buku kerja perawat dan format evaluasi sesi 4.

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

- a. Salam Terapeutik : Salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi Validasi
 - i. Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini
 - ii. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri
 - iii. Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama, kedua dan ketiga masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran-pikiran otomatis negatif tersebut, adakah pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional lainnya.
 - iv. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat buku catatan harian klien.
 - v. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis keempat untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

3. Kontrak

- i. Menjelaskan tujuan pertemuan dari sesi 4, yaitu meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti terapi.
- ii. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit

3. Tahap Kerja

- a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian
- b. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif keempat dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif sebelumnya yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- c. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif keempat dengan cara yang sama seperti sesi sebelumnya.
- d. Diskusikan perasaan klien setelah menggunakan tahapan-tahapan dalam memberikan tanggapan rasional (melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif) dan beri umpan balik.
- e. Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan klien dalam menyelesaikan pikiran otomatis yang timbul.
- f. Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran otomatisnya.
- g. Tanyakan hambatan yang dialami klien dalam memberi tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya.
- h. Diskusikan cara mengatasi hambatan.
- i. Anjurkan klien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan-pertemuan dalam terapi.
- j. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - i. Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi.
 - ii. Mengevaluasi kemampuan klien mengatasi pikiran negatif keempat.
- b. Tindak Lanjut
 - i. Menganjurkan klien untuk berlatih tentang cara melawan pikiran otomatis negatif keempat dengan aspek positif yang dimiliki klien

dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif ketiga tersebut.

- ii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif keempat tersebut.
 - iii. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasikan pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi 4 dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
 - iv. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif ketiga yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- c. Kontrak yang akan datang
- i. Menepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kelima), yaitu keluarga sebagai *support system* klien.
 - ii. Menepakati waktu dan tempat.

2.3.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi sesi 4

No	Kegiatan	Tanggal			
1	Melakukan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif				
2	Memberi tanggapan terhadap pelaksanaan terapi kognitif				
3	Mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif				

Catatlah hasil evaluasi kemampuan dalam formulir berikut :

DAFTAR PIKIRAN NEGATIF

No.	Hari/ Tanggal	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:
Pikiran Negatifku :	
Hari/ Tanggal	Cara Aku Melawan
	1.
	2.

CATATAN HARIANKU

Hari/ Tgl Jam	Pikiran Negatifku	Cara Aku Melawan	Hasil

2.4 Sesi 5 : Keluarga sebagai *support system*

Keluarga sebagai orang terdekat klien merupakan sumber daya yang menjadi 'partner' perawat dalam mendampingi klien kanker. Adanya keluarga yang turut berperan dalam proses pengobatan akan membantu mempercepat kesembuhan klien. Klien sangat perlu didampingi oleh keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat bagi klien.

Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan. Dukungan keluarga, sebagai *support system* utama klien sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu klien saat melatih melakukan counter pikiran sehingga pikiran negatif dapat diganti menjadi pikiran positif.

2.1.4 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 5

A. Tujuan

1. Meningkatkan komunikasi perawat dengan klien dan keluarga klien
2. Klien mendapat dukungan (*support system*) dari keluarga klien
3. Keluarga dapat menjadi *support system* bagi klien

B. Setting

Klien, keluarga dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik

2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk klien), format evaluasi sesi 5 dan buku kerja perawat

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak dengan klien dan keluarga klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien dan keluarga klien

b. Evaluasi / Validasi

1. Menanyakan perasaan klien dan keluarga klien saat ini.
2. Menanyakan apa klien sudah membuat catatan harian (kegiatan) dalam upaya untuk mengatasi pikiran otomatis dan perasaannya.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan kelima, yaitu keluarga dapat memberikan dukungan bagi klien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.
2. Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi kepada keluarga, yaitu meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi pikiran otomatis negatif dan cara penyelesaian masalah yang timbul akibat pikiran tersebut.

3. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 - 45menit

3. Tahap Kerja

- a. Jelaskan pada keluarga tentang pengertian, tujuan dan manfaat terapi kognitif bagi klien.
- b. Jelaskan pada keluarga tentang pelaksanaan terapi kognitif yang telah dilakukan klien termasuk pembuatan catatan hariannya.
- c. Minta klien untuk menjelaskan pada keluarga tentang pikiran otomatis negatif yang dirasakan, cara melawan pikiran tersebut,

