



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF  
TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGATASI  
DEPRESI PADA PASIEN KANKER**

**TESIS**

**Ninik Yunitri**

**NPM. 1006749150**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, Juli 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF  
TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGATASI  
DEPRESI PADA PASIEN KANKER**

**TESIS**

**Di ajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Ninik Yunitri**

**NPM. 1006749150**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, Juli 2012**

ii

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Ninik Yunitri**

**NPM : 1006749150**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 9 Juli 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Ninik Yunitri  
NPM : 1006749150  
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan  
Keperawatan Jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif  
terhadap Depresi dan Kemampuan Mengatasi Depresi  
Pada Pasien Kanker

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc

Pembimbing II : Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

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

Penguji : Widya Lolita, S.Kp., M.Kep

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul :

### **PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGATASI DEPRESI PADA PASIEN KANKER**

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Sidang  
Tesis pada Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 9 Juli 2012

Pembimbing I



Prof. Dr. Bulli Ansa Kellat., S.Kp, M.App.Sc

Pembimbing II



Drs. Sutanto Priyo Hastono., M.Kes

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “**Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Depresi Dan Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker**” sesuai waktu yang ditentukan.

Dalam proses penyusunan ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku ketua program pasca sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan selaku koordinator mata ajar tesis keperawatan.
3. Ibu Prof.Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi kepada peneliti.
4. Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, selaku pembimbing II tesis, yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan.
5. Ibu Novy Helena C.D., S.Kp., MSc sebagai pembimbing akademik peneliti yang selalu memberikan semangat kepada peneliti untuk menyelesaikan proposal penelitian.
6. Rekan-rekan angkatan VIII Program Magister Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyusunan proposal.

Semoga amal ibadah dan budi baik bapak, ibu serta rekan-rekan mendapatkan rahmat yang berlimpah dari Allah SWT.

Depok, Juli 2012

Peneliti

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

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

Nama : Ninik Yunitri  
NPM : 1006749150  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

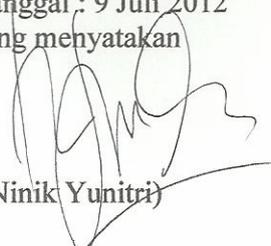
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Depresi Dan Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker**

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 : 9 Juli 2012  
Yang menyatakan

  
(Ninik Yunitri)

**PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2012

Ninik Yunitri

Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker  
xvi + 114 hal + 20 tabel + 3 bagan + 12 lampiran

**Abstrak**

Depresi merupakan masalah psikososial paling banyak dialami oleh pasien kanker di Indonesia dibandingkan dengan penyakit kronik lainnya yaitu sekitar 98%. Depresi dapat menjadi faktor penghambat proses pengobatan sehingga tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dan 40-90% pasien kanker tidak mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya. Terapi kelompok suportif ekspresif berpotensi untuk menurunkan depresi pada pasien dengan kondisi kronik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker. Desain penelitian ini menggunakan *quasi eksperimental pre-post test with control group*, responden kelompok intervensi 49 pasien kanker dan kelompok kontrol 52 pasien di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker, pada Juni 2012. Pengukuran depresi menggunakan *Hamilton Depression Scale* dan pengukuran kemampuan mengatasi depresi menggunakan kuesioner. Terapi kelompok suportif ekspresif diberikan sebanyak 8 sesi dalam 6 kali pertemuan. Analisa data menggunakan uji *ancova*. Hasil penelitian menunjukkan penurunan tingkat depresi 9.15 pada kelompok intervensi ( $p=0.0001$ ) lebih besar dibandingkan kelompok kontrol 0.28 ( $p=0.108$ ) dan peningkatan kemampuan mengatasi depresi pada kelompok intervensi mengalami peningkatan 4.08 ( $p=0.0001$ ) dibandingkan dengan kelompok kontrol 0.12 ( $p=0.491$ ). Terapi kelompok suportif ekspresif dapat menurunkan depresi dan meningkatkan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker.

Kata kunci : Depresi, Kemampuan Mengatasi Depresi, Pasien kanker, Terapi Kelompok Suportif Ekspresif.

Daftar Pustaka : 38 (1984-2011)

**POST GRADUATE PROGRAM  
NURSING FACULTY  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Tesis, June 2012

Ninik Yunitri

The influence of supportive expressive group therapy for depression and patient ability to solve depression in cancer patient

xvi + 114 hal + 20 table + 3 chart + 12 appendixes

**Abstrak**

Depression is the most common problem that occur in cancer patient in Indonesia than other chronic illness, it is around 98%. Depression can disturb the treatment. patient with this are three times in chance for not taking the medication and 40-90% cancer patient did not have treatment to solve their depression problem. Supportive expressive group therapy potentially decreased depression in chronic illness patient. The aims of this research is to determine the effect of supportive expressive group therapy for depression and ability to solve depression in cancer patient. This reseach use quasi-experimental design pre-post test with control group, sample in intervention group is 49 cancer patient and 52 patient in control group in RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker in June 2012. Depression measure use hamilton depression scale and questionnaire to measure patient ability to solve depression. Supportive expressive group therapy session provides as many as eight in six meetings. Data analysis using ancova. The results showed decreased of depression 9.15 for intervention group ( $p=0.0001$ ), higher than control group only 0.28 ( $p=0.108$ ) dan the patient ability to solve depression increased in intervention group 4.08 ( $p=0.0001$ ) higher than control group only 0.12 ( $p=0.491$ ). supportive expressive group therapy can decrease depression and increase patient ability to solve depression.

Keyword : Depression, patient ability to solve depression, cancer patient, supportive expressive group therapy.

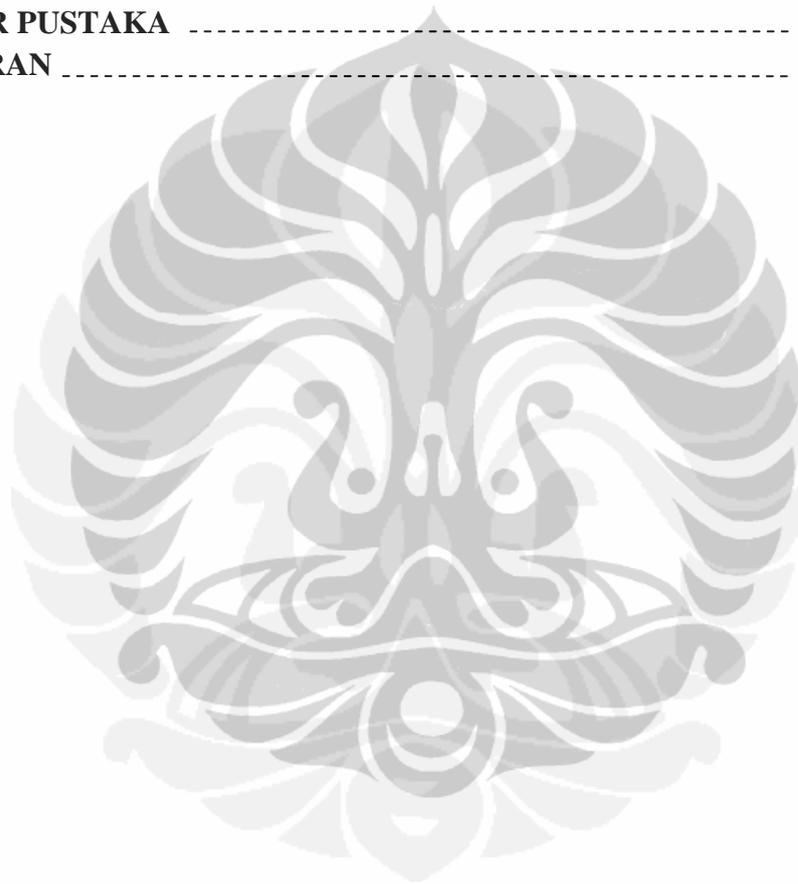
Bibliography : 38 (1984-2011)

# DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DALAM</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>BAB 1       PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1   Latar Belakang .....	1
1.2   Rumusan Masalah .....	11
1.3   Tujuan Penelitian .....	13
1.4   Manfaat Penelitian .....	14
<b>BAB 2       TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>15</b>
2.1   Kanker .....	15
2.1.1   Pengertian Kanker .....	15
2.1.2   Etiologi Kanker .....	17
2.1.3   Mekanisme Terjadinya Kanker.....	21
2.1.4   Penatalaksanaan Kanker.....	22
2.1.5   Dampak Kanker .....	27
2.2   Depresi pada Kanker .....	31
2.2.1   Pengertian Depresi .....	32
2.2.2   Etiologi Depresi .....	33
2.2.3   Tanda dan Gejala Depresi .....	41
2.2.4   Pengukuran Depresi .....	43
2.2.5   Dampak Depresi pada Kanker .....	44
2.2.6   Kemampuan Mengatasi Depresi .....	45
2.2.7   Penatalaksanaan Depresi pada Kanker .....	47
2.3   Terapi Kelompok Suportif Ekspresif .....	51
2.3.1   Pengertian .....	51
2.3.2   Tujuan Terapi .....	54
2.3.3   Keanggotaan Terapi .....	55

	2.3.4 Terapis dan Asisten Terapis .....	57
	2.3.5 Teknik Pelaksanaan Terapi .....	58
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	<b>67</b>
	3.1 Kerangka Teori Penelitian .....	67
	3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	71
	3.3 Hipotesis Penelitian .....	73
	3.4 Definisi Operasional .....	74
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>76</b>
	4.1 Rancangan Penelitian .....	76
	4.2 Populasi dan Sampel .....	78
	4.3 Tempat Penelitian .....	82
	4.4 Waktu Penelitian .....	83
	4.5 Etika Penelitian .....	83
	4.6 Alat Pengumpulan Data .....	84
	4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	86
	4.8 Pengolahan dan Analisis Data .....	96
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	5.1 Karakteristik pasien Kanker yang mengalami depresi .....	102
	5.2 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Depresi pada Pasien Kanker .....	105
	5.3 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker .....	109
	5.4 Hubungan Depresi terhadap Kemampuan Mengatasi Depresi pada Pasien Kanker .....	112
	5.5 Faktor yang Berkontribusi terhadap Depresi Pada Pasien Kanker.....	113
	5.6 Faktor yang Berkontribusi terhadap Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker .....	114
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	6.1 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Depresi dan Kemampuan Mengatasi Depresi pada Pasien Kanker .....	117
	6.2 Hubungan Kemampuan Mengatasi Depresi terhadap Depresi pada Pasien Kanker .....	126

6.3	Faktor-faktor yang Berkontribusi terhadap Depresi dan Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker .....	127
6.4	Keterbatasan Penelitian .....	132
6.5	Implikasi Penelitian .....	133
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN dan SARAN</b>	<b>135</b>
7.1	Kesimpulan	135
7.2	Saran	137
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>139</b>
	<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>142</b>



## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
<b>Tabel 3.1</b>	<b>Variabel, Definisi Operasional Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala ..... 72</b>
<b>Tabel 4.1</b>	<b>Distribusi Jumlah Pasien Kanker Berdasarkan Tempat Penelitian ..... 79</b>
<b>Tabel 4.2</b>	<b>Analisa Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif ekspresif Terhadap Depresi pada Pasien Kanker di Rumah Sakit X ..... 98</b>
<b>Tabel 4.3</b>	<b>Analisa Multivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif ekspresif Terhadap Depresi pada Pasien Kanker di Rumah Sakit X ..... 99</b>
<b>Tabel 5.1</b>	<b>Distribusi Frekuensi Karakteristik pasien Kanker yang mengalami Depresi Tahun 2012 ..... 101</b>
<b>Tabel 5.2</b>	<b>Analisis Usia Pasien Kanker yang Mengalami Depresi tahun 2012 ..... 102</b>
<b>Tabel 5.3</b>	<b>Analisis Kesetaraan Usia pada Pasien Kanker yang Mengalami Depresi Tahun 2012 ..... 103</b>
<b>Tabel 5.4</b>	<b>Analisis kondisi Depresi pada pasien kanker sebelum Mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Tahun 2012 ..... 104</b>
<b>Tabel 5.5</b>	<b>Analisis Perubahan Kondisi Depresi Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker Tahun 2012 ..... 105</b>
<b>Tabel 5.6</b>	<b>Analisis Perubahan Kondisi Depresi Setelah Dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker Tahun 2012 ..... 106</b>
<b>Tabel 5.7</b>	<b>Analisis Kemampuan Mengatasi Depresi pada Pasien Kanker Tahun 2012 ..... 107</b>

<b>Tabel 5.8</b>	<b>Analisis Perubahan Kemampuan Mengatasi Depresi Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker Tahun 2012</b>	<b>108</b>
<b>Tabel 5.9</b>	<b>Analisis Perubahan Kemampuan Mengatasi Depresi Setelah Dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker Tahun 2012</b>	<b>109</b>
<b>Tabel 5.10</b>	<b>Analisis Hubungan Kondisi Depresi dengan Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker</b>	<b>110</b>
<b>Tabel 5.11</b>	<b>Faktor-faktor yang Berkontribusi terhadap Kondisi Depresi pada Pasien Kanker Tahun 2012</b>	<b>111</b>
<b>Tabel 5.12</b>	<b>Perbedaan rata-rata kondisi Depresi pasien kanker yang mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif sebelum dan setelah di kontrol oleh variabel counfounding.</b>	<b>112</b>
<b>Tabel 5.13</b>	<b>Faktor-faktor yang Berkontribusi terhadap Kemampuan mengatasi Depresi pada Pasien Kanker Tahun 2012</b>	<b>113</b>
<b>Tabel 5.14</b>	<b>Perbedaan rata-rata Kemampuan Mengatasi Depresi pasien kanker yang mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif sebelum dan setelah di kontrol oleh variabel counfounding.</b>	<b>113</b>

## DAFTAR BAGAN

	<b>Halaman</b>
<b>Bagan 3.1</b> Kerangka Teori Penelitian .....	<b>68</b>
<b>Bagan 3.2</b> Kerangka Konsep Penelitian .....	<b>70</b>
<b>Bagan 4.1</b> Prosedur Pelaksanaan Kegiatan Penelitian .....	<b>86</b>



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Penjelasan tentang Penelitian
- Lampiran 2** Lembar Persetujuan
- Lampiran 3** Matriks Penelitian
- Lampiran 4** Kuesioner A
- Lampiran 5** Kuesioner B
- Lampiran 6** Kuesioner C
- Lampiran 7** Modul Terapi Kelompok Suportif Ekspresif
- Lampiran 8** Buku Kerja Terapi Kelompok Suportif Ekspresif
- Lampiran 9** Buku Evaluasi Terapi Kelompok Suportif Ekspresif
- Lampiran 10** Surat Pernyataan Lulus Uji Etik
- Lampiran 11** Surat Pernyataan Lolos Uji Expert Validity
- Lampiran 12** Surat Balasan Penelitian Rumah Sakit  
RS.Sukanto POLRI, RSPAD Gatot Subroto,  
Rumah Singgah Kanker CISC

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

Bab ini memaparkan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker merupakan penyakit autoimun yang menyerang sel manusia dan mengakibatkan kegagalan organ dalam menjalankan fungsinya. Penyakit kanker tergolong dalam penyakit kronik dan mengancam kehidupan. Hal ini karena hingga sekarang belum ada pengobatan yang dinyatakan berhasil menyembuhkan kanker.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh WHO dan Bank Dunia pada tahun 2005 diperkirakan sebanyak 12 juta orang didunia mengalami kanker setiap tahunnya. Angka ini terus meningkat setiap tahun dan diperkirakan penderita kanker akan mencapai angka 26 juta orang pada tahun 2030. Angka kejadian kanker diseluruh dunia bervariasi sesuai dengan ras dan status negara tersebut, kanker lebih banyak terjadi pada negara-negara dengan tingkat ekonomi rendah hingga menengah yaitu sekitar 70 % dari seluruh insiden kanker di dunia (WHO, 2011)..

Peningkatan angka kejadian kanker pesat terjadi pada negara miskin dan berkembang. Kecenderungan ini bahkan terlihat di Asia, pada tahun 2008 angka kejadian kanker mencapai 700.000 kasus kanker baru di seluruh negara-negara anggota ASEAN.

Di Indonesia, kejadian kanker mencapai angka 4.3%, kejadian penyakit kanker tertinggi berturut-turut terjadi di DI Yogyakarta sebanyak 9.6%, Jawa Tengah (8.1%) dan Jakarta (7.4%), sedangkan prevalensi terendah terjadi di Maluku (1.5%). Berdasarkan data demografi, wanita lebih banyak menderita kanker yaitu sebanyak 5.7 % sedangkan laki-laki hanya sekitar

2.9%, hal ini sejalan dengan tingginya angka pasien kanker pada ibu rumah tangga yaitu sekitar 8.2%. Berdasarkan tingkatan usia didapatkan semakin tinggi usia seseorang semakin berisiko untuk mengalami kanker, terbukti dengan kejadian kanker pada usia lebih dari 75 tahun berkisar antara 9.4% (Risikesdas, 2007), Prevalensi observasi oleh salah satu rumah sakit kanker di Indonesia, ditemukan bahwa pada tahun 2011 terdapat 1264 kasus kanker di Jakarta dengan 437 kejadian terbanyak adalah kanker payudara, diikuti oleh kanker serviks (Dharmais, 2011).

Penyebab kanker belum diketahui secara pasti hingga saat ini, seiring perkembangan teknologi yang menunjang ilmu kehidupan banyak penelitian dilakukan untuk mengetahui penyebab kanker. Dari banyak penelitian yang dilakukan, diketahui kanker terjadi karena adanya replikasi, mutasi dan reparasi sel normal menjadi ganas. Faktor risiko yang berhubungan dengan replikasi atau mutasi antara lain faktor pola hidup dan adanya paparan zat karsinogenik.

Salah satu penyebab tingginya kejadian kanker di Indonesia adalah besarnya prevalensi merokok yaitu sebanyak 23.7%, obesitas umum pada penduduk berusia lebih dari atau sama dengan 15 tahun yaitu 13.9% pada laki-laki dan 23.8% pada wanita. Kurangnya konsumsi buah dan sayur sebanyak 93.6%, adanya pola memakan makanan diawetkan sebesar 6.3%, makanan berlemak 12.8% dan makanan berpenyedap 77.8% serta kurangnya aktivitas fisik sebesar 48.2% (Risikesdas, 2007).

Sebagai penyakit kronik, kanker merupakan penyakit yang berdampak pada seluruh anggota tubuh. Kanker tidak hanya menyerang sel utama kanker, kanker akan bermetastasis ke organ dan jaringan lain sehingga mengakibatkan kegagalan fungsi seluruh organ. Dampak pada penyakit kanker tergantung pada stadium kanker itu sendiri. Karena hingga saat ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan kanker, salah satu dampak akhir kanker adalah kematian.

WHO (2008), menyatakan bahwa kanker telah menyebabkan kematian sebanyak 7.6 juta jiwa atau sekitar 13% dari seluruh kematian yang terjadi. Dari angka tersebut terdapat beberapa jenis kanker yang paling banyak terjadi yaitu kanker paru (1.37 juta kematian), kanker lambung (736.000 kematian), kanker hati (695.000 kematian), kanker kolon hingga rektum (608.000 kematian), kanker payudara (458.000 kematian), dan kanker serviks (275.000 kematian), dan diperkirakan pada tahun 2030 prevalensi kematian akibat kanker akan lebih dari 13.1 juta. Banyak faktor yang melatarbelakangi terjadinya peningkatan kematian oleh kanker, akan tetapi lebih dari 30% kematian akibat kanker dapat diatasi dengan menghindari faktor resiko antara lain meminimalisasi penggunaan tembakau, menurunkan angka obesitas, meningkatkan asupan makan buah dan sayur, meningkatkan aktivitas fisik, menghindari infeksi HIV, menekan polusi udara (WHO, 2011).

Kanker dapat diatasi dengan menghindari faktor risiko pasien kanker dan penerapan terapi kanker. Terapi bagi pasien kanker tidak selalu sama meskipun jenis kanker yang diderita sama, hal ini dikarenakan setiap manusia memiliki gen berbeda sehingga penanganan kanker setiap individu akan berbeda. Dalam menentukan terapi yang tepat bagi pasien kanker, perlu dilakukan pemeriksaan sel kanker terlebih dahulu. Saat ini telah banyak berkembang terapi untuk mengatasi kanker. Penanganan kanker terbagi atas empat terapi yaitu pembedahan, kemoterapi, radiasi dan terapi kombinasi.

Kemoterapi, radioterapi, pembedahan dan terapi kombinasi memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Selayaknya dua sisi mata uang, terapi kanker memiliki dampak buruk terhadap kesehatan pasien kanker. bagi kebanyakan pasien efek samping terapi menjadi stressor tersendiri yang terkadang menyebabkan kondisi penuh stress. Masalah kesehatan fisik merupakan kondisi yang penuh stress bagi semua orang, meskipun tingkatan stress setiap orang bervariasi tergantung pada mekanisme adaptasi dan coping yang dimiliki. Sedih dan berduka merupakan reaksi normal yang

dialami oleh pasien kanker, karena kesedihan dan berduka dianggap sebagai hal yang normal. Individu yang didiagnosa menderita kanker akan mengalami stress dan perubahan status emosi, hal ini terjadi karena beragam hal antara lain adanya rasa takut terhadap kematian, perubahan gambaran diri atau harga diri, perubahan peran dan status sosial dan perubahan status ekonomi. Gangguan mental yang terbanyak terjadi pada penderita kanker adalah cemas dan depresi (Videbeck, 2008; Varcarolis & Halter, 2010).

Depresi merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood individu (Hecht & Shiel, 2003). Depresi merupakan gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Banyak kasus depresi yang tidak teridentifikasi karena depresi pada pasien kanker dianggap sebagai proses yang normal terjadi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bukberg, Penman and Holland (1984) diketahui bahwa sebanyak 42 dari 62 pasien kanker yang menjalani rawatan di Rumah Sakit mengalami depresi baik depresi berat maupun sedang. Gaynes et al (2008), Hermann (2006), Pirl (2004) dalam Varcarolis & Halter (2010) menyebutkan kejadian depresi sendiri pada penyakit terminal dan kronik mencapai 20% hingga 50%. Dan dari angka tersebut kejadian depresi terbanyak di alami oleh pasien kanker (50%), HIV (41%), Diabetes (9% - 27%), dan penyakit stroke (20% - 30%). Penelitian yang oleh Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) di Jordania, mendapatkan bahwa dari 208 pasien kanker 51,9% mengalami depresi dan terbagi atas depresi ringan (18.75%), sedang (22.1%) hingga berat (11%). Angka ini mengalami peningkatan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan pada tahun 1998 dan 2001 yaitu sebesar 1,5 % hingga 45 % kejadian depresi.

Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) menemukan bahwa kejadian depresi tertinggi terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi kombinasi (pembedahan dan kemoterapi atau lainnya) yaitu 26% sedangkan pada

pasien dengan terapi tunggal seperti kemoterapi hanya 20 % mengalami depresi. Kejadian depresi terendah terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi radioterapi (1%). Desen (2008) dalam bukunya mengatakan hal lumrah yang sering terjadi pada saat pasien mendapatkan diagnosa kanker adalah penolakan, cemas, marah, depresi dan cenderung menyendiri. Sedangkan pada tahap menjalani terapi kebanyakan pasien mengalami cemas, ketakutan, depresi dan gangguan emosi.

Varcarolis dan Halter (2010) membagi fase psikososial pada pasien dengan penyakit terminal mulai dari ketika merasakan gejala, menunggu hasil diagnosa, mendapatkan informasi hasil diagnosa, memulai terapi dan menuju akhir kehidupan. Dalam setiap fase pasien akan merasakan dan mengalami masalah psikososial berbeda. Pada setiap masalah yang muncul penanganan pemberian psikoterapi adalah salah satu solusinya. Psikoterapi yang diberikan tergantung pada tanda dan gejala yang muncul.

Depresi pada pasien kanker masih belum banyak mendapatkan perhatian oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit, sehingga penanganannya hanya berpusat pada pemenuhan kebutuhan secara fisik, meskipun pada kenyataannya ketiadaan depresi mampu meningkatkan kualitas pengobatan yang dijalani oleh pasien. Jdon, et al (2010) menyebutkan sekitar 40% hingga 90% pasien depresi pada kanker tidak mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya, hanya sebagian kecil saja pasien kanker yang mengalami depresi mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya. Bahkan, sebelum pasien mendapatkan kepastian penyakit kanker yang diderita sebagian dari mereka telah mengalami depresi terlebih dahulu. Depresi dapat menjadi faktor yang berisiko untuk menghambat proses pengobatan. Pasien dengan depresi tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi, depresi yang tidak terdiagnosa dan tidak diberikan terapi akan memberikan dampak perubahan pengobatan dan meningkatkan distress pasien. Simon et al (2005 dalam Varcarolis & Halter 2010),

menyebutkan pasien dengan penyakit kronik yang mengalami depresi dan mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya menunjukkan peningkatan dalam minat menjalani terapi medis, bereaksi baik terhadap pengobatan dan mengalami peningkatan kualitas hidup. Kondisi depresi pada pasien kanker merupakan masalah psikososial yang membutuhkan asuhan keperawatan jiwa.

Asuhan Keperawatan seharusnya mencakup asuhan yang komprehensif meliputi biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual, walaupun pada kenyataannya di tatanan pelayanan kesehatan masih banyak perawat yang lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan fisik terkait perubahan fungsi fisiologis saja. Hal ini biasanya dihubungkan dengan tingginya aktivitas pelayanan asuhan sehingga mengesampingkan pemenuhan kebutuhan psiko, sosial dan spiritual pasien. Psikoterapi sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah psikososial telah berkembang pesat. Banyak orang mulai menyadari kesehatan tidak hanya fisik semata, namun juga mental dan spiritual menjadi faktor penting dalam mendukung proses penyembuhan.

Psikoterapi telah dikembangkan sejak tahun 1952 oleh Hans, J, Eysenck. Psikoterapi merupakan penatalaksanaan gangguan emosi, perilaku, kepribadian, psikiatri yang terutama didasarkan pada komunikasi dan intervensi verbal atau nonverbal dengan pasien, berbeda dengan penatalaksanaan menggunakan upaya kimia dan fisik (Stedman, 2005). berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan sekitar 74% dari 24 penelitian pada pasien neurotik yang mendapatkan psikoterapi selama 2 tahun mengalami kemajuan dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan terapi. Setelah tahun 1980 didapati hasil yang menunjukkan peningkatan hasil penelitian dimana pasien yang mendapatkan psikoterapi menunjukkan penurunan gejala gangguan jika dibandingkan dengan pasien tanpa terapi. Dari penelitian yang dilakukan didapatkan hasil pasien dengan pemberian plasebo menunjukkan penurunan gejala gangguan sebanyak 66% jika dibandingkan pasien tanpa terapi apapun, sedangkan pasien yang

mendapatkan psikoterapi mengalami penurunan sebanyak 80% jika dibandingkan pasien tanpa perlakuan (Lambert & Vermeersch, 2002). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien yang mendapatkan psikoterapi menunjukkan hasil lebih baik jika dibandingkan pasien yang mendapatkan terapi plasebo dan tanpa terapi.

Psikoterapi diberikan berdasarkan kebutuhan dan adanya indikasi pada pasien. Psikoterapi yang dapat diterapkan pada pasien kanker antara lain terapi kognitif, terapi perilaku, terapi emosional-rasional, hipnoterapi terapi sugesti dan terapi keluarga (Desen, 2008). Watson dan Kissane (2011) dalam bukunya membahas beberapa psikoterapi yang banyak diterapkan pada pasien kanker yaitu terapi pikiran, perilaku, terapi kelompok suportif ekspresif, *Mindfulness intervention therapy*, *supportive therapy*, *Cognitive-Behaviour Therapy*, *Cognitive analytic therapy*, *Relaxation and Image Based Therapy*, *Motivational Counselling in substance Dependence*, *Motivational Counselling*, *Narrative Therapy*. Sedangkan terapi kelompok yang dapat ditujukan pada pasien kanker adalah *Supportive-Expressive Group Therapy* (terapi kelompok suportif ekspresif), *Psychoeducational*, *Meaning Centered* dan *Couple Focused Intervention*, hal ini menunjukkan bahwa terapi kelompok suportif ekspresif termasuk dalam salah satu terapi pasien kanker yang direkomendasikan. Psikoterapi dapat ditujukan kepada individu, keluarga maupun kelompok.

Psikoterapi sebagai terapi kelompok digunakan sebagai salah satu cara agar pesertanya mampu merubah perilaku, tidak hanya memahami atau mencari dukungan sosial namun juga belajar bertanggungjawab terhadap orang lain melalui saling memberikan bantuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh setiap anggota kelompok (Stuart and Laraia, 2005). Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok. Terapi kelompok suportif ekspresif awalnya didesain sebagai terapi bagi wanita dengan kanker payudara. Terapi ini telah banyak digunakan pada pasien kanker payudara dan kanker lainnya. Terapi kelompok suportif

ekspresif merupakan psikoterapi kelompok yang dilakukan setiap minggu dan ditujukan untuk mengatasi masalah emosional dan interpersonal yang dialami oleh pasien kanker (Watson & Kissane, 2011). Sebagai salah satu terapi kelompok, terapi kelompok suportif ekspresif bertujuan sebagai terapi untuk perubahan status emosi, pikiran dan perilaku.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Fukui dan Kugaya (2000, dalam Boutin, 2007) didapatkan hasil bahwa dari 50 responden pasien dengan kanker payudara stadium lanjut yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif terjadi penurunan gangguan mood, penurunan gejala depresi dan mengurangi perilaku marah pasien. Penelitian dilakukan selama 6 minggu dengan pertemuan satu kali dalam seminggu selama 90 menit. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Clasen et al (2001) menyebutkan pada 102 wanita pasien kanker payudara stadium lanjut, terapi kelompok suportif ekspresif memberikan dampak terhadap menurunnya masalah, memperkuat hubungan kerjasama mereka dan mampu menemukan makna hidup yang lebih berarti. Wanita pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif mengalami penurunan total hingga tidak ada lagi gejala perubahan mood dibandingkan wanita pasien kanker dalam kelompok kontrol.

Terapi kelompok suportif ekspresif telah terbukti memiliki dampak positif terhadap depresi dan marah. Pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan penurunan gejala depresi jika dibandingkan dengan pasien kelompok kontrol. Lemieux et al (2006) melakukan penelitian terhadap 235 pasien kanker payudara yang telah mengalami metastasis sel kanker. Wanita dengan perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi dan perasaannya, mampu memutuskan strategi koping dalam menghadapi masalah dan mampu berbagi memberikan dukungan pada seluruh anggota kelompok di luar terapi.

Dukungan emosional sangat diperlukan oleh individu yang mengalami depresi agar dapat mendukung mereka dalam menghadapi perubahan, selain itu dukungan sosial menjadi salah satu poin penting yang harus diberikan pada pasien dengan kanker. Dukungan sosial merupakan strategi utama guna mencegah terjadinya gangguan mental. Dengan memberikan dukungan sosial berarti memberikan perlindungan dan mengembangkan kemampuan pasien untuk menghadapi kondisi yang penuh tekanan. Dukungan sosial juga memberikan manfaat dalam kemampuan pasien dengan penyakit terminal untuk dapat menerima kondisi kesehatannya. Dukungan sosial tidak hanya berarti dukungan yang diberikan oleh keluarga namun juga oleh teman dan komunitas tertentu (Stuart and Laraia, 2005).

William (1999 dalam Stuart dan Laraia 2005), mengatakan bahwa individu yang tidak mendapatkan dukungan sosial dengan baik berisiko memiliki kondisi kesehatan lebih buruk. William (2008) juga menyebutkan pasien dengan penyakit kronik yang mengalami isolasi sosial, 50% dari mereka akan meninggal setelah menjalani perawatan selama 5 tahun, sedangkan pada pasien yang sama namun memiliki dukungan sosial baik, angka kematiannya menurun hingga 20%. Hal inilah yang mendorong penulis untuk memberikan psikoterapi kepada pasien pasien kanker untuk mengatasi depresi yang dialami oleh mereka. Selain itu, dari penelitian yang dilakukan oleh Philips, Burker dan White (2011) didapatkan bahwa terdapat hubungan antara distress psikologis dan dukungan sosial. Dukungan sosial memiliki dampak sebesar 15% terhadap kejadian depresi.

Penelitian ini dilakukan di RSPAD Gatot Subroto, RS. Raden Said Sukanto dan Rumah Singgah Kanker. RSPAD Gatot Subroto merupakan Rumah Sakit rujukan Angkatan Darat dalam pemberian pelayanan pengobatan dan perawatan penyakit seluruh Indonesia. Setiap bulan, RSPAD Gatot subroto merawat sekitar 53 pasien kanker yang tersebar di beberapa ruang perawatan. Fokus pelayanan pasien di Rumah Sakit ini masih pada pemenuhan kebutuhan fisik saja. Tidak ada perawat spesialis jiwa yang

berperan mengatasi masalah psikososial akibat penyakit kronik ataupun terminal pada pasien.

RS. Raden Said Sukanto POLRI merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Kepolisian Tinagkat 1 yang menjadi rujukan nasional terutama bagi seluruh anggota kepolisian. Setiap bulan, RS. Raden Said Sukanto POLRI merawat sekitar 51 pasien kanker yang tersebar di beberapa ruang perawatan. Sebagaimana pelayanan keperawatan di RSPAD, RS. Raden Said Sukanto POLRI juga tidak memiliki tenaga keperawatan jiwa yang berkompeten untuk melkakukan terapi pada pasien dengan masalah psikososial. Pelayanan di Rumah Sakit ini berorientasi pada pemenuhan kebutuhan fisik semata.

Rumah Singgah Kanker juga menjadi salah satu tempat berkumpulnya pasien kanker yang menjalani terapi di Rumah Sakit. Rumah Singgah kanker merupakan rumah tinggal yang didirikan oleh yayasan CISC. Cancer Information and Support Centre (CISC) merupakan yayasan kanker yang didirikan oleh *survivor* penderita kanker yang bertujuan untuk memberikan dukungan informasi dan rumah tinggal bagi penderita kanker. Sebanyak 15 hingga 20 pasien menempati Rumah Singgah Kanker. Tidak banyak kegiatan yang dilakukan di Rumah Singgah Kanker selain pertemuan atau Support Group yang dilakukan satu kali dalam satu bulan untuk memberikan informasi terkait jenis kanker tertentu.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, keseluruhan pasien kanker yang menjalani perawatan di Rumah Sakit dan Rumah Singgah Kanker, diidentifikasi pengetahuannya terhadap terapi yang diberikan. Diketahui bahwa 100% pasien belum pernah mendengar atau bahkan menjalani terapi kelompok suportif ekspresif. Dari hasil screening diketahui bahwa 98.1% pasien kanker mengalami depresi.

## 1.2 Rumusan Masalah

Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling sering terjadi pada pasien kanker. Pasien kanker yang menjalani perawatan di Rumah Sakit akan mengalami banyak perubahan pola hidup sehingga berdampak terhadap kesehatan mental. Terapi kelompok suportif ekspresif sebagai salah satu terapi kelompok bagi pasien kanker yang mengalami depresi mampu memberikan manfaat besar seperti meminimalisir perubahan mood, menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kerjasama anggota kelompok. Terapi kelompok suportif ekspresif telah banyak diteliti di negara lain dan memberikan dampak positif, akan tetapi hingga saat ini belum ada penelitian yang meneliti pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap pasien kanker yang mengalami depresi di Indonesia khususnya wilayah Jakarta. Untuk itu, penulis merasa perlu untuk melakukan pembuktian kemanfaatan terapi kelompok suportif ekspresif untuk mengatasi depresi terutama pada pasien kanker.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti Dari keseluruhan pasien yang diidentifikasi di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker menggunakan skala depresi Hamilton, didapatkan bahwa seluruh pasien kanker mengalami depresi baik ringan, sedang hingga berat. Sekitar 5 dari 10 pasien atau 50% pasien kanker mengalami gangguan tidur, terutama sering terbangun di malam hari dan sering terbangun lebih awal. 8 atau 80% pasien merasa bersalah terutama kepada keluarga karena mengalami kanker. Sebanyak 9 pasien atau 90% mengalami penurunan produktivitas dan sebanyak 10 pasien atau 100% mengalami penurunan berat badan sejak menjalani terapi. Berdasarkan pengukuran tingkat depresi pasien didapatkan 98,1 % pasien kanker mengalami depresi.

Pelayanan keperawatan di RSPAD Gatot Subroto, RS. Raden Said Sukanto dan Rumah Singgah kanker, khususnya asuhan keperawatan pada pasien pasien kanker belum menyentuh pelayanan psikologis hanya terbatas pada pemenuhan kebutuhan fisik. Dari data yang didapatkan, belum ada

penelitian terkait depresi pada pasien kanker di RSPAD Gatot Subroto, RS. Raden Said Sukanto dan Rumah Singgah kanker ataupun di lingkungan Universitas Indonesia. Terapi kelompok suportif ekspresif sebagai terapi bagi pasien kanker, belum pernah dilakukan penelitian di Indonesia baik oleh tenaga dokter, perawat ataupun psikolog.

Rumah Singgah Kanker merupakan salah satu tempat berkumpulnya pasien kanker yang berasal dari luar daerah dan tidak membutuhkan perawatan di Rumah Sakit. Sebanyak 15 hingga 20 pasien menempati Rumah Singgah Kanker. Tidak banyak kegiatan yang dilakukan di Rumah Singgah Kanker selain pertemuan atau *Support Group* yang dilakukan satu kali dalam satu bulan untuk memberikan informasi terkait jenis kanker tertentu.

Berdasarkan fenomena ini, maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah :

- 1.2.1 Tingginya angka kejadian depresi pada pasien kanker di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI, dan Rumah Singgah Kanker yaitu sebanyak 98.1% mengalami depresi
- 1.2.2 Pelayanan keperawatan di di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI masih berfokus pada pelayanan fisik, belum menyentuh wilayah mental. Begitu juga dengan penerapan psikoterapi untuk mengatasi depresi pada pasien kanker. sedangkan di Rumah Singgah Kanker belum ada kegiatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan mental pasien
- 1.2.3 Belum diketahuinya pengaruh terapi terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker.

Mengacu pada penjelasan di atas, maka peneliti melakukan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker yang menjalani perawatan di Rumah Sakit dan Rumah Singgah Kanker. Adapun pertanyaan penelitian yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah

- a. Apakah terapi kelompok suportif ekspresif berpengaruh terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker.
- b. Apakah terdapat hubungan antara kemampuan mengatasi depresi dengan kejadian depresi pada pasien kanker di di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker.
- c. Apakah faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan jenis kanker yang diderita, lama perawatan, jenis terapi medis yang dijalani, stasium kanker dan lama mengalami sakit berpengaruh terhadap depresi dan kemampuan untuk mengatasi depresi pada pasien kanker.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di RSPAD Gatot Subroto, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Diketahui gambaran karakteristik pasien kanker (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan jenis kanker yang diderita, lama perawatan, jenis terapi medis yang dijalani, stasium kanker dan lama mengalami sakit), depresi dan kemampuan mengatasi depresi di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker serta RS.Raden Said Sukanto POLRI

1.3.2.2 Diketahui pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker di RSPAD, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker

1.3.2.3 Diketahui pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap kemampuan mengatasi depresi pasien kanker di

RSPAD, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker

1.3.2.4 Diketahui hubungan kemampuan mengatasi depresi terhadap kondisi depresi pada pasien kanker di RSPAD, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker

1.3.2.5 Diketahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di RSPAD, RS.Raden Said Sukanto POLRI dan Rumah Singgah Kanker.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Pelayanan Keperawatan

1.4.1.1 Memberikan inovasi pada terapi praktik keperawatan jiwa dalam mengatasi depresi pada pasien kanker di Rumah Sakit

1.4.1.2 Memperkaya terapi kelompok keperawatan Jiwa dalam mengatasi masalah Psikososial.

1.4.1.3 Memberikan gambaran *evidence based* tentang terapi kelompok suportif ekspresif dalam praktik pelayanan keperawatan jiwa.

### 1.4.2 Ilmu Keperawatan

Turut berperan serta dalam mengembangkan ilmu keperawatan jiwa, khususnya tentang terapi kelompok suportif ekspresif sebagai salah satu terapi kelompok keperawatan jiwa.

### 1.4.3 Penelitian Keperawatan

Memberikan gambaran dan acuan untuk penelitian keperawatan selanjutnya khususnya tentang terapi kelompok suportif ekspresif.

## BAB 2

### TINJAUAN TEORITIS

Pada Bab dua ini akan di paparkan tentang konsep dan teori serta hasil penelitian terkait, yang mendukung penelitian sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian. Konsep yang disajikan adalah konsep kanker, depresi pada pasien kanker dan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker dengan depresi

#### 2.1 Kanker

pada bagian ini akan dibahas mengenai definisi, etiologi kanker, mekanisme terjadinya kanker, manifestasi klinik kanker, penatalaksanaan kanker dan dampak kanker.

##### 2.1.1 Pengertian

Kanker merupakan penyakit *neoplastik* karena sebab alamiah bersifat fatal (Dorland,1998). Disisi lain Dorlan juga mendefinisikan karsinoma sebagai pertumbuhan baru yang ganas, terdiri dari sel epitel yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasis. Dalam literatur kedokteran, ada kalanya digunakan istilah “neoplasma” yang pada dasarnya memiliki makna sama dengan “tumor” (Desen, 2008), mendefinisikan tumor sebagai jaringan baru (neoplasma) yang timbul dalam tubuh akibat pengaruh berbagai faktor penyebab yang menyebabkan jaringan setempat pada tingkat gen kehilangan kendali normal atas pertumbuhannya. Dari beberapa definisi di atas, kanker dapat dinyatakan sebagai keganasan sel yang terus tumbuh dan mempengaruhi jaringan sekitarnya.

Berdasarkan data WHO (2008), kanker telah meyebabkan kematian sebanyak 7,6 juta jiwa. Dari angka tersebut terdapat beberapa jenis kanker yang paling banyak terjadi yaitu kanker paru (1.37 juta kematian), kanker lambung (736.000 kematian), kanker hati (695.000 kematian), kanker colon hinga rektum(608.000 kematian), kanker payudara (458.000 kematian), dan kanker serviks (275.000 kematian). Sedangkan dalam skala nasional pada tahun 2011, Rumah

Sakit Dharmais melakukan observasi jenis kanker terbanyak di alami pasien, hasilnya kanker payudara merupakan kasus terbanyak, kanker serviks menempati urutan kasus terbanyak ke dua.

Kejadian kanker bervariasi berdasarkan wilayah, di Indonesia, berdasarkan hasil RISKESDAS (2007), prevalensi kejadian penyakit kanker tertinggi berturut-turut terjadi di DI Yogyakarta sebanyak 9.6%, Jawa Tengah 8.1% dan Jakarta 7.4%, sedangkan prevalensi terendah terjadi di Maluku dengan kejadian 1.5%.

Tumor dianggap sebagai kelainan genetik. Penyebab tumor menimbulkan mutasi gen pada sel. Sel yang terserang dapat merupakan sel apa saja yang terdapat dalam tubuh. Mutasi inilah yang menimbulkan kelainan genetik sehingga berdampak pada perubahan fungsi gen, kelainan metabolisme dan lainnya.

Tumor dapat terbagi atas tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak memiliki daya tumbuh terbatas, biasanya tumbuh secara lokal dan laju pertumbuhannya cenderung lambat. Tumor jinak dapat menekan jaringan yang ada disekitarnya, namun tidak berinfiltrasi merusak jaringan sekitarnya juga tidak bermetastasis sehingga bahayanya relatif kecil. Sedangkan tumor ganas tumbuh secara pesat, bersifat invasif atau menginfiltrasi jaringan sekitar dan bermetastasis. Jika tidak mendapatkan terapi yang efektif, tumor ganas dapat menyebabkan kematian. Istilah keganasan merujuk pada seluruh penyakit yang ditandai hiperplasia sel ganas. Selain itu istilah kanker juga ditujukan untuk merepresentasikan tumor ganas. Tumor ganas juga dapat dikenali melalui istilah karsinoma atau sarkoma. Karsinoma merupakan tumor ganas yang timbul dari sel epitel, sedangkan sarkoma merupakan tumor ganas yang timbul dari jaringan mesoderm atau jaringan penunjang.

## 2.1.2 Etiologi kanker

Penyebab kanker belum dapat dipastikan hingga kini. Banyaknya penelitian mengenai kanker memberikan gambaran lebih jelas tentang hubungan kejadian kanker dengan faktor pendukung lainnya. Dalam 30 tahun terakhir, pemahaman tentang kanker meningkat akibat adanya penelitian. Diketahui bahwa kanker disebabkan oleh perubahan bertahap pada replikasi, reparasi, apoptosis sel yang mengakibatkan perubahan sel normal menjadi ganas. Timbulnya kanker merupakan proses multigenik, multifaktor dan multifase.

### 2.1.2.1 Faktor Lingkungan

#### a. Karsinogen di Alam Bebas

Karsinogen alamiah di alam bebas dapat berupa asbes, krom, nikel, zat radioaktif dan lain-lain. Senyawa berlebihan di alam bebas seperti garam nitrat, garam nitrit dapat bereaksi dengan senyawa amin sekunder di dalam maupun di luar tubuh membentuk senyawa nitrosamin. Senyawa nitrosamin dalam jumlah kecil dapat bersifat karsinogenik atau mutagenik. Faktor fisika di alam bebas terutama adalah radiasi, medan listrik tegangan tinggi dan lain-lain (Desen, 2008).

#### b. Karsinogen di Dalam Lingkungan Hidup

Karsinogen dalam lingkungan hidup terbagi atas karsinogen dalam udara, karsinogen dalam air dan karsinogen dalam tanah. Udara sebagai sumber kehidupan makhluk hidup di bumi berguna dalam kelangsungan hidup manusia. Banyak zat dalam udara yang dapat bersifat karsinogen dan dapat menyebabkan kanker.

Soehartati dkk (2010) menyebutkan sumber zat karsinogen dalam udara dapat berasal dari adanya polusi udara luar, gas buangan kendaraan dan polusi udara dalam ruangan. Sumber zat karsinogen udara antara lain adalah karbonmonoksida, logam, formaldehid, benzena, epoksi etana, zat volatil dari bensin,

senyawa klor. Gas buangan kendaraan seperti sulfur dioksida, senyawa hidrokarbon, hidrokarbonaromatikpolisiklik, golongan aldehida dapat berhubungan langsung dengan kulit dan paru-paru sehingga menyebabkan kanker. Selain itu, zat karsinogen juga dapat berasal dari bahan bakar rumah tangga yang menghasilkan sulfur oksida, nitrogen oksida, karbon monoksida, karbon dioksida dan hidrokarbon setelah digunakan.

Zat tertentu seperti dibenzhidrazina, etenamina, kloretena, asam oleat dan fenol dalam air minum diduga dapat menyebabkan kanker. Pencemaran tanah dari sisa hasil kegiatan industri secara langsung dan tidak langsung dapat menyebabkan kanker

#### **2.1.2.2 Faktor Pekerjaan**

Kontak dalam waktu lama dilingkungan pekerjaan dapat menyebabkan kanker dikategorikan dalam kanker terkait pekerjaan. Di China terdapat delapan jenis kanker yang sering dikaitkan dengan pekerjaan yaitu kanker kandung kemih akibat benzin, kanker paru dan mesotelioma akibat asbestos, leukemia akibat benzena, kanker paru akibat klorometil eter, kanker paru dan kulit akibat arsen, hemangiosarkoma hati akibat kloretena, kanker paru akibat zat buangan kompor batu bara dan kanker paru akibat senyawa kromat. Pelukis dapat teradiasi melalui hisapan radium, sehingga dapat menyebabkan kanker. Sebanyak 62 sarkoma dan 32 karsinoma didapatkan dari 2000 orang pelukis (Desen, 2008; Soehartati dkk, 2010)

Dapat disimpulkan bahwa pekerjaan merupakan salah satu yang mempengaruhi terjadinya kanker. Peningkatan kejadian berdasarkan pekerjaan karena adanya radiasi zat tertentu yang terdapat dalam lingkungan pekerjaan.

### 2.1.2.3 Demografi dan Pola Hidup

Pola hidup mencakup berbagai faktor seperti latar belakang masyarakat, sosioekonomi, lingkungan, kebiasaan, kesukaan, hubungan sosial, norma dan lain-lain. Pola hidup buruk yang berpengaruh terhadap timbulnya kanker

Kebiasaan merokok, minum-minuman alkohol dapat meningkatkan resiko timbulnya kanker. Penelitian didalam dan luar negeri menemukan bahwa rokok berhubungan dengan timbulnya kanker di rongga mulut, faring, laring, paru, esofagus, kandung kemih, pankreas, hati, ginjal dan lainnya. Tingkat bahaya merokok berhubungan dengan usia memulai kebiasaan merokok, durasi lama waktu merokok dan dosis rokok yang dihisap setiap harinya (WHO, 2008; Soehartati dkk, 2010; Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein, 2009).

Taraf kehidupan, kebiasaan diet dan timbulnya kanker berkaitan erat. sekitar 35% kanker berkaitan dengan pola diet. Asupan diit tinggi lemak dan kalori dapat menimbulkan kanker mamae, kolorektal, pankreas dan prostat. Selain itu juga meningkatkan resiko terjadinya karsinoma endometrium, kandung kemih, tiroid dan ovarium. Dari bahan makanan jenis ikan dan daging panggang ditemukan sekitar 19 jenis zat heterosiklikamin yang berefek mutagenik. Selain itu, makanan yang diasap, di asinkan mengandung banyak jenis karsinogen sehingga dapat memacu timbulnya kanker lambung, esofagus (WHO, 2008).

Faktor genetik juga menjadi salah satu faktor resiko terjadinya kanker. Pada beberapa orang, akan memiliki resiko lebih besar untuk mengalami kanker. Ini menunjukkan bahwa pada individu tertentu memiliki suseptibilitas genetik terhadap karsinogenik tertentu. Salah satu komunitas daerah Cina selatan yang endemik

mengalami kanker nasofaring, tetap mengalami kanker meskipun telah bermigrasi ke wilayah Amerika latin dan lainnya. Resiko timbulnya kanker nasofaring pada saudara kandung pasien adalah 24 kali lebih tinggi dibandingkan masyarakat biasa. Wanita dengan saudara ibu atau wanita pasien kanker payudara, berisiko 3 kali lebih tinggi mengalami kanker payudara. Ini menunjukkan bahwa ada kaitan erat antara kejadian kanker dengan genetik (Desen, 2008).

Infeksi virus dapat menyebabkan kanker, sebanyak 1/6 dari kejadian kanker pada manusia berkaitan dengan virus. Sejauh yang telah diketahui, karier Hepatitis B (HBV) memiliki resiko hepatoma 12 kali lebih besar dibandingkan bukan karier. Karier gabungan HBV dan HCV memiliki resiko 50 kali lebih tinggi untuk mengalami hepatoma. Virus Papiloma Humanus (HPV) khususnya serotip 16 dan 18 merupakan faktor penting bagi timbulnya kanker leher rahim. Infeksi virus ini berkaitan dengan kehidupan seksual dini (Bruner & Suddart, 2011).

Kanker dan usia berkaitan erat. Pada umumnya dengan pertambahan usia, insiden kanker juga meningkat, penyebabnya mencakup adanya zat iritan karsinogenik, penurunan imunitas pada usia lanjut juga berperan dalam meningkatkan kemungkinan kejadian kanker. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa dari 164 penderita kanker, sebanyak 100 pasien kanker berusia lebih dari atau sama dengan 55 tahun (59%). Sedangkan dari hasil penelitian lainnya didapatkan bahwa rata-rata usia pasien kanker saat pertama kali di diagnosa menderita kanker adalah 46 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian kanker pada umumnya terjadi pada usia dewasa (Salonen et al, 2010; Kissane et al, 2006)

Insiden kanker pada wanita lebih rendah dibandingkan pada laki-laki yaitu 40% dan 70%. Tumor saluran empedu dan tumor tiroid lebih sering ditemukan pada wanita. Sedangkan pada pria lebih banyak ditemukan tumor paru, nasofaring, gastrointestinal. Selain hormon seks memiliki pengaruh berbeda pada organ kelamin pria atau wanita, perbedaan juga disebabkan oleh lingkungan kerja dan lingkungan hidup yang berbeda. Pencemaran lingkungan kerja dan jenis pekerjaan juga berpengaruh pada kejadian kanker pada pria. Pada umumnya, kaum pria lebih sering melakukan pekerjaan tertentu dan terpapar polusi lingkungan kerja sehingga kanker tertentu lebih sering terjadi pada pria. Penjelasan tersebut seiring dengan hasil penelitian dari yaitu dari 418 pasien kanker, sebanyak 254 diantaranya adalah pria (60,7%) sedangkan kanker pada wanita hanya 164 jiwa (39,3%) (Jadoon et al, 2010).

### **2.1.3 Mekanisme terjadinya kanker**

Hingga saat ini belum jelasnya faktor penyebab terjadinya kanker menjadikan kanker sebagai salah satu penyakit yang banyak diteliti di muka bumi. Banyak penelitian dilakukan untuk melihat proses terjadinya kanker dan perkembangannya dalam tubuh manusia. Pada dasarnya manusia terbentuk dari satu sel telur yang kemudian berkembang, sel telur yang telah dibuahi mengalami multiplikasi dan diferensiasi membentuk embrio dan akhirnya berkembang menjadi individu baru. Ketika timbul kanker, kelompok gen tertentu yang berperan penting dalam regulasi aktivitas sel mengalami mutasi atau aktivitas abnormal, proses regulasi normal sel mengalami kerusakan, replikasi, diferensiasi dan apoptosis, sel kehilangan keseimbangan, hingga terjadi tumor (Soehartati dkk, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian, telah diketahui bahwa terdapat dua sel yang berperan dalam terjadinya tumor, yaitu onkogen dan supresor onkogen. Dampak dari onkogen bersifat regulasi positif terhadap

multiplikasi sel, apabila terjadi ekspresi berlebihan akan mengakibatkan hiperplasia sel. Sebaliknya dampak dari supresor onkogen bersifat inhibisi terhadap terjadinya multiplikasi sel. Apabila terjadi perubahan struktur dan fungsi pada supresor onkolgen maka tidak terdapat regulasi negatif terjadinya multiplikasi sel sehingga terjadi hiperplasia sel.

#### **2.1.4 Penatalaksanaan Kanker**

Terapi medis yang dapat dilakukan untuk mengatasi kanker atau mencegah berkembangnya sel kanker dalam tubuh terbagi atas empat jenis yaitu terapi bedah, kemoterapi, radiasi dan terapi kombinasi.

##### **2.1.5.1 Bedah**

Operasi dianggap sebagai teknik pengobatan kuno pada kanker. Pada tahun 1600 sebelum masehi dan pada abad ke tujuh ditemukan salah satu teknik untuk mengangkat kanker yaitu melalui tindakan pembedahan. Hingga saat ini, praktik operasi radikal masih tetap dipertahankan. Pada saat ini telah banyak perkembangan terkait anastesi, peralatan bedah, antibiotik dan perawatan paska bedah juga mulai berkembangnya ilmu dan teknologi canggih seperti bedah mikro dan transplant organ menyebabkan kecacatan operasi semakin menurun sehingga terjadi peningkatan kualitas hidup pasien kanker.

Soehartati dkk (2010) dan Desen (2008) mengungkapkan bahwa bedah pada pasien kanker selain sebagai terapi, pembedahan dapat dilakukan sebagai upaya untuk pencegahan tumor, diagnosis tumor, dan penentuan stadium tumor. Akan tetapi, karena sifat kanker yang mudah *residif* dan bermetastasis menjadikan terapi bedah sebagai salah satu terapi yang akan mulai ditinggalkan dalam 20 tahun ke depan. Getaran dengan frekuensi tinggi dapat meningkatkan perkembangan kanker didalam tubuh, oleh karena itu, terapi bedah biasanya dikombinasikan dengan terapi kanker

lainnya baik kemoterapi dan/atau radioterapi (Soehartati dkk, 2010).

#### 2.1.5.2 Kemoterapi

Dewasa ini, terapi kanker telah banyak berkembang mulai dari terapi bedah, radioterapi kemoterapi dan terapi biologis serta terapi lainnya. Terapi bedah dan radioterapi merupakan terapi kuratif kanker yang bersifat lokal. Berbeda dengan kemoterapi yang merupakan terapi bersifat sistemik terhadap kanker sistemik. Maknanya, terapi bedah dan radioterapi merupakan terapi kuratif yang ditujukan untuk mengatasi kanker langsung pada lokasi kanker primer berada, sedangkan kemoterapi menjadi terapi yang ditujukan pada kanker dengan lokasi primer tidak jelas seperti leukimia yang merupakan kanker sel darah putih. Kemoterapi juga dapat dilakukan pada kanker dengan metastase atau perluasan jaringan kanker hingga ke organ lain.

Sejak era tahun 1970-an kemoterapi telah beranjak dari terapi paliatif menjadi terapi kuratif. Hingga saat ini terdapat sekitar 10 atau lebih jenis kanker yang dapat disembuhkan dengan kemoterapi, seperti kanker *trofoblastik*, *leukimia limfositik*, *limfoma hodgkin* dan *non-hodgkin* kanker sel germinal testis, kanker ovarium, *nefroblastoma*, *rabdomiosarkoma embrional*, *sarkoma ewing* dan leukimia *granulositik*. Sedangkan pada beberapa jenis kanker lainnya, meskipun tidak dapat disembuhkan melalui kemoterapi namun dapat memperpanjang masa hidup seperti kanker mamae, prostat, neuroblastoma, kanker kepala dan leher.

Setiap pengobatan memiliki dua sisi mata pisau. Kemoterapi memiliki dampak positif guna menekan perkembangan sel-sel kanker. Di sisi lain kemoterapi memiliki efek toksik terhadap

tubuh. menyebutkan efek toksik kemoterapi terbagi atas efek toksik jangka pendek dan jangka panjang (Desen, 2008)

Efek toksik jangka pendek kemoterapi yang dapat muncul pada pasien kanker antara lain depresi sumsum tulang belakang, mual, muntah dengan derajat bervariasi, ulserasi pada mukosa mulut, kadang kala dapat muncul diare dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, peningkatan bilirubin, infeksi virus hati, nekrosis hati, penyumbatan duktuli renalis, uremia, oliguria, kerusakan parenkim ginjal, meningkatkan kadar asam urat dalam darah, abnormalitas irama jantung, insufisiensi jantung.

Efek toksik jangka panjang kemoterapi pada pasien kanker antara lain kemungkinan munculnya tumor primer kedua setelah penggunaan obat kemoterapi jangka panjang. Selain itu umumnya obat kemoterapi dapat menekan fungsi spermatozoa dan ovarium hingga timbul penurunan fertilitas, sehingga pada anak remaja perlu dihindari adanya overterapi.

### **2.1.5.3 Radiasi**

Radiasi merupakan terapi yang berkembang dari ilmu fisika radiasi, biologi radiasi, dan teknologi radiasi. Radiasi berkembang sejak tahun 1895 dimana pada masa itu rontgen menemukan radiasi X dan pada tahun 1898 Madam Curie menemukan unsur radioaktif alami plutonium dan radium. Sekitar 60%-70% pasien kanker pernah menerima radioterapi. Radioterapi memiliki efek luas dan jelas terhadap sel-sel kanker. Efektivitas radioterapi semakin meningkat sehingga raditerapi dianggap sebagai terapi utama terhadap kanker (Jadoon, 20010).

Secara singkat mekanisme radioterapi terhadap kanker terjadi ketika radiasi energi tingkat tinggi berinteraksi dengan materi,

elektron materi berpindah dari lintasan atom atau molekul hingga timbul ionisasi. Ionisasi adalah mekanisme utama radiasi yang menimbulkan perubahan fisika, kimia dan biologi.

Setelah mendapatkan radiasi, sel tidak akan berproliferasi. Sel kehilangan kemampuan membelah diri secara ireversibel. Selain itu, setelah terpapar radiasi, sel juga akan mengalami kematian interfase atau kehilangan seluruh fungsi sel sehingga terjadi sitolisis.

Menetapkan radioterapi sebagai terapi bagi pasien kanker juga perlu memperhatikan tujuan pemberian terapi. Penggunaan terapi ini tidak hanya sebagai radioterapi kuratif namun juga dapat sebagai terapi paliatif. Sebagai terapi kuratif, radioterapi bertujuan untuk memusnahkan sel-sel kanker primer dan metastasisnya. Radioterapi dapat bersifat kuratif pada kanker kulit, kanker nasofaring, dan kanker laring stadium awal. Sedangkan sebagai terapi paliatif, radioterapi dilakukan pada kanker stadium lanjut, bertujuan untuk menghambat pertumbuhan kanker, mengurangi penderitaan, memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Selayaknya kemoterapi, radioterapi juga memiliki dampak buruk terhadap tubuh. Akan tetapi reaksi radioterapi adalah reaksi lokal atau sistemik yang muncul selama mendapatkan radiasi namun bersifat sementara dan dapat pulih (Desen, 2008).

Gejala umum akibat radiasi berupa pusing, sakit kepala, insomnia, atau mengantuk, letih, anoreksia, mual muntah. Reaksi hematologi dapat berupa leukopenia, trombositopenia. Tingkat reaksi sistemik tergantung pada besar kecilnya dosis radiasi, area radiasi, volume luasnya daerah radiasi, ketahanan tubuh pasien, toleransi

individual. Setelah menjalani radiasi, jaringan atau organ dapat mengalami reaksi bervariasi seperti reaksi pada kulit dan mukosa. Reaksi jangka panjang setelah radiasi adalah berupa nekrosis medula spinalis, nekrosis otak, *osteonekrosis*, ulkus kulit dan lainnya.

#### **2.1.5.4 Terapi kombinasi**

Terapi bedah, kemoterapi dan radioterapi secara klinis memiliki keunggulan masing-masing. Pada kasus tertentu untuk mendapatkan hasil maksimal perlu dilakukan regimen terapi kombinasi. Terapi kombinasi yang diatur secara rasional dan tepat dapat meningkatkan efek terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien. Terapi kombinasi dapat berupa kombinasi antara terapi bedah dan radioterapi, kemoterapi dan radioterapi atau bahkan radioterapi-kemoterapi dan terapi bedah.

Terapi bagi pasien kanker tidak bisa disamakan antara satu pasien dengan pasien lainnya. Perbedaan terapi ini terjadi karena setiap individu memiliki DNA berbeda sehingga terapi yang diberikan juga berbeda meskipun memiliki jenis kanker sama. Tidak ada ketentuan yang menentukan satu terapi sebagai terapi paling tepat untuk jenis kanker tertentu. Terapi paling banyak digunakan tidak menjamin terapi tersebut menjadi terapi terbaik bagi kanker.

Hasil penelitian Clasen, et al (2007), mendapatkan bahwa terapi terbanyak dijalani pada pasien kanker adalah kemoterapi sebanyak 115 dari 353 responden. Terapi terbanyak berikutnya yang digunakan adalah terapi radikal modifikasi, radiasi, bedah, dan terapi hormon.

### 2.1.5 Dampak Kanker

Kanker di definisikan luas dan tidak spesifik terhadap penyakit yang menyerang organ tertentu. Banyak organ yang terlibat dan dapat bermutasi sehingga memiliki lokasi berbeda untuk setiap jenis kanker. Pasien kanker tidak hanya mengalami perubahan secara fisik, namun juga perubahan secara psikologis. Ketakutan terhadap kanker menjadi hal yang umum dialami, menderita kanker ibarat memasuki jalur kematian perlahan-lahan sehingga pasien kanker dapat mengalami perubahan psikologis.

Terdapat 5 fase yang membedakan munculnya masalah psikososial, yaitu fase munculnya gejala, menunggu hasil diagnosa, mendapatkan hasil diagnosa, menjalani terapi dan menuju akhir kehidupan. Pada setiap tahap tersebut akan muncul gejala berbeda dan diagnosa keperawatan berbeda:

#### a. Fase Munculnya Gejala

Pada fase ini gejala yang dapat muncul adalah perasaan takut, tidak percaya, kaget, penasaran dan berharap akan sesuatu. Pasien merasa takut dan tidak percaya terutama jika terdapat anggota keluarga dengan diagnosa kanker dan mengalami gejala yang sama. Pasien akan berusaha mencari tahu karena rasa penasarannya. Selain itu pasien akan terus mengembangkan pengharapannya ke arah yang lebih positif bahwa tidak akan mengalami kanker, akan tetapi pasien juga dapat mengalami ketakutan akan mengalami kanker (Varcarolis & Halter, 2010).

#### b. Fase Menunggu Hasil Diagnosa

Pada fase ini, pasien yang telah menjalani pemeriksaan untuk memastikan penyakitnya dapat mengalami rasa khawatir, takut akan hasil pemeriksaan, berharap terhadap hasil yang positif dan cemas akan hasil pemeriksaan.

### c. Fase Menerima Hasil Diagnosa

Saat pasien menerima diagnosis menderita kanker, dapat mengalami perubahan perilaku seperti menggambarkan kesedihan, merasa takut, tidak menerima kenyataan, penuh harapan, putus asa, marah, merasa bersalah dan depresi. Namun pada beberapa pasien akan bersiap untuk melawan penyakitnya. Sedikitnya sebanyak 41% pasien kanker mengalami stress pada saat mendapatkan informasi tentang hasil diagnosa (Mehnert et al, 2009). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa gejala dan masalah keperawatan yang dapat muncul pada fase mendapatkan hasil diagnostik adalah cemas, menarik diri, takut, marah, tidak menerima kenyataan, putus asa, depresi, merasa bersalah dan menggambarkan kesedihan.

### d. Fase Menjalani Terapi

Selama menjalani terapi, pasien kanker dapat mengalami reaksi psikologis karena terapi pada kanker merupakan terapi dalam jangka waktu panjang dan menimbulkan masalah sekunder bagi pasien itu sendiri. Perubahan psikologis selama menjalani terapi dapat dikelompokkan berdasarkan terapi yang dijalani pasien. Depresi menjadi penyakit terbanyak yang mendapatkan terapi di rumah sakit atau sekitar 80%-90% (PBS, 2012).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Mehnert et al (2009) didapatkan bahwa setidaknya pasien kanker akan mengalami stress satu kali selama menjalani terapi (83,4%). Stress ini dipicu oleh adanya pikiran tidak yakin akan masa depan (24%), dan ketakutan akan kemajuan terapi (11%).

Pada setiap terapi yang dijalani oleh pasien kanker dapat berdampak terhadap kesehatan mental. Kemoterapi sebagai terapi paling banyak digunakan pasien kanker berdampak lebih besar

terhadap psikologis pasien. Akan tetapi pasien yang menjalani terapi kombinasi akan lebih besar kemungkinannya mengalami gangguan mental. Reaksi psikologis paling banyak dialami oleh pasien kanker adalah depresi dan kecemasan.

Adanya efek langsung obat yang digunakan dalam kemoterapi seringkali menyebabkan pasien merasa cemas, ketakutan, tegang dan trauma. Selain itu, pelaksanaan kemoterapi dalam jangka waktu panjang memiliki kontribusi tersendiri untuk menyebabkan depresi pada pasien kanker. Varcarolis dan Halter (2008) mengatakan bahwa apabila reaksi psikologis sebelum menjalani kemoterapi, maka akan muncul gejala yang lebih berat setelah menjalani kemoterapi.

Depresi bukan merupakan gangguan yang bersifat sementara. Kejadian depresi dapat bermula dari munculnya tanda dan gejala ringan namun tidak diatasi. Pemahaman akan gejala yang muncul serta penanganannya dapat membantu mencegah terjadinya depresi.

Pasien yang menjalani radioterapi sering mengalami kecemasan, takut, depresi dan emosi negatif. Gejala ini muncul akibat kurangnya informasi mengenai terapi, ketakutan akan efek radiasi, kecemasan terhadap efektifitas terapi terhadap penyakitnya dan kekhawatiran akan munculnya penyakit lain akibat radiasi (Desen, 2008)

Operasi juga merupakan stimulus munculnya masalah mental bagi pasien kanker. Pasien seringkali mengungkapkan ketakutan berlebihan terhadap keberhasilan tindakan. Ketakutan terutama muncul bila tindakan pembedahan dilakukan pada bagian wajah sehingga dapat merusak penampilan. Gejala yang sering muncul

pada pasien yang menjalani pembedahan adalah kesedihan berat, depresi, cemas, sikap pesimis dan perasaan benci terhadap kehidupannya.

Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) menemukan bahwa kejadian depresi tertinggi terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi kombinasi (pembedahan dan kemoterapi atau lainnya) yaitu 26% sedangkan pada pasien dengan terapi tunggal seperti kemoterapi hanya 20 % mengalami depresi. Kejadian depresi terendah terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi radioterapi (1%). Berdasarkan fenomena tersebut, pasien kanker baik yang baru mendapatkan diagnosa kanker atau sedang menjalani terapi dapat mengalami depresi.

e. Fase Menuju Akhir Kehidupan

Masalah atau reaksi psikologis pada pasien kanker stadium lanjut lebih rumit, hal ini karena perkembangan kanker menyebabkan gejala dan tekanan fisik serta mental yang dialami pasien semakin berat. Fase ini dapat terlalui dengan baik apabila pasien mendapatkan dukungan dari lingkungan sosial. Peranan dukungan sosial menjadi faktor kunci untuk mengantarkan pasien menuju akhir kehidupan yang indah.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Crespi et al (2009), mendapatkan pasien kanker mengalami perubahan secara psikologis dan sosial. Pasien cenderung merasa tidak berharga atau malu dengan perubahan tubuhnya. Perilaku yang biasanya muncul adalah pasien berusaha menutupi anggota tubuhnya dengan menggunakan pakaian agar tidak terlihat oleh orang lain, pasien cenderung merasa tubuhnya lebih tua dan tidak bisa melakukan pekerjaan sebagaimana mestinya, khawatir akan penampilannya didepan umum dan merasa bahwa dirinya tidak lagi berpenampilan menarik. Pasien kanker juga

mengalami perubahan secara sosial baik dari segi pekerjaan, kondisi ekonomi dan hubungan sosial dengan orang lain. Pasien cenderung akan merasa sendiri, tidak dimengerti oleh orang lain, merasa bersalah terhadap keluarga karena tidak mampu menjalani perannya, tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari yang di senangi hanya berorientasi pada kondisi kesehatan diri saja, bahkan akan memotivasi pasien mengakhiri hidupnya. Dari segi ekonomi, pasien kanker merasa bahwa penyakit kanker telah mempengaruhi kondisi perekonomiannya.

Pasien kanker cenderung khawatir dan cemas terhadap hidup yang dijalani. Kekhawatiran ini berhubungan dengan merasa tidak pasti terhadap masa depan, tidak yakin akan masa depannya, khawatir akan munculnya kanker lain. Kekhawatiran juga terjadi terkait kemungkinan kematian yang akan datang menghampirinya, terutama jika gejala kembali muncul (Crespi et al, 2009).

Perubahan psikologis dan sosial yang dialami oleh pasien kanker dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental. Perubahan baik secara fisik, psikologis dan sosial menuntut pasien kanker untuk dapat menghadapi dan menyelesaikan masalah yang timbul akibat adanya perubahan. Gangguan mental yang dapat terjadi pada pasien kanker adalah depresi, kecemasan, ketidakberdayaan dan marah (Dunn, 2005 dalam Varcarolis & Halter, 2010). Gangguan mood akibat kondisi fisik disebut juga gangguan mood sekunder (Sadock & Sadock, 2004)

## **2.2 Depresi pada Pasien Kanker**

Pada bagian ini akan dibahas mengenai pengertian depresi, penyebab terjadinya depresi pada pasien kanker, tanda dan gejala depresi pada pasien kanker, penatalaksanaan depresi baik secara medis maupun dalam keperawatan.

### 2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan salah satu dari sekian banyak gangguan mental, *American Psychiatric Association* (2011) memberi batasan gangguan mental sebagai gejala atau pola dari tingkah laku psikologi yang tampak secara klinis terjadi pada seseorang yang berhubungan dengan keadaan distres atau gejala yang menyakitkan. Sementara itu, depresi sebagai salah satu bagian dari gangguan jiwa diberi batasan sebagai rasa sakit yang mendalam atas terjadinya sesuatu yang tidak menyenangkan sehingga memunculkan perasaan putus asa, tidak ada harapan, sedih, kecewa, yang ditandai dengan adanya perlambatan gerak tubuh dan fungsi tubuh. Sedangkan berdasarkan Hect dan Shiel (2003) mendefinisikan depresi sebagai suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood individu. Berdasarkan beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan penyakit atau gangguan mental dengan gejala perasaan sedih mendalam, keputusasaan, menurunnya motivasi dan pergerakan tubuh.

Depresi merupakan salah satu gangguan mental terbanyak terjadi di dunia, diperkirakan sebanyak 8% - 12% penduduk dunia mengalami depresi setiap tahunnya. Sebanyak 15 juta penduduk usia dewasa Amerika atau sekitar 8% dari jumlah total penduduk mengalami depresi. Pada tahun 2020 diperkirakan, depresi menjadi penyakit dengan kejadian terbanyak ke dua peringkat dunia.

Depresi merupakan gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bukberg, Penman and Holland (1984) didapatkan bahwa sebanyak 42 dari 62 pasien kanker yang menjalani rawatan di Rumah Sakit mengalami depresi baik depresi berat maupun sedang. Gaynes et al (2008), Hermann (2006), Pirl (2004) dalam Varcarolis dan Halter (2010) menyebutkan kejadian

depresi sendiri pada penyakit terminal dan kronik mencapai 20% hingga 50%, dan dari angka tersebut kejadian depresi terbanyak di alami oleh pasien kanker (50%), HIV (41%), Diabetes (9% - 27%), dan penyakit stroke (20% - 30%). Penelitian yang oleh Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) di Jordania, mendapatkan bahwa dari 208 pasien kanker 51,9% mengalami depresi dan terbagi atas depresi ringan (18.75%), sedang (22.1%) hingga berat (11%). Angka ini mengalami peningkatan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan pada tahun 1998 dan 2001 yaitu sebesar 1,5 % hingga 45 % kejadian depresi. Berdasarkan data di atas, dapat disimpulkan bahwa kanker sebagai penyakit kronik dan terminal merupakan penyebab terjadinya depresi terbanyak di dunia jika dibandingkan dengan penyakit kronik dan terminal lainnya.

### **2.2.2 Etiologi Depresi**

Sadock dan Sadock (2008) menyatakan banyak teori yang menggambarkan faktor penyebab terjadinya depresi seperti faktor biologi, psikologi ataupun sosial budaya. Meskipun pada dasarnya depresi disebabkan hanya oleh satu faktor saja yang kemudian berkembang dan berinteraksi dengan faktor lainnya sehingga mengakibatkan timbulnya depresi.

Pada pasien kanker, depresi terjadi sebagai dampak adanya penyakit fisik, perubahan psikologis dan gangguan biologis. Berikut adalah beberapa faktor risiko terjadinya depresi :

#### **2.2.3.1 Faktor biologis**

Faktor genetik berperan dalam kejadian depresi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Joska dan Stein (2008), ditemukan bahwa kejadian depresi meningkat secara signifikan pada kembar monozygotik, yaitu sekitar 37%. Jika salah satu dari kembar monozygotik mengalami depresi maka kembar lainnya akan memiliki kemungkinan sebesar 37% juga.