- pembuatan catatan harian, dan manfaat hasil yang dirasakan klien dalam menjalani terapi kognitif.
- d. Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi perilaku klien sebelum, selama dan sesudah mengikuti terapi kognitif.
 - e. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki klien.
 - f. Anjurkan keluarga siap mendengarkan masalah-masalah (pikiran otomatis negatif) yang dialami klien.
 - g. Libatkan keluarga dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan klien.
 - h. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien dan keluarga.
4. Tahap Terminasi
- a. Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi
 2. Mengevaluasi kemampuan keluarga sebagai *support system* bagi klien
 - b. Tindak Lanjut
 1. Mengajukan pada keluarga agar dapat menerima dan merawat klien
 2. Mengajukan keluarga untuk mengingatkan klien dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.
 - c. Kontrak yang akan datang
 1. Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk dapat menjadi *support system* bagi klien

2.4.2 Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

A. Klien

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan pikiran otomatis		
2	Mengungkapkan alasan		
3	Mengungkapkan tanggapan rasional		
4	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi		
5	Membuat catatan harian		

B. Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan dukungan dalam membantu klien untuk melaksanakan terapi kognitif		
2	Membantu klien dalam pelaksanaan membuat catatan harian		
3	Memberi pujian terhadap perilaku positif klien		

Tuliskan hasil evaluasi pada format berikut :

DAFTAR PIKIRAN NEGATIF

No.	Hari/ Tanggal	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Tanggal)

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:
Pikiran Negatifku :	
Hari/Tanggal	Cara Aku Melawan

CATATAN HARIANKU

Hari/ Tgl/ Jam	Pikiran Negatifku	Cara Melawan Aku	Hasil

BAB 3

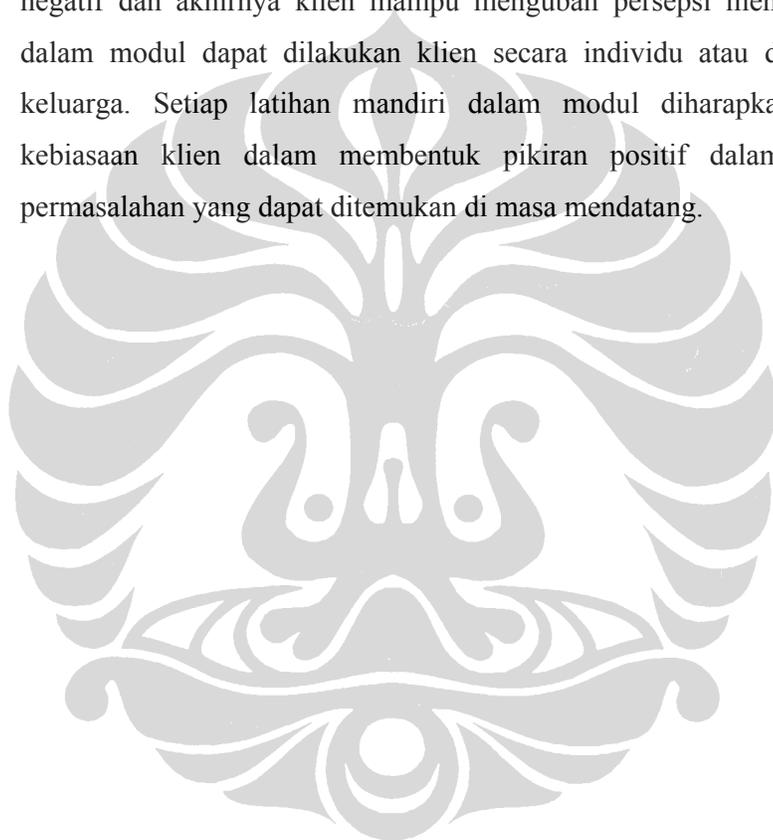
PENUTUP

Klien yang didiagnosa mengidap kanker cenderung mengalami masalah psikososial, terutama karena persepsi kanker erat hubungannya dengan kematian yang mendekat. Sarafino (1998) menyatakan bahwa klien dan keluarga memiliki pandangan bahwa kanker merupakan penyakit akan membawa penderita mengalami nyeri, kehilangan *disabilities, disfigurement, dependency*, dan kematian. Kanker merupakan sebuah penyakit yang ditakuti dibentuk oleh persepsi dan perjalanan penyakit itu sendiri sehingga sangat berpotensi menimbulkan masalah psikologis.

Masalah psikologis dapat diperberat oleh stigma terhadap penyakit kanker yang menakutkan dan mematikan. Stigma tersebut mengubah cara pandang klien dan orang lain (keluarga, kerabat, lingkungan) yang menganggap kanker identik dengan penderitaan serta kematian. Klien juga merasa tidak mampu berbuat apa-apa untuk memperlambat atau menghentikan progres penyakit serta tidak dapat melakukan sesuatu agar kondisi penyakit membaik sehingga menimbulkan keputusaan dan depresi.