Otak merupakan organ kompleks yang terdiri dari miliaran sel neuron. Banyak penelitian yang mendukung teori bahwa *neurotransmitter* berperan terhadap kejadian depresi. Kelainan *neurotransmitter* dapat terjadi akibat adanya kelainan genetik atau mungkin karena faktor lingkungan seperti efek terhadap pengobatan, kerusakan sel otak, kelainan hormon, ataupun infeksi. Beberapa *neurotransmitter* dipercaya berhubungan dengan status emosional, antara lain *serotonin* dan *norepinefrin*. *Serotonin* memiliki peran penting dalam pengaturan mood, agresi, kecemasan, aktifitas motorik, selera makan, aktifitas seksual, istirahat dan tidur, siklus jantung, fungsi neuroendokrin, temperatur tubuh, fungsi kognitif, persepsi terhadap nyeri yang biasanya muncul pada pasien dengan depresi. Selain itu *dopamin*, *acetylcolin*, *GABA* dan *amino biogenic* lainnya juga berperan dalam munculnya depresi (Stuart & Laraia, (2005), Keltner, Bostrom & McGuinnes (2011), Sadock & Sadock, 2008)

Penurunan kadar serotonin terjadi pada pasien depresi. Kadar *serotonin* yang rendah atau berlebihan, metabolisme *5-HIAA* biasa terdapat pada cairan serebrospinal atau sel darah merah orang dengan depresi yang telah meninggal atau pada individu yang mencoba melakukan bunuh diri. Selain itu, *serotonin* merupakan salah satu *neurotransmitter* yang berperan dalam hormon pertumbuhan, *prolactin* dan *cortisol*, yang biasanya abnormal pada pasien depresi. *Norepinefrin* bekerja dalam pengaturan perilaku dan konsentrasi. Kondisi stress dan penuh tekanan mengakibatkan terjadinya penurunan kadar *norepinefrin* dan sebagai dampaknya terjadi perubahan respon atau minat, penurunan aktivitas motorik dan apatis.

Saat ini diyakini bahwa depresi terjadi akibat adanya hubungan antara keseluruhan neurotransmitter *serotonin*, *norepinefrin*, *acetylcolin*, *dopamin* dan *GABA*, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hal tersebut. Asumsi ini muncul karena terapi yang bertujuan mengatur seluruh *neurotransmitter* tersebut diberikan pada pasien depresi menunjukkan hasil yang baik. Selain itu, berdasarkan hasil *positron*

*emission tomography* (PET) menunjukkan adanya peningkatan aktivitas sel otak setelah menjalani terapi.

Depresi sering dikaitkan dengan *neuroendokrin* meskipun belum jelas mekanisme yang terjadi. Pada beberapa penelitian didapatkan terjadi hiperaktifitas *korteks adrenal hipotalamus pituitary* pada pasien depresi. Selain itu, adanya peningkatan kadar *cortisol* pada urine dan terjadi penurunan kadar *korikotropin* (Varcarolis & Halter, 2010)

Individu dengan gangguan irama jantung memiliki resiko lebih besar untuk mengalami depresi. Hal ini berkaitan dengan adanya pengobatan, kekurangan nutrisi, gangguan fisik dan psikologis dan perubahan kadar hormonal. Irama jantung berperan dalam pola hidup sehari-hari seperti siklus bangun dan tidur, pola istirahat dan aktivitas dan sekresi hormon. Pada individu dengan depresi terjadi perubahan pada pengaturan hal tersebut. Gejala yang berhubungan antara lain memendeknya tahap REM pada pasien, gangguan tidur seperti *insomnia*, sering terbangun di malam hari dan peningkatan intensitas bermimpi saat tidur (Keltner, Bostrom & McGuinnes, 2011).

Perubahan anatomi otak juga menjadi faktor yang dicurigai dapat menyebabkan depresi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa depresi terjadi akibat adanya pengecilan pada bagian otak tertentu, sebagai contoh kerusakan neuron dan area abu-abu pada lobus frontal, otak kecil, basal ganglia diketahui dapat menyebabkan kanker oleh beberapa peneliti (Keltner, Bostrom & McGuinnes, 2011). Pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi juga dapat mengalami gangguan pada otak karena beberapa obat kemoterapi bersifat neurotoksik sehingga dapat menyebabkan kematian sel-sel otak.

### 2.2.3.2 Faktor Psikologis

Faktor psikologis menjadi salah satu faktor yang melatarbelakangi terjadinya depresi. Banyak teori yang melatarbelakangi terjadinya depresi dari sisi psikologi antara lain teori *Psychoanalytic*, teori *Cognitive*, teori *Interpersonal* dan teori Perilaku.

Teori *Psychoanalytic* berpendapat bahwa depresi terjadi sebagai hasil dari kehilangan awal dalam kehidupan (Freud, 1957 dalam Keltner, Bostrom & McGuinness, 2011). Freud menggambarkan depresi sebagai keinginan atau perilaku agresif yang secara langsung berhubungan dengan individu itu sendiri, biasanya berhubungan dengan kehilangan orang atau benda yang dicintai. Ketika kehilangan terjadi saat dewasa, maka akan menstimulus rasa kehilangan yang pernah terjadi saat masa anak-anak. Akan tetapi banyak praktisi yang berpendapat bahwa teori ini tidak fokus terhadap masalah aktual yang dihadapi oleh pasien melainkan melihat ke masa lalu yang mungkin banyak terdapat masalah yang tidak dapat diatasi.

Kehilangan juga banyak dialami oleh pasien kanker. Kehilangan yang dialami dapat berupa kehilangan kondisi kesehatan, kehilangan pekerjaan sebagai dampak memburuknya kesehatan. Pada pasien kanker yang tidak mendapatkan dukungan positif dari keluarga akan merasakan kehilangan hubungan dan dukungan sosial sehingga memperburuk kondisi pasien dan masuk dalam keadaan depresi.

Berdasarkan teori *Cognitive*, dapat diasumsikan bahwa jika individu memandang hidupnya sebagai sebuah pengalaman positif maka akan terbentuk pola pikir dan status emosi positif pula. Sedangkan bila individu memandang hidupnya sebagai pengalaman negatif, maka hasilnya adalah rasa marah, kecurigaan dan keputusasaan. Teori *cognitive* percaya bahwa individu dengan depresi pernah merasakan pengalaman yang tidak menyenangkan. Pengalaman ini memiliki kontribusi yang berakibat negatif, pikiran tidak logis dan tidak rasional selama merasakan stress.

Pasien kanker sering kali merasa bahwa hidup yang dialami tidak adil, tuhan tidak menyayangi dirinya. Pasien kanker cenderung menganggap hidupnya sebagai musibah dan hukuman dari tuhan.

Beck (1995, dalam Varcarolis & Halter, 2010) menyatakan individu dengan depresi memproses informasi dengan cara negatif, meskipun kejadian yang dialami positif. Pemikiran bahwa setiap orang memiliki potensi untuk memandang segala sesuatu dengan cara positif dapat membantu mengendalikan emosi sehingga dapat mencegah terjadinya depresi.

Teori *Interpersonal* percaya bahwa ketika seseorang mengalami kesulitan interpersonal, mekanisme koping yang cenderung individual, pengalaman dan perubahan hidup dapat menyebabkan stress dan depresi. Perubahan peran, isolasi sosial, memanjangnya masa berduka, merupakan masalah-masalah interpersonal. Masalah dalam interpersonal dianggap sebagai faktor yang melatarbelakangi dan mencetuskan terjadinya depresi.

Pasien kanker akan mengalami perubahan pola hidup dan rutinitas sehari-hari. Perubahan ini menyebabkan terjadinya perubahan peran sosial pasien. Kehilangan pekerjaan membuat pasien jauh dari lingkungan, dampaknya terjadi perubahan status ekonomi sehingga mempengaruhi peran pasien dalam keluarga. Isolasi sosial juga sering terjadi pada pasien kanker, pasien merasa hidupnya tidak berharga. Selain itu pikiran untuk tidak membebani keluarga semakin memperburuk kondisi isolasi sosial pasien.

Teori Perilaku menganggap seseorang yang berkembang menjadi depresi ketika ia menumbuhkan pikiran ketidakberdayaan dan keputusan kemudian mengadopsi perilaku tersebut untuk mengatasi segala bentuk permasalahan yang dihadapi. Pengalaman hidup masa lalu yang penuh tekanan dapat menyebabkan depresi. Teori perkembangan beranggapan bahwa kesehatan mental seseorang dipengaruhi dari peristiwa yang terjadi

dari awal kehidupan. Dalam perkembangannya, sejak lahir individu tumbuh dan berkembang melalui beberapa tahap. Apapun bentuk tahapan perkembangan yang ada, meskipun di namai berbeda, setiap tahap dianggap sebagai bagian penting. Terdapat dua ilmuwan yang membahas teori psikoanalitik yaitu Sigmund Freud dan Eric Ericson. Freud dan Ericson membagi tahap perkembangan menjadi menjadi tujuh bagian dan pada setiap bagian memiliki tugas perkembangan masing-masing. Apabila pada setiap tahap perkembangan terdapat tugas perkembangan yang tidak terpenuhi, akan mempengaruhi kondisi kesehatan mental anak dikemudian hari.

Adanya kehilangan, gangguan selama kandungan, kekurangan kasih sayang dan perhatian oleh orang tua, dan adanya kekerasan merupakan faktor yang dapat menyebabkan depresi (Keltner, Bostrom & McGuinnes, 2011). Dalam kasus lain, dikatakan bahwa pada anak usia dibawah 11 tahun yang mengalami kehilangan orang tua akan cenderung mengalami depresi. Tekanan yang berkembang lama akan mempengaruhi perubahan fungsional *neurotransmitter* sehingga akan berisiko mempengaruhi terjadinya depresi meskipun tanpa adanya faktor presipitasi (Sadock & Sadock, 2008)

Masalah intrapsikis terjadi ketika individu secara emosional bereaksi terhadap perilaku, peristiwa atau kejadian tertentu. Ketika individu dihadapkan pada sebuah masalah dan harus mengambil keputusan, maka akan terjadi konflik dalam diri. Ketidakmampuan dalam membuat keputusan dapat memicu terjadinya depresi. Semua orang akan mengalami konflik sepanjang kehidupannya, kemampuan untuk menyelesaikan masalah menjadi kunci untuk menghindari dari rasa bersalah, frustrasi, cemas dan takut yang dapat memicu depresi.

### 2.2.3.3 Faktor Sosial

Sebagian besar literatur tidak menganggap faktor sosial sebagai salah satu faktor yang melatarbelakangi terjadinya depresi. Kubler-Ross (1969, dalam Videbeck 2008) menetapkan tahapan kehilangan. Teori ini di dapatkan dari observasi pada pasien dengan penyakit terminal menjelang kematian. Proses kehilangan dijabarkan melalui lima tahapan yaitu tahapan denial, marah, tawar-menawar, depresi dan penerimaan. Depresi terjadi ketika kesadaran kehilangan menjadi akut.

Pada pasien kanker, stress merupakan kondisi normal yang terjadi. Kehilangan status kesehatan, kehilangan keluarga atau rekan kerja, kehilangan pekerjaan dan harga diri, serta perubahan peran menyebabkan perasaan sendiri, terisolasi, tidak berdaya, putus asa dan depresi. Selain itu, perubahan status ekonomi juga berperan penting menyebabkan depresi, pasien dengan pendapatan rendah akan berrisiko lebih tinggi mengalami depresi. Berdasarkan penelitian Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009), pada pasien dengan pendapatan < 250 JD mengalami depresi sebanyak 28.4%. Angka ini merupakan angka tertinggi kejadian depresi jika dibandingkan dengan pasien yang memiliki pendapatan lebih besar yaitu 250-500 JD (17.3%) dan penghasilan >500 JD (6.3%). Ketidakmampuan secara ekonomi menjadikan pasien kanker lebih tertekan. Kebanyakan orang berpendapat bahwa depresi merupakan reaksi dari adanya stress dalam kehidupan. Kehilangan orang yang dicintai, pekerjaan, harga diri, dan kondisi lainnya dapat memicu terjadinya depresi.

Stressor lingkungan yang paling sering menyebabkan depresi adalah kehilangan pasangan. Kehilangan objek atau benda atau kesehatan termasuk dalam kehilangan fisiologis. Kehilangan status kesehatan menjadi faktor utama timbulnya depresi pada pasien kanker (Sadock & Sadock, 2008; Stuart & Laraia, 2005). Kehilangan status kesehatan menjadi stressor terbesar, sebanyak 41% pasien dengan kanker prostat mengalami stress ketika mendengar hasil diagnosisnya (Mehnert et al, 2009). Angka

tersebut merupakan angka tertinggi penyebab stress pada pasien kanker jika dibandingkan hal lainnya seperti ketakutan terhadap masa depan, dan kehilangan dukungan keluarga.

Kehilangan dapat terjadi ketika hubungan berubah seperti kematian, perceraian, sakit dan kematian. Mendapatkan diagnosa kanker merupakan kehilangan keamanan. Kanker dianggap sebagai penyakit terminal mengancam kehidupan, pasien akan merasa bahwa ketika mengalami kanker bermakna bahwa telah tiba saatnya untuk mati. Ketika makna suatu hubungan berubah, peran dalam keluarga atau kelompok dapat hilang. Pasien kanker pada umumnya akan mengalami perubahan peran di keluarga, pekerjaan dan lingkungan sosial lainnya. Perubahan status kesehatan menyebabkan klien tidak dapat menjalani peran sebagaimana mestinya.

Perubahan peran dalam lingkungan sosial mempengaruhi harga diri seseorang. Seseorang dapat mengalami kehilangan harga diri ketika terjadi perubahan persepsi terhadap diri sendiri. Pasien kanker yang mengalami perubahan peran dapat mengalami kehilangan harga diri. Tidak hanya itu, pasien kanker juga menganggap penyakitnya sebagai salah satu faktor penyebab kehilangan harga diri. Mehnert et al (2009) mendapatkan bahwa sebanyak 11% pasien kanker prostat mengalami impotensi dan masalah dalam kehidupan seksualitasnya. Perubahan ini menyebabkan depresi dan kecemasan pada pasien kanker. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa perubahan fisik pada pasien kanker dapat mengakibatkan gangguan harga diri sehingga berpengaruh pada munculnya depresi.

Terdapat banyak faktor sosial atau tepatnya faktor demografi yang mempengaruhi terjadinya kanker, seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) diketahui bahwa pada pasien berusia 40-60 tahun kejadian depresi lebih besar (26%) jika dibandingkan usia kurang

dari 20 tahun (2.4%), 20- 40 tahun (19%) dan pada usia lebih dari 60 tahun (30%). Data tersebut menunjukkan bahwa kejadian kanker akan meningkat seiring pertambahan usia terutama pada usia produktif. Berdasarkan jenis kelamin kanker lebih banyak dialami oleh wanita (32.2%) sedangkan laki-laki (19.7%). Dalam beberapa literatur dikatakan bahwa wanita lebih berisiko untuk mengalami depresi meskipun belum ada penyebab pasti meningkatnya kejadian depresi pada wanita. Pada penelitiannya, Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein hanya membagi pekerjaan menjadi dua kategori yaitu pekerjaan dibidang kesehatan dan non kesehatan. Kejadian depresi lebih banyak dialami oleh individu yang tidak bekerja dibidang kesehatan yaitu sebanyak 51% sedangkan kejadian depresi pada profesi kesehatan hanya 1%. Faktor pendidikan juga berpengaruh terhadap terjadinya depresi, pada individu dengan pendidikan rendah lebih berisiko mengalami depresi (43.3%) jika dibandingkan pada individu dengan pendidikan lebih tinggi (8.7%).

### 2.2.3 Tanda dan Gejala

WHO (2009) dalam *International Classification of Diseases (ICD) 10* menetapkan bahwa seseorang dikatakan mengalami depresi apabila sedikitnya terdapat dua dari tiga gejala inti depresi yaitu perasaan sedih mendalam (tidak bahagia, sedih dan tertekan), penurunan pergerakan (perasaan lelah atau bahkan tidak memiliki energi), dan *anhedonia* (kehilangan minat atau kesenangan dalam berbagai hal) gejala ini muncul setiap hari setidaknya selama dua minggu.

Pasien depresi akan mengalami perasaan sedih yang mendalam. Pasien cenderung akan merasa sangat sedih, putus asa atau hampa, merasa seperti ingin menangis atau menangis tanpa alasan, mempunyai perasaan bersalah berlebihan atau merasa tidak berharga. Individu dengan depresi biasanya melihat dunia selayaknya cermin buram. Postur tubuh menyedihkan, dan pasien akan tampak lebih tua dibandingkan usianya. Ekspresi wajah sedih dan sering menunduk, dan tidak berdaya semua itu tergambar dari ekspresi

wajahnya. Kontak mata pasien kurang, intonasi bicara monoton, afek datar, sering menghela nafas dan hanya menjawab pertanyaan dengan kata “tidak” atau “ya”. Selama mengalami depresi, pasien tidak mampu berfikir dengan baik dan menyelesaikan masalah. Pernyataan dan keputusannya buruk dan tidak dapat dipertanggungjawabkan. Pasien juga berfikir lambat, konsentrasi memburuk, atau bahkan pada pasien dengan depresi mayor akan mengalami delusi seperti mengatakan bahwa “tuhan menghendaki saya untuk mati”, “saya gagal dan harus mati” (Varcarolis & Halter, 2010; Videbeck, 2008)

Perubahan aktivitas motorik dapat terjadi dalam rentang melambat hingga tidak ada aktivitas sama sekali. Selain itu dapat juga terjadi agitasi ditandai dengan perilaku yang dilakukan berulang seperti menggigit kuku, berkedip secara berkala, merokok, bermain jari atau melakukan aktivitas tanpa tujuan berulang dan dapat diobservasi. Kebanyakan dari mereka mengalami *insomnia* (kesulitan tidur), sering terbangun dan mengalami gangguan kualitas tidur, mengalami mimpi dan terbangun di malam hari. Namun bagi beberapa pasien juga mengalami *hypersomnia* (tidur berlebihan) walaupun tidur yang dijalani tidak bersifat mengistirahatkan atau menyegarkan. Perubahan pola berkemih dan BAB, konsistensi merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada pasien dengan penurunan aktivitas motorik. Sedangkan diare seringkali terjadi pada pasien yang mengalami agitasi. Pada pasien depresi juga terjadi penurunan minat terhadap sesuatu yang biasanya disenangi. Pasien biasanya mengalami perubahan aktivitas seksual dapat berupa impotensi dan tidak tertarik untuk melakukan hubungan seksual merasa resah atau lambat, perubahan makan, berbicara dengan lambat, tidak nafsu makan dan ada juga perilaku makannya berlebihan (Varcarolis & Halter, 2010; Videbeck, 2008).

Gejala lain yang biasanya muncul pada pasien kanker adalah ketidakberdayaan yang dapat dikenali dengan adanya gejala tidak mampu

melakukan pekerjaan sehari-hari seperti membersihkan rumah, bekerja, merawat anak dll. Karena adanya perasaan tidak berdaya memunculkan perasaan putus asa yang biasanya berhubungan dengan perilaku bunuh diri, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu membuat keputusan, kesulitan memulai tidur atau tidak bisa tidur atau bahkan sering terbangun di malam hari, merasa lelah, memiliki masalah di saluran pencernaan, masalah seksualitas, perasaan dan keputusasaan, pikiran negatif, sering mengalami sakit kepala atau pada bagian tubuh lain, kecemasan, ketakutan tanpa alasan, mudah marah dan tersinggung (Varcarolis & Halter, 2010; Videbeck, 2008; Sadock & Sadock, 2008).

#### **2.2.4 Pengukuran Depresi**

Depresi pada pasien kanker dapat terlihat dari tanda dan gejala yang muncul. Hingga saat ini telah banyak alat ukur digunakan untuk menilai dan menegakkan diagnosa depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan dan isolasi sosial, seperti skala ukur depresi Zung, Hamilton, AKUAD dan lain sebagainya.

*Hamilton Depression Scale (HDS)* dikembangkan oleh Hamilton sejak abad 19.

Meskipun HDS mengukur depresi secara umum, akan tetapi HDS telah terbukti dapat mengukur depresi pada pasien kanker. Berdasarkan penelitian perbandingan alat ukur untuk menilai depresi pada pasien kanker pada 429 pasien yang dilakukan oleh Book et al (2009), didapatkan bahwa *Pvalue* HDS adalah kurang dari 0,001 dengan total nilai 0,712. Nilai ini lebih tinggi jika dibandingkan alat ukur lainnya untuk mengukur distress pada pasien kanker dengan Validitas 0.85.

HDS terdiri atas 17 item pertanyaan dengan nilai maksimal lima untuk setiap itemnya. Hasil penilaian pada HDS terbagi atas lima kondisi yaitu normal jika hasil perhitungan hingga tujuh (0-7), depresi ringan dengan nilai 8 hingga 13, depresi sedang apabila hasil perhitungan 14 hingga 18,

depresi berat bila 19 hingga 22 dan depresi sangat berat jika hasil nilai lebih dari 23.

### **2.2.5 Dampak Depresi pada Pasien Kanker**

Depresi merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood individu (Hecht and Shiel, 2003.). Depresi menjadi gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Terdapat banyak kasus depresi yang tidak teridentifikasi karena depresi pada pasien kanker dianggap sebagai proses yang normal terjadi. Depresi pada pasien kanker masih belum banyak mendapatkan perhatian oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit, sehingga penanganannya hanya berpusat pada pemenuhan kebutuhan secara fisik, meskipun pada kenyataannya ketiadaan depresi mampu meningkatkan kualitas pengobatan yang dijalani oleh pasien.

Jdon, et al (2010) menyebutkan sekitar 40% hingga 90% pasien depresi pada kanker tidak mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya. Hal ini terjadi karena depresi, sedih dan kehilangan dianggap sebagai hal biasa terjadi pada pasien kanker. Hanya sebagian kecil saja pasien kanker yang mengalami depresi mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya. Bahkan, sebelum pasien mendapatkan kepastian penyakit kanker yang diderita sebagian dari mereka telah mengalami depresi terlebih dahulu dikarenakan proses yang penuh tekanan

Depresi dapat menjadi faktor yang berisiko untuk menghambat proses pengobatan dan menurunkan toleransi keberhasilan pengobatan kanker itu sendiri. Didapati bahwa pasien dengan depresi tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi. Depresi yang tidak terdiagnosa dan tidak diberikan terapi akan memberikan dampak perubahan pengobatan dan meningkatkan distress pasien. Simon et al (2005 dalam Varcarolis dan Halter 2010), menyebutkan pasien dengan

penyakit kronik yang mengalami depresi dan mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya menunjukkan peningkatan dalam minat menjalani terapi medis, bereaksi baik terhadap pengobatan dan mengalami peningkatan kualitas hidup.

### **2.2.6 Kemampuan pasien menghadapi depresi**

Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk yang unik. Manusia berespon dengan cara sendiri terhadap kehidupan dan masalah yang dihadapi. Keunikan respon ini dapat menjelaskan alasan terjadinya gangguan kesehatan sementara individu lainnya tidak, walaupun dibesarkan dengan pola asuh yang sama.

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien depresi, perawat perlu untuk mengetahui cara individu dalam menghadapi suatu permasalahan. Tidak ada teori yang memaparkan secara jelas faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan mengatasi depresi akan tetapi terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam menghadapi stress antara lain interpersonal dan personal (Videbeck, 2008).

#### **2.2.6.1 Interpersonal**

Pada faktor interpersonal terdapat beberapa bagian penting yang mempengaruhi kemampuan pasien berespon terhadap stress yaitu perasaan memiliki, jaringan sosial dan dukungan sosial serta dukungan keluarga.

Perasaan memiliki merupakan perasaan keterkaitan atau keterlibatan dalam suatu sistem sosial atau lingkungan yang didalamnya individu merasa sebagai bagian integral. Perasaan ini mengacu pada kebutuhan akan dihargai, dibutuhkan dan diterima. Perasaan memiliki berkaitan erat dengan fungsi sosial dan psikologisnya. Perasaan memiliki terbukti erat meningkatkan

kesehatan, sedangkan tidak adanya perasaan ini akan mengganggu kesehatan (Hagerty et al, 1996 dalam Videbeck, 2008)

Kemampuan pasien dalam menghadapi stress juga tergambar dari ada tidaknya jaringan dan dukungan sosial. Individu dengan dukungan sosial baik terbukti lebih sehat dibandingkan individu tanpa dukungan sosial. Keterlibatan keluarga, lingkungan sosial dapat membantu pasien menghadapi stress melalui dukungan informasi. Dengan kata lain, pasien yang mampu mengandalkan dan meningkatkan dukungan sosial akan lebih mampu menghadapi stress. Keluarga sebagai dukungan sosial juga berpengaruh terhadap kemampuan pasien menghadapi stress. Keluarga dianggap sebagai sumber cinta kasih, perhatian menjadi bagian penting dalam proses penyembuhan pasien.

#### **2.2.6.2 Personal**

Faktor personal yang mempengaruhi kemampuan pasien berespon terhadap stress yaitu keefektifan diri, *hardiness*, *resourcefulness*.

Keefektifan diri adalah suatu keyakinan bahwa kemampuan dan upaya personal mempengaruhi peristiwa dalam hidup kita (Bandura, 1997 dalam Videbeck, 2008). Individu yang memiliki efektifitas diri tinggi cenderung mampu menetapkan tujuan, memiliki motivasi diri dan melakukan koping secara efektif terhadap stress dan mendapatkan dukunga dari orang lain ketika membutuhkannya. Individu yang memiliki efektifitas rendah lebih mudah mengalami cemas dan depresi sepanjang hidupnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kemampuan mengatasi stress pada individu sangat tergantung pada keefektifitasan individu.

Faktor lainnya yang berpengaruh dalam personal adalah *hardiness*. *Hardines* merupakan kemampuan individu untuk tahan terhadap

penyakit ketika mengalami stress. Kobasa (1979, dalam Videbeck, 2008) mendapatkan bahwa individu yang memiliki *hardiness* rendah menderita peristiwa hidup yang penuh stress. Selain itu *resourcefulness* membantu individu melakukan koping terhadap stress. *Resourcefulness* adalah menggunakan kemampuan penyelesaian masalah dan meyakini bahwa individu dapat melakukan koping terhadap situasi yang tidak menguntungkan sekalipun. *Resourcefulness* dianggap dapat membantu mencegah perasaan depresi (Warheit, 1979; Zauszniewski, 1995, dalam Videbeck, 2008). Hal ini dapat dilakukan melalui interaksi dengan orang lain, mencari bantuan kesehatan, mempelajari perawatan diri, memantau pikiran dan perasaan diri sendiri serta mengambil tindakan untuk mengatasi lingkungan yang menimbulkan stress.

## **2.2.7 Penatalaksanaan Depresi Pada Pasien Kanker**

### **2.2.5.1 Penatalaksanaan Medis**

Depresi berhubungan dengan adanya perubahan *neurotransmitter*, karena itu pengobatan kimiawi otak sangat diperlukan. Antidepresi memberikan manfaat bagi 80% pasien depresi. Obat-obatan antidepresan mampu mengatasi masalah konsep diri, ketidakberdayaan, gejala vegetatif pada pasien depresi dan meningkatkan aktivitas motorik. Efek kerja anti depresan dapat terlihat setelah 3 minggu pemakaian atau lebih, akan tetapi jika terdapat indikasi bunuh diri maka Ect merupakan pilihan alternatif yang dapat dilakukan. Tujuan umum pemberian terapi antidepresan adalah untuk meniadakan gejala depresi. Seluruh anti depresan bekerja dengan meningkatkan kerja satu atau lebih *neurotransmitter* seperti *serotonin*, *norepinefrin* dan *dopamin*.

### **2.2.5.2 Penatalaksanaan Keperawatan**

Penatalaksanaan keperawatan depresi pada pasien kanker dilakukan diintervensi dengan terapi generalis dan spesialis. Tindakan

spesialis dilakukan pada pasien depresi yang masih mempunyai masalah sama setelah pemberian terapi generalis.

Tindakan keperawatan generalis biasanya ditujukan kepada diagnosa keperawatan yang relevan dengan depresi seperti harga diri rendah, isolasi sosial, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Diagnosa keperawatan harga diri rendah bertujuan untuk membantu pasien kanker meningkatkan penilaian harga dirinya. Prinsip tindakan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, memberikan pengalaman untuk meningkatkan aktualisasi diri, mendorong pasien bertanggungjawab pada diri sendiri, menerima perubahan, memberikan penguatan positif atas kemampuan pasien.

Pada diagnosa ketidakberdayaan, tujuan yang ingin dicapai adalah pasien mampu mengatasi rasa ketidakberdayaan yang dialaminya dengan mendorong pasien untuk mengekspresikan secara verbal perasaannya, persepsi dan ketakutan yang dialami, selain itu pasien didorong untuk mampu melakukan kegiatan secara mandiri dan berpartisipasi aktif dalam melakukan perawatan diri.

Keputusasaan yang dialami oleh pasien mendorong intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien mengatasi masalah dengan memberikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaan sedih, membina hubungan sosial dengan pasien lain, bertukar pengalaman dalam mengatasi masalah dengan pasien lain, mendapatkan dukungan sosial dari rekan sesama anggota kelompok. Identifikasi adanya ide bunuh diri, mendorong pasien menggali kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, membangun pikiran positif pada diri pasien.

Penatalaksanaan keperawatan pada diagnosa isolasi sosial bertujuan agar pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain melalui mendorong pasien berinteraksi dengan anggota kelompok, melibatkan pasien dalam kegiatan sosial dan masyarakat, memperbaiki sikap dan teknik komunikasi.

Untuk mengatasi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial dapat dilakukan menggunakan terapi spesialis apabila implementasi terapi generalis tidak mampu mengatasi masalah keperawatan tersebut. Terdapat beberapa psikoterapi spesialis yang dapat diterapkan untuk mengatasi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial pada pasien kanker yang tergolong dalam terapi individu, kelompok maupun keluarga.

Psikoterapi telah dikembangkan sejak tahun 1952 oleh Hans, J, Eysenck. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Eysenck, didapatkan sekitar 74% dari 24 penelitian pada pasien neurotik yang menjalani psikoterapi selama 2 tahun mengalami kemajuan dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan terapi. Setelah tahun 1980 didapati hasil yang menunjukkan peningkatan hasil penelitian dimana pasien yang mendapatkan psikoterapi menunjukkan peningkatan signifikan jika dibandingkan dengan pasien tanpa terapi. Dari penelitian yang dilakukan didapatkan hasil pasien dengan pemberian plasebo menunjukkan peningkatan sebanyak 66% jika dibandingkan pasien tanpa terapi apapun, sedangkan pasien yang mendapatkkan psikoterapi mengalami peningkatan sebanyak 80% jika dibandingkan pasien tanpa perlakuan. (Lambert & Vermeersch, 2002).

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien yang mendapatkan psikoterapi sebagai salah satu terapi non

farmakologis menunjukkan hasil lebih baik jika dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan terapi plasebo, medis atau bahkan tanpa terapi.

Psikoterapi dapat ditujukan kepada individu, keluarga maupun kelompok. Psikoterapi diberikan berdasarkan kebutuhan dan adanya indikasi pada pasien. Psikoterapi merupakan penatalaksanaan gangguan emosi, perilaku, kepribadian, psikiatri yang terutama didasarkan pada komunikasi dan intervensi verbal atau nonverbal dengan pasien, berbeda dengan penatalaksanaan menggunakan upaya kimia dan fisik (Stedman, 2005).

Terapi individu yang dapat diterapkan untuk mengatasi depresi pada pasien kanker yaitu *CBT, CAT, supportive Psychotherapy, mindfulness intervention, relaxation and image based therapy, motivational counseling, narrative therapy, dignity therapy, written emotional Disclosure* (Watson dan Kissane, 2011).

Kristiyaningsih (2009) menunjukkan bahwa *Cognitive Therapy* (CT) dapat meningkatkan harga diri pasien gagal ginjal kronik yang mendapat terapi hemodialisa. *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) termasuk dalam salah satu terapi yang efektif untuk mengatasi depresi dan cemas pada pasien kanker. Greer et al (1992, dalam Watson & Kissane 2011) mengatakan bahwa CBT merupakan terapi individu yang efektif untuk pasien kanker dengan depresi, kecemasan dan ketidakberdayaan pada penelitian menggunakan kelompok kontrol. *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) memberikan dampak positif dalam mengatasi gangguan mood pada pasien kanker terutama depresi, kecemasan, stress, perasaan takut terhadap penyakit kanker (Watson & Kissane, 2011).

Terapi kelompok merupakan terapi unggulan untuk mengatasi depresi. Terapi ini meningkatkan jumlah penerima terapi dengan biaya terjangkau. Keuntungan lain dari terapi ini adalah pasien dapat bersosialisasi dan berbagi perasaan kepada anggota kelompok sehingga menurunkan perasaan terisolasi, ketidakberdayaan, keputusasaan dan perasaan sendiri. Terapi kelompok yang dapat diterapkan untuk mengatasi depresi pada pasien kanker adalah *Supportive-Expressive Group Therapy*, *Psychoeducational Intervention*, *Meaning-Centered Group Psychotherapy*, *Couple-Focused Group* (Watson & Kissane, 2011).

Syarniah (2010) telah membuktikan bahwa terapi *reminiscence* dapat mengatasi depresi sebanyak 42.5% pada lansia *reminiscence* dapat mengatasi harga diri rendah hingga 44.7% , ketidakberdayaan 40.7%, keputusasaan 41.6% dan isolasi sosial 41.5%. Breitbart (2010, dalam Watson & Kissane, 2011) mengungkapkan bahwa *Meaning Centered Group Psychotherapy* (MCGP) mampu meningkatkan aktivitas spiritual, penerimaan diri, menurunkan kecemasan perasaan putus asa, dan ketakutan terhadap kematian.

## **2.3 Terapi Kelompok Suportif Ekspresif**

Pada bagian ini akan dibahas mengenai pengertian dan perkembangan terapi kelompok suportif ekspresif , tujuan terapi, teknik dan prosedur terapi kelompok suportif ekspresif , keuntungan terapi kelompok suportif ekspresif

### **2.3.1 Pengertian**

Terapi kelompok suportif ekspresif digambarkan sebagai terapi yang dimaknai keterbukaan dan memaknai ekspresi, pikiran dan emosi (Fobair et al, 2002). Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan pengembangan dari terapi supportive yang dilakukan dalam kelompok. Pada dasarnya terapi kelompok suportif ekspresif merupakan kombinasi dari terapi suportif, *existensial*, *cognitive-behavioural*, *interpersonal* dan psikoedukasional yang disatukan

sehingga dianggap sebagai terapi terbaik untuk pasien dengan penyakit terminal dan kronik (Kissane, 2004).

Penggabungan terapi menjadi satu kesatuan terapi membuat terapi kelompok suportif ekspresif berdampak dalam berbagai aspek seperti perilaku, pikiran, sosial dan keluarga. Tidak hanya itu terapi ini juga berdampak baik terhadap komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan di Rumah Sakit atau tatanan pelayanan lainnya.

Terapi kelompok suportif ekspresif sendiri telah berkembang sekitar tahun 1940 tepatnya di Menninger foundation dan kemudian berkembang terus hingga menuju pelosok dunia (Luborsky, 2002). Terapi kelompok suportif ekspresif didesain dalam pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada wanita dengan kanker payudara dan kanker lainnya. Terapi ini dilakukan sebagai wadah untuk mengekspresikan perasaan dan emosi serta memberikan dukungan sosial bagi pasien kanker (Watson & Kissane, 2011).

Terapi kelompok suportif ekspresif awalnya didesain sebagai terapi bagi wanita dengan kanker payudara. Terapi ini telah banyak digunakan ada pasien kanker payudara dan kanker lainnya. Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan psikoterapi kelompok yang dilakukan setiap minggu dan ditujukan untuk mengatasi masalah emosional dan *interpersonal* yang dialami oleh pasien kanker (Kissane, 2011). Sebagai salah satu terapi kelompok, terapi kelompok suportif ekspresif bertujuan sebagai terapi untuk perubahan status emosi, pikiran dan perilaku. Terapi kelompok digunakan sebagai salah satu cara agar pesertanya mampu merubah perilaku, tidak hanya memahami atau mencari dukungan sosial namun juga belajar bertanggungjawab terhadap orang lain melalui saling memberikan bantuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh setiap peserta (Stuart & Laraia, 2005).

Terapi kelompok suportif ekspresif telah terbukti memiliki dampak positif terhadap depresi dan marah. Goodwin et al (2001) melakukan penelitian terhadap 235 pasien kanker payudara yang telah mengalami metastasis sel kanker. Wanita dengan perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi dan perasaannya, mampu memutuskan strategi coping dalam menghadapi masalah dan mampu berbagi memberikan dukungan pada seluruh anggota kelompok di luar terapi. Pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan penurunan gejala depresi jika dibandingkan dengan pasien kelompok kontrol.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Fukui dan Kugaya (2000, dalam Boutin, 2007) didapatkan hasil bahwa dari 50 responden pasien dengan kanker payudara stadium lanjut terjadi penurunan gangguan mood, penurunan gejala depresi dan mengurangi perilaku marah pasien. Penelitian dilakukan selama enam minggu dengan pertemuan satu kali dalam seminggu selama 90 menit. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Clasen et al (2001) menyebutkan berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 102 wanita pasien kanker payudara stadium lanjut, terapi kelompok suportif ekspresif memberikan dampak terhadap menurunnya masalah, memperkuat hubungan kerjasama mereka dan mampu menemukan makna hidup yang lebih berarti. Wanita pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif mengalami penurunan total hingga tidak ada lagi gejala perubahan mood dibandingkan wanita pasien kanker dalam kelompok kontrol.

Kanker sebagai penyakit kronik dan terminal, dapat mempengaruhi perasaan pasien dalam berinteraksi dengan orang lain. Ketika terapi dilakukan oleh terapis yang tidak mengalami penyakit yang sama, pasien cenderung untuk memandangnya sebagai intervensi yang

tidak berdasar. Pada terapi kelompok suportif ekspresif, terapis bertindak sebagai fasilitator terjadinya dukungan sosial antar pasien kanker. Dukungan datang dari anggota kelompok yang juga mengalami kanker, sehingga pasien akan merasa terfasilitasi. Dengan dukungan dari orang lain yang merasakan penyakit sama, pasien akan merasa tidak sendiri sehingga dukungan sosial yang diberikan akan bermakna pada pasien. Dari kesempatan mengekspresikan masalah dan perasaan yang dialami, pasien mendapatkan umpan balik dari pasien lain untuk mengatasi masalahnya dari anggota kelompok lain, pasien mempelajari pengalaman penyelesaian masalah dari pasien lain.

Dampak positif juga dapat dirasakan keluarga pasien. Dengan meningkatkan kemampuan berkomunikasi secara terbuka dan jujur, pasien akan mampu mengungkapkan keinginannya kepada keluarga, begitu juga sebaliknya. Komunikasi yang efektif meningkatkan hubungan dan dukungan dari keluarga.

### **2.3.2 Tujuan**

Terapi kelompok suportif ekspresif memiliki beberapa tujuan yang ingin dicapai yaitu memberikan dukungan sosial yang baik, menjadi wadah menyampaikan dan mencurahkan perasaan, meningkatkan dukungan sosial dan keluarga, mengintegrasikan perubahan gambaran diri, meningkatkan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif, memperbaiki hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan, menghilangkan perasaan takut terhadap kematian dan memperbaharui prioritas hidup. Meskipun tingkat makna dari tujuan terapi bagi setiap pasien berbeda tergantung kepada kebutuhan masing-masing, akan tetapi keseluruhan tujuan tersebut berhubungan dengan kebutuhan setiap pasien.

Perasaan terisolasi merupakan hal yang umum terjadi terutama pada pasien dengan kanker sebagai dampak adanya tekanan. Ketika pasien kanker berada dalam kelompok, mereka akan mendengarkan dan mengobservasi masalah yang sebenarnya juga sedang dialami oleh dirinya sendiri, sehingga diharapkan setiap anggota kelompok akan berespon dan memberikan bantuan sebagaimana mereka mendapatkan bantuan dari anggota kelompok lainnya. Selain itu, ketika salah satu anggota kelompok menghadapi masalah, ia akan tahu orang yang tepat untuk membantu mengatasi masalahnya bahkan ketika terapi telah selesai dilaksanakan hubungan antar anggota kelompok tetap terjaga.

### 2.3.3 Keanggotaan Terapi

Kissane (2011), mengungkapkan dalam pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif dibutuhkan perencanaan dan persiapan yang matang. Sebagai tahap awal seluruh responden harus bertemu sehingga tercipta kebersamaan, selain itu juga untuk mempersiapkan pasien masuk dalam kelompok tersebut. Penjelasan maksud dan tujuan menjadi faktor penting pada pertemuan awal, memberikan penjelasan tentang tujuan sehingga pasien memahami bahwa terapi ini sebagai tempat bagi mereka untuk menceritakan dan berbagi cerita yang tidak mungkin mereka lakukan ditempat lain dan juga sebagai tempat dimana mereka diharapkan mampu mendengarkan cerita pasien lainnya.

Setiap kelompok terapi kelompok suportif ekspresif biasanya hanya terdiri dari delapan hingga sembilan pasien guna mendapatkan hasil terapi yang maksimal. Dengan mempertimbangkan terjadinya *drop out* selama terapi berjalan maka jumlah anggota dalam datu kelompok dapat mencapai 10 hingga 12 pasien, jumlah tersebut merupakan jumlah ideal untuk pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif terutama pada pasien kanker (Yalom 1989, dalam Kissane

2004; Watson & Kissane, 2011 ). Tidak ada perbedaan pendapat dari beberapa literatur yang didapatkan, untuk itu peneliti beranggapan bahwa jumlah tersebut merupakan jumlah ideal kelompok dalam terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker.

Penentuan kriteria anggota kelompok terapi kelompok suportif ekspresif disesuaikan dengan kebutuhan penelitian. Selama menjalani terapi pasien diharapkan dapat berpartisipasi secara utuh, keculai dengan alasan yang dapat diterima. Boutin (2007) menyimpulkan beberapa penelitian dengan kriteria pasien berbeda akan memberikan dampak yang berbeda. Dari 11 penelitian yang dilakukan sebanyak tujuh penelitian responden penelitian berada dalam tahap metastase, namun responden pada penelitian lain berada dalam tahap stadium awal kanker. Pada tahapan atau stadium apapun, terapi kelompok suportif ekspresif dapat dilakukan untuk mengatasi depresi dan gangguan mood, akan tetapi pada penelitian yang dilakukan Clasen et al ( 2008) pada pasien dengan stadium awal kanker tidak berdampak signifikan terhadap terapi kelompok suportif ekspresif, hal ini dimungkinkan terjadi karena karakteristik responden yang kurang tepat, sehingga disarankan untuk tidak melakukan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker stadium awal.

Responden atau anggota kelompok yang terlibat dapat berasal dari tatanan pelayanan kanker berbeda, hal ini justru memberikan populasi bervariasi. Menciptakan suasana nyaman dan aman bagi anggota kelompok merupakan keharusan, karena pasien kanker merupakan individu dengan masalah fisik dan psikis cenderung sensitif dan akan merasa menjadi objek tenaga kesehatan. Fasilitator atau peneliti harus membangun hubungan yang saling percaya dan tidak terasa sebagai sebuah keharusan, melainkan sebagai kebutuhan

untuk mendapatkan dukungan dan mengekspresikan perasaan bersama individu dengan masalah kesehatan sama.

Selain kriteria responden penelitian, terdapat hal lain yang harus diperhatikan selama proses terapi berlangsung yaitu penerimaan anggota baru selama berjalannya terapi, hal ini diperbolehkan dengan catatan tetap memperhatikan waktu dan situasi yang tepat. Perubahan struktur anggota dapat mempengaruhi kepercayaan terhadap anggota kelompok yang baru. Dalam mengintegrasikan anggota baru akan terasa lebih mudah apabila memasukkan dua atau tiga anggota baru dalam kelompok dalam satu waktu, akan tetapi perlu diperhatikan bahwa setelah memasukkan anggota baru dalam kelompok akan terjadi ketegangan kondisi selama beberapa kali pertemuan.

Salah satu efek yang dapat terjadi adalah adanya anggota kelompok yang keluar atau mundur dari terapi. Ketika hal ini terjadi, fasilitator atau peneliti harus menganalisa kembali alasan keluarnya anggota kelompok, selain itu perlu dilakukan observasi reaksi anggota kelompok lainnya. Untuk mencegah hal ini terjadi, sebelum memulai terapi, fasilitator atau peneliti diharapkan dapat mengembangkan rasa tanggungjawab anggota kelompok untuk mengikuti terapi hingga keseluruhan sesi dilaksanakan.

#### **2.3.4 Terapis dan Asisten Terapis**

Kunci kesuksesan jalannya terapi kelompok suportif ekspresif adalah latar belakang, kedisiplinan, kemampuan dan pengalaman terapis dalam melakukan terapi kelompok suportif ekspresif serta hubungan terapis dan asisten terapis dalam memberikan terapi.

Terapis diharapkan memiliki kemampuan dan pemahaman terhadap kanker dan psikoterapi pada pasien kanker. Selain memiliki rasa

tanggung jawab terhadap terapi yang diberikan, terapis pada terapi kelompok suportif ekspresif harus memiliki kemampuan meningkatkan semangat atau motivasi anggota kelompok untuk bertahan dan berjuang melawan kanker. Kemampuan dalam mengorganisir kelompok, bekerja sama memberikan terapi juga dibutuhkan pada seorang terapis.

Asisten terapis dapat seorang ahli kanker, psikolog, psikiater atau pekerja sosial yang dapat bekerja sama dalam memberikan terapi. Kombinasi profesi dengan latar belakang berbeda dapat saling melengkapi dan mengembangkan diri sehingga antara terapi fisik dan mental dapat seiring berjalan.

### **2.3.5 Teknik Pelaksanaan Terapi**

Pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif dilakukan dalam waktu 10 hingga 12 minggu, akan tetapi sumber lain mengatakan bahwa dari 20 artikel terapi kelompok suportif ekspresif disimpulkan pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif dapat dilakukan dalam rentang 5 hingga 52 minggu dengan rata-rata pelaksanaan 37 minggu. Pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif juga dilakukan dalam jangka waktu panjang mencapai enam tahun. Akan tetapi didapatkan bahwa pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif dapat dilakukan minimal dalam waktu 1-2 minggu.

Pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker dilakukan dalam beberapa sesi pertemuan, akan tetapi hingga saat ini belum banyak referensi yang mengutarakan banyaknya sesi yang dilakukan dan hal apa yang menjadi topik dalam terapi ini. Kissane (2004) dalam artikelnya menyebutkan terapi kelompok suportif ekspresif dapat dilakukan dalam empat hingga enam sesi, namun tidak tergambar jelas topik apa yang menjadi bahasan. Grassi et al (2009) mengungkapkan bahwa pelaksanaan Terapi Kelompok

Suportif Ekspresif dilaksanakan selama 12 sesi dan maksimal 24 sesi selama enam bulan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif dilaksanakan selama 12 sesi atau pertemuan. Pertemuan dapat dilakukan satu atau dua kali perminggu dan setiap pertemuannya dilakukan selama 90 menit. Dengan menimbang topik pertemuan yang dapat dilakukan dalam satu pertemuan, maka penulis akan menjalani terapi kelompok suportif ekspresif selama delapan sesi pertemuan. (Watson & Kissane, 2011; Boutin, 2007; Classen et al, 2007; Lemieux et al, 2007; Grassi et al, 2009). Pada penelitian ini, pelaksanaan terapi akan dilaksanakan dalam 6 kali pertemuan. Terdapat dua topik yang dapat dilakukan dalam waktu bersamaan yaitu topik efek kanker terhadap keluarga dan membina hubungan baik dengan tenaga kesehatan. Pada topik ini pasien dan terapis akan membahas mengenai efek terapi terhadap komunikasi dalam keluarga dan cara membina hubungan baik kepada keluarga dan juga tenaga kesehatan. Topik lainnya yang dapat dilakukan dalam satu pertemuan adalah mengenai menilai kembali tujuan hidup dan hikmah mengalami kanker.

Pelaksanaan terapi kelompok Suportif Ekspresif pada pasien kanker bervariasi tergantung tujuan yang ingin dicapai. Jika pelaksanaan dilakukan dalam waktu panjang, evaluasi dilakukan dalam waktu berkala untuk melihat ada tidaknya perubahan perilaku dan diagnosa keperawatan serta medis yang muncul. Namun, tidak sedikit penelitian dilakukan dalam waktu pendek dan evaluasi dilaksanakan pada pre dan post pemberian terapi.

Setelah menjalani sesi terapi, diakhir pertemuan fasilitator menginstruksikan setiap anggota kelompok untuk saling bertukar nomor telepon. Kegiatan diluar terapi yang dapat dilakukan adalah memberikan dukungan bagi anggota yang menjalani perawatan,

sakit, ulang tahun atau bahkan meninggal dunia. Pada satu masa tertentu, anggota kelompok dapat membawa sebuah bacaan yang menjadi inspirasi sehingga dapat diceritakan kembali kepada anggota kelompok lainnya.

Peneliti dalam melaksanakan terapi kelompok suportif ekspresif harus mengantisipasi kondisi sebagian besar anggota kelompok mengalami penurunan kesehatan. Beberapa modifikasi perlu dilakukan agar terapi tetap berjalan dan memberikan manfaat yang berkesinambungan bagi pasien. Pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif dengan tatanan rumah sakit atau ruang perawatan menjadi alternatif cerdas. Ketika pasien mengalami kesakitan atau bahkan berada dalam situasi menuju akhir kehidupan, fasilitator dapat mengangkat topik tentang menghadapi ketakutan akan kematian dan proses kematian.

Strategi pelaksanaan pada terapi kelompok suportif ekspresif merujuk pada beberapa tema yaitu menerima kematian seseorang, menerima kondisi tidak nyaman, ketidakberdayaan dan ketidakmampuan mengontrol, meningkatkan hubungan dengan satu dokter, fokus pada terapi yang dijalani, menyesuaikan diri dengan perubahan konsep dan gambaran diri, efek kanker pada keluarga, menilai kembali nilai dan tujuan hidup, mengevaluasi hubungan sosial, mengatasi masalah dan belajar berdasarkan pengalaman orang lain, dan “mengapa saya” menjadi tema terakhir yang dibahas (Grassi et al, 2009; Classen et al, 2007; Maldonado et al, 1996).

#### **2.3.6.1 Sesi I : Perubahan konsep diri dan gambaran diri**

Terapi kelompok suportif ekspresif diawali dengan saling memperkenalkan diri antara anggota kelompok dan terapis serta co terapis. Pada sesi ini, setiap anggota kelompok wajib memperkenalkan diri didepan anggota kelompok lainnya. Terapi

menjelaskan makna, tujuan, prosedur dan peraturan yang ada dalam kelompok selama terapi berlangsung.

Sesi pertama merupakan kunci keberlangsungan sesi berikutnya, oleh karena itu pada sesi satu perlu dibina rasa saling percaya antar anggota kelompok. Adanya rasa percaya baik kepada anggota kelompok maupun terapis menjadikan pasien kanker berkeinginan untuk mengikuti kegiatan terapi hingga keseluruhan sesi selesai. Pada sesi ini, pasien akan mengeksplorasi pandangan mengenai dirinya sendiri. Peran terapis pada tahap ini untuk menganggit masalah menjadi tema diskusi, terutama menyangkut hubungan atau kebutuhan seksualitas dalam keluarga. Jika suasana dalam kelompok aman, dapat diterima dan mengizinkan untuk didiskusikan satu sama lain.

Pasien kanker memiliki pandangan berbeda. Pasien cenderung tidak mampu melakukan aktivitasnya lagi, kelelahan, bahkan mungkin berhenti kerja. Perubahan ini menjadi penyebab pasien merasa identitasnya berubah. Apabila perubahan tersebut terjadi pada organ reproduksi, pasien akan merasa kehilangan jati diri sebagai wanita dan mengalami perubahan fungsi seksualitas serta mudah merasa lebih tua. Biasanya gejala tersebut berhubungan dengan kerontokan rambut, menopause dini, gangguan sekresi vagina, dan perubahan aktivitas seksual.

#### **2.3.6.2 Sesi 2 : Fokus pada Terapi yang dijalani**

Strategi yang dapat dilakukan pada sesi 2 adalah menjadikan terapi sebagai topik pembicaraan dalam kelompok. Beberapa jenis terapi kanker mungkin dianggap terbaik bagi sebagian pasien, akan tetapi setiap terapi memiliki efek samping sendiri. Melalui diskusi tentang topik terapi pasien saling bertukar pikiran tentang keuntungan terapi yang dijalani, sehingga dapat menepis dugaan pasien yang salah.

Saling berbagi pengalaman dan bertukar pikiran, pasien akan semakin memahami terapi yang dijalani. Selain memahami tentang terapi, efek samping terapi juga menjadi topik menarik bagi pasien. Efek samping terapi yang biasanya mempengaruhi emosi adalah perubahan kondisi fisik seperti kerontokan rambut, kelemahan fisik dan menopause dini. Untuk dapat membahas mengenai masalah ini, tentunya harus tercipta diskusi terlebih dahulu.

Sebagian besar pasien akan merasa terapi yang dijalani tidak sesuai, meskipun terapi tersebut adalah terapi terbaik bagi jenis kankernya. Pasien berfikir negatif terhadap dokternya. Hal ini yang melatarbelakangi pentingnya hubungan baik antara dokter dan pasien. Menjalani terapi menumbuhkan rasa aman pada pasien meskipun pasien terkadang ragu dan khawatir dengan terapi yang dijalani. Oleh karena itu, pasien biasanya akan merasa ketakutan akan berkembang kembali kanker setelah terapi diselesaikan. (Spiegel & Bloom, 1983, dalam Classen et al, 2007).

### **2.3.6.3 Sesi 3 : Meningkatkan hubungan dengan Tenaga Kesehatan**

Strategi untuk mencapai hubungan pasien dan dokter yang baik adalah dengan membantu pasien membina hubungan baik dengan dokternya. Dalam rangka memfasilitasi hubungan antar dokter dan pasiennya, penting untuk diketahui teknik komunikasi yang tidak tepat. Terkadang pasien mengarahkan kemarahan dan rasa frustrasi akibat kankernya kepada dokter. Ketakutan terhadap penyakit dapat menghambat penerimaan informasi dengan baik dan menjadikan pasien tidak berkomunikasi secara terbuka.

Membantu pasien mengidentifikasi faktor penyebab perubahan perasaannya ketika bersama dokter merupakan langkah pertama yang harus dilakukan. Dukungan kelompok dapat diberikan kepada pasien melalui pengalaman menghadapi kasus yang sama, selain itu pasien

juga dapat meniru teknik komunikasi yang digunakan untuk berkomunikasi dengan dokternya.

Perasaan tergantung kepada dokter merupakan masalah yang berat bagi pasien. Untuk itu, terapis harus memotivasi pasien agar menjadi lebih aktif mencari tahu mengenai terapi yang dijalani dengan cara menyiapkan daftar pertanyaan terlebih dahulu untuk ditanyakan kemudian, mengajukan pertanyaan dengan jelas, tidak menyembunyikan harapan pasien sehingga dokter memahami apa yang diinginkan oleh pasien, coba untuk mencari sumber kedua jika dibutuhkan, mencari tahu mengenai penyakit dan terapinya secara mandiri. Meskipun dokter sering merasatertekan dengan beban kerja, tidak bermakna bahwa mereka dapat memberikan penjelasan yang tidak jelas.

#### **2.3.6.4 Sesi 4 : Efek kanker pada keluarga**

Topik pembahasan pada sesi empat adalah mengenai masalah dan kesulitan yang dirasakan untuk berhadapan dengan keluarga. Tujuan tindakan ini adalah untuk meminimalisir rasa takut dan kesulitan berhadapan dengan keluarga. Dalam kelompok, pasien akan belajar mengatasi takut dan khawatirnya dengan melihat pengalaman pasien lain berkomunikasi dengan keluarga. Dengan membagi perasaan dengan anggota keluarga akan mendekatkan keluarga dan mengatasi perasaan terisolasi dari keluarga. Hal ini menjadikan pasien dan keluarga merasa saling mendukung satu sama lain (Cohen & Wellisch, 1974; Spiegel, Bloom & Gottheil, 1983, dalam Classen et al, 2007)

Selain itu, pada sesi ini terapis menggiring pasien untuk membahas masalah ketika komunikasi dengan anak. Terapis menstimulus seluruh anggota untuk menceritakan masalah dan mengekspresikannya. Setelah itu terapis menghimpun seluruh anggota

untuk menanggapi masalah yang diceritakan oleh salah satu anggota kelompok untuk dapat diberikan jalan keluarnya. Untuk mengatasi masalah ini, terapis dapat membantu mengatasinya dengan memberikan informasi dan pengertian mengenai penyakit serius yang sedang dialami oleh anggota keluarga terutama jika usia anak dirasakan cukup tua. Ketidaktahuan akan penyakit orang tua akan lebih membuat anak merasa berduka jika dibandingkan bila informasi tersebut telah diketahui sebelumnya. Selain itu, anak akan merasa bahwa dirinya bukanlah bagian dari keluarga dan tidak berperan dalam keluarga. Bagi anak dengan usia kecil, kehilangan seseorang yang dicintai sering dianggap sebagai konsekuensi sebagai hukuman karena melakukan kesalahan. Dengan memberikan penjelasan bahwa ibu atau ayah masih sayang, hal ini bukan kesalahan mereka, orang tua tetap akan merawat mereka akan membuat anak memahami kondisi yang terjadi.

#### **2.3.6.5 Sesi 5 : Menilai kembali tujuan hidup**

Sesi lima akan membahas topik yang dapat membantu pasien untuk kembali melihat prioritas dan tujuan hidupnya. Terapis dan anggota kelompok akan mendiskusikan tujuan yang ingin dicapai sehingga pasien mampu menyusun kembali nilai kehidupan yang ingin dicapai sehingga mampu menikmati hidup. Akan tetapi, sebelum mencapai keputusan tersebut, pasien mendiskusikan tentang kehilangan dan kesedihan akibat kehilangan yang mereka rasakan.

#### **2.3.6.6 Sesi 6 : Kemampuan menerima kejadian tidak diinginkan**

Pada sesi enam akan membahas topik tentang kematian. Bagi kebanyakan pasien kanker, didiagnosa menderita kanker merupakan pernyataan yang menyakitkan yang menggiring pikiran pasien akan kematiannya. Trauma akan kenyataan pahit yang dialami akan membuat pasien terus menerus merasa cemas dan ketakutan. Untuk mengatasi rasa cemas dan takut pasien cenderung berperilaku marah,

putus asa, sedih dan tidak berdaya. Menjadikan kematian sebagai topik pembicaraan menimbulkan perasaan takut akan menyebabkan kesedihan bagi orang yang ditinggalkan, dan takut akan proses kematian (Classen et al, 2007).

Strategi untuk mengatasi masalah takut dan cemas membicarakan topik kematian adalah memilah topik kematian ke dalam sub topik yang mengarah pada kematian. Ketika salah satu anggota kelompok mengungkapkan kecemasannya, terapis harus menjaga agar pasien tidak menunjukkan kecemasan dan ketakutan selama mengekspresikan perasaannya. Terapis memberikan kesempatan pada anggota kelompok untuk mengekspresikan kecemasan. Pada pendekatan ini, pasien dapat membedakan rasa takut yang dialami sehingga menjadi lebih jelas dan dapat didiskusikan cara penyelesaiannya, seperti bagaimana cara mengatasi nyeri, mempersiapkan anak-anaknya jika kanker terus berkembang, pasien juga dapat mengatasi perasaan sendiri dengan melibatkan seluruh anggota kelompok sebagai pemberi dukungan sosial.

Pada sesi ini topik yang akan dibahas adalah mengevaluasi hubungan sosial pasien dengan orang lain. Dengan berbagi pengalaman kepada anggota kelompok, pasien dapat bertukar pengalaman dengan anggota kelompok yang merasakan hal sama. Sejauh pelaksanaan terapi kecenderungan topik pembicaraan beralih pada perilaku rekan kerja yang berbeda, terapis dapat kembali mengingatkan bahwa anggota harus fokus pada perasaan yang dirasakan oleh anggota terkait kejadian tersebut. Hal penting dari diskusi ini adalah untuk menghadirkan realita bahwa hubungan yang diinginkan pasien tidak selamanya akan didapatkan. Dengan mengidentifikasi keinginan, mempelajari bagaimana cara menyampaikan kebutuhan kepada orang lain dan memutuskan untuk mengakhiri hubungan sosial jika tidak membantu

### **2.3.6.7 Sesi 7: Menilai Makna Hidup**

Pada sesi ini terapis akan memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan perasaannya, terutama untuk menjawab pertanyaan yang muncul setelah mendapatkan diagnosa kanker. Ketika pasien menyadari pendapat dan kecenderungan berfikir negatif pasien dapat di ikutkan untuk berfikir rasional.

“Mengapa Saya?”, “Apa kesalahan saya sehingga harus menerima ini semua?” adalah pertanyaan yang sering diajukan oleh penderita penyakit kronik dan terminal. Respon pertanyaan tersebut dapat berbeda bagi setiap orangnya. Sebagian dari mereka akan berfikir apa yang dialami merupakan takdir Tuhan, sebagian lagi akan berfikir bahwa peenyakit yang dialami merupakan dampak dari pola hidupnya yang buruk. Perasaan marah dan bersalah umum terjadi pada pasien kanker sebagai dampak pertanyaan tersebut. Masalah lainnya yang dapat muncul pada akibat kanker adalah perasaan malu karena penyakitnya.

### **2.3.6.8 Sesi 8: Evaluasi manfaat terapi dan Terminasi**

Pertemuan ke delapan merupakan pertemuan terakhir, maka pada pertemuan ini terapis akan mengevaluasi kemampuan pasien dan kondisi depresi. Pada sesi ini juga dilakukan terminasi pertemuan dan mengakhiri terapi kepada seluruh anggota kelompok.

## **BAB 3**

### **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Dalam Bab tiga ini diuraikan tentang kerangka teori penelitian, kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian ini.

#### **3.1 Kerangka Teori**

Kerangka teori merupakan uraian dari teori yang digunakan sebagai landasan penelitian. Kerangka teori merupakan penyusunan tinjauan teoritis dalam bentuk skema yang mudah di pahami.

Kanker merupakan penyakit *neoplastik* karena sebab alamiah bersifat fatal (Dorland,1998). Dorlan juga mendefinisikan karsinoma sebagai pertumbuhan baru yang ganas, terdiri dari sel epitel yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasis.

Penyebab kanker belum dapat dipastikan hingga kini. Banyaknya penelitian mengenai kanker memberikan gambaran lebih jelas tentang hubungan kejadian kanker dengan faktor pendukung lainnya. Kanker terjadi karena adanya perubahan bertahap pada replikasi, reparasi, apoptosi sel yang mengakibatkan perubahan sel normal menjadi ganas. Timbulnya kanker merupakan proses multigenik, multifaktor dan multifase. Faktor resiko terjadinya kanker adalah faktor genetik, lingkungan, pekerjaan, demografi dan pola hidup pasien (Desen, 2008;WHO, 2011;Soehartati, 2010)

Pasien kanker mengalami perubahan secara psikologis dan sosial. Pasien cenderung merasa tidak berharga atau malu dengan perubahan tubuhnya. Perilaku yang biasanya muncul adalah pasien berusaha menutupi anggota tubuhnya dengan menggunakan pakaian agar tidak terlihat oleh orang lain, pasien cenderung merasa tubuhnya lebih tua dan tidak bisa melakukan pekerjaan sebagaimana mestinya, khawatir akan penampilannya didepan

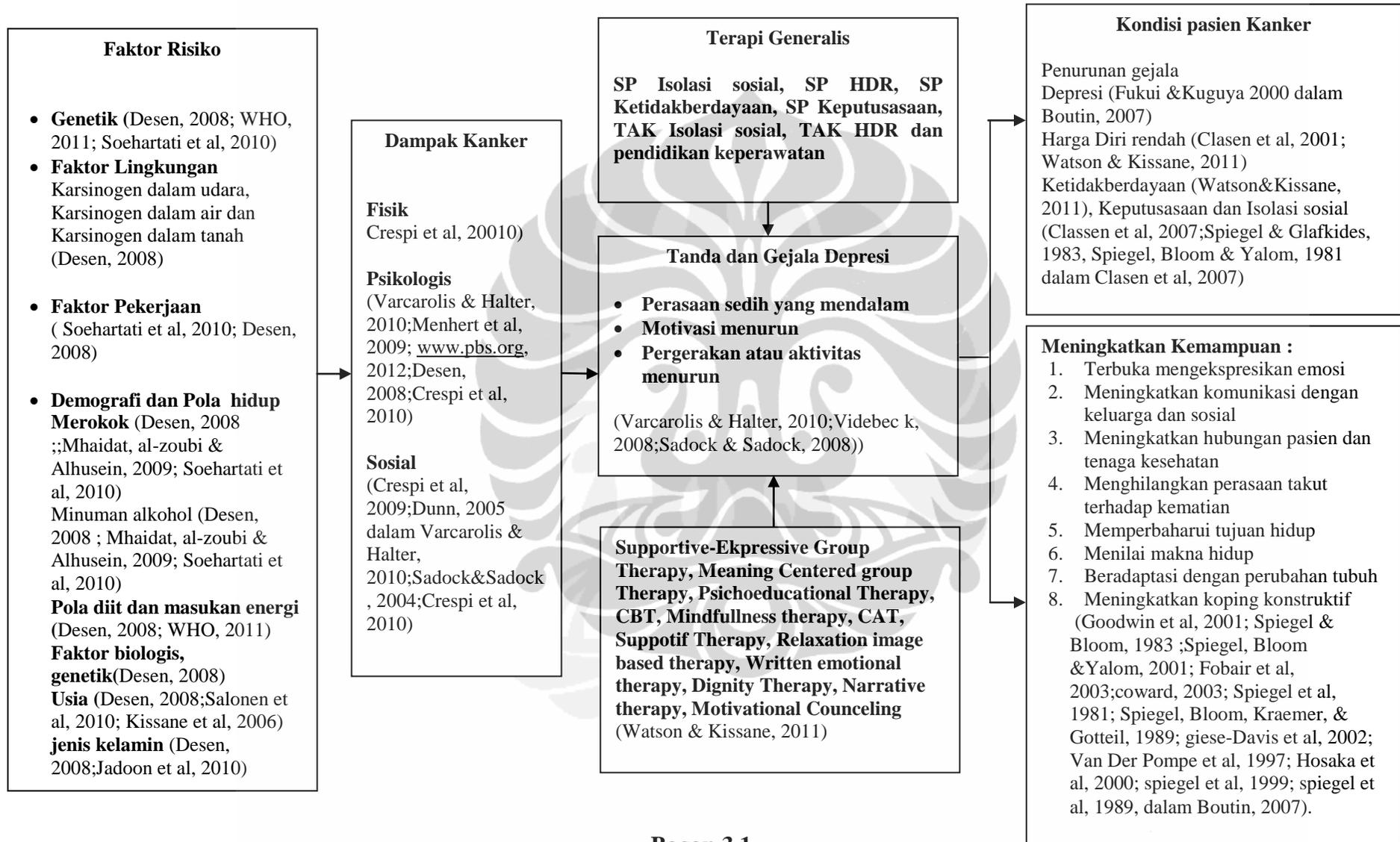
umum dan merasa bahwa dirinya tidak lagi berpenampilan menarik. Pasien kanker juga mengalami perubahan secara sosial baik dari segi pekerjaan, kondisi ekonomi dan hubungan sosial dengan orang lain. Pasien cenderung akan merasa sendiri, tidak dimengerti oleh orang lain, merasa bersalah terhadap keluarga karena tidak mampu menjalani perannya, tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari yang di senangi hanya berorientasi pada kondisi kesehatan diri saja, bahkan akan memotivasi pasien mengakhiri hidupnya. dampak kanker ini dapat terlihat sebagai gejala depresi pada pasien kanker yaitu perasaan sedih mendalam (tidak bahagia, sedih dan tertekan), penurunan pergerakan (perasaan lelah atau bahkan tidak memiliki energi), dan *anhedonia* (kehilangan minat atau kesenangan dalam berbagai hal). Gejala ini muncul setiap hari setidaknya selama dua minggu.

Penatalaksanaan keperawatan depresi pada pasien kanker dilakukan di intervensi dengan terapi generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis biasanya ditujukan kepada diagnosa keperawatan yang relevan dengan memberikan teknik manajemen stress. Tindakan spesialis dilakukan pada pasien depresi yang masih mempunyai masalah sama setelah pemberian terapi generalis. Terapi spesialis yang banyak diterapkan pada pasien kanker adalah *CBT, CAT, supportive Psychotherapy, mindfulness intervention, relaxation and image based therapy, motivational counseling, narrative therapy, dignity therapy, written emotional Disclosure, Supportive-Expressive Group Therapy, Psychoeducational Intervention, Meaning-Centered Group Psychotherapy, Couple-Focused Group* (Watson & Kissane, 2011).

Terapi generalis dan spesialis untuk mengatasi depresi pada pasien kanker ditujukan untuk mengatasi menurunkan gejala depresi. Terapi spesialis yang diteliti adalah Terapi Kelompok Suportif Ekspresif. Terapi ini berujuan yang ingin dicapai yaitu memberikan dukungan sosial yang baik, menjadi wadah menyampaikan dan mencurahkan perasaan, meningkatkan dukungan sosial dan keluarga, mengintegrasikan perubahan gambaran diri,

meningkatkan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif, memperbaiki hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan, menghilangkan perasaan takut terhadap kematian dan memperbaharui prioritas hidup. Pemberian Terapi Kelompok Suportif Ekspresif diharapkan dapat mengatasi depresi pada pasien kanker.





**Bagan 3.1**  
**Kerangka Teori Penelitian**

### 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Notoatmodjo (2010) dalam bukunya mendefinisikan kerangka konsep sebagai suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel lain dari masalah yang ingin diteliti. Jadi makna dari kerangka konsep adalah gambaran terstruktur yang menggabungkan berbagai konsep dalam penelitian.

Dalam kerangka konsep penelitian ini akan diuraikan variabel *dependen*, *independen* dan variabel *counfounding* yang diadaptasi berdasarkan kerangka teori. Data yang termasuk dalam masing-masing variabel adalah :

#### 3.2.1 Variabel Terikat (*Dependen*)

Variabel terikat merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel Terikat dalam penelitian ini adalah kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker yang menjalani perawatan di Rumah Sakit dan Rumah Singgah Kanker. Variabel Terikat ini akan di lakukan pengukuran sebelum dan setelah pemberian terapi kelompok suportif ekspresif.

#### 3.2.2 Variabel pengganggu (*Counfounding*)

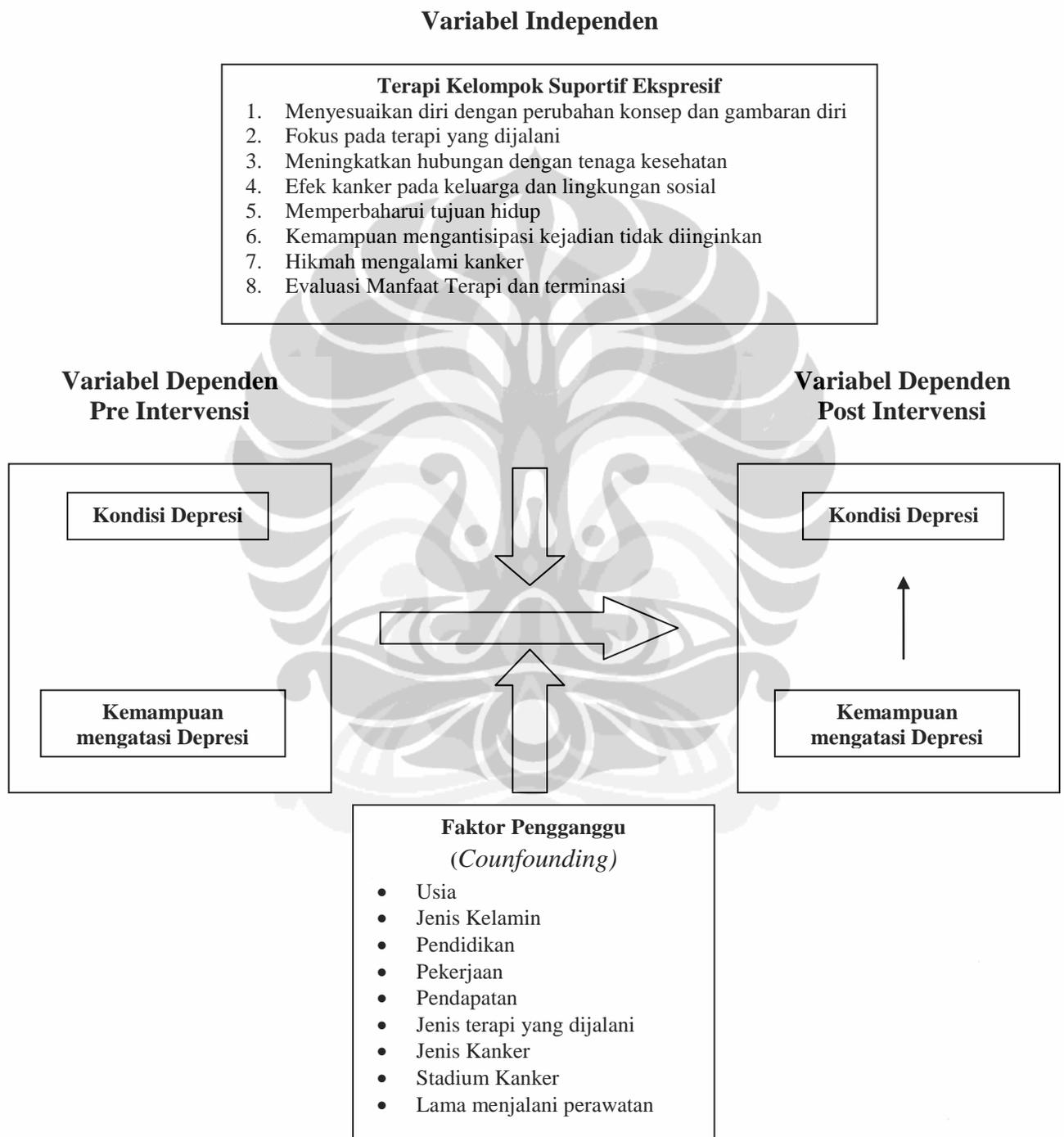
Variabel pengganggu adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Variabel pengganggu pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jenis kanker yang diderita, jenis terapi yang dijalani oleh pasien kanker, stadium kanker dan lama mengalami sakit kanker.

#### 3.2.3 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas adalah variabel penentu variabel lainnya. Dalam ilmu keperawatan, variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi yang diberikan kepada klien untuk mengetahui perubahan perilaku pasien. Variabel bebas pada penelitian ini adalah terapi kelompok suportif ekspresif

Variabel terikat dipengaruhi oleh variabel pengganggu, dengan kata lain antara variabel bebas, variabel terikat dan variabel pengganggu saling

mempengaruhi satu sama lain dalam penelitian ini. Secara skematis, kerangka konsep penelitian ini yang merupakan hubungan ke tiga variabel di atas dapat dilihat pada bagan 3.2.



**Bagan 3.2**  
**Kerangka Konsep Penelitian**

### 3.3 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus di uji kebenarannya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Berdasarkan teori yang berkaitan dengan aplikasi terapi kelompok suportif ekspresif, maka rumusan hipotesis pada penelitian ini adalah :

- 3.2.1 Ada perubahan kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif
- 3.2.2 Ada perbedaan perubahan kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif
- 3.2.3 Ada hubungan antara kemampuan mengatasi depresi terhadap kondisi depresi pasien kanker.
- 3.2.4 Ada hubungan antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, jenis kanker yang diderita, jenis terapi yang dijalani, stadium kanker dan lama mengalami sakit kanker) dengan kejadian depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker..