Pendekatan psikoterapi diberikan dengan menggunakan psikodinamik dan metode eksplorasi untuk membantu klien memahami aspek kanker sebagai suatu respon emosional dan makna dari penyakit personal. Pemberian psikoterapi ini dilakukan oleh tenaga personal yang telah dilatih, khususnya terhadap kesehatan mental dan terapi modalitas yang dapat diaplikasikan pada klien dengan masalah penyakit fisik (Mc Corkle, et.al, 1996). Hal diatas menunjukkan bahwa psikoterapi terbukti membantu klien mengatasi masalah psikososial sehingga membantu menurunkan masalah akibat ansietas dan depresi serta mencegah timbulnya ansietas dan depresi.

Pelaksanaan terapi kognitif dalam modul ini membantu klien untuk mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif. Klien diajak agar mampu mengenal pikiran negatif dan melawan pikiran negatif tersebut dengan menggali aspek positif pada diri klien yang akan menjadi kekuatan klien. Klien juga diajak untuk mengenal apakah pikiran otomatis negatif yang dipikirkan sesuai dengan realita dan mengajarkan klien untuk melawan pikiran otomatis negatif dengan menghadirkan realita. Klien juga diajarkan untuk belajar mengatasi masalah yang timbul akibat pikiran otomatis negatif dan akhirnya klien mampu mengubah persepsi menjadi positif. Kegiatan dalam modul dapat dilakukan klien secara individu atau dengan pendampingan keluarga. Setiap latihan mandiri dalam modul diharapkan dapat membentuk kebiasaan klien dalam membentuk pikiran positif dalam menghadapi setiap permasalahan yang dapat ditemukan di masa mendatang.



DAFTAR PUSTAKA

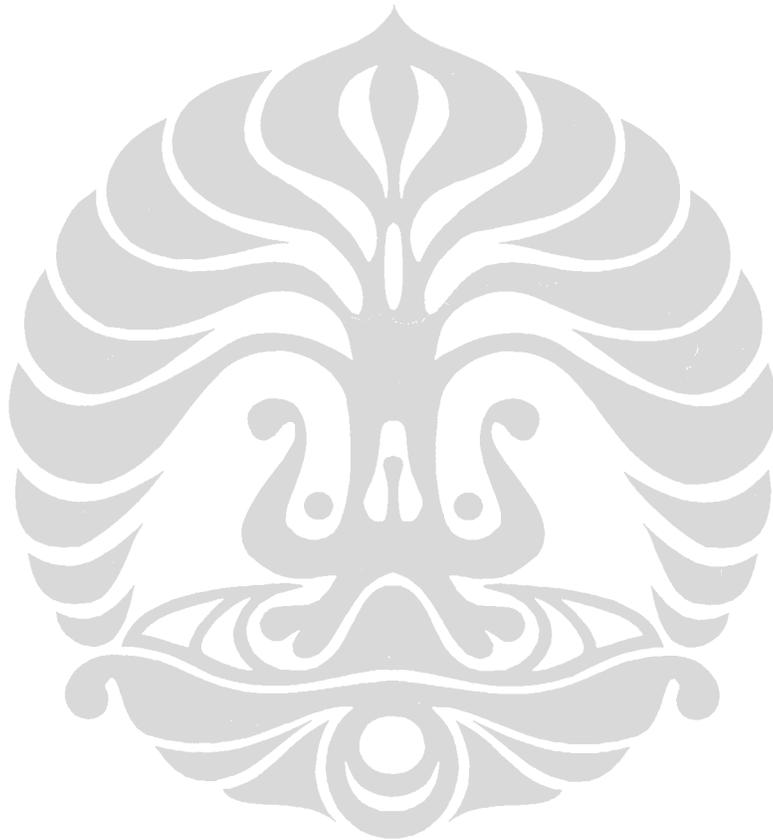
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan Nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari <http://www.k4health.org/system/files/laporanNasional%20Riskasdas%202007.pdf> tanggal 17 Fer 2012
- Beck, J.S (1995). *Cognitive therapy. Basic and beyond*. New York : The Guilford Press
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Burns, David D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi* (Santosa, Penerjemah). Jakarta : Erlangga.
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: The Guilford Press
- Kristyaningsih, T (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kondisi depresi pada penderita gagal ginjal kronik di ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- LeMone, P & Burke, K (2008). *Medical surgical nursing. Critical thinking in client care*. (4th Ed). New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G. & Bucher, L. (2007). *Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problem*. (7th Ed). Vol 1. St.Louis: Mosby Elsevier
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J.G, & Ivers, H (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 35. 287-305
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B & Sjoden, P (2000). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. 37. 376-384

Stuart G. W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.

Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company

Videbeck, S.I. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.

World Health Organization (2011). *World health statistics 2011*. Diambil dari http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf . Diakses pada tanggal 7 Februari 2012





BUKU KERJA

**TERAPI KOGNITIF PADA KLIEN KANKER YANG
MENGALAMI ANSIETAS DAN DEPRESI**

Oleh :

Tjathyanti Kristianingsih

Budi Anna Keliat

Novy Helena C. D

Jesika Pasaribu

Ice Yulia Wardani

Rika Sarfika

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA**

2012

SESI 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif

KANKER  PIKIRAN NEGATIF ??

Bacalah penjelasan berikut ini : 

Pikiran negatif berasal dari perasaan negatif yang tidak disadari, akibat penilaian yang negatif terhadap peristiwa yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap peristiwa. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa yang datang melainkan cara mempersepsikan peristiwa yang terjadi.

Perubahan fisik akibat penyakit kanker akan berdampak pada kondisi psikis dan dapat menimbulkan pikiran negatif dapat timbul sebagai hasil mengalami kekecewaan, kegagalan, keputusasaan, dan ketidakberdayaan, dampak fisik seperti nyeri, kelelahan, mual, muntah, dll.

Apa yang perlu dilakukan selanjutnya?? 

Ubah pikiran negatif yang mengganggu, dapat dilakukan dengan cara :

1. **Mengubah pikiran negatif dengan memberi tanggapan rasional pada pikiran negatif otomatis.**
2. **Mengubah pikiran negatif dengan cara mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif**
3. **Menciptakan kemungkinan persepsi yang realistik**
4. **Mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi**
5. **Menghubungkan persepsi dengan peristiwa**

Sesi 2 dan sesi 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.

Baca kembali informasi penting berikut :

Pikiran otomatis negatif perlu dihilangkan sehingga tidak menambah kecemasan dan depresi. Latihan melawan pikiran negatif (*counter*) yang teratur dan rutin akan membantu kemampuan Anda dalam menghilangkan pikiran negatif

Counter pikiran negatif dapat dilakukan dengan cara :

- Gunakan lawan kata pada keyakinan yang salah (pikiran negatif)
- Counter harus merupakan pernyataan yang diyakini dan sesuai dengan realita/kenyataan
- Ungkapkan sebanyak mungkin counter untuk melawan pikiran negatif
 - Counter harus diungkapkan oleh Anda (bukan terapis)
 - Counter dalam kalimat yang singkat dan jelas
 - Counter dilakukan dengan asertif, menggunakan perasaan
 - Counter harus kuat

Mengapa harus dilatih???

Perubahan pada pikiran (kognisi) akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Persepsi yang realistis, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

Latihlah diri Saudara :

1. Memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
2. Memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.

Tuliskan latihan tersebut pada format PIKIRAN NEGATIF dan latih cara melawan pikiran pada format CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU



Sesi Keempat : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).

Ketahui bahwa :

Latihan melakukan *counter* pikiran (tanggapan rasional) terhadap pikiran otomatis negatif bila dengan rutin dan teratur dilakukan maka Anda akan mampu melawan serta mengontrol pikiran negatif. Latihan yang bermanfaat memerlukan jadwal latihan yang teratur dan kesungguhan dari klien.

Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan.

Keberhasilan terapi yang dilakukan dapat menurunkan kecemasan dan depresi, meningkatkan cara mengatasi masalah, menurunkan nyeri, meningkatkan usia harapan hidup, meningkatkan harga diri, meningkatkan gairah dan semangat hidup, menurunkan kelelahan, menurunkan afek kesedihan setiap hari, menurunkan pikiran negatif, dan peningkatkan yang bermakna terhadap aspek positif

Sesi 5 : Keluarga sebagai *support system*

Keluarga sebagai orang terdekat klien merupakan sumber daya yang menjadi '*partner*' perawat dalam mendampingi klien kanker.

Adanya keluarga yang turut berperan dalam proses pengobatan akan membantu mempercepat kesembuhan klien.

Klien sangat perlu didampingi oleh keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat bagi klien.

Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, nyeri hebat, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain.

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu klien saat melatih melakukan counter pikiran sehingga pikiran negatif dapat diganti menjadi pikiran positif.

Tujuannya agar :

- a. Klien mendapat dukungan (*support system*) dari keluarga klien
- b. Keluarga dapat menjadi *support system* bagi klien

PERAN KELUARGA DALAM MEMBANTU MENGATASI PIKIRAN NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Pikiran Negatif	Peran keluarga	Hasil