### 3.4 Definisi Operasional

**Tabel 3.1**  
**Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil ukur, dan Skala**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Bebas</b>					
1	<b>Terapi kelompok suportif ekspresif</b>	terapi yang dimaknai sebagai keterbukaan dan memaknai ekspresi, pikiran dan emosi	Perlakuan	0 : kontrol 1 : Intervensi	Nominal
<b>Variabel Terikat</b>					
1	Depresi	salah satu jenis dari sekian banyak jenis gangguan mental, memunculkan perasaan putus asa, tidak ada harapan, sedih, kecewa, yang ditandai dengan adanya perlambatan gerak tubuh dan perlambatan fungsi-fungsi tubuh.	Kuesioner B <i>Hamilton Depression Scale (HDS)</i> : isian	Hasil pengukuran didapatkan hasil berada dalam rentang 0 hingga 52	Nominal
2	Kemampuan Mengatasi Depresi	Kemampuan yang dimiliki oleh pasien knaker untuk mengatasi depresi akibat penyakitnya	Kuesioner C : isian	Hasil pengukuran didapatkan hasil berada dalam rentang 0 hingga 17	Nominal
<b>Variabel Pengganggu</b>					
1	Usia	Terhitung mulai dari tanggal lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner A : isian	Dinyatakan dalam tahun	Ratio
2	Jenis Kelamin	Identitas seksual responden yang dibawa sejak lahir	Kuesioner A : isian	1. 0 : Laki-laki 2. 1 : Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan berdasarkan ijazah yang dimiliki	Kuesioner A : isian	1 : Tidak sekolah 2 : SD 3 : SMP 4 : SMU 5 : Pendidikan tinggi	Ordinal
4	Pekerjaan	Aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia dalam satu hari yang menghasilkan uang.	Kuesioner A : isian	1 : Bekerja 2 : Tidak bekerja	Nominal
5	Penghasilan	Pendapatan tetap yang diperoleh dalam kurun waktu setiap bulan dalam bentuk nilai rupiah	Kuesioner A : isian	1 : < Rp 1000.000 2 : > Rp 1000.000	Ordinal
6	Jenis Terapi Medis	Jenis terapi medis yang dijalani oleh pasien kanker	Kuesioner A : isian	1 : Kemoterapi 2 : Radioterapi 3 : Pembedahan 4 : Modifikasi terapi	Ordinal
7	Status Perkawinan	Ikatan sah antara pria dan wanita dalam kehidupan berumah tangga yang dijalani.	Kuesioner A : isian	1 : Menikah 2 : Tidak menikah	Nominal
8	Lama menderita sakit	Dinyatakan dalam bulan sejak pasien dinyatakan menderita kanker oleh dokter hingga pada saat pengambilan data	Kuesioner A : isian	1 : ≤ 6 bulan 2 : >6 bulan	Ordinal

<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Cara Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala</b>
<b>9</b>	Stadium Kanker	Tingkat keparahan kanker sesuai dengan diagnosa medis	Kuesioner A : isian	1 : Stadium I 2 : Stadium II 3 : Stadium III 4 : Stadium IV	Ordinal
<b>10</b>	Jenis Kanker	Jenis kanker yang didewrita pasien sesuai dengan diagnosa medis	Kuesioner A : isian	1. Gastrointestinal 2. Ginekolog 3. Payudara 4. Urologi 5. Hematologi 6. Paru 7. lainnya	Ordinal



## BAB 4

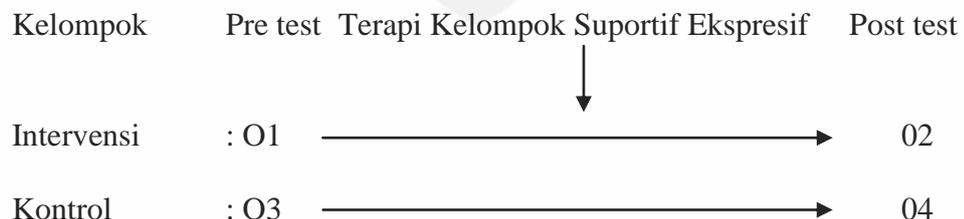
### METODE PENELITIAN

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data.

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dan desain yang digunakan adalah “*Quasi Ekperimental Pre-Post test with Control Group*”. Perlakuan yang diberikan adalah terapi kelompok suportif ekspresif.

Penelitian dilakukan untuk mengetahui adanya perubahan kondisi depresi pada pasien kanker baik sebelum maupun setelah dilakukan terapi kelompok suportif ekspresif. Pada penelitian ini akan dibandingkan dua kelompok pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker yang mengalami depresi sebagai kelompok intervensi (kelompok mendapat perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif) dan kelompok kontrol yang terdapat di RS. Raden Said Sukanto POLRI (kelompok tidak diberikan terapi kelompok suportif ekspresif). Pengukuran dilakukan sebanyak dua kali yakni sebelum perlakuan (*pre test*) dan setelah perlakuan (*post test*). Rancangan penelitian digambarkan dalam gambar berikut :



**Bagan 4.1**  
**Rancangan Peneltian**

## Keterangan :

- O1 : Kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker Jakarta pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif
- O2 : Kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker Jakarta pada kelompok intervensi setelah mendapatkan perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif
- O3 : Kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pasien kanker di RS. Raden Said Sukanto POLRI Jakarta pada kelompok kontrol sebelum mendapatkan teknik manajemen stress
- O4 : Kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pasien kanker di RS. Raden Said Sukanto POLRI Jakarta pada kelompok kontrol setelah mendapatkan teknik manajemen stress
- O2-O1 : Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker Jakarta pada kelompok intervensi sebelum dan setelah perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif
- O4-O3 : Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di RS. Raden Said Sukanto POLRI Jakarta pada kelompok kontrol.
- O2-O4 : Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker Jakarta pada kelompok intervensi setelah perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif dan kelompok kontrol di RS. Raden Said Sukanto POLRI

## 4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker Jakarta serta RS. Raden Said Sukanto POLRI. Jumlah pasien kanker kedua tempat tersebut bervariasi tergantung pada jumlah pasien yang menjalani perawatan. Jumlah rata-rata pasien kanker yang menjalani perawatan di RSPAD Gatot Subroto adalah 53 pasien sedangkan di RS Raden Said Sukanto POLRI, rata-rata jumlah pasien yang menjalani perawatan adalah 51 pasien.

### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi terjangkau dimana peneliti langsung mengumpulkan data atau melakukan pengamayan atau pengukuran di unit ini (Dharma, 2011), sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sampel pada penelitian ini merupakan pasien kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker serta RS. Raden Said Sukanto POLRI, dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

4.2.2.1 Pasien kanker mengalami depresi ditandai dengan hasil pengukuran HDS dalam rentang 8-52

4.2.2.2 Sedang menjalani terapi (kemoterapi dan/atau radioterapi dan/atau pembedahan)

4.2.2.3 Berusia remaja hingga dewasa tua (18 – 60 tahun)

4.2.2.4 Tidak mengalami kesulitan berbicara, tidak mengalami penurunan kesadaran dan tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran.

Untuk mendapatkan hasil penelitian dengan depresi, peneliti bersama perawat terlebih dahulu harus melakukan seleksi pasien berdasarkan kriteria inklusi. Besarnya sampel dalam penelitian ini

ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda rata-rata pada dua kelompok independen, dengan rumus :

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

Keterangan :

n : Besar sampel

$\sigma$  : Standar Deviasi 2.7 (Classen et al, 2007)

$Z_{1-\alpha}$  : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian adalah CI 95% ( $\alpha : 0.05$ ), maka  $Z_{1-\alpha}$  adalah 1.96

$Z_{1-\beta}$  : Nilai Z pada kekuatan uji  $1-\beta$  (power) adalah 80% maka  $Z_{1-\beta}$  adalah 0.842

$\mu_1 - \mu_2$  : Rata-rata sebelum dan setelah intervensi adalah 1.65

Berdasarkan data diatas, maka perhitungan sampel menggunakan rumus tersebut adalah :

$$n = \frac{2 \cdot 2.84^2 [1.96 + 0.84]}{1,65^2}$$

$$n = 47.04 \text{ dibulatkan menjadi } 47$$

maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 47 responden untuk setiap kelompoknya.

Dalam metoda penelitian *quasi eksperimental* ini, perlu diantisipasi berkurangnya responden karena adanya *drop out* responden selama proses penelitian. Untuk mengantisipasi pengurangan jumlah sampel tersebut, perlu dilakukan penambahan taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Peningkatan taksiran ukuran sampel

menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Sastroasmoro dan Ismael (2008) berikut ini :

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

Keterangan :

$n'$  : ukuran sampel setelah revisi

$n$  : ukuran sampel asli

$1 - f$  : Perkiraan proporsi drop out, diperkirakan 10% ( $f : 0,1$ )

Maka :

$$n' = \frac{47}{1 - 0,1}$$

$$n' = 51,7 \text{ dibulatkan menjadi } 52$$

Berdasarkan hasil akhir perhitungan diatas, sebanyak 52 sampel digunakan untuk kelompok intervensi dan 52 pasien untuk kelompok kontrol. Dalam pelaksanaannya kelompok intervensi hanya berjumlah 49 pasien karena terdapat 3 pasien *drop out*. Satu pasien mengundurkan diri karena perkembangan penyakit yang membuat pasien tidak mampu mengikuti terapi. Sedangkan dua orang pasien mengalami penurunan kesehatan akibat terapi radioterapi dan kemoterapi. Penyebaran pasien kelompok intervensi adalah di RSPAD Gatot Subroto sebanyak 3 pasien di lantai 4 Gedung Bedah, 8 pasien kanker di lantai 5 Gedung Bedah, 3 pasien di lantai 6 Gedung bedah, 3 pasien kanker di ruang Gynekology dan 4 orang pasien di lantai 4 gedung paru-paru memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan pada kelompok kontrol, jumlah pasien yang digunakan

adalah 52 pasien. Jumlah responden untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 101 pasien.

**Tabel 4.1**  
**Distribusi Jumlah Pasien Kanker berdasarkan Tempat Penelitian**

Tempat Penelitian	Kelompok	Ruangan	Jumlah Pasien	Drop Out	Jumlah Akhir
RSPAD Gatot Subroto	1	Lt.4 Bedah	3	-	3
	2	Lt. 5 Bedah	5	-	8
	3	Lt. 5 Bedah	3	-	3
	4	Lt. 6 Bedah	3	1	2
	5	Lt. 4 Paru	4	1	3
	6	Lt.2 Ginekologi	3	-	3
Rumah Singgah Kanker	1	Jakarta Barat	15	1	14
	2	Jakarta Timur	13	-	13
RS. Raden Said Sukanto POLRI	1	Mahoni 1	52	-	52
	2	Mahoni 2			
	3	Cempaka 2			
Total Pasien					101

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metoda *non probability sampling*. *Non Probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak dilakukan secara acak. Sampel diambil pada dua rumah sakit berbeda untuk meminimalisir bias hasil penelitian. Setiap pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi perawat akan diberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, pasien yang bersedia untuk menjadi responden penelitian diberikan kuesioner A, B dan C. Setelah mendapatkan data hasil kuesioner, data di analisa untuk mengkategorikan depresi pasien kemudian peneliti akan memproses hasil pengisian dan memberikan informasi mengenai waktu terapi dilaksanakan.

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSPAD. Tempat ini dipilih karena merupakan Rumah Sakit rujukan Angkatan Darat dalam pemberian pelayanan pengobatan dan perawatan penyakit seluruh Indonesia. Rumah Singgah Kanker juga menjadi salah satu tempat berkumpulnya pasien kanker yang menjalani terapi di Rumah Sakit. RSPAD tidak memiliki ruangan khusus perawatan pasien kanker melainkan tersebar di beberapa ruangan tergantung jenis kanker yang diderita antara lain Gedung Bedah Lantai 4,5 dan 6, Ruang Perawatan Umum lantai 4,5 dan 6, ruang Ginekology dan ruang perawatan Jantung dan Paru lantai 1 dan 4. Terdapat beberapa terapi kanker yang paling sering digunakan oleh pasien kanker yaitu radioterapi, kemoterapi dan pembedahan. Di ruang perawatan tersebut belum terdapat tenaga keperawatan spesialis keperawatan jiwa, untuk memberikan asuhan keperawatan mental kepada pasien. Tempat yang dapat digunakan untuk melakukan terapi kelompok suportif ekspresif adalah ruang rawat pasien.

Rumah Singgah kanker merupakan rumah tinggal yang didirikan oleh yayasan CISC. *Cancer Information and Support Centre* (CISC) merupakan yayasan kanker yang didirikan oleh *survivor* penderita kanker yang bertujuan untuk memberikan dukungan informasi dan rumah tinggal bagi penderita kanker. CISC memiliki beberapa rumah singgah yang tersebar di Jakarta, Medan dan Manado. Rumah Singgah Kanker adalah salah satu tempat berkumpulnya pasien kanker yang berasal dari luar daerah dan tidak membutuhkan perawatan di Rumah Sakit. Terdapat tiga Rumah Singgah CISC di Jakarta yang terletak di wilayah Slipi (Jakarta Barat), Persahabatan (Jakarta Timur) dan Menteng (Jakarta Pusat). Sebanyak 15 hingga 20 pasien menempati Rumah Singgah Kanker. Tidak banyak kegiatan yang dilakukan di Rumah Singgah Kanker selain pertemuan atau *Support Group* yang dilakukan satu kali dalam satu bulan untuk memberikan informasi terkait jenis kanker tertentu.

RS. Raden Said Sukanto POLRI merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Kepolisian Tingkat 1 yang merupakan rujukan nasional terutama bagi seluruh anggota kepolisian. Di Rumah Sakit ini juga tidak terdapat ruang perawatan khusus bagi pasien kanker. Pasien tersebar di ruang perawatan yang ada di rumah sakit. Terdapat tiga ruang perawatan yang menjadi tempat penelitian yaitu ruang Mahoni 1, Mahoni 2 yang merupakan ruang perawatan umum dan ruang perawatan ginekologi Cempaka 2.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker dilakukan selama enam minggu, mulai dari bulan 22 Mei hingga 20 Juni 2012. Waktu pelaksanaan kegiatan ini dapat dilihat pada jadwal kegiatan pada lampiran. Terapi diberikan sebanyak 6 kali pertemuan dalam seminggu, sedangkan pelaksanaan kegiatan menyesuaikan dengan waktu yang telah disepakati oleh seluruh responden.

#### **4.5 Etika Penelitian**

Notoatmodjo (2010), menyebutkan etika penelitian sebagai kode etik penelitian. Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Aturan dalam etika penelitian mencakup perilaku peneliti dan subjek, perlakuan peneliti, serta aturan lainnya yang dapat menjamin hak dan kewajiban peneliti dan subjek penelitian.

Penelitian pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker tetap memperhatikan etika dan kewajiban pelaksanaan terapi. Selama menjalani terapi terdapat beberapa aturan yang diterapkan guna menghindari terjadinya malpraktik keperawatan. Bentuk terapi kelompok suportif ekspresif adalah *quasi eksperimental* yang melibatkan pasien dalam pelaksanaannya sehingga untuk melindungi hak azasi pasien, sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu peneliti mengajukan kajian etik untuk

mendapatkan kelayakan penelitian pada komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Pernyataan lolos uji etik dapat dilihat pada lampiran 7.

Penerapan prinsip memaksimalkan manfaat penelitian (*beneficence*) dan meminimalkan kerugian (*malficence*) dipenuhi dalam bentuk penyusunan Modul Terapi sesuai standar. Terapi kelompok suportif ekspresif sebagai terapi yang baru pertama di teliti di Indonesia, belum terdapat modul pedoman pelaksanaan terapi sehingga peneliti berusaha menyusun modul terapi kelompok suportif ekspresif berdasarkan teori dan modul yang telah dikembangkan oleh peneliti terdahulu. Setelah dinyatakan lolos uji etik, peneliti melakukan pengkajian modul terapi melalui konsultasi pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selanjutnya modul dilakukan uji *Expert Validity* untuk menguji standarisasi Modul Terapi Kelompok terapi kelompok suportif ekspresif oleh tim keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti menerapkan terapi berdasarkan modul terapi yang telah di uji. Terdapat dua buah modul terapi kelompok suportif ekspresif yang didapatkan oleh peneliti yaitu modul terapi kelompok suportif ekspresif bagi pasien kanker payudara dan penyandangn HIV.

Terapi Kelompok Suportif Ekspresif merupakan terapi baru di Indonesia, karena itu untuk menghindari terjadinya malpraktik keperawatan sebelum melakukan terapi kepada responden, peneliti uji kompetensi di laboratorium keperawatan jiwa terkait kemampuan peneliti sebagai terapis. Uji dilakukan di Laboratorium Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia oleh Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., SpJ. Terapi ini diujikan kepada beberapa responden laboratorium untuk melihat ketepatan pelaksanaan, kesesuaian dengan modul yang telah di susun, serta dampak yang dirasakan responden. Uji ini memberikan jaminan pada pasien mengenai ketepatan intervensi yang diberikan sesuai standar.

Etika penelitian lain yang harus diterapkan adalah menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for Human Dignity*). Berdasarkan prinsip ini, responden memiliki hak untuk menentukan keterlibatan dirinya dalam penelitian yang dilakukan (*autonomy*). Berdasarkan prinsip tersebut peneliti melakukan pemberian penjelasan tentang kegiatan penelitian yang dilakukan, prosedur penelitian, manfaat penelitian, resiko penelitian, keuntungan dan konsekuensi keterlibatan responden dalam penelitian. Setelah mendapatkan informasi, peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya mengenai terapi dan menentukan keterlibatan dirinya dalam penelitian. Setelah responden memahami penjelasan tersebut, selanjutnya responden di minta untuk membubuhkan tanda tangan pada surat pernyataan kesediaan menjadi responden (*Informed Consent*). Keseluruhan responden yang bersedia terlibat dalam penelitian dapat membubuhkan tanda tangannya dalam surat pernyataan kesediaan menjadi responden. Lembar persetujuan ini disajikan pada lampiran 2.

Prinsip kerahasiaan (*Confidentiality*) dan privasi (*privacy*) diterapkan dengan menjaga kerahasiaan segala bentuk informasi dan nama responden dengan cara mengubah nama pasien ke dalam bentuk kode (*Anonymous*), yang hanya diketahui oleh peneliti. Pada penelitian terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker, peneliti mengganti nama pasien dengan kode angka yang hanya diketahui peneliti. Pengisian kuesioner dan observasi dilakukan oleh peneliti sehingga data pasien tidak diketahui oleh orang lain. Pembuatan kode dilakukan berdasarkan urutan pasien yang ditemukan terlebih dahulu. Responden pada kelompok kontrol diberikan kode nomor 1 hingga 52. Sedangkan pada kelompok intervensi diberikan nomor 53 hingga 101.

Penerapan prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*) dan kejujuran (*Honesty*), peneliti melakukan terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Terapi yang diberikan antara kelompok kontrol dan intervensi berbeda karena penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh

terapi kelompok suportif ekspresif guna mengatasi depresi pada pasien kanker. Intervensi pada kelompok kontrol berupa pendidikan kesehatan mengenai teknik manajemen stress. Sedangkan kelompok intervensi diberikan terapi kelompok suportif ekspresif. Meskipun terapi yang diberikan tidak sama, keadilan dapat dipenuhi dengan tetap diberikannya terapi bagi kedua kelompok, sehingga manfaat terapi dapat dirasakan oleh seluruh pasien.

## **4.6 Alat Pengumpulan Data**

### **4.6.1 Instrumen Penelitian**

Pada penelitian ini, digunakan tiga instrumen untuk dilakukan pengumpulan data. Instrumen A digunakan untuk pengumpulan data demografi, sedangkan instrumen B digunakan guna mengukur tingkat depresi dan instrumen C digunakan untuk mengukur kemampuan mengatasi depresi sebelum dan setelah terapi. Keseluruhan instrumen penelitian berupa kuesioner isian yang secara langsung dilakukan oleh pasien

#### **4.6.1.1 Data Demografi Responden**

Data demografi pasien yang diidentifikasi pada instrumen A adalah nama responden, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, lama rawatan, jenis terapi medis yang sedang dijalani, jenis kanker yang diderita dan stadium kanker.

#### **4.6.1.2 Pengukuran Depresi**

Pengukuran depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial pada pasien kanker menggunakan instrumen B. Instrumen ini merupakan instrumen yang telah dikembangkan oleh Hamilton untuk mengukur Depresi sejak abad 19 yaitu *Hamilton Depression Scale (HDS)*.

HDS terdiri atas 17 item pertanyaan dengan nilai maksimal lima untuk setiap itemnya. Penilaian pada setiap pertanyaan bervariasi dengan nilai terendah adalah 0 (nol) dan tertinggi 4 (empat). Hasil penilaian pada HDS terbagi atas lima kondisi yaitu normal jika hasil perhitungan hingga tujuh (0-7), depresi ringan dengan nilai 8 hingga 13, depresi sedang apabila hasil perhitungan 14 hingga 18, depresi berat bila 19 hingga 22 dan depresi sangat berat jika hasil nilai dari 23 hingga 52.

#### 4.6.1.3 Pengukuran Kemampuan Mengatasi Depresi

Instrumen pengukuran kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker dikembangkan oleh peneliti secara mandiri. Terdapat 8 kemampuan yang akan diukur pada instrumen ini yaitu terbuka mengekspresikan emosi, meningkatkan komunikasi dengan keluarga dan sosial, meningkatkan hubungan pasien dan tenaga kesehatan, menghilangkan perasaan takut terhadap kematian, memperbaharui tujuan hidup, menilai makna hidup, beradaptasi dengan perubahan tubuh dan meningkatkan coping konstruktif.

Pengukuran kemampuan mengatasi depresi diukur menggunakan 17 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya dan tidak. Penilaian pada kuesioner C melihat pada *cut of point* yang didapatkan yaitu pada nilai 11. Score penilaian 1-11 bermakna memiliki kemampuan mengatasi depresi rendah dan score penilaian 12-17 bermakna memiliki kemampuan mengatasi depresi tinggi.

#### 4.6.2 Uji coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen penelitian dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas alat pengumpulan data sebelum digunakan dalam

penelitian. Uji coba ini hanya dilakukan pada instrumen B dan C. Validitas atau kesahihan adalah seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya di ukur (Sastroasmoro, 2008). Instrumen yang valid bermakna bahwa instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur. Sedangkan Reliabilitas adalah keadaan atau ketepatan pengukuran (Sastroasmoro, 2008).

Validitas dan reliabilitas HDS telah banyak di uji dalam penelitian yang mengukur depresi, salah satunya penelitian pengukuran skala ukur untuk menilai depresi pada pasien kanker yang dilakukan oleh Book et al (2009) mendapatkan *Pvalue* HDS adalah kurang dari 0,001 dengan nilai validitas 0,712. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan pada 30 pasien di RS. Raden Said Sukanto didapatkan *Pvalue* 0.0014 dengan nilai validitas 0,963. Instrumen C digunakan untuk mengukur kemampuan pasien dalam mengatasi depresi. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen C diketahui bahwa *pvalue* nya adalah 0.0023 dengan nilai validitas 0.742. sehingga dapat dipastikan bahwa instrumen C dapat digunakan untuk mengukur kemampuan mengatasi depresi.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Penelitian ini dilakukan selama enam minggu atau sebanyak delapan kali pertemuan. Secara skematis, prosedur pelaksanaan kegiatan penelitian ini disajikan pada bagan 4.1

##### **4.7.1 Tahap *Pre Test* (tahap Persiapan)**

Tahap persiapan penelitian dilakukan pada minggu pertama. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah mengajukan perijinan tempat penelitian yaitu di RS. Raden Said Sukanto, RSPAD Gatot Subroto dan Rumah Singgah Kanker.

Pre Test	Intervensi	Post Test
1. Persiapan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleksi responden</li> <li>• Screening</li> <li>• Pemilihan sampel</li> </ul> 2. Pre Test Mengukur tingkat depresi dan kemampuan mengatasi depresi	<b>Kelompok Intervensi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervensi tindakan keperawatan pendidikan kesehatan teknik manajemen stress</li> <li>2. Terapi kelompok suportif ekspresif dilakukan selama delapan sesi</li> </ol> <b>Kelompok Kontrol</b>	<b>Post Test</b>  Mengukur tingkat depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker  Pemberian Leaflet

#### **Bagan 4.1**

#### **Prosedur Pelaksanaan Kegiatan Penelitian**

Peneliti melakukan observasi ruang perawatan yang dapat digunakan untuk penelitian dan meminta izin kepala ruangan untuk terlibat dan memberikan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker yang di rawat di ruangan tersebut mendapatkan perijinan dari tempat penelitian. Setelah itu peneliti melakukan pengumpulan data pasien sebelum melakukan terapi. Untuk mencegah adanya penilaian subjektif, peneliti tidak mengumpulkan data secara langsung kepada pasien melainkan dilakukan oleh perawat ruangan dan rekan atau asisten peneliti yang memiliki pendidikan minimal S1 Keperawatan. Peneliti memberikan penjelasan kepada perawat ruangan yang ada di ruang rawat pasien kanker mengenai cara dan prosedur pengumpulan data.

Pada tahap selanjutnya peneliti bersama asisten peneliti dan perawat ruangan melakukan seleksi pasien yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Di RSPAD Gatot Subroto sebanyak 3 pasien di lantai 4 Gedung Bedah, 8 pasien kanker di lantai 5 Gedung Bedah, 3 pasien di lantai 6 Gedung bedah, 3 pasien kanker di ruang Gynekology dan 4 orang pasien di lantai 4 gedung paru-paru memenuhi kriteria inklusi. Dari keseluruhan pasien yang dilakukan pengukuran didapatkan

sebanyak 14 pasien mengalami depresi ringan, 8 pasien mengalami depresi sedang, 21 pasien mengalami depresi berat dan sebanyak 58 pasien mengalami depresi sangat berat. Sedangkan berdasarkan hasil pengukuran tingkat kemampuan mengatasi depresi didapatkan sebanyak 64 pasien memiliki kemampuan rendah dan 37 pasien memiliki kemampuan tinggi dalam mengatasi depresi.

Seluruh pasien kanker yang mengalami depresi ditetapkan sebagai responden penelitian. Untuk memenuhi jumlah sampel penelitian kelompok intervensi, peneliti melibatkan pasien kanker yang bertempat tinggal atau menetap di Rumah Singgah selama menjalani terapi. Berdasarkan hasil seleksi didapatkan 15 pasien kanker di Rumah Singgah Kanker Jakarta Barat memenuhi kriteria, sebanyak 13 pasien kanker di Rumah Singgah Kanker Jakarta Timur memenuhi kriteria inklusi penelitian. Hal ini menjadi salah satu kelemahan atau keterbatasan dalam penelitian ini.

Kegiatan *pre test* pada kelompok 1 Rumah Singgah Kanker dilakukan pada tanggal 27 Mei 2012, Kelompok 2 Rumah Singgah Kanker tanggal 3 Juli 2012. Pada kelompok 1, 2 dan 6 di RSPAD Gatot Subroto dilakukan *pre test* pada tanggal 4 Juli 2012, kelompok 3, 4 dan 5 dilakukan pada tanggal 12 Juni 2012. Data hasil awal (*screening*) ini digunakan peneliti sebagai nilai *pre test* baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok intervensi dan akan dilihat perbedaannya dengan hasil *post test* setelah terapi diberikan.

Kegiatan akhir persiapan penelitian ini adalah penandatanganan surat pernyataan kesediaan menjadi responden (*Informed Concern*) bagi responden yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden penelitian. Sebelum melakukan pengisian surat pernyataan kesediaan menjadi responden, peneliti memberikan penjelasan mengenai terapi yang akan diberikan, prosedur terapi, tujuan, manfaat dan proses serta konsekuensi menjadi responden penelitian. Agar

tidak terjadi perbedaan persepsi, calon responden diberikan kesempatan untuk bertanya akan hal-hal yang kurang dipahami. Setelah memahami mengenai penelitian dan terapi yang akan dijalani, responden menandatangani surat pernyataan persetujuan menjadi responden penelitian.

#### **4.7.2 Tahap *Intervensi* (Pelaksanaan)**

Pada tahap pelaksanaan, terdapat perbedaan perlakuan terapi pada kedua kelompok tersebut yaitu pada kelompok intervensi diberikan terapi spesialis terapi kelompok suportif ekspresif. Sedangkan pada kelompok kontrol, diberikan pendidikan kesehatan berupa teknik manajemen stress yang diberikan setelah *post test* dilakukan.

Sampel pada penelitian ini adalah 101 pasien yang terbagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing 49 dan 52 responden. Pada pelaksanaannya kelompok intervensi tidak dapat dibentuk menjadi 4 kelompok besar melainkan 2 kelompok di rumah singgah dan 5 kelompok di RSPAD. Rumah Singgah Kanker di wilayah Slipi beranggotakan 15 pasien, wilayah persahabatan berjumlah 13 pasien. Ruang perawatan lantai 4 gedung bedah terdiri dari 1 kelompok yang masing masing beranggotakan 3 pasien. Ruang perawatan lantai 5 gedung bedah terdiri dari 2 kelompok yang masing-masing beranggotakan 5 dan 3 pasien. ruang perawatan lantai 6 gedung bedah terdiri dari 1 kelompok yang beranggotakan 3 pasien. Ruang perawatan Gynekology terdiri dari 1 kelompok yang masing-masing beranggotakan 3 pasien. Dan ruang perawatan paru lantai 4 terdiri dari 1 kelompok dengan jumlah 4 pasien.

Peneliti mengalami kesulitan karena jumlah pasien kanker yang tersebar diseluruh ruangan, sehingga tidak memungkinkan bagi peneliti untuk mengumpulkan seluruh pasien dalam satu ruangan karena kondisi ruangan yang berjauhan satu sama lain. Selain itu

kondisi pasien tidak seluruhnya dalam keadaan yang memungkinkan menempuh perjalanan ke ruang perawatan lain karena sedang menjalani perawatan. .

Keseluruhan rangkaian kegiatan penelitian dilakukan selama empat minggu. Terapi kelompok suportif ekspresif dilakukan selama delapan sesi dengan enam kali pertemuan dan setiap pertemuannya berlangsung selama 60-90 menit.

Kegiatan pertemuan di rumah singgah dilaksanakan mulai pukul 16.00 hingga 17.30 WIB hal ini dikarenakan kegiatan terapi pasien yang biasanya dilakukan pada pagi hari dan berakhir pada siang hari. Sehingga pada pukul 16.00 pasien telah selesai melakukan terapinya. Kegiatan dilakukan di Ruang tamu Rumah Singgah CISC sehingga seluruh pasien yang terlibat dapat tertampung dengan baik. Intervensi terlebih dahulu dilakukan pada Kelompok 1 Rumah Singgah Kanker Jakarta Barat, yaitu mulai tanggal 28 Mei hingga 4 Juni 2012 Sedangkan pada kelompok 2 Rumah Singgah Kanker Jakarta Timur dilaksanakan pada tanggal 5 Juni hingga 12 Juni 2012.

Kegiatan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit dilaksanakan pada pukul 09.00 hingga 10.30 pada ruang perawatan lantai 4 Gedung Bedah, 10.40 hingga – 12.10 WIB pada kelompok di Lantai 5 Gedung Bedah dan pukul 13.30 hingga 15.00 di Ruang Gynekology pada tanggal 5 Juni hingga 12 Juni 2012. Pada tanggal 13 hingga 20 Juni 2012 dilakukan terapi pada kelompok dan ruang lantai 6 pada pukul 09.00-10.30, ruang lantai 5 Gedung Bedah pada pukul 10.40 hingga 12.10 dan lantai 4 gedung Paru-Paru pada pukul 13.30 hingga 15.00. kegiatan dilakukan di Ruang Rawat Pasien Kanker.

Pengukuran tingkat depresi Kelompok kontrol dilakukan di Rumah Sakit R.Said Sukanto POLRI, mulai pada tanggal 22 Mei hingga 20 Juni 2012. Data didapatkan dari pasien kanker yang menjalani perawatan di Ruang Mahoni I, Mahoni II dan ruang Cempaka II. Pengumpulan data dilakukan oleh perawat ruangan yang berpendidikan S1 Keperawatan. Seluruh pasien yang dirawat dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan dilakukan test menggunakan instrumen A, B dan C pada saat awal masuk dan diukur kembali menggunakan instrumen sama pada saat akan pulang.

Seluruh responden yang berpartisipasi dalam terapi kelompok suportif ekspresif dapat terlibat secara aktif, meskipun terdapat beberapa pasien dalam kondisi kesehatan fisik menurun terutama setelah menjalani terapi baik kemoterapi ataupun radiasi. Selama terapi kelompok suportif ekspresif berlangsung, terdapat 1 pasien yang tidak dapat mengikuti terapi hingga keseluruhan sesi dilakukan karena mengalami kelemahan akibat terapi radiasi dalam.

Terapi kelompok suportif ekspresif dilaksanakan sebanyak delapan sesi yang dilaksanakan selama dua minggu. Setiap sesinya dilakukan selama 60 - 90 menit. Dalam setiap pertemuan membahas satu topik yang terdapat di modul. Sesi 1: menyesuaikan diri dengan perubahan konsep dan gambaran diri. Pada sesi ini seluruh anggota kelompok antusias menceritakan perubahan tubuh secara fisik, akan tetapi ketika beranjak pada pembicaraan perubahan konsep diri pasien menjadi tidak terlalu terbuka dan cenderung ingin menunjukkan bahwa tidak ada perasaan malu karena perubahan tersebut. Beberapa pasien berusaha untuk menyampaikan perubahan konsep dirinya namun tidak dalam kelompok.

Sesi 2 Terapi Kelompok Suportif Ekspresif mengangkat tema tentang terapi yang dijalani pasien. pada saat pelaksanaan terapi, pasien yang

bru mengalami kanker terlihat lebih antusias untuk mengetahui efektifitas dan dampak terapi kanker. sedangkan pada pasien yang telah menjalani terapi kombinasi tidak terlalu berinisiatif untuk banyak bertanya tentang terapi kanker bahkan pasien cenderung mencari tahu pendapat perawat mengenai terapi yang paling tepat untuk dirinya. Sebagian besar pasien bercerita mengenai perjalanannya mulai awal mengalami kanker dan kekecewaannya terhadap terapi alternatif yang pernah dicoba dan tidak memberikan hasil apapun.dari keseluruhan pasien sedikitnya pernah satu kali mencoba terapi alternatif.

Sesi 3 terapi kelompok suportif ekspresif membahas tentang cara menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan. Rata-rata pasien tidak memiliki masalah dalam menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat. Karena itu, anggota kelompok cenderung menginginkan sesi ini dilakukan bersamaan dengan sesi 4 yaitu efek kanker terhadap keluarga. Sesi 4 membahas topik mengenai efek kanker terhadap keluarga dan lingkungan sosial. Pada sesi ini peneliti mengalami kesulitan untuk menggali masalah yang dihadapi oleh pasien dalam keluarga dan lingkungan sosial karena sebagian besar dari pasien memiliki masalah dengan pasangan atau keluarga setelah mengalami kanker. setelah sesi selesai dilakukan, peneliti mencoba untuk menggali masalah pada keluarga dan lingkungan sosial pada kelompok yang lebih kecil, dan hasilnya pasien menjadi lebih terbuka untuk menceritakan masalahnya. Pelaksanaan sesi 4 pada kelompok kecil di RSPAD menjadi lebih mudah karena anggota kelompok yang tidak terlalu banyak.

Pada sesi 5 peneliti bersama pasien kanker membahas mengenai menilai kembali tujuan hidup. Setelah membaca buku kerja yang diberikan, pasien menginginkan agar sesi 5 dan 7 digabung karena menurut mereka antara tujuan dan makna hidup saling berkaitan.

Selama sesi berlangsung pasien cenderung memiliki pemikiran yang sama yaitu mencapai kesembuhan total dan kembali aktif dan produktif seperti dahulu lagi. Meskipun tidak mengetahui alasan dan penyebab mengalami kanker, pasien merasa dengan memiliki kanker hidupnya menjadi lebih berhati-hati terutama terhadap makanan.

Sesi berikutnya adalah sesi 6 untuk mendiskusikan kemampuan menerima kejadian tidak diinginkan. Semula, peneliti mengganti istilah kejadian tidak diinginkan adalah untuk melihat kesiapan pasien menghadapi kematian, akan tetapi dari hasil diskusi terapi kematian bukanlah hal yang paling ditakuti oleh pasien. Hanya 10 % pasien yang mengatakan takut menghadapi kematian terutama pada pasien dengan lama rawatan < dari 6 bulan. Pasien dengan lama rawatan > 6 bulan merasa kejadian yang tidak diinginkan adalah kekambuhan. Kekambuhan bermakna mengalami kesakitan kembali, menjalani terapi yang menyakitkan dan membuat perekonomian menjadi sulit serta menyebabkan kerusakan pada tubuh pasien.

Sesi terakhir dari terapi ini adalah sesi 8 yaitu evaluasi manfaat terapi dan terminasi. Pada tahap ini, peneliti mengevaluasi kemanfaatan terapi yang dijalani dan komitmen ke depan yang akan dilakukan oleh pasien.

#### **4.7.3 Tahap *Post Test* (tahap evaluasi)**

Pada saat terapi kelompok suportif ekspresif telah diberikan pada kelompok intervensi dan kontrol, maka akan dilakukan kegiatan *post test* menggunakan kuesioner B dan C yaitu kuesioner yang sama diberikan pada saat *pre test*. *Post test* dilakukan untuk mengevaluasi efektifitas terapi yang diberikan untuk masing-masing kelompok, terutama dalam mengatasi depresi dan meningkatkan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker.

Kelompok intervensi dilakukan *post test* satu minggu setelah akhir sesi terapi diberikan yaitu pada pertemuan ke delapan. *Post test* pada kelompok 1 rumah dinggah kanker dilakukan tanggal 10 Juni 2012, kelompok 2 rumah singgah kanker pada 16 Juni 2012. Kelompok intervensi di RSPAD Gatot Subroto, kelompok 1, 2 dan 6 dilakukan *post test* pada tanggal 13 Juni 2012. Sedangkan pada kelompok 3,4 dan 5 di *post test* pada tanggal 21 Juni 2012.

Pada kelompok kontrol, *post test* dilakukan sebelum pasien menjalani perawatan rumah dan setelah itu pasien diberikan leaflet teknik manajemen stress. Tidak seluruh pasien kontrol dapat dilakukan *post test* pada masa yang ditentukan karena lama rawatan pasien yang bervariasi. Pada kondisi tersebut, sebelum pasien pulang dan menjalani perawatan rumah. Pada sebagian pasien dilakukan *post test* sesuai waktu yang ditetapkan. Hal ini dapat dilakukan terutama pada pasien yang menjalani kemoterapi atau radiasi berkala sehingga pasien menjalani perawatan setiap minggu.

## **4.8 Pengolahan dan Analisis Data**

### **4.8.1 Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dalam beberapa tahap berikut :

#### **4.8.1.1 *Editing Data***

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan pengisian kuesioner yang telah diisi oleh pasien. saat ada data yang belum diisi, peneliti melalui asisten peneliti langsung menanyakan kepada pasien masalah yang dihadapi untuk menjawab pertanyaan tersebut dan memberikan bantuan agar pasien dapat menjawab pertanyaan tersebut.

#### **4.8.1.2 *Coding Data***

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (Hastono,

2007). Seluruh kuesioner yang masuk dan diterima oleh peneliti, dilakukan pengkodean untuk seluruh kuesioner berdasarkan skala ukur yang telah ditetapkan. Setelah dilakukan editing data, peneliti melakukan *coding* data yang didapatkan.. *Coding* dilakukan pada setiap pertanyaan di Instrumen A, selain itu *coding* juga dibedakan untuk kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Item dalam instrumen A yang dilakukan pengkodean adalah jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, jenis terapi yang dijalani, jenis kanker yang diderita, stadium kanker.

Pada kuesioner B, *coding* dilakukan dengan menginterpretasikan jawaban pasien dalam rentang angka 0-4. dan kemampuan mengatasi depresi. Sedangkan pada instrumen penelitian C *coding* dilakukan dengan memberikan kode satu pada jawaban ya dan nol pada jawaban tidak, karena bentuk pertanyaan yang bersifat negatif.

#### **4.8.1.3** *Entry Data*

Kegiatan pada tahap ini adalah memasukkan data instrumen penelitian dalam bentuk kode ke dalam komputer. *Entry data* dilakukan dalam dua tahap yaitu pada saat *pre test* dan *post test*. Selama *entry data* peneliti tidak menemukan kesulitan.

#### **4.8.1.4** *Cleaning Data*

Proses *cleaninig* data dilakukan dalam dua tahap untuk memastikan keseluruhan data telah dimasukkan dengan sempurna. dalam proses ini peneliti melakukan uji frekuensi sederhana untuk melihat ada tidaknya data yang tertinggal.

Setelah memastikan seluruh data masuk dengan lengkap, peneliti memutuskan untuk melanjutkan memproses data.

#### 4.8.2 Analisa Data

Analisis data merupakan kegiatan untuk menganalisa data secara statistik. Dalam penelitian ini, analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat, bivariat dan analisa multivariat.

##### 4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Dharma, 2011). Analisis univariat dilakukan pada variabel penghambat dan variabel bebas.

Variabel penghambat terdiri atas dua jenis data yaitu data kategorik dan data numerik. Variabel numerik pada penelitian ini adalah usia. Variabel usia diukur menggunakan sentral tendensi, sedangkan uji kesetaraan usia pasien kelompok intervensi dan kontrol menggunakan analisis *independent sample T-test*. Data kategorik pada penelitian ini melibatkan jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan, pendidikan, jenis kanker, jenis terapi, stadium kanker dan lama rawatan pasien kanker di analisa menggunakan distribusi frekuensi. Uji kesetaraan pada variabel kategorik dilakukan menggunakan uji *chi-square*.

Variabel terikat pada penelitian ini terdiri atas kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker. kedua variabel diubah menjadi data katagorik. Depresi diubah menjadi kategori normal, depresi ringan, sedang, berat dan sangat berat. Sedangkan kemampuan mengatasi depresi diubah menjadi katagorik rendah dan

tinggi. Kedua data tersebut di analisa menggunakan *independent sample T-test*.

#### **4.8.2.2 Analisis Bivariat**

Analisa bivariat merupakan analisa yang dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum melakukan analisa bivariat, peneliti terlebih dahulu melakukan uji kesetaraan terhadap varian variabel antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Uji ini dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik responden, kondisi depresi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi (Notoatmodjo, 2010). Pada tahap berikutnya, peneliti melakukan analisis perbedaan kondisi depresi responden pada masing-masing kelompok. Hasil pengukuran ini akan dibandingkan antara sebelum dan setelah dilakukan intervensi, selain itu akan di analisa juga adanya perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada analisa bivariat variabel di analisa menggunakan *dependet sample T-test*.

#### **4.8.2.3 Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan antara variabel bebas dan variabel terkait. Pada penelitian ini analisis multivariat ditujukan untuk melihat apaka ada hubungan antara usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, jenis kanker, stadium kanker, jenis terapi dan lama perawatan dengan kejadian depresi pada pasien kanker

**Tabel 4.2**  
**Analisa Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok**  
**Supportif-Expresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker**  
**Di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker**

<b>A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden</b> kelompok intervensi dan kelompok kontrol			
No	Variabel	Jenis Data	Cara Analisis
			Kelompok Kontrol
1	Usia	Numerik	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
3	Pendidikan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
4	Status Perkawinan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
5	Pekerjaan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
6	Penghasilan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
7	Jenis terapi	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
8	Jenis kanker	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
9	Stadium kanker	Kategorik	<i>Chi-Square</i>
10	Lama perawatan	Kategorik	<i>Chi-Square</i>

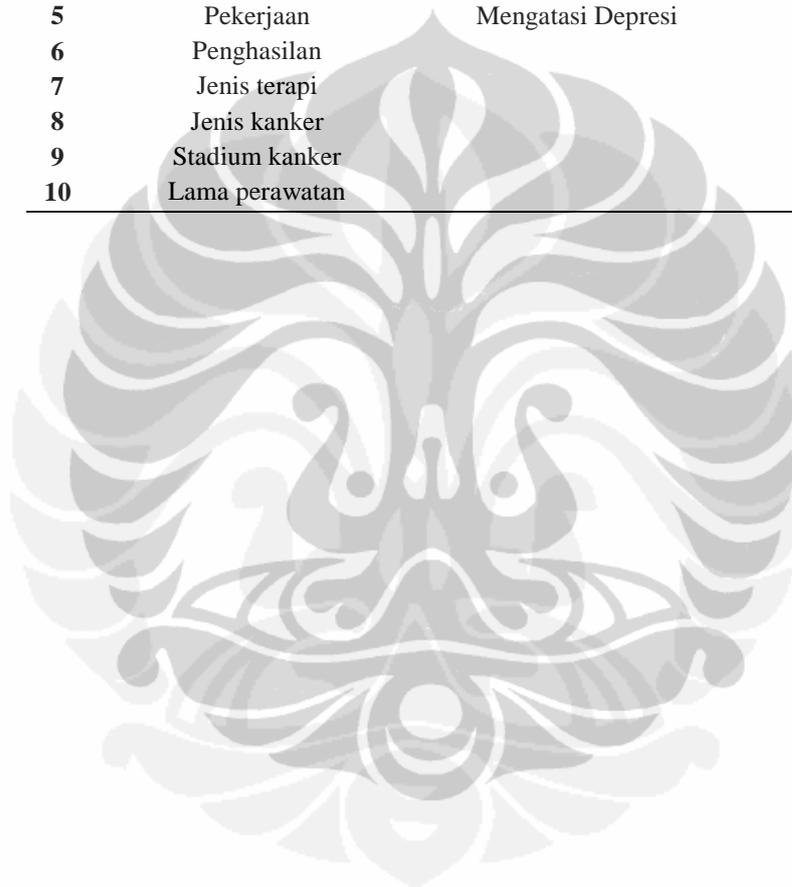
<b>B. Analisis Kesetaraan Variable Dependen : Kejadian Depresi Pre Intervensi pada</b> kelompok intervensi dan kelompok kontrol			
No	Variabel	Jenis Data	Cara Analisis
1	Depresi	Numerik	<i>Independent sample t-test</i>
2	Kemampuan mengatasi depresi	Numerik	<i>Independent sample t-test</i>

<b>C. Analisis Perbedaan Variabel Dependen Pre dan Post Intervensi pada kelompok</b> intervensi dan kelompok kontrol			
No	Variabel	Jenis Data	Intervensi
1	Depresi	Numerik	<i>t-test Dependen</i>
2	Kemampuan mengatasi depresi	Numerik	<i>t-test Dependen</i>

**Tabel 4.3**  
**Analisa Multivariat Variabel Penelitian**  
**Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Ekspresif terhadap Depresi pada**  
**pasien Kanker di RSPAD dan Rumah Singgah Kanker**

No	Karakteristik Responden	Cara Analisis
1	Usia	<i>Ancova</i>
2	Jenis Kelamin	<i>Ancova</i>
3	Pendidikan	Depresi
4	Status Perkawinan	Dan Kemampuan
5	Pekerjaan	Mengatasi Depresi
6	Penghasilan	<i>Ancova</i>
7	Jenis terapi	<i>Ancova</i>
8	Jenis kanker	<i>Ancova</i>
9	Stadium kanker	<i>Ancova</i>
10	Lama perawatan	<i>Ancova</i>



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada bab lima ini, akan diuraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker di rumah sakit dan rumah singgah profinsi DKI Jakarta yang dilaksanakan dari tanggal 14 Mei hingga 13 Juni 2012. Hasil penelitian ini disajikan dalam beberapa bentuk data analisis yaitu karakteristik pasien kanker yang mengalami depres, kondisi depresi pasien kanker sebelum mendapatkan terapi, perubahan kondisi depresi sebelum dan setelah mendapatkan terapi, kondisi depresi setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker.

#### **5.1 Karakteristik pasien Kanker yang mengalami depresi**

Pada bagian ini akan dibahas mengenai karakteristik pasien kanker yang mengalami depresi. Variabel kategorik pada pasien kanker adalah jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan, jenis terapi, jenis kanker, lama perawatan dan stadium kanker dan variabel numerik pada karakteristik pasien kanker adalah usia.

##### **5.2.1 Jenis Kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, jenis kanker, jenis terapi, lama perawatan dan stadium kanker**

Karakteristik pasien kanker berdasarkan data kategorik pada penelitian ini dan dianalisa menggunakan distribusi frekuensi, sebagaimana disajikan dalam tabel 5.1

Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik variabel kategorik diketahui bahwa 83 pasien kanker (82.2%) berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 57 orang pasien (56.4%) berpendidikan SMA. 74 orang pasien ( 73.3%) memiliki status perkawinan menikah, 61 orang pasien (60.4%) tidak bekerja, 91 (90.1%) pasien berpenghasilan > Rp. 1000.000,-. 64 orang pasien (63,4%) menjalani

terapi modifikasi. 47 orang pasien (46.5%) menderita kanker gynekology, sebanyak 84 orang pasien (83.2%) rata-rata perawatan > dari 6 bulan, sedangkan 52 orang pasien (51.5%) berada dalam stadium 3 penyakit kanker.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi frekuensi karakteristik pasien kanker yang mengalami depresi tahun 2012**

Karakteristik	Kelompok		Total n=101	%	P value
	Intervensi n =49	Kontrol n=52			
<b>Jenis Kelamin</b>					
1. Laki-Laki	11	7	18	17.8	<b>0.238</b>
2. Perempuan	38	45	83	82.2	
<b>Pendidikan</b>					
1. Tidak Sekolah	6	2	8	7.9	<b>0.093</b>
2. SD	6	8	14	13.9	
3. SMP	8	7	15	14.9	
4. SMA	23	34	57	56.4	
5. Pendidikan Tinggi	6	1	7	6.9	
<b>Status Perkawinan</b>					
1. Menikah	33	41	74	73.3	<b>0.192</b>
2. Tidak/Belum Menikah	16	11	27	26.7	
<b>Pekerjaan</b>					
1. Bekerja	21	19	40	39.6	<b>0.516</b>
2. Tidak Bekerja	28	33	61	60.4	
<b>Penghasilan</b>					
1. < Rp. 1000.000,-	5	5	10	9.9	<b>0.921</b>
2. > Rp. 1000.000,-	44	47	91	90.1	
<b>Jenis Terapi</b>					
1. Kemoterapi	0	2	2	2	<b>0.582</b>
2. Radioterapi	5	5	10	9.9	
3. Pembedahan	12	13	25	24.8	
4. Modifikasi	32	32	64	63.4	
<b>Jenis Kanker</b>					
1. Gastrointestinal	7	7	14	13.9	<b>0.670</b>
2. Gynekology	26	21	47	46.5	
3. Payudara	8	5	13	12.9	
4. Paru-paru	3	6	9	8.9	
5. Lainnya	8	10	18	17.8	
<b>Lama Perawatan</b>					
1. < 6 bulan	10	7	17	16.8	<b>0.024</b>
2. >6 bulan	42	42	84	83.2	
<b>Stadium Kanker</b>					
1. Stadium 2	7	14	21	20.8	<b>0.132</b>
2. Stadium 3	30	30	52	51.5	
3. Stadium 4	16	12	28	27.7	

Uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, jenis terapi, jenis kanker, lama rawatan dan stadium kanker antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di uji menggunakan uji *Chi Square*. Hasilnya diketahui bahwa antara karakteristik jenis kelamin, jenis terapi, status perkawinan, penghasilan, pendidikan, pekerjaan, lama perawatan dan jenis kanker pasien dan stadium kanker pada pasien kelompok kontrol dan kelompok intervensi memiliki varian sama atau setara dengan  $P Value > \alpha 0.05$ .

### 5.2.2 Usia pasien kanker

Karakteristik usia merupakan data numerik dan dianalisis menggunakan sentral tendensi untuk mendapatkan nilai mean, median, minimum dan maksimum, serta standar deviasi. Hasil analisis di sajikan dalam tabel 5.2

**Tabel 5.2**  
**Analisis usia pasien kanker yang mengalami depresi tahun 2012**

Variabel	n=101	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia	101	40,08	41	8.874	25-57

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia pasien adalah 40.08 tahun. Rentang usia paling muda pada pasien kanker adalah 25 tahun dan paling tua 57 tahun.

Validitas hasil penelitian eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kesetaraan data karakteristik usia diuji menggunakan *Independent Sample T-Test*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.3

**Tabel 5.3**  
**Analisis kesetaraan usia pada pasien kanker yang mengalami**  
**depresi tahun 2012**

Variabel	Jenis Kelompok	n=101	Mean	SD	P Value
Usia	Intervensi	49	38.78	9.207	0.153
	Kontrol	52	41.31	8.454	
	Total	101	40.04	8.831	

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa antara usia pasien kanker kelompok kontrol dan kelompok intervensi memiliki varian sama atau setara dengan  $P Value > \alpha 0.05$ .

## 5.2 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker

Pada bagian ini akan dibahas mengenai kondisi depresi sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif, analisa kesetaraan kondisi depresi pada kelompok intervensi dan kontrol, perubahan kondisi depresi sebelum dan setelah mendapatkan terapi dan kondisi depresi setelah mendapatkan terapi pada kelompok intervensi dan kontrol.

### 5.2.1 Kejadian Depresi pada Pasien Kanker sebelum Mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi kejadian depresi pada pasien kanker sebelum dilakukan terapi Kelompok Suportif Ekspresif. Hasil analisa dapat dilihat pada tabel 5.4.

Nilai depresi berdasarkan instrumen Hamilton dalam rentang 0-52. dikategorikan normal (0-7), depresi ringan (8-13), depresi sedang (14-18), depresi berat (19-22) dan depresi sangat berat (23-52).

**Tabel 5.4**  
**Analisis kondisi depresi pada pasien kanker sebelum**  
**mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif tahun 2012**

Variabel	Kategori	Kategori	Frek	%	n =	Mean	SD	Min -	P
	Kelompok	Depresi			101			Maks	value
Depresi	Kelompok Intervensi	Ringan	6	12.2%	49	23.88	6.626	8-34	0.293
		Sedang	3	6.2%					
		Berat	8	16.3%					
		Sangat berat	32	65.3%					
	Kelompok Kontrol	Ringan	8	15.4%	52	22.40	7.325	8-34	
		Sedang	5	9.6%					
		Berat	13	25%					
		Sangat berat	26	50%					

Hasil analisis kejadian depresi pasien kanker pada tabel diatas didapati bahwa pada kelompok intervensi 65.3% pasien kanker mengalami depresi sangat berat dan pada kelompok kontrol sebesar 50% pasien mengalami depresi sangat berat. Rata-rata keseluruhan depresi pasien kanker sebelum dilakukan terapi adalah 23.12 yang bermakna berada dalam tingkat depresi sangat berat dengan rentang nilai terendah adalah 8 dan tertinggi 34.

Kesetaraan kejadian depresi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dianalisis dengan melakukan uji *Independent Sample T-Test*. Dari hasil *p value* tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa kejadian depresi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi adalah setara atau memiliki varian yang sama dengan  $P Value > \alpha 0.05$

### 5.2.2 Perubahan Kondisi Depresi pada Pasien Kanker Sebelum dan Setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif.

Kondisi depresi pasien kanker sebelum dan setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif di uji menggunakan *Dependen Sample T-test (Paired T-test)*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.5

**Tabel 5.5**  
**Analisis perubahan kondisi depresi sebelum dan setelah terapi**  
**kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker**  
**tahun 2012**

Variabel	Jenis Kelompok	Kategori Depresi	frek		Mean		Mean Selisih	SD	P Value
			Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah			
Depresi	Intervensi	Normal	-	6					
		Ringan	6	15					
		Sedang	3	12	23.88	14.73	9.15	1.085	0.0001
		Berat	8	13					
		Sangat berat	32	3					
	Kontrol	Normal	-	1					
		Ringan	8	7					
		Sedang	5	6	22.40	22.12	0.28	0.687	0.108
		Berat	13	15					
		Sangat berat	26	23					

Hasil analisis kondisi depresi setelah mendapatkan terapi pada kelompok intervensi terjadi penurunan depresi menjadi depresi ringan (30.6%) dan pada kelompok kontrol kondisi depresi rata-rata adalah depresi sangat berat (44.2%). Hasil analisa rata-rata menunjukkan bahwa kondisi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menurun secara bermakna sebesar 9.15 dengan  $p \text{ value} < \alpha 0.05$ . Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif tidak terjadi perubahan secara bermakna. Perubahan yang terjadi hanya sebesar 0.28 dengan  $p \text{ value} > \alpha 0.05$ . berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada  $\alpha 5\%$  terjadi perubahan bermakna kondisi depresi sebelum dan setelah pemberian Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada kelompok intervensi.

### 5.2.3 Kondisi Depresi pada Pasien Kanker setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif

Analisa perubahan kondisi depresi setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien kanker tergambar pada tabel 5.6.

**Tabel 5.6**  
**Analisis perubahan kondisi depresi setelah dilakukan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker tahun 2012**

Variabel	Kategori Kelompok	Kategori Depresi	Frek	%	n = 101	Mean	SD	P value
Depresi	Kelompok Intervensi	Normal	6	12.2%	49	14.73	5.541	0.0001
		Ringan	15	30.6%				
		Sedang	12	24.5%				
		Berat	13	26.5%				
		Sangat berat	3	6.1%				
	Kelompok Kontrol	Normal	1	1.9%	52	22.12	7.612	
		Ringan	7	13.5%				
		Sedang	6	11.5%				
		Berat	15	28.8%				
		Sangat berat	23	44.2%				

Analisis pada tabel 5.6 menunjukkan terdapat perbedaan kondisi depresi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif. Pada kelompok intervensi kondisi depresi rata-rata adalah depresi ringan (30.6%) sedangkan pada kelompok kontrol kondisi depresi terbanyak adalah depresi sangat berat (44.2%). Rata-rata kondisi depresi pada kelompok intervensi adalah 18.42 yang berarti masuk dalam kategori depresi berat. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata depresi adalah 22.12 yang berarti masuk dalam kategori depresi sangat berat. Perubahan kondisi depresi yang signifikan setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif ditandai dengan  $p\text{ value} < \alpha 0.05$ .

### 5.3 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Kemampuan Mengatasi Depresi Pada Pasien Kanker

Pada bagian ini akan dibahas mengenai kemampuan mengatasi depresi sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif, analisa kesetaraan kemampuan mengatasi depresi pada kelompok intervensi dan kontrol, perubahan kemampuan mengatasi depresi sebelum dan setelah mendapatkan terapi serta kemampuan mengatasi depresi setelah mendapatkan terapi pada kelompok intervensi dan kontrol

#### 5.3.1 Kemampuan mengatasi depresi pada Pasien Kanker sebelum Mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif

Kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker sebelum dilakukan terapi kelompok suportif ekspresif akan dijelaskan pada bagian ini. Hasil analisis tergambar jelas pada tabel 5.7

Nilai kemampuan mengatasi depresi berdasarkan kuesioner C adalah 0-17 dengan cut point 11. Pada rentang nilai 0-11 termasuk dalam kategori kemampuan rendah sedangkan pada rentang nilai 12-17 bermakna memiliki kemampuan tinggi dalam mengatasi depresi

**Tabel 5.7**  
**Analisis kemampuan mengatasi depresi sebelum terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker tahun 2012**

Variabel	Kategori Kelompok	Kategori Depresi	Frek	%	n =	Mean	SD	Min-maks	P value
Kemampuan Mengatasi Depresi	Intervensi	Rendah	30	61.2%	49	10.49	2.678	4-15	0.986
		Tinggi	19	38.8%					
	Kontrol	Rendah	34	65.4%	52	10.48	2.548	5-16	
		Tinggi	18	34.6%					

Kemampuan rata-rata sebelum intervensi pada kelompok intervensi adalah rendah (61.2%) dan pada kelompok kontrol adalah rendah (64.4%). Hasil analisis keseluruhan didapatkan bahwa rata-rata kemampuan pasien kanker untuk mengatasi depresi adalah 10.49

sehingga dapat dikatakan bahwa kemampuan pasien kanker untuk mengatasi depresi berada dalam tingkat rendah. Rentang nilai minimal kemampuan mengatasi depresi adalah 4 dan kemampuan tertinggi 16.

Untuk melihat kesetaraan kemampuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dilakukan uji kesetaraan menggunakan *Independent Sample T-Test*. Berdasarkan hasil analisis uji kesetaraan diketahui bahwa kemampuan pasien kanker mengatasi depresi antara kelompok kontrol dan intervensi setara atau memiliki varian yang sama terbukti dengan  $P \text{ Value} > \alpha 0.05$ .

### 5.3.2 Perubahan Kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker sebelum dan setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif

Kemampuan mengatasi depresi sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif di analisa menggunakan uji *dependen sample T-test (paired T-test)*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.8

**Tabel 5.8**  
**Analisis perubahan kemampuan mengatasi depresi sebelum dan setelah terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker tahun 2012**

Variabel	Jenis Kelompok	Kategori Depresi	frek		Mean		Mean Selisih	Selisih SD	P Value
			Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah			
Kemampuan Mengatasi Depresi	Intervensi	Rendah	30	3	<b>10.49</b>	<b>14.57</b>	<b>4.08</b>	<b>0.752</b>	<b>0.0001</b>
		Tinggi	19	46					
	Kontrol	Rendah	34	34	10.48	10.60	0.12	0.002	0.491
		Tinggi	18	18					

Hasil analisis tabel 5.8 menunjukkan bahwa kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif meningkat secara bermakna sebesar 4.08 dengan  $p \text{ value} < \alpha 0.05$ . Perubahan tingkat kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi pada kelompok intervensi terjadi peningkatan, sebanyak 46 pasien kanker (93.9%) memiliki kemampuan tinggi. Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif tidak terjadi perubahan secara bermakna. Perubahan yang terjadi hanya sebesar 0.18 dengan  $p \text{ value} > \alpha 0.05$  dan tidak terjadi perubahan tingkat kemampuan dalam mengatasi depresi. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada  $\alpha 5\%$  terjadi perubahan bermakna kemampuan mengatasi depresi sebelum dan setelah pemberian Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada kelompok intervensi.

### 5.3.3 Kemampuan Mengatasi Depresi pada Pasien Kanker setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif

Analisa perubahan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada kelompok intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel 5.9.

**Tabel 5.9**  
**Analisis perubahan kemampuan mengatasi depresi setelah dilakukan terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker tahun 2012**

Variabel	Kategori Kelompok	Kategori Depresi	Frek	%	n = 101	Mean	SD	P value
Kemampuan Mengatasi Depresi	Intervensi	Rendah	3	6.1%	49	14.57	1.926	0.0001
		Tinggi	46	93.9%				
	Kontrol	Rendah	34	65.4%	52	10.60	2.530	
		Tinggi	18	34.6%				

Analisis pada tabel 5.9 menunjukkan terdapat perbedaan kemampuan mengatasi depresi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif. Rata-rata kemampuan mengatasi depresi pada kelompok intervensi adalah 14.57 yang berarti masuk dalam kategori kemampuan tinggi sebanyak 46 pasien kanker (93.9%). Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata depresi adalah 10.60 yang berarti masuk dalam kategori kemampuan rendah dan tidak ada perubahan tingkat kemampuan dalam mengatasi depresi. Perubahan kemampuan mengatasi depresi yang signifikan setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif ditandai dengan  $p \text{ value} < \alpha$  0.05.

#### 5.4 Hubungan Kemampuan Mengatasi Depresi terhadap Depresi pada Pasien Kanker

Hubungan antara depresi dengan kemampuan mengatasi depresi di uji yang digunakan untuk mengetahui hubungan ini adalah analisa *Correlate Bivariat*. Hasil analisa dapat dilihat pada tabel 5.10

**Tabel 5.10**  
**Analisis hubungan kondisi depresi dengan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker**

Variabel	n = 101	r	P Value
Hungan antara depresi dan kemampuan mengatasi depresi	101	-0.583	0.000

Berdasarkan hasil analisa tabel diatas, diketahui ada hubungan antara kondisi depresi dan kemampuan mengatasi depresi dan berbanding terbalik dengan nilai r -583. Jadi semakin tinggi kemampuan pasien dalam emngatasi depresi semakin rendah kondisi depresi yang terjadi, begitu juga sebaliknya.

### 5.5 Faktor –faktor yang berkontribusi terhadap Depresi pada Pasien Kanker.

Untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berkontribusi terhadap kondisi depresi pada pasien kanker setelah kelompok intervensi mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif untuk melihat adanya perubahan bermakna maka dilakukan uji *Ancova* yang dapat dilihat pada tabel 5.11

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.11 dapat disimpulkan bahwa terapi Kelompok Suportif Ekspresif memiliki hubungan erat terhadap kondisi depresi pasien kanker dengan  $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$  jika dikontrol dengan variabel counfounding lainnya dengan nilai  $B 7.850$  bermakna bahwa terapi suportif ekspresif berdampak besar untuk menurunkan depresi pada pasien kanker.

**Tabel 5.11**  
**Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi pada pasien kanker tahun 2012**

Karakteristik	B	P value
1. Usia	0.049	0.577
2. Jenis Kelamin	-4.188	0.050
3. Pendidikan	1.341	0.076
4. Status Perkawinan	2.364	0.231
5. Penghasilan	3.471	0.188
6. Pekerjaan	0.826	0.669
7. Jenis Terapi	-0.649	0.543
8. Lama Perawatan	0.396	0.860
9. Jenis Kanker	0.071	0.850
10. Stadium Kanker	1.036	0.344
11. Kelompok intervensi dan kontrol	7.850	0.0001

Analisis menggunakan uji ancova dapat menghilangkan faktor counfounding yang mungkin mempengaruhi hasil analisis faktor dependen. Untuk itu, nilai variabel dependen depresi perlu dilakukan di kontrol agar didapatkan nilai

murni efek terapi terhadap variabel dependen. Hasil analisis uji ancova disajikan pada tabel 5.12

**Tabel 5.12**  
**Perbedaan rata-rata kondisi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif sebelum dan setelah di kontrol oleh variabel counfounding.**

Kategori Kelompok	Sebelum di kontrol	Setelah di kontrol
<b>Kelompok Intervensi</b>	14.73	<b>14.493</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>	22.12	<b>22.343</b>

Hasil analisa uji ancova menunjukkan bahwa setelah variabel terikat di kontrol oleh variabel pengganggu, kondisi depresi pasien kanker setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada kelompok intervensi adalah 14.493 sedangkan pada kelompok kontrol adalah 22.343. Hal ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pengontrolan ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kondisi depresi pasien kanker.

#### **5.6 Faktor –faktor yang berkontribusi terhadap Kemampuan Mengatasi Depresi pada Pasien Kanker**

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker setelah kelompok intervensi mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif untuk melihat adanya perubahan bermakna maka dilakukan uji *Ancova* yang dapat dilihat pada tabel 5.13

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.13 dapat disimpulkan bahwa terapi Kelompok Suportif Ekspresif memiliki hubungan erat terhadap kemampuan mengatasi depresi pasien kanker dengan  $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ , dengan nilai B - 3.893. karena memiliki nilai min maka bermakna bahwa terapi suportif ekspresif berdampak besar untuk meningkatkan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker

**Tabel 5.13**  
**Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi**  
**depresi pada pasien kanker tahun 2012**

Karakteristik	B	P value
1. Usia	0.024	0.414
2. Jenis Kelamin	0.075	0.915
3. Pendidikan	-0.099	0.695
4. Status Perkawinan	-0.326	0.622
5. Penghasilan	0.338	0.702
6. Pekerjaan	0.072	0.912
7. Jenis Terapi	-0.786	0.030
8. Lama Perawatan	0.826	0.275
9. Jenis Kanker	0.189	0.137
10. Stadium Kanker	0.044	0.905
11. Kelompok intervensi dan kontrol	-3.893	0.0001

Analisis menggunakan uji ancova dapat menghilangkan faktor counfounding yang mungkin mempengaruhi hasil analisis faktor dependen. Untuk itu, nilai variabel dependen depresi perlu dilakukan di kontrol agar didapatkan nilai murni efek terapi terhadap variabel dependen. Hasil analisis uji ancova disajikan pada tabel 5.14

**Tabel 5.14**  
**Perbedaan rata-rata kemampuan mengatasi depresi pasien kanker**  
**yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif sebelum dan**  
**setelah di kontrol oleh variabel counfounding.**

Kategori Kelompok	Sebelum di kontrol	Setelah di kontrol
<b>Kelompok Intervensi</b>	14.57	<b>14.529</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>	10.60	<b>10.636</b>

Hasil analisa uji ancova menunjukkan bahwa setelah variabel terikat di kontrol oleh variabel pengganggu, kondisi kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada kelompok intervensi adalah 14.529 sedangkan pada kelompok kontrol adalah 10.636. Hal ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pengontrolan ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kondisi depresi pasien kanker



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan pembahasan tentang pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker, faktor yang berpengaruh terhadap depresi pada pasien kanker dan keterbatasan penelitian serta implikasi hasil penelitian pada pelayanan kesehatan jiwa, keilmuan, dan kegiatan penelitian selanjutnya.

#### **6.1 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap kemampuan mengatasi Depresi pada Pasien Kanker**

Kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi sebelum mendapatkan terapi adalah rendah. Hal ini sejalan dengan pernyataan Lemieux et al (2006), Fukui dan Kuguya (2000, dalam Boutin, 2007) bahwa pasien kanker sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif tidak mampu mengontrol perubahan mood, menjalin hubungan kerjasama, menemukan makna hidup yang lebih berarti, mengekspresikan emosi dan perasaannya dan memutuskan strategi coping. Beberapa kemampuan pasien yang kurang adalah memodifikasi perubahan fisik dan gambaran diri, komunikasi kepada tenaga kesehatan dan keluarga, menilai tujuan dan makna hidup.

hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif meningkat secara bermakna, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi tidak terjadi peningkatan secara bermakna. Kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi berubah dari kemampuan rendah menjadi tinggi. Perubahan ini terjadi karena pada Terapi kelompok suportif ekspresif terjadi proses pembelajaran baik secara kognitif, psikomotor dan afektif. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Yalom (2005 dalam Varcarolis & Halter, 2010) bahwa terapi kelompok memiliki fungsi informasi dan pembelajaran. Proses tersebut terjadi ketika anggota kelompok berbagi pengalaman dan menjadi pengetahuan baru bagi anggota lainnya. Dengan kata lain dalam terapi kelompok terjadi adaptasi model dan mekanisme

koping sesama anggota kelompok. Sehingga dapat dikatakan bahwa pemberian terapi kelompok suportif ekspresif sangat berdampak terhadap kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi.

Efektifitas Terapi Kelompok Suportif Ekspresif dapat terlihat dari adanya perbedaan kemampuan pasien kanker pada kelompok intervensi dan kontrol. Peningkatan kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan peningkatan kemampuan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi. Hal ini membuktikan bahwa terapi kelompok suportif ekspresif berdampak positif terhadap kemampuan pasien menghadapi depresi. Terapi ini meningkatkan perasaan memiliki, jaringan dan dukungan sosial serta dukungan keluarga pada pasien kanker yang merupakan dasar terbentuknya kemampuan interpersonal pasien. selain itu, melalui terapi ini pasien meningkatkan kemampuan personal terutama meningkatkan keefektifan diri, hardiness dan resourcefulness pasien. keadaan sejalan dengan tujuan utama dari terapi ini adalah sebagai wadah mencurahkan perasaan dan pikiran yang dirasakan. Melalui belajar menyampaikan perasaan dan mendengarkan keluhan orang lain pasien menjadi lebih mampu menghargai diri sendiri dan orang lain. Dengan berbagi pengalaman dan mendengarkan pengalaman orang lain, pasien belajar mengelola emosi dan perasaannya

Partisipasi aktif dalam terapi kelompok suportif ekspresif, pasien kanker mendapatkan *social support* dari anggota kelompok lainnya. Pasien kanker mendapatkan dukungan tidak hanya dari keluarga namun juga dari sesama pasien menjadi sangat berarti karena merasa ada orang lain yang memahami rasa sakit, khawatir dan takut yang dirasakan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Knisley dan Northouse (1994, dalam Videbeck, 2008) yang mendapatkan bahwa dukungan sosial dan perilaku mencari bantuan berhubungan erat dengan kesehatan. Memiliki jaringan sosial dan mampu meminta dan menerima dukungan ketika membutuhkan

merupakan langkah vital dalam proses penyembuhan. Pasien yang menerima dukungan sosial lebih memungkinkan untuk mencari bantuan dan berpartisipasi dalam terapi. Spiegel (2002, dalam Kissane 2004) menyatakan bahwa mengekspresikan perasaan dalam kelompok merupakan mekanisme koping yang konstruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan menciptakan hubungan sosial yang baik. Keberadaan terapi kelompok bagi pasien kanker menjadi kebutuhan untuk seluruh pasien agar dapat menjadi sumber dukungan dan wadah pengembangan dan aktualisasi diri. Pelaksanaannya dapat dilakukan di Rumah Sakit maupun Rumah Singgah Kanker atau bahkan menjadi pertemuan rutin yang juga melibatkan anggota keluarga sebagai anggota terapi kelompok.

Peningkatan kemampuan pasien mengatasi depresi juga terlihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Reuter, et al (2010) terjadi perubahan signifikan pada kualitas hidup pasien kanker setelah mendapatkan terapi. Pengukuran kualitas hidup pada penelitian Reuter, et al dikembangkan atas 8 item kemampuan, 5 diantaranya identik dengan item kemampuan yang dikembangkan oleh peneliti untuk mengukur kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi, yaitu kemampuan mengatasi perubahan fisik dan gangguan gambaran diri, fungsi sosial, penilaian masa depan, efek terapi, dan mengatasi perubahan fungsi seksual.

Peningkatan kualitas hidup pasien akan berperan dalam perubahan pola hidup menjadi lebih seimbang, pasien bersikap lebih bijaksana dalam bertindak dan berperilaku. Pasien kanker sering kali merasa hidupnya berakhir dan tidak memiliki masa depan, dengan mengenal serta memperbaharui tujuan hidup menandakan bahwa pasien merasa masih ada hal yang dapat dicapai dalam kondisi sakit. Selain itu dengan mengenal tujuan hidup pasien akan lebih fokus untuk mencapai tujuan hidupnya dari pada menyesali kondisi kesehatannya. Melalui terapi ini pasien juga belajar menilai makna atau hikmah mengalami kanker dengan bersikap menerima

dan ikhlas pasien tidak lagi merasa bersalah atau bahkan menyalahkan orang lain.

Hasil pengukuran kemampuan mengatasi depresi pada penelitian ini lebih kecil jika dibandingkan dengan hasil penelitian Reuter, et al. Pada penelitian ini peningkatan kemampuan berdasarkan elemen terapi kelompok suportif ekspresif di anggap sebagai kualitas hidup pasien. item penilaian dalam pengukuran kualitas hidup pasien tidak menggunakan kuesioner yang sama sehingga hasil yang didapatkan oleh peneliti tidak sepenuhnya dapat dibandingkan dengan hasil penelitian Reuter.

Hasil penelitian Reuter et al menyatakan bahwa setelah pemberian terapi kelompok suportif ekspresif, pasien mampu meningkatkan kualitas hidupnya, mengenal dan menyusun kembali tujuan hidup, mencari makna atau hikmah mengalami kanker dan mengurangi mual muntah yang dirasakan. Selain itu pasien juga menjadi memiliki kemampuan untuk mengekspresikan perasaan dengan baik. Peningkatan kualitas hidup pasien berdampak pada kondisi depresi yang dialami oleh pasien. sedangkan pada penelitian ini, terdapat beberapa kemampuan yang berkembang setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif yaitu meningkatnya hubungan antara pasien dan keluarga serta tenaga kesehatan, kemampuan memodifikasi perubahan fisik, menilai makna hidup, menghadapi kemungkinan terburuk dan penggunaan mekanisme koping positif.

Pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif mengalami peningkatan hubungan baik antara pasien dengan keluarga dan tenaga kesehatan. Kumfo (1995, dalam Videbeck, 2008) menyatakan keluarga merupakan bagian penting dalam penyembuhan pasien. dengan adanya peningkatan kemampuan pasien membina hubungan dengan keluarga, diharapkan pasien memiliki sumber dukungan untuk meningkatkan status kesehatan. Perubahan kemampuan terlihat juga dalam kemampuan pasien mengatasi perubahan tubuh akibat kanker, menilai

kembali makna hidup mengalami kanker, mampu berdamai dengan kematian dan meningkatkan penggunaan mekanisme koping yang positif (Spiegel & Classen, 2000 dalam Kissane, 2004). Dapat disimpulkan bahwa setelah pemberian terapi kelompok suportif ekspresif tidak hanya kondisi depresi mengalami penurunan melainkan terjadi peningkatan kemampuan lain yang berkontribusi mengatasi depresi pada pasien kanker.

Perubahan tingkat kemampuan mengatasi depresi pasien kanker sudah meningkat secara bermakna akan tetapi belum optimal. Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya perbedaan waktu penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Penelitian yang dilakukan oleh Reuter, et al (2010), Kissane, et al (2007) dilakukan dalam 12 kali sesi, dan pertemuan dilakukan 1 kali dalam seminggu. Pada penelitian ini hanya dilakukan selama 6 sesi dan pertemuan dilakukan setiap hari. Selain itu evaluasi terhadap hasil penelitian dilakukan secara berkala mulai dari 3 bulan hingga 2 tahun lamanya, sehingga untuk melihat dampak perubahan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker perlu dilakukan evaluasi kembali setelah 6 bulan penelitian. Faktor lain yang mempengaruhi perbedaan ini adalah perbedaan alat ukur kemampuan mengatasi depresi juga memiliki pengaruh yang besar. Keseragaman alat ukur juga perlu menjadi pertimbangan untuk penelitian selanjutnya.

Pada penelitian masih terdapat faktor lain yang berkontribusi terhadap kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi yaitu jenis terapi yang dijalani oleh pasien. Sebagian besar jenis terapi yang dijalani adalah terapi kombinasi.

Tidak ada teori yang secara tegas menjelaskan bahwa jenis terapi mempengaruhi kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi. Pasien dengan terapi kombinasi cenderung lebih mudah mengalami depresi dan kesakitan secara fisik. Penurunan kesehatan fisik menjadi stressor baru yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien menentukan mekanisme koping

terhadap stress. Kondisi inilah yang menyebabkan jenis terapi menjadi faktor lain yang berkontribusi mempengaruhi kemampuan pasien kanker mengatasi depresi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Kobasa (1979, dalam Videbeck, 2008) yang menyatakan bahwa pasien dengan *herdiness* rendah akan mengalami peristiwa hidup yang penuh stress sehingga berisiko mengalami depresi.

Berdasarkan hasil wawancara dan terapi, peneliti mengetahui bahwa pada pasien kanker payudara, serviks, kulit dan vagina kemoterapi merupakan terapi yang memiliki efek samping lebih kuat dibandingkan terapi lainnya. Namun pada pasien kanker nasofaring, internal radiasi adalah terapi yang sangat menyakitkan bahkan hingga beberapa minggu setelahnya. Bagi pasien kanker rahang, pembedahan menjadi trauma tersendiri karena dampak lanjutan akibat pengangkatan jaringan tulang rahang akan tetapi kemoterapi juga memiliki efek samping yang kuat. Pada saat pelaksanaan terapi, pasien yang baru menjalani terapi agak mengalami kesulitan untuk mengikuti terapi kelompok dengan baik akibat efek samping yang dirasakan. Hal ini terbukti pada saat evaluasi subjektif dan objektif, pasien kesulitan mendemonstrasikan kembali cara yang telah dipelajari. Berdasarkan hal diatas dapat disimpulkan bahwa jenis terapi mempengaruhi kemampuan pasien kanker mengatasi depresi.

## **6.2 Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker**

Pasien kanker sebagian besar mengalami depresi berdasarkan hasil pengukuran sebelum dilakukan terapi yaitu depresi sangat berat. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gaynes et al (2008), Hermann (2006), Pirl (2004) dalam Varcarolis & Halter (2010) yang menyatakan bahwa 20% – 50% pasien kanker mengalami depresi.

Pasien kanker mengalami depresi akibat mengalami penyakit yang dianggap sebagai penyakit terminal dan dekat dengan kematian. Selain itu, adanya

ketidakjelasan masa depan, kemungkinan kesembuhan menjadikan pasien kanker mengalami tekanan secara psikologis. Selain itu efek terapi kanker juga menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kondisi psikologis pasien kanker. Efek terapi yang menyakitkan, jangka waktu terapi yang panjang dan biaya pengobatan yang besar dapat memperberat kondisi cemas dan depresi pasien kanker. efek jangka panjang pengobatan yang mempengaruhi fungsi dan tampilan tubuh merupakan faktor penting lain yang melatarbelakangi terjadinya depresi pada pasien kanker (Crespi et al, 2009;Dunn, 2005 dalam Varcarolis & Halter, 2010)

Berdasarkan uraian diatas, kanker dapat dianggap sebagai gangguan mental yang utama terjadi pada pasien kanker karena banyak faktor yang berkontribusi menyebabkan depresi. Pasien dengan mekanisme koping destruktif akan lebih mudah mengalami kanker. Pada saat pasien dinyatakan menderita kanker juga merupakan stressor yang terkadang membuat pasien kanker mengalami depresi. Pada fase menjalani terapi, efek terapi juga berperan menjadikan pasien kanker mengalami depresi begitu juga pada tahap menghadapi akhir kehidupan karena pasien kanker seringkali berfikir hidupnya dekat dengan kematian. Sebagian besar pasien kanker dikatakan mengalami depresi akibat penyakitnya. Dari penelitian ini didapatkan hampir seluruh pasien kanker yang di *sreening* mengalami depresi. Depresi yang dirasakan oleh pasien kanker dipengaruhi beberapa faktor antara lain jenis terapi, perubahan bentuk dan fungsi tubuh, perubahan aktivitas dan produktivitas, ketakutan akan kematian. Kondisi pasien kanker yang sebagian besar mengalami depresi di berikan terapi kelompok suportif ekspresif sebanyak delapan sesi atau enam kali pertemuan.

Efektifitas terapi kelompok suportif ekspresif dapat terlihat dari adanya perubahan kondisi depresi pada pasien kanker sebelum dan setelah pemberian terapi. Hasil penelitian menunjukkan kondisi depresi pada pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menurun secara bermakna sedangkan depresi pada kelompok yang tidak

mendapatkan terapi menurun namun tidak bermakna. Kejadian depresi berubah dari kondisi sangat berat menjadi sedang.

Terapi kelompok secara umum merupakan terapi yang ideal bagi pasien dengan penyakit terminal, karena terapi kelompok dapat dianggap sebagai harapan, komunitas terbuka, sarana sumber informasi, sarana peningkatan harga diri, pengembangan lingkungan dan dukungan sosial, sumber pembelajaran mekanisme koping berdasarkan pengalaman orang lain, wahana mengekspresikan emosi dan perasaan serta menjadi tempat pembelajaran kemungkinan baik dan buruk yang dapat terjadi kemudian hari (Vaccarolis dan Halter, 2010). Pasien dengan penyakit terminal membutuhkan seluruh hal tersebut, sehingga selain pengembangan terjadi secara individu, secara sosial pasien juga menjadi merasa lebih berharga bagi orang lain dan di lain sisi mendapatkan dukungan yang diharapkan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif.

Efektifitas terapi kelompok suportif ekspresif dalam menurunkan kondisi depresi dapat dilihat dari penelitian yang dilakukan oleh Kissane et al (2007) terhadap 227 pasien kanker payudara di Amerika setelah intervensi selama 6 bulan (24 sesi) menunjukkan bahwa 21 dari 34 pasien (61,8%) pasien yang sebelumnya didiagnosa mengalami depresi menjadi tidak depresi sedangkan pada kelompok kontrol 8 dari 20 pasien (40%) menjadi tidak depresi. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dampak Terapi Kelompok Suportif Ekspresif akan lebih efektif bila dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama.

Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan terapi kelompok yang mengutamakan pemberian dukungan dan sebagai wahana mengekspresikan perasaan serta pikiran kepada seluruh anggota kelompok. Terapi ini ditujukan untuk mengatasi depresi pada pasien dengan penyakit terminal. Kegiatan utama dari terapi ini adalah berbagi pengalaman terutama dampak kanker terhadap kehidupan dan kesehatan serta berbagi

pengetahuan atau cara mengatasi masalah yang dihadapi akibat kanker. Sebagaimana diutarakan oleh Spiegel (2002, dalam Kissane 2004) bahwa mengekspresikan perasaan dalam kelompok merupakan mekanisme koping yang konstruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan menciptakan hubungan sosial yang baik. Keberadaan terapi kelompok bagi pasien kanker menjadi kebutuhan untuk seluruh pasien agar dapat menjadi sumber dukungan dan wadah pengembangan dan aktualisasi diri.

Dampak positif terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker dapat terlihat jelas dengan membandingkan hasil pengukuran setelah mendapatkan terapi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Penurunan depresi pada pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif lebih besar secara bermakna dibandingkan dengan penurunan depresi pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi.

Perubahan kondisi depresi pada pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menurun secara bermakna namun belum optimal. Penurunan kondisi depresi ini tidak sepenuhnya mencapai kondisi normal setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif. Banyak faktor yang berpengaruh dalam hal ini antara lain jumlah sesi pada terapi yang tidak sesuai yaitu 12 sesi pertemuan dan dilakukan 1 kali pertemuan dalam 1 minggu sehingga total kegiatan berlangsung selama 3 bulan lamanya. Varcarolis dan Halter (2010) mengungkapkan bahwa terapi kelompok dilakukan minimal dalam 12 kali pertemuan agar berdampak terhadap perubahan perilaku. Selain itu, evaluasi tidak hanya dilakukan 1 kali setelah terapi berakhir namun evaluasi lanjutan dilakukan berkala 6 bulan, 12 bulan, 24 bulan dan 36 bulan setelah terapi dilaksanakan untuk melihat perubahan perilaku. Reuter et al (2010) menemukan bahwa terapi kelompok suportif ekspresif berperan menurunkan depresi pasien kanker. Melalui evaluasi secara berkala, pada bulan ke 3, 6, 12, 18 dan 24 bulan pasien kanker terjadi perubahan perilaku setelah mendapatkan terapi

kelompok suportif ekspresif. Evaluasi yang dilakukan pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali setelah pertemuan terakhir. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perubahan perilaku yang diharapkan tidak sepenuhnya tercapai.

Pavlov dalam teori perilakunya mengatakan bahwa perilaku merupakan hal yang dipelajari oleh makhluk hidup. Pembentukan perilaku dapat dilakukan dengan memberikan stimulus secara berulang-ulang sehingga menjadi pola perilaku. Sedangkan menurut teori John B Watson, pembentukan perilaku dipengaruhi oleh lingkungan eksternal. Skinner dalam teorinya mengungkapkan bahwa pembentukan perilaku terjadi karena adanya penguatan dampak dari perilaku, dapat berupa *positif* atau *negative reinforcement* (Varcarolis dan Halter, 2010).

Berdasarkan tiga teori tersebut dapat disimpulkan bahwa pencapaian kondisi depresi menjadi normal berdasarkan pengukuran *Hamilton Depression Scale* (HAD) kemungkinan dapat dicapai dengan meningkatkan frekuensi pertemuan dan durasi pertemuan dilakukan satu kali dalam seminggu. Mengendalikan lingkungan eksternal berupa latihan aplikasi terapi yang dipelajari dalam waktu lebih panjang dan terus-menerus serta adanya umpan balik positif terhadap pencapaian yang dilakukan oleh pasien kanker. seluruh rangkaian tersebut dapat dilakukan apabila terapi kelompok suportif ekspresif dilakukan dalam jangka waktu lebih panjang dari yang telah peneliti lakukan.

Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Classen et al (2008) terhadap pasien kanker di Amerika dengan menggunakan instrumen penelitian *Profile Of Mood States Questionnaire* (POMS). Pada *cut point*  $\geq 37$  sebagai batasan distress tinggi dan  $< 37$  sebagai distress rendah. Rata-rata nilai distress pasien pada kelompok intervensi adalah 21.67 dan kelompok kontrol 27.59. Pasien mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif selama 12 sesi yang dilakukan 1 kali dalam seminggu. Evaluasi dilakukan setelah 3 bulan

didapatkan mean selisih pada kelompok intervensi sebesar 4.50, evaluasi setelah 6 bulan didapatkan mean selisih 5.31, *mean* selisih setelah 12 bulan mencapai 6.92, setelah 18 bulan 9.45 dan evaluasi akhir setelah 24 bulan adalah 12.62. jika dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan *mean* selisih 9.15 setara dengan hasil pengukuran setelah 18 bulan pada penelitian classen et al. Hal ini menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilakukan dapat berkembang apabila dilakukan evaluasi kembali 6 bulan terapi dilakukan, sehingga harapan untuk mencapai kondisi tanpa depresi dapat terpenuhi.

Efektifitas dampak pemberian terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker juga dapat terlihat dengan membandingkan pada terapi lain yang pernah dilakukan di Indonesia. Sejauh yang diketahui oleh peneliti, terdapat beberapa terapi individu yang telah diteliti dampaknya terhadap depresi pada pasien kanker yaitu terapi *Cognitive, Logoterapi, Thought Stopping, Progresif Relaksasi*. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tobing (2012) yang memberikan terapi *progresif relaksasi* dan *logoterapi* terhadap depresi dan kecemasan pasien kanker didapatkan bahwa terjadi penurunan kejadian depresi dan kecemasan dengan *mean* selisih 4.23. Sedangkan pada kelompok intervensi *logoterapi mean* selisihnya adalah 3.18. Apabila dibandingkan dengan hasil yang didapat oleh peneliti angka tersebut jauh lebih kecil, hal ini kemungkinan karena Terapi Kelompok Suportif Ekspresif dikatakan sebagai terapi yang menggabungkan terapi *Supportive, Cognitive, dan Progresif Relaksasi*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa jika dibandingkan terapi individu, terapi kelompok lebih bermakna untuk mengatasi depresi pada pasien kanker.

Perbedaan dampak terapi terhadap penurunan depresi pada pasien kanker juga tergantung pada tempat tinggal pasien kanker. Pelaksanaan terapi pada kelompok yang bermukim di Rumah sakit dan Rumah Singgah Kanker memiliki perbedaan karakteristik. Pasien yang tinggal di rumah singgah lebih mudah untuk berkumpul melakukan terapi jika dibandingkan dengan

pasien di Rumah Sakit. Dalam pencapaian terapi, pasien di Rumah singgah memiliki dukungan sosial yang lebih baik dibandingkan pasien di Rumah Sakit sehingga dalam pelaksanaan terapi lebih aktif. Sedangkan pada pasien kanker yang menjalani perawatan di Rumah Sakit pada umumnya berada dalam kondisi kesehatan yang menurun sehingga pada beberapa pasien belum terlalu fokus terhadap terapi karena terpengaruh oleh kondisi fisik.

Pada penelitian ini diketahui bahwa tidak ada faktor lain yang berkontribusi menyebabkan depresi pada pasien kanker. Jenis kelamin termasuk dalam faktor yang mendekati untuk berkontribusi. Hasil penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar pasien kanker yang mengalami depresi adalah wanita. terapi kelompok suportif ekspresif merupakan terapi yang dikembangkan sebagai terapi bagi wanita dengan kanker payudara, sehingga seluruh penelitian yang dilakukan ditujukan pada kanker payudara yang berjenis kelamin perempuan. Jones, Fellows dan Home (2011) mengatakan bahwa tingkat depresi lebih tinggi pada pasien wanita dibandingkan pasien laki-laki. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh O'Brein, Harris, King dan O'Brein (2008) didapatkan bahwa pasien dengan metastasis kanker payudara berisiko tinggi untuk bunuh diri, depresi dan kecemasan. Karena itulah karakteristik pasien pada penelitian ini didominasi oleh wanita. Meningkatnya kejadian depresi pada pasien kanker wanita dimungkinkan karena karakteristik wanita yang lebih mengutamakan perasaan dari pada rasional.

### **6.3 Hubungan kemampuan mengatasi Depresi terhadap kondisi Depresi pada pasien Kanker**

Hubungan variabel depresi dan kemampuan mengatasi depresi adalah berbanding terbalik. Maknanya adalah semakin meningkat kemampuan mengatasi depresi maka kondisi depresi semakin berkurang pada pasien kanker. Reuter et al (2010) dalam penelitiannya terlihat jelas bahwa seiring peningkatan kualitas hidup terjadi penurunan tingkat depresi pada pasien kanker. Sebelum mendapatkan terapi rata-rata kualitas hidup pasien adalah

54.8 dengan tingkat depresi 6.2 dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif selama 12 minggu rata-rata tingkat kualitas hidup pasien menjadi 64.5 dan tingkat depresi menurun menjadi 5.6.

Peningkatan kemampuan pasien kanker dalam mengatasi depresi dengan melakukan terapi secara terus menerus dapat mengatasi depresi pada pasien kanker. sejalan dengan teori pavlov yang menyatakan bahwa perubahan perilaku dapat terjadi dengan memberikan stimulus secara terus menerus.

Peningkatan kemampuan terutama kemampuan personal dan interpersonal berpengaruh terhadap depresi pasien kanker. faktor interpersonal yang perlu ditingkatkan adalah perasaan memiliki, dukungan jaringan sosial dan dukungan keluarga. Perasaan memiliki merupakan perasaan keterkaitan atau keterlibatan dalam suatu sistem sosial atau lingkungan yang didalamnya individu merasa sebagai bagian integral. perasaan ini mengacu pada kebutuhan akan dihargai, dibutuhkan dan diterima. Perasaan memiliki berkaitan erat dengan fungsi sosial dan psikologisnya. Perasaan memiliki terbukti erat meningkatkan kesehatan. Individu dengan dukungan sosial baik terbukti lebih sehat dibandingkan individu tanpa dukungan sosial. Keterlibatan keluarga, lingkungan sosial dapat membantu pasien menghadapi stress melalui dukungan informasi. Dengan kata lain, pasien yang mampu mengandalkan dan meningkatkan dukungan sosial akan lebih mampu menghadapi stress

Faktor personal yang mempengaruhi kemampuan menghadapi stress adalah keefektifan diri, *hardiness* dan *resourcefulness*. Individu yang memiliki efektifitas diri tinggi cenderung mampu menetapkan tujuan, memiliki motivasi diri dan melakukan coping secara efektif terhadap stress dan mendapatkan dukunga dari orang lain ketika membutuhkannya. Individu yang memiliki efektifitas rendah lebih mudah mengalami cemas dan depresi sepanjang hidupnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kemampuan mengatasi stress pada individu sangat tergantung pada

keefektifitasan individu. *Resourcefulness* adalah menggunakan kemampuan penyelesaian masalah dan meyakini bahwa individu dapat melakukan koping terhadap situasi yang tidak menguntungkan sekalipun. *Resourcefulness* dianggap dapat membantu mencegah perasaan depresi (Warheit, 1979; Zauszniewski, 1995, dalam Videbeck, 2008).

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat diketahui bahwa peningkatan kemampuan mengatasi depresi berdampak erat terhadap kondisi depresi pada pasien kanker. Hubungan tingkat kemampuan mengatasi depresi dengan kondisi depresi terlihat jelas dan berbanding terbalik karena kemampuan bersifat positif sedangkan depresi adalah gangguan atau masalah yang pada dasarnya bersifat negatif. Hubungan ini memperjelas bahwa untuk mencapai kondisi depresi minimal atau bahkan normal pasien perlu meningkatkan kemampuannya untuk mengatasi depresi.

#### **6.4 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini adalah tempat penelitian yang berada di beberapa rumah sakit dan rumah singgah. Terutama pada pelaksanaan terapi di kelompok intervensi terbagi menjadi dua setting tempat yaitu di pelayanan Rumah Sakit dan Rumah Singgah Kanker.

Waktu pelaksanaan terapi yang sangat terbatas sehingga banyak modifikasi dilakukan untuk memenuhi batas waktu tersebut. Pelaksanaan terapi kelompok sebaiknya dilakukan pertemuan satu minggu sekali selama 12 minggu efektif, akan tetapi pada pelaksanaannya dilakukan setiap hari sehingga dapat diselesaikan dalam enam hari. Hal ini menjadi sebuah kekurangan karena terapi kelompok suportif ekspresif merupakan terapi yang bertujuan merubah perilaku pasien sehingga tidak bisa dilakukan dalam waktu singkat, meskipun hasil dari terapi yang diberikan tetap bermakna. Karena itu, terapi kelompok suportif ekspresif sebaiknya dilakukan pada pasien yang tidak menjalani perawatan di Rumah Sakit mengingat singkatnya waktu perawatan pasien di Rumah Sakit.

## **6.5 Implikasi Penelitian**

Implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan, pendidikan keperawatan dan penelitian berikutnya di uraikan di bawah ini :

### **6.6.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa**

Terapi kelompok suportif ekspresif dapat menjadi salah satu terapi yang diterapkan pada kelompok berisiko sehingga dapat mencegah kejadian gangguan jiwa. Selain itu, pemberian asuhan keperawatan mental pada pasien berisiko dapat meningkatkan peluang efektifitas terapi yang dijalani sehingga tingkat kesembuhan menjadi tinggi. Untuk itu dirasakan perlu untuk menempatkan spesialis jiwa yang berkompeten untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami oleh pasien kanker baik di Rumah Sakit ataupun di Rumah Singgah Kanker.

### **6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah kekayaan ragam ilmu dan terapi keperawatan jiwa terutama yang ditujukan kepada kelompok berisiko sehingga dapat diterapkan dalam tatanan pelayanan keperawatan fisik. Sehingga perlu untuk di susun modul terapi kelompok suportif ekspresif baku agar pelaksanaan terapi dapat di sesuaikan dengan standar hasil penelitian.

### **6.6.3 Penelitian Selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dan rujukan penelitian untuk penyusunan penelitian selanjutnya terutama yang berkaitan dengan terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada pasien kanker yang mengalami depresi. Pada penelitian berikutnya dapat dikembangkan penelitian terapi ini dengan memperhatikan segala bentuk kekurangan dan kelebihan penelitian yang telah dilakukan sehingga dapat di lakukan penelitian secara kuantitatif untuk melihat efek terapi lanjutan terutama pada pasien kanker di rumah

sakit ataupun rumah singgah kanker. sedangkan pada penelitian kualitatif agar diketahui dampak yang dirasakan oleh pasien selama dan setelah pemberian terapi.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian yang berkaitan dengan bab sebelumnya, maka dapat dibuat simpulan dan saran sebagai berikut :

#### 7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Pasien kanker yang mengalami depresi adalah 98.1% yaitu 104 dari 106 pasien kanker yang *discreening*.
- 7.1.2 Karakteristik pasien kanker yang mengalami depresi rata-rata berusia 40.08 tahun, sebagian besar pasien kanker adalah perempuan. (82.2%), berstatus menikah ( 73.3%), menjalani perawatan > dari 6 bulan (83.2% dan menjalani terapi modifikasi (63,4%), memiliki penghasilan > Rp. 1000.000,- (90.1%). Sebagian pasien berpendidikan SMA (56.4%), tidak bekerja (60.4%), menderita kanker gynekology (46.5%) dan berada dalam stadium 3 penyakit kanker (51.5%).
- 7.1.3 Kondisi depresi pasien kanker sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif termasuk dalam kategori depresi berat sesuai scala pengukuran Hamilton. Dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker sebelum mendapatkan terapi adalah rendah
- 7.1.4 Kondisi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif adalah depresi sedang
- 7.1.5 Kondisi depresi pasien kanker yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif adalah depresi berat
- 7.1.6 Kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif adalah tinggi

- 7.1.7 Kemampuan mengatasi depresi pasien kanker yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif adalah rendah
- 7.1.8 Penurunan kondisi depresi pada pasien yang mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif lebih besar secara bermakna jika dibandingkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi.
- 7.1.9 Peningkatan kemampuan mengatasi depresi pada pasien yang mendapatkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif lebih besar secara bermakna jika dibandingkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi.
- 7.1.10 Terdapat hubungan antara kemampuan mengatasi depresi terhadap kondisi depresi pada pasien kanker.
- 7.1.11 Tidak ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kejadian depresi pasien kanker
- 7.1.12 Faktor lain yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi depresi adalah jenis terapi yang dijalani pasien kanker.

## **7.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan penelitian dan keterbatasan yang terdapat pada penelitian ini, maka terdapat beberapa hal yang dapat disarankan dalam rangka mengembangkan terapi kelompok suportif ekspresif, yaitu :

### **7.2.1 Aplikasi Keperawatan Jiwa**

- 7.2.1.1 Pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker tidak hanya berorientasi pada kebutuhan fisik saja melainkan kebutuhan mental, spiritual dan sosial. Oleh karena itu, penempatan spesialis jiwa di Rumah Sakit ataupun Rumah

Singgah Kanker menjadi penting untuk dilakukan sebagai usaha preventif dan promotif.

#### 7.2.1.2 Organisasi profesi melalui kolegium Pendidikan

Keperawatan Jiwa diharapkan dapat menetapkan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif sebagai terapi keperawatan jiwa yang dapat diterapkan kepada pasien kanker dalam kelompok kecil dan berkesinambungan.

#### 7.2.1.3 Perawat spesialis jiwa dapat menjadikan Terapi Kelompok Suportif Ekspresif sebagai salah satu bentuk terapi kelompok yang dapat ditujukan kepada kelompok risiko tinggi.

### 7.2.2 Pengembangan Keilmuan

#### 7.2.2.1 Fakultas Ilmu Keperawatan sebagai institusi pendidikan keperawatan lebih mengembangkan aplikasi terapi kelompok suportif ekspresif pada kelompok berisiko

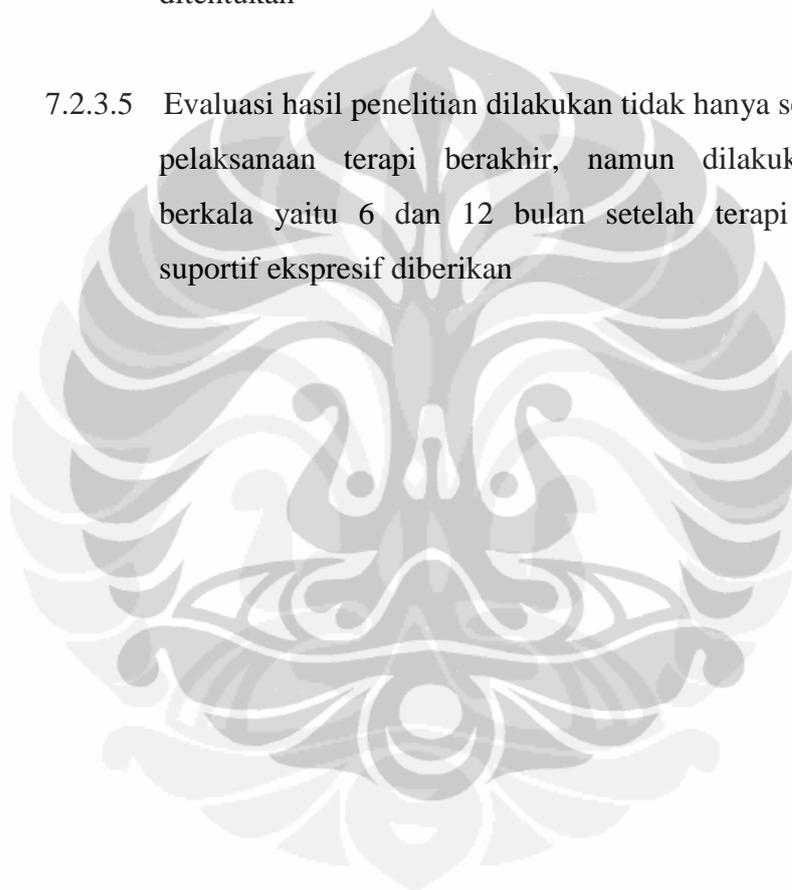
#### 7.2.2.2 Fakultas Ilmu Keperawatan sebagai badan hukum mengembangkan modul terapi kelompok suportif ekspresif agar dapat menjadi standar dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker.

### 7.2.3 Metodologi

#### 7.2.3.1 Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi evidence base untuk mengembangkan penelitian mengenai terapi kelompok suportif ekspresif pada pasien kanker

#### 7.2.3.2 Sebagai data dasar untuk dilakukan terapi lanjutan yang lebih mendalam guna mengatasi depresi pada pasien kanker

- 7.2.3.3 Penelitian selanjutnya dapat memperhatikan tempat penelitian karena sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan terapi yang diberikan dalam jangka waktu panjang.
- 7.2.3.4 Penelitian selanjutnya dapat dilakukan pada pasien kanker yang berada dalam jangka perawatan lama sehingga dapat diterapkan minimal 12 sesi pertemuan sesuai standar yang ditentukan
- 7.2.3.5 Evaluasi hasil penelitian dilakukan tidak hanya setelah pelaksanaan terapi berakhir, namun dilakukan secara berkala yaitu 6 dan 12 bulan setelah terapi kelompok suportif ekspresif diberikan



## DAFTAR PUSTAKA

- Boutin, Daniel L. (2007). *Effectiveness of Cognitive Behavioural and Supportive-Expressive Group Therapy for Woman Diagnosed with Breast Cancer : A Riview of the Literature*. The journal for specialist in group work 32 (2011). No 3, 267 – 284.
- Bukberg Judith, Penman Doris and Holland Jimmie C. (1984). *Depression in Hospitalized cancer patients, Psychosomatic Medicine*. Vol 46 No 3, 2011, Elsevier Science Publishing Co Inc. New York.
- Book, Katrin et al. (2011). *Distress screening in oncology-evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients-short form (QSC-R10) in a German sample*. Psycho-Oncology. Willey Online Lybrary
- Crespi, Caterine M et al. (2009). *Measuring the impact of cancer : a comparison of non-Hodgkin lymphoma and breast cancer survivor*. Springerlink 2010:4:45-58. Los Angeles
- Clasen, Catherin C et.al. (2007). *Supportive-Expressive Group Therapy for primary breast cancer patients: a Randomized prospective multicenter trial* (2011), Psycho-Oncology. Wiley Interscience
- Desen, Wan., 2008, *Onkologi klinis*. edisi 2. Balai Penerbit Fakultas kedokteran Universitas Indonesia-Jakarta
- Dharma, Kelana Kusuma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Trans Info Media-Jakarta.
- Grassi, Luigi et al. (2009). *Effect of Supportive-Expressive Group Therapy in Breast Cancer Patients with Affective Disorder : A Pilot Studi*. Psychotherapy psychosomatic 2010;79:39-47. Italy:Karger
- Hecht F and Shiel Jr C W. (2003). *Webster New World Medical Dictionary*. 2nd edition. New York:Wiley Publishing, Inc.
- Jadoon et al, 2010, *Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: a Cross-sectional Study*. BMC Cancer (2010), Pakistan
- Jones, Francesca M.E, Fellows, Jodie L, Home, David J de L. (2010). *Coping with cancer ; a brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients*. Psycho-Oncology. Willey Online Lybrary
- Kaiser, Karen. (2006). *The impact of culture and social interaction for cancer survivors understandings of their disease*. Indiana University.

- Keltner, Norman L, Bostrom, Carol E., McGuinness, Teena M. (2011), *Psychiatric Nursing*. 6th edition, USA-Elsiever Mosby.
- Kissane, David W et al. (2004). *Supportive-Expressive Group Therapy : The Transformation of Existential Ambivalence Into Creative Living While Enhancing Adherence to Anti-Cancer Therapies*. *Psycho-oncology* 2004;13:755-768. New York:John Willey & Sons, Ltd
- Kissane, David W et al. (2006). *Supportive-Expressive group therapy for women with metastatic breast cancer : survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial*. *Psycho-Oncology* 2007;16:277-286. New York-John Willey & Sons, Ltd.
- Lambert, MJ dan Vermeersch, DA. (2002) *Encyclopedia of psychotherapy* 2. 2011: 709-714 USA-Elsivier Science.
- Lemieux J, et al. (2006). *Responsiveness to change due to supportive-expressive group therapy, improvement in mood and disease progression in women with metastatic breast cancer*.
- Luborsky L. (2002). *Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy*. *Encyclopedia of psychotherapy* 2, 2011:745-753, USA-Elsivier Science.
- Mehnert, A et al. (2009). *Depression, Anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients* *European Jurnal of Cancer Care*, 2010: 736-745. Hamburg, Germany.
- Mhidat, N M, Alzoubi, K H, Alhusein, B A. (2009). *Prevalence of Depression among cancer patients in Jordan : a National Survey*. 2011. Springer-Verlag, Jordan
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Peneltian Kesehatan*, Rineka Cipta Jakarta.
- O'Brien, Mary, Harris, Jill, King, Robert, O'Brien, Tom. (2008). *Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer : improving acces for australian women throught use of teleconference*. Routledge
- Poppy Kumala, dkk.(1998). *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. EGC – Jakarta.
- Reuter, Ktrin et al. (2010). *Implementation and Benefit of Psychooncological Group Interventions in German Breast Centers : A Pilot Study on Supportive-Expressive Group Therapy for Women with Primary Breast Cancer*. *Breast Care* 2010;5:91-96. German-Karger
- Riskesdas. (2007). Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Salonen et al. (2010). *Change in Quality Life in Patients with Breast Cancer* Journal of Clinical Nursing 2011:20. Blackwell Publishing Ltd

Soehartati, dkk. (2010). *Onkologi Klinis*. Jakarta:EGC

Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta : CV.Sagung Seto.

Stedman. (2005). *Kamus Ringkas Kedokteran Stedman untuk Profesi Kesehatan*. 4th Edition, EGC-Indonesia.

Stuart, G Wiscarz dan Laraia, Michele T. (2005). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. Mosby Inc:St.Louis Missouri.

Varcarolis, Elizabet M dan Halter, Margaret J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 6th Edition, Elsevier Inc- New York.

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Watson Maggie & Kissane, David W. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. UK:John Wiley and Sons, Ltd.

World Health Organization. (2009). *Depression : ICD-10 criteria*. <http://www.mentalhealth.com/icd/p22-md01.html>. didapatkan pada tanggal 26 Februari 2011 jam 14.06

[www.americanpsychiatricassociation](http://www.americanpsychiatricassociation)

[www.dharmais.ci.id/index.php/cancer-statistic.html](http://www.dharmais.ci.id/index.php/cancer-statistic.html). (2011) didapatkan pada tanggal 26 Februari 2011 jam 14.03

[www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk). (2011) diunduh pada tanggal 13 Maret 2012 pukul 12.25 WIB

[www.pbs.org](http://www.pbs.org). Depression out of shadow statistic. (2011) diunduh pada tanggal 13 Maret 2012 pukul 12.26 WIB



**UNIVERSITAS INDONESIA**



# **LAMPIRAN**

**PENJELASAN TENTANG PENELITIAN**

- Judul Penelitian** : Pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi dan kemampuan mengatasi depresi pada pasien kanker di Rumah Sakit Jakarta.
- Peneliti** : Ninik Yunitri
- Nomor Telepon** : 081389723445

Saya, Ninik Yunitri (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif ekspresif terhadap depresi pada pasien kanker di Rumah Sakit X Jakarta

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di Rumah Sakit.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara :

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai hak responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden untuk dapat berpartisipasi. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Setelah membaca dan mendapat penjelasan langsung dari peneliti tentang penelitian ini serta mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya merawat pasien dengan depresi khususnya pada pasien kanker.

Dengan menandatangani pada surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Jakarta, Mei 2012

Peneliti

Responden

Ninik Yunitri  
NPM. 1006749150

-----  
( Nama Jelas )

**MATRIKS PERSIAPAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF  
PADA PASIEN KANKER**

Nama Kelompok	Kegiatan	Tanggal dan Bulan																								
		Mei 2012					Juni 2012																			
		27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kelompok 1 Rumah Singgah	Pre test																									
	Pelaksanaan terapi																									
	Post Test																									
Kelompok 2 Rumah Singgah	Pre test																									
	Pelaksanaan terapi																									
	Post Test																									
Kelompok 1 Lt 4 Bedah	Pre test																									
	Pelaksanaan terapi																									
	Post Test																									
Kelompok 1 Lt 5 Bedah	Pre test																									
	Pelaksanaan terapi																									
	Post Test																									
Kelompok	Pre test																									



**DATA DEMOGRAFI PASIEN**

**(Kuesioner A)**

**No Responden** :

**Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu
2. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda check (√) pada kolom yang disediakan
3. Pada pertanyaan isian, berilah jawaban sesuai pertanyaan.

**1. Nama Pasien** : -----

**2. Usia** : ----- tahun

**3. Jenis Kelamin** :  Laki-laki  Perempuan

**4. Pendidikan Terakhir :**

- Tidak Sekolah  SMU  
 SD  Pendidikan Tinggi  
 SMP

**5. Status Perkawinan :**

- Menikah  Belum/tidak Menikah

**6. Penghasilan :**

- < Rp. 1000.000,-  > Rp.1000.000,-

**7. Pekerjaan :**

- Bekerja  Tidak Bekerja

**8. Jenis Terapi yang dijalani :**

- Radioterapi  Kemoterapi  
 Pembedahan  Modifikasi Terapi

**9. Lama Perawatan**

≤ 6 Bulan

> 6 Bulan

**10. Jenis Kanker yang diderita**

Gastrointestinal

Ginekolog

Payudara

Urologi

Hematologi

Paru

lainnya

**11. Stadium Kanker**

Stadium I

Stadium II

Stadium III

Stadium IV

**INSTRUMEN PENGUKURAN  
RESPON PSIKOSOSIAL PASIEN  
(Kuesioner B)**

No Responden :

**Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu
2. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda check (√) pada kolom yang disediakan

**1. Perasaan Depresi**

(pesimis akan masa depan, merasa sedih, cenderung diam, penurunan etika, merasa tidak tertolong, tidak bahagia, penuh tekanan, perilaku tidak terkontrol)

- Tidak ada
- Perasaan muncul pada saat ditanyakan orang lain
- Sebagian besar perasaan tersebut muncul dan saya rasakan tanpa ditanyakan orang lain
- perasaan tersebut sangat kuat dirasakan, dan saya sering menangis karenanya
- saya selalu merasa bingung dengan perasaan tersebut

**2. Perasaan Bersalah**

- Saya tidak merasa bersalah
- Saya cenderung membuat orang lain merasa bersalah
- Saya merasa bersalah
- Saya merasa bersalah dan menganggap depresi sebagai hukuman terhadap apa yang pernah saya lakukan
- saya sangat merasa bersalah. Saya merasa sangat ketakutan

**3. Perilaku bunuh diri**

- Tidak pernah berfikir untuk bunuh diri
- Saya merasa hidup yang saya jalani bukanlah hal yang baik
- Saya berharap saya mati
- Saya sering berfikir untuk bunuh diri, mungkin saya akan mencoba bunuh diri
- Saya berencana untuk bunuh diri

**4. Gangguan menjelang tidur awal**

- Saya tidak merasa kesulitan memulai tidur
- Saya terkadang merasa kesulitan memulai tidur
- Saya kesulitan memulai tidur setiap malam

**5. Gangguan selama tidur**

- Saya dapat tidur dengan baik (nyenyak)
- Saya tidak dapat beristirahat dan merasa terganggu sepanjang malam
- Saya terbangun dimalam hari

**6. Gangguan Tidur Lanjutan**

- Saya dapat tidur nyenyak
- Saya biasanya terbangun lebih awal, namun dapat tidur kembali
- Saya terbangun lebih awal dan tidak bisa tidur kembali

**7. Kegiatan dan aktivitas**

- Tidak ada kesulitan melakukan aktifitas dan kegiatan
- Saya merasa tidak mampu bekerja dan mudah merasa lelah
- Saya tidak tertarik terhadap kegiatan dan hobi saya dulu. Saya merasa berat untuk melakukan aktifitas
- sekarang, saya tidak bisa melakukan aktifitas atau bekerja, selain itu saya merasa produktivitas saya menurun
- saya merasa tidak lagi mampu melakukan kegiatan dan aktivitas sosial

**8. Kemunduran psikomotor**

(Pergerakan lambat, bicara lambat dan nada suara pelan, tidak mampu konsentrasi)

- Bicara dan pikiran saya normal
- Saya merasa bicara dan berfikir saya melambat
- Saya merasa
- Saya terkadang sulit untuk bicara, saya tidak mampu konsentrasi.
- Apabila anda tidak bisa memahami pertanyaan ini namun masih mampu mencentangnya

**9. Perubahan pikiran**

- Tidak ada
- Perasaan muncul pada saat ditanyakan orang lain
- Saya sering bermain dengan tangan dan rambut
- Saya selalu bergerak, tidak bisa duduk diam dalam waktu lama
- Saya sering menyilangkan tangan atau menggigit kuku atau menggigit bibir saya tidak bisa tenang

**10. Cemas psikologis**

(mudah tersinggung, tidak dapat konsentrasi, selalu mencemaskan hal-hal kecil, takut untuk menanyakan sesuatu, merasa panik)

- Tidak ada
- Saya mudah tegang dan mudah tersinggung
- Saya sering khawatir tentang hal-hal kecil
- Saya cemas dan ketakutan, dan merasa akan terjadi sesuatu yang buruk
- Saya dalam kondisi penuh tekanan

**11. Cemas Somatik**

(Sistem Pencernaan : mulut kering, diare)

- Tidak ada
- Saya merasakan beberapa gejala tersebut namun dalam batas ringan
- Saya merasakan beberapa gejala dan dalam batas sedang
- Saya merasakan beberapa gejala dan dalam kondisi berat
- Sebagian besar gejala diatas saya rasakan, dan kondisi saya saat ini terganggu oleh gejala tersebut

**12. Gangguan Pencernaan**

- Tidak ada
- Saya merasa tidak nafsu makan namun saya tetap makan
- Saya merasa kesulitan untuk makan tanpa motivasi orang lain.Saya membutuhkan laksatif dan pengobatan untuk masalah pencernaan

**13. Gangguan somatik umum**

- Tidak ada
- Saya merasa berat di lidah, tengkuk (leher belakang), nyeri kepala, nyeri otot, lemah dan kelelahan
- Gejala tersebut sangat mempengaruhi saya

**14. Gangguan seksualitas**

(penurunan minat terhadap aktivitas seksual, penurunan performa seksual, gagguan menstruasi)

- Tidak ada
- Saya merasa memiliki masalah seperti diatas
- Gejala yang saya rasakan sangat berat

**15. Pikiran menyempit**

(kecemasan abnormal, merasa takut karena memiliki penyakit terminal)

- Tidak ada
- Sebagian besar waktu saya habis karena memikirkan penyakit saya
- Saya sering mengkhawatirkan tentang kesehatan saya
- Saya tidak percaya memiliki penyakit terminal
- Kondisi saya sakit. Saya tidak percaya memiliki penyakit terminal

**16. Kehilangan berat badan**

(saat ini)

- Tidak ada
- Kemungkinan berat badan saya menurun
- Berat badan saya turun

**17. Analisa diri**

(pesimis akan masa depan, merasa sedih, cenderung diam, penurunan etika, merasa tidak tertolong, tidak bahagia, penuh tekanan, perilaku tidak terkontrol)

- Saya tidak depresi atau saya tahu bahwa saya depresi dan memiliki gejala depresi
- Ya, saya depresi namun karena makanan yang buruk, kelebihan beban kerja, perubahan cuaca dan lainnya
- Saya yakin bahwa saya tidak sakit

**INSTRUMEN PENGUKURAN  
KEMAMPUAN MENGATASI DEPRESI  
(Kuesioner C)**

No Responden :

**Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu
2. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda check (√) pada kolom yang disediakan

No	Pernyataan	Pilihan jawaban		Ket
		ya	tidak	
1	Terjadi perubahan pada tubuh selama mengalami kanker			
2	Saya malu dengan perubahan yang saya alami			
3	Saya berusaha menutupi perubahan yang saya alami			
4	Saya mengalami kemunduran kemampuan berfikir, mengambil keputusan dan produktivitas			
5	Terapi yang saya jalani tidak tepat untuk saya			
6	Saya merasa malas atau tidak bersemangat menjalani terapi akibat efek samping yang saya jalani			
7	Saya menjadi mudah tersinggung setelah mengalami kanker			
8	Saya merasa tidak bisa membina hubungan baik dengan tenaga kesehatan			
9	Saya sulit untuk berkomunikasi			

	dengan dokter saya atau tenaga kesehatan lainnya			
10	Hubungan saya dan keluarga kurang berjalan baik setelah mengalami kanker			
11	Pola komunikasi Saya dengan keluarga berubah ke arah kurang baik			
12	Komunikasi saya dan tetangga atau rekan kerja di kantor tidak berjalan baik			
13	Saya tidak tahu tujuan hidup saya			
14	Hidup saya terasa tidak bermakna			
15	Masa depan saya tidak jelas			
16	Saya merasa kesal karena mengalami kanker			
17	Saya tidak tahu alasan saya mengalami kanker			



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MODUL TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF  
PADA PASIEN KANKER**

**Disusun Oleh :**

**Ns. Ninik Yunitri, S.Kep**

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

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, karena atas rahmat-Nya penulis mampu menyusun “Modul Terapi Kelompok Supportif Ekspresif pada Pasien Kanker” dapat diselesaikan. Selama penyusunan modul ini, penulis mendapatkan banyak dukungan baik fisik, maupun moril dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku ketua program pasca sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan selaku koordinator mata ajar tesis keperawatan.
3. Ibu Prof.Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi kepada peneliti.
4. Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, selaku pembimbing II tesis, yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan.
5. Ibu Novy Helena C.D., S.Kp., MSc sebagai pembimbing akademik peneliti yang selalu memberikan semangat kepada peneliti untuk menyelesaikan Modul Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker
6. Rekan-rekan angkatan VIII Program Magister Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyusunan Modul Terapi Kelompok Suportif Ekspresif pada Pasien Kanker

Semoga amal ibadah dan budi baik bapak, ibu serta rekan-rekan  
mendapatkan rahmat yang berlimpah dari Allah SWT.

Depok, April 2012

Peneliti



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> -----	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> -----	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> -----	<b>iii</b>
<b>BAB 1      PENDAHULUAN</b> -----	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang -----	1
1.2 Tujuan -----	5
1.3 Manfaat -----	6
<b>BAB 2      PELAKSANAAN TERAPI</b>	
<b>            KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF</b> -----	<b>7</b>
2.1 SESI I -----	7
2.2 SESI II -----	15
2.3 SESI III -----	22
2.4 SESI IV -----	29
2.5 SESI V -----	37
2.6 SESI VI -----	44
2.7 SESI VII-----	50
2.8 SESI VIII -----	56
<b>BAB 3      PENUTUP</b> -----	<b>62</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> -----	<b>64</b>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan fisik merupakan kondisi yang penuh stress bagi semua orang, meskipun tingkatan stress setiap orang bervariasi tergantung pada mekanisme adaptasi dan coping yang dimiliki. Sedih dan berduka merupakan reaksi normal yang dialami oleh pasien kanker, karena kesedihan dan berduka dianggap sebagai hal yang normal. Individu yang didiagnosa menderita kanker akan mengalami stress dan perubahan status emosi, hal ini terjadi karena beragam hal antara lain adanya rasa takut terhadap kematian, perubahan gambaran diri atau harga diri, perubahan peran dan status sosial dan perubahan status ekonomi. Terdapat dua gangguan mental yang terbanyak terjadi pada penderita kanker yaitu cemas dan depresi.

Mhaidat, Alzoubi dan Alhusein (2009) menemukan bahwa kejadian depresi tertinggi terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi kombinasi (pembedahan dan kemoterapi atau lainnya) yaitu 26% sedangkan pada pasien dengan terapi tunggal seperti kemoterapi hanya 20 % mengalami depresi. Kejadian depresi terendah terjadi pada pasien kanker yang menjalani terapi radioterapi (1%). Desen (2008) dalam bukunya mengatakan hal lumrah yang sering terjadi pada saat pasien mendapatkan diagnosa kanker adalah penolakan, cemas, marah, depresi dan cendrung menyendiri. Sedangkan pada tahap menjalani terapi kebanyakan pasien mengalami cemas, ketakutan, depresi dan gangguan emosi.

Depresi merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood

individu (Hecht and Shiel, 2003.). Depresi merupakan gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Terdapat banyak kasus depresi yang tidak teridentifikasi karena depresi pada pasien kanker dianggap sebagai proses yang normal terjadi. Depresi pada pasien kanker masih belum banyak mendapatkan perhatian oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit, sehingga penanganannya hanya berpusat pada pemenuhan kebutuhan secara fisik, meskipun pada kenyataannya ketiadaan depresi mampu meningkatkan kualitas pengobatan yang dijalani oleh pasien.

Depresi dapat menjadi faktor yang berisiko untuk menghambat proses pengobatan. Didapati bahwa pasien dengan depresi tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi. Depresi yang tidak terdiagnosa dan tidak diberikan terapi akan memberikan dampak perubahan pengobatan dan meningkatkan distress pasien. Simon et al (2005 dalam Varcarolis dan Halter 2010), menyebutkan pasien dengan penyakit kronik yang mengalami depresi dan mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya menunjukkan peningkatan dalam minat menjalani terapi medis, bereaksi baik terhadap pengobatan dan mengalami peningkatan kualitas hidup.

Asuhan Keperawatan pada depresi yang dialami oleh pasien kanker seharusnya mencakup asuhan yang komprehensif meliputi bio, psiko, sosial, cultural dan spiritual, walaupun pada kenyataannya di tatanan pelayanan kesehatan masih banyak perawat yang lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan fisik terkait perubahan fungsi fisiologis saja. Hal ini biasanya dihubungkan dengan tingginya aktivitas pelayanan asuhan sehingga mengesampingkan pemenuhan kebutuhan psiko, sosial dan spiritual pasien. Psikoterapi sebagai salah satu terapi untuk

mengatasi masalah psikososial telah berkembang pesat. Banyak orang mulai menyadari kesehatan tidak hanya fisik semata, namun juga mental dan spiritual menjadi faktor penting dalam mendukung proses penyembuhan.

Psikoterapi telah dikembangkan sejak tahun 1952 oleh Hans, J, Eysenck. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Eysenck, didapatkan sekitar 74% dari 24 penelitian pada pasien neurotik yang menjalani psikoterapi selama 2 tahun mengalami kemajuan dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan terapi. Setelah tahun 1980 didapati hasil yang menunjukkan peningkatan hasil penelitian dimana pasien yang mendapatkan psikoterapi menunjukkan peningkatan signifikan jika dibandingkan dengan pasien tanpa terapi. Dari penelitian yang dilakukan didapatkan hasil pasien dengan pemberian plasebo menunjukkan peningkatan sebanyak 66% jika dibandingkan pasien tanpa terapi apapun, sedangkan pasien yang mendapatkan psikoterapi mengalami peningkatan sebanyak 80% jika dibandingkan pasien tanpa perlakuan. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan psikoterapi menunjukkan hasil lebih baik jika dibandingkan pasien yang mendapatkan terapi plasebo dan tanpa terapi (Lambert & Vermeersch, 2002).

Psikoterapi dapat ditujukan kepada individu, keluarga maupun kelompok. Psikoterapi diberikan berdasarkan kebutuhan dan adanya indikasi pada pasien. Psikoterapi merupakan penatalaksanaan gangguan emosi, perilaku, kepribadian, psikiatri yang terutama didasarkan pada komunikasi dan intervensi verbal atau nonverbal dengan pasien, berbeda dengan penatalaksanaan menggunakan upaya kimia dan fisik (Stedman, 2005).

Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok. Terapi kelompok suportif ekspresif awalnya didesain sebagai terapi bagi wanita dengan kanker payudara. Terapi ini telah banyak digunakan pada pasien kanker payudara dan kanker lainnya. Terapi kelompok suportif ekspresif merupakan psikoterapi kelompok yang dilakukan setiap minggu dan ditujukan untuk mengatasi masalah emosional dan interpersonal yang dialami oleh pasien kanker (Watson & Kissane, 2011). Sebagai salah satu terapi kelompok, terapi kelompok suportif ekspresif bertujuan sebagai terapi untuk perubahan status emosi, pikiran dan perilaku. Terapi kelompok digunakan sebagai salah satu cara agar pesertanya mampu merubah perilaku, tidak hanya memahami atau mencari dukungan sosial namun juga belajar bertanggungjawab terhadap orang lain melalui saling memberikan bantuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh setiap peserta (Stuart and Laraia, 2005).

Terapi kelompok suportif ekspresif telah terbukti memiliki dampak positif terhadap depresi dan marah. Goodwin et al (2001) melakukan penelitian terhadap 235 pasien kanker payudara yang telah mengalami metastasis sel kanker. Wanita dengan perlakuan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi dan perasaannya, mampu memutuskan strategi koping dalam menghadapi masalah dan mampu berbagi memberikan dukungan pada seluruh peserta di luar terapi. pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif menunjukkan penurunan gejala depresi jika dibandingkan dengan pasien kelompok kontrol.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Fukui dan Kugaya (2000, dalam Boutin, 2007) didapatkan hasil bahwa dari 50 responden pasien dengan kanker payudara stadium lanjut terjadi

penurunan gangguan mood, penurunan gejala depresi dan mengurangi perilaku marah pasien. Penelitian dilakukan selama 6 minggu dengan pertemuan satu kali dalam seminggu selama 90 menit. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Clasen et al (2001) menyebutkan pada 102 wanita pasien kanker payudara stadium lanjut, terapi kelompok suportif ekspresif memberikan dampak terhadap menurunnya masalah, memperkuat hubungan kerjasama mereka dan mampu menemukan makna hidup yang lebih berarti. Wanita pasien kanker yang mendapatkan terapi kelompok suportif ekspresif mengalami penurunan total hingga tidak ada lagi gejala perubahan mood dibandingkan wanita pasien kanker dalam kelompok kontrol.

Terapi kelompok suportif ekspresif dikembangkan dalam bentuk modul kepada pasien kanker yang mengalami depresi dalam upaya menerapkan asuhan keperawatan jiwa ditatanan pelayanan rumah sakit. Modul terapi ini terdiri atas 8 sesi yaitu

- Sesi 1 : menyesuaikan diri dengan perubahan konsep dan gambaran diri
- Sesi 2 : fokus pada terapi yang dijalani
- Sesi 3 : Meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan
- Sesi 4 : efek kanker pada keluarga dan sosial
- Sesi 5 : menilai kembali tujuan hidup
- Sesi 6 : Kemampuan mengantisipasi kejadian tidak diinginkan
- Sesi 7 : Mengevaluasi hikmah mengalami kanker
- Sesi 8 : evaluasi manfaat terapi dan terminasi

## **1.2 Tujuan**

Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan pasien kanker mengatasi depresi

## Tujuan Khusus

Pasien kanker yang mengikuti terapi kelompok suportif ekspresif mampu :

- 1.2.1 Menyesuaikan diri terhadap perubahan konsep dan gambaran diri
- 1.2.2 Mampu fokus pada terapi yang dijalani
- 1.2.3 Meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan
- 1.2.4 Meningkatkan komunikasi efektif pada keluarga dan lingkungan sosial
- 1.2.5 Mampu memprioritaskan tujuan hidup
- 1.2.6 Mampu mengatasi kejadian tidak diinginkan
- 1.2.7 Mampu menilai himah mengalami kanker
- 1.2.8 Mampu mengatasi masalah melalui pengalaman orang lain dan mendapatkan serta memberikan dukungan kepada sesama pasien kanker

## 1.3 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi seluruh pihak terutama untuk kesehatan jiwa pasien kanker.

- 1.3.1 Bagi pasien kanker, dapat menjadi panduan untuk mengatasi depresi dan meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah dan mendapatkan dukungan sosial
- 1.3.2 Bagi Ilmu keperawatan, dapat berperan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sebagai salah satu terapi kelompok untuk mengatasi masalah psikososial
- 1.3.3 Bagi pelayanan keperawatan, memberikan inovasi terapi praktik keperawatan jiwa dalam mengatasi masalah psikososial.

## **BAB 2**

### **PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF**

Pelaksanaan terapi kelompok suportif ekspresif terdiri atas delapan sesi dan dilaksanakan selama 90 menit dalam setiap pertemuannya. Kegiatan pada setiap sesi adalah sebagai berikut :

#### **2.1 Sesi 1 : Menyesuaikan Diri Dengan Perubahan Konsep Dan Gambaran Diri**

Pasien kanker memiliki pandangan berbeda. Pasien cenderung tidak mampu melakukan aktivitasnya lagi, kelelahan, bahkan mungkin berhenti kerja. Perubahan ini menjadi penyebab pasien merasa identitasnya berubah. Apabila perubahan tersebut terjadi pada organ reproduksi, pasien akan merasa kehilangan jati diri sebagai wanita dan mengalami perubahan fungsi seksualitas serta mudah merasa lebih tua. Biasanya gejala tersebut berhubungan dengan kerontokan rambut, menopause dini, gangguan sekresi vagina, dan perubahan aktivitas seksual. Perubahan fisik, mental dan sosial yang dialami pasien sering kali membuat pasien merasa tidak nyaman, tidak berdaya dan tidak mampu mengendalikan diri serta kehidupannya, sehingga pasien cenderung pasrah dan tidak memiliki motivasi untuk melakukan sesuatu.

Salah satu alasan mengekspresikan perasaan adalah dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mengontrol dirinya kembali. Banyak pasien setelah mengekspresikan pikiran dan perasaannya merasa kehilangan banyak energi. Melalui dukungan dari peserta, pasien dapat mempelajari cara untuk mengatasi tidak nyaman, mengenal masalah, dan mempelajari mekanisme koping yang tepat untuk mengontrol kondisi emosional dalam hidupnya.

Peran terapi adalah dengan bersikap empati, memahami perasaan yang dirasakan pasien sambil menggali kemampuan mengatasi masalah berdasarkan pengalaman pasien. Terapis juga berperan mengatasi pikiran negatif yang muncul dan berusaha meningkatkan kondisi pasien dengan berusaha mengatur hal yang bisa diselesaikan pasien.

Pada sesi ini, pasien akan mengeksplorasi pandangan mengenai dirinya sendiri. Peran terapis pada tahap ini untuk mengangkat masalah menjadi tema diskusi, terutama menyangkut perubahan fisik yang dialami oleh pasien. Inti tujuan dari tahapan ini adalah agar dapat menerima perubahan fisik yang dialami melalui mengekspresikan perasaannya dan mengontrol masalah yang muncul akibat perubahan tersebut.

### **2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 1**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien Mampu mengenal seluruh peserta
2. Pasien Mampu mengidentifikasi masalah yang muncul akibat perubahan fisik pasien
3. Pasien Mampu berbagi pengalaman mengenai perubahan fisik dan cara mengatasinya
4. Pasien Mampu menerima perubahan yang dialami
5. Pasien Mampu melakukan teknik relaksasi 5 jari

#### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membnetuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

### **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol
5. Tape dan speaker

### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

#### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam Terapeutik  
Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri dan berkenalan dengan seluruh peserta  
Memberikan kesempatan kepada seluruh peserta untuk memperkenalkan diri (nama, nama panggilan, alamat)
- b. Evaluasi dan Validasi  
Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan mengenai terapi kelompok suportif ekspresif, jumlah sesi dan pertemuan yang akan dijalani dan menyepakati jadwal pertemuan
- 2) Menjelaskan tujuan sesi satu
- 3) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

**3. Fase Kerja**

- a. Mengidentifikasi perubahan fisik yang dialami
  - 1) Terapis meminta setiap peserta untuk mengidentifikasi perubahan fisik yang dialami selama mengalami kanker
  - 2) Terapis meminta peserta untuk menuliskannya dalam buku kerja
  
- b. Berbagi pengalaman mengenai perubahan fisik yang dialami, perubahan gambaran diri, konsep diri dan cara mengatasinya
  - 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai perubahan fisik yang dialami, perubahan gambaran diri dan pengalaman dalam mengatasinya kepada seluruh peserta kelompok

- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
  - 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
  - 4) Terapis meminta peserta lain untuk menulis cara mengatasi perubahan fisik yang menurutnya tepat dan sesuai untuk digunakan pada buku kerja.
- c. Menerima perubahan yang dialami
- 1) Terapis menyimpulkan bahwa seluruh peserta mengalami perubahan fisik dan mengalami masalah karenanya. Terapis menekankan bahwa peserta tidak sendiri tapi ada orang lain yang siap memberikan dukungan sosial kepada peserta.
- d. Melakukan teknik relaksasi 5 jari
- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
  - 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat cara relaksasi yang dicontohkan terlebih dahulu dan memastikan setiap peserta memahami teknik relaksasi 5 jari
  - 3) Terapis menyalakan musik instrumen
  - 4) Terapis menuntun peserta untuk tarik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil memejamkan mata
  - 5) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari telunjuk dan membayangkan saat ini dalam kondisi sehat
  - 6) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari tengah dan mengingat kembali pengalaman saat pertama kali bertemu dengan orang yang dicintai

- 7) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari manis dan membayangkan pada saat dipuji oleh orang yang dicintai
- 8) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari kelingking dan membayangkan saat berada di tempat yang paling disukai.
- 9) Terapis menginstruksikan peserta untuk tetap memejamkan mata sambil tarik nafas dalam dan diakhir tarik nafas dalam ke dua pasien diinstruksikan untuk membuka mata

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan peserta mengenal anggota kelompok
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta berbagi pengalaman mengenai perubahan fisik dan cara mengatasinya
- 4) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 5) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan teknik relaksasi 5 jari
- 6) Memberikan pujian

##### **b. Rencana tindak lanjut**

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali perubahan lain yang dialami dan cara mengatasinya

3) Mengajukan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui topik pada pertemuan sesi 2 : fokus pada terapi yang dijalani
- 2) Menyetujui waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

**2.2.2 Evaluasi**

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 1 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 1 dalam Kelompok**

Tanggal : .....

Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Berkenalan dan memperkenalkan diri													
2	Mengidentifikasi perubahan fisik, gambaran diri, konsep diri													
3	Berbagi pengalaman perubahan fisik, gambaran diri, konsep diri yang dialami dan cara mengatasinya													
4	Melakukan teknik relaksasi													

	5 jari													
5	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

**Sesi 1 : Menyesuaikan Diri Dengan Perubahan Konsep Dan Gambaran Diri**

**Perubahan Fisik Yang Dialami Dan Cara Mengatasinya**

Tanggal	No	Perubahan Fisik	Cara Mengatasinya

**Perubahan Gambaran dan Konsep Diri Yang Dialami Dan Cara Mengatasinya**

Tanggal	No	Perubahan Gambaran dan Konsep Diri	Cara Mengatasinya

## **2.2 Sesi 2 : fokus pada terapi yang dijalani**

Sebagian besar pasien akan merasa terapi yang dijalani tidak sesuai, meskipun terapi tersebut adalah terapi terbaik bagi jenis kankernya. Pasien berfikir negatif terhadap dokternya. Hal ini yang melatarbeakangi pentingnya hubungan baik antara dokter dan pasien. Menjalani terapi menumbuhkan rasa aman pada pasien meskipun pasien terkadang ragu dan khawatir dengan terapi yang dijalani. Oleh karena itu, pasien biasanya akan merasa ketakutan akan berkembang kembali kanker setelah terapi diselesaikan. (Spiegel & Bloom, 1983, dalam Classen et al, 2007).

Beberapa jenis terapi kanker mungkin dianggap terbaik bagi sebagian pasien, akan tetapi setiap terapi memiliki efek samping sendiri. Melalui diskusi tentang topik terapi pasien saling bertukar pikiran tentang keuntungan terapi yang dijalani, sehingga dapat menepis dugaan pasien yang salah. Saling berbagi pengalaman dan bertukar pikiran, pasien akan semakin memahami terapi yang dijalani. Selain memahami tentang terapi, efek samping terapi juga menjadi topik menarik bagi pasien. Efek samping terapi yang biasanya mempengaruhi emosi adalah perubahan kondisi fisik seperti kerontokan rambut, kelemahan fisik dan menopause dini.

Strategi yang dapat dilakukan pada sesi 2 adalah menjadikan terapi sebagai topik pembicaraan dalam kelompok.

### **2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 2**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi terapi yang sedang dijalani
2. Pasien mampu berbagi pengalaman mengenai terapi yang dijalani, efek samping terapi, keuntungan dan kelemahan terapi
3. Pasien mampu fokus dan menerima terapi yang dijalani
4. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi 5 jari

#### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

#### **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker

#### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

#### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada di ruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

## **2. Fase Orientasi**

### **a. Salam Terapeutik**

Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama

### **b. Evaluasi dan Validasi**

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
- 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
- 3) Mengklarifikasi perubahan fisik lain yang dirasakan peserta
- 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya

### **c. Kontrak**

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 2
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

## **3. Fase Kerja**

### **a. Mengidentifikasi terapi yang dijalani dan masalah yang muncul akibat terapi tersebut serta cara mengatasinya**

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk menulis dan menyebutkan terapi yang sedang dijalani
- 2) Terapis meminta peserta untuk menuliskan perubahan, efek samping, kelebihan dan kelemahan terapi yang dijalani

b. Berbagi pengalaman mengenai terapi

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai terapi, efek samping, kelebihan dan kelemahan terapi yang dijalani
- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
- 4) Terapis meminta peserta lain untuk menulis cara mengatasi efek samping terapi

c. Menerima perubahan yang dialami

- 1) Terapis menyimpulkan bahwa terapi yang dijalani merupakan terapi terbaik, setiap pasien kanker memiliki terapi yang berbeda dengan pasien lainnya

d. Melakukan teknik relaksasi 5 jari

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat cara relaksasi yang dicontohkan terlebih dahulu dan memastikan setiap peserta memahami teknik relaksasi 5 jari
- 3) Terapis menyalakan musik instrumen
- 4) Terapis menuntun peserta untuk tarik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil memejamkan mata
- 5) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari telunjuk dan membayangkan saat ini dalam kondisi sehat

- 6) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari tengah dan mengingat kembali pengalaman saat pertama kali bertemu dengan orang yang dicintai
- 7) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari manis dan membayangkan pada saat dipuji oleh orang yang dicintai
- 8) Terapis menuntun peserta untuk menyentuh jari kelingking dan membayangkan saat berada di tempat yang paling disukai.
- 9) Terapis menginstruksikan peserta untuk tetap memejamkan mata sambil tarik nafas dalam dan diakhir tarik nafas dalam ke dua pasien diinstruksikan untuk membuka mata

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan peserta berbagi pengalaman mengenai terapi yang dijalani
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

##### **b. Rencana tindak lanjut**

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya

- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali efek samping terapi, kelebihan, kelemahan terapi dan cara mengatasinya
- 3) Menganjurkan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui topik pada pertemuan sesi 3 : meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan
- 2) Menyetujui waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

### **2.3.2 Evaluasi**

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 2 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 2  
dalam Kelompok**

Tanggal : ----:-----

Kelompok : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan Terapi yang dijalani													
2	Mengidentifikasi efek samping terapi yang dijalani													
3	Berbagi pengalaman tentang terapi yang dijalani													
4	Melakukan progresif relaksasi													
5	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

Sesi 2 : Fokus pada terapi yang dijalani

**Kelebihan dan Kekurangan Terapi**

TANGGAL	NO	KELEBIHAN TERAPI	KEKURANGAN TERAPI

**Terapi Yang Dijalani, Efek Samping Yang Muncul dan Cara Mengatasinya**

Tanggal	No	Efek Samping Terapi	Cara Mengatasinya

### **2.3 Sesi 3 : Meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan**

Perasaan tergantung kepada dokter merupakan masalah yang berat bagi pasien. Untuk itu, terapis harus memotivasi pasien agar menjadi lebih aktif mencari tahu mengenai terapi yang dijalani dengan cara menyiapkan daftar pertanyaan terlebih dahulu untuk ditanyakan kemudian, mengajukan pertanyaan dengan jelas, tidak menyembunyikan harapan pasien sehingga dokter memahami apa yang diinginkan oleh pasien, coba untuk mencari sumber kedua jika dibutuhkan, mencari tahu mengenai penyakit dan terapinya secara mandiri. Meskipun dokter sering merasatertekan dengan beban kerja, tidak bermakna bahwa mereka dapat memberikan penjelasan yang tidak jelas. Membantu pasien mengidentifikasi faktor penyebab perubahan perasaannya ketika bersama dokter merupakan langkah pertama yang harus dilakukan. Dukungan kelompok dapat diberikan kepada pasien melalui pengalaman menghadapi kasus yang sama, selain itu pasien juga dapat meniru teknik komunikasi yang digunakan untuk berkomunikasi dengan dokternya.

Strategi untuk mencapai hubungan pasien dan dokter yang baik adalah dengan membantu pasien membina hubungan baik dengan dokternya. Dalam rangka memfasilitasi hubungan antar dokter dan pasiennya, penting untuk diketahui teknik komunikasi yang tidak tepat. Terkadang pasien mengarahkan kemarahan dan rasa frustasi akibat kankernya kepada dokter. Ketakutan terhadap penyakit dapat menghambat penerimaan informasi dengan baik dan menjadikan pasien tidak berkomunikasi secara terbuka.

### **2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 3**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi pentingnya menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan
2. Pasien mampu berbagi pengalaman mengenai cara meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan
3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi progresif relaksasi

#### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

#### **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker
6. Lembar balik gerakan progresif relaksasi

#### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

#### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai

b. Mempersiapkan media dan alat

## **2. Fase Orientasi**

a. Salam Terapeutik

Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama

b. Evaluasi dan Validasi

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
- 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
- 3) Mengklarifikasi ketepatan terapi yang dijalani
- 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya untuk mengatasi efek samping terapi

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 3
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

## **3. Fase Kerja**

a. Mengidentifikasi hubungan peserta dengan tenaga kesehatan

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk menulis masalah yang dialami dengan tenaga kesehatan

b. Berbagi pengalaman mengenai hubungan dengan tenaga kesehatan

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai hubungan dengan tenaga kesehatan, masalah yang muncul dan cara mengatasinya
- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
- 4) Terapis meminta peserta lain untuk menulis cara meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

c. Menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan

Terapis menyimpulkan bahwa hubungan baik dengan tenaga kesehatan dapat dijalin melalui komunikasi terbuka. Melalui mengidentifikasi terlebih dahulu topik pertanyaan atau pembicaraan yang ingin dilakukan, membuat daftar pertanyaan yang ingin ditanyakan agar tidak bingung dengan keinginan. Menyampaikan keinginan secara terbuka dan membuat kesepakatan pentingnya saling terbuka antara tenaga kesehatan dan pasien

d. Melakukan Progresif Relaksasi dari Bagian Kepala

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat lembar balik gambar progresif relaksasi dan melihat gerakan yang dicontohkan oleh terapis
- 3) Terapis menyalakan musik instrumen

- 4) Terapis menuntun peserta untuk tarik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil dan mengikuti gerakan
- 5) Terapis menuntun peserta untuk melakukan seluruh gerakan dari bagian kepala sampai tangan hingga selesai:
  - Memejamkan mata sekuat mungkin dan kemudian membukanya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Mengembungkan pipi dan menahannya kemudian mengempiskannya perlahan-lahan
  - Memonyongkan bibir kemudian melemaskannya perlahan-lahan
  - Tersenyum selebar mungkin dan kemudian melemaskannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan.
- 6) Memberikan umpan balik positif kepada seluruh peserta

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan peserta berbagi pengalaman mengenai hubungan dengan tenaga kesehatan
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali masalah yang muncul dengan tenaga kesehatan
- 3) Menganjurkan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik pada pertemuan sesi 4 : efek kanker pada keluarga dan lingkungan sosial
- 2) Menyepakati waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

### 2.3.2 Evaluasi

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 3 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 3  
dalam Kelompok**

Tanggal            : -----

Kelompok        : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi pendapat peserta pentingnya hubungan baik dengan tenaga kesehatan													
2	Mengidentifikasi masalah dengan tenaga kesehatan													
3	Berbagi pengalaman tentang hubungan dengan tenaga kesehatan dan cara mengatasi masalah yang muncul													
4	Melakukan progresif relaksasi													
	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

**Sesi 3 : Menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan**

Tanggal	No	Pentingnya menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan	Cara Meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan

#### **2.4 Sesi 4 : efek kanker pada keluarga dan sosial**

Pasien kanker tidak hanya mengalami perubahan secara fisi dan mental namun juga perubahan secara sosial. Pasien sering kali merasa jauh dari keluarga. Pasien merasa menjadi beban bagi keluarga sehingga memiliki pikiran untuk tidak menunjukkan rasa sakitnya kepada anggota keluarga. Di sisi lain, keluarga juga merasa tidak memiliki kemampuan untuk membantu mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien. Kedua pihak berusaha saling menjaga perasaan yang berakhir dengan kurang efektif dan terbukanya komunikasi antar anggota keluarga. Selain itu, masalah juga muncul antara pasien dengan anak-anaknya. Ketidaktahuan akan penyakit orang tua akan lebih membuat anak merasa berduka jika dibandingkan bila informasi tersebut telah diketahui sebelumnya. Selain itu, anak akan merasa bahwa dirinya bukanlah bagian dari keluarga dan tidak berperan dalam keluarga. Bagi anak dengan usia kecil, kehilangan seseorang yang dicintai sering dianggap sebagai konsekuensi sebagai hukuman karena melakukan kesalahan. Dengan memberikan penjelasan bahwa ibu atau ayah masih sayang, hal ini bukan kesalahan mereka, orang tua tetap akan merawat mereka akan membuat anak memahami kondisi yang terjadi.

Topik pembahasan pada sesi ini adalah mengenai masalah dan kesulitan yang dirasakan untuk berhadapan dengan keluarga dan hubungan sosial pasien dengan orang lain. Tujuan tindakan ini adalah untuk meminimalisir rasa takut dan kesulitan berhadapan dengan keluarga. Dalam kelompok, pasien akan belajar mengatasi takut dan khawatirnya dengan melihat pengalaman pasien lain berkomunikasi dengan keluarga. Dengan membagi perasaan dengan anggota keluarga akan mendekatkan keluarga dan mengatasi perasaan terisolasi dari keluarga. Melalui berbagi pengalaman kepada peserta, pasien dapat

bertukar pengalaman dengan peserta yang merasakan hal sama. Se jauh pelaksanaan terapi kecenderungan topik pembicaraan beralih pada perilaku rekan kerja yang berbeda, terapis dapat kembali mengingatkan bahwa anggota harus fokus pada perasaan yang dirasakan oleh anggota terkait kejadian tersebut. Hal penting dari diskusi ini adalah untuk menghadirkan realita bahwa hubungan yang diinginkan pasien tidak selamanya akan didapatkan. Dengan mengidentifikasi keinginan, mempelajari bagaimana cara menyampaikan kebutuhan kepada orang lain dan memutuskan untuk mengakhiri hubungan sosial jika tidak membantu, hal ini menjadikan pasien dan keluarga merasa saling mendukung satu sama lain.

Selain itu, pada sesi ini terapis menggiring pasien untuk membahas masalah ketika komunikasi dengan anak. Terapis menstimulus seluruh anggota untuk menceritakan masalah dan mengekspresikannya. Setelah itu terapis menghimpun seluruh anggota untuk menanggapi masalah yang diceritakan oleh salah satu peserta untuk dapat diberikan jalan keluarnya. Untuk mengatasi masalah ini, terapis dapat membantu mengatasinya dengan memberikan informasi dan pengertian mengenai penyakit serius yang sedang dialami oleh anggota keluarga terutama jika usia anak dirasakan cukup tua.

#### **2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 4**

##### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya keluarga dan lingkungan sosial
2. Pasien mampu berbagi pengalaman mengenai masalah yang dihadapi peserta terhadap perubahan yang dialami dalam hubungannya

3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi progresif relaksasi

## **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

## **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasiv
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker
6. Lembar balik gambar progresif relaksasi

## **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

### **2. Fase Orientasi**

- d. Salam Terapeutik

Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama

e. Evaluasi dan Validasi

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
- 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
- 3) Mengklarifikasi hubungan peserta dengan tenaga kesehatan
- 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya untuk meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

f. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 4
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

**3. Fase Kerja**

- a. Mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya antara peserta dengan keluarga dan lingkungan sosial
  - 1) Terapis meminta setiap peserta untuk menulis perubahan yang dialami dalam hubungannya pada keluarga dan lingkungan sosial setelah mengalami kanker

b. Berbagi pengalaman efek kanker terhadap hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial
- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
- 4) Terapis meminta peserta lain untuk menulis cara meningkatkan hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial

c. Menjalin hubungan baik dengan keluarga dan lingkungan sosial

Terapis menyimpulkan bahwa hubungan baik dengan keluarga dan lingkungan sosial dapat di tingkatkan melalui komunikasi terbuka dan saling memahami kebutuhan setiap orang.

d. Melakukan Progresif Relaksasi bagian dada dan ekstremitas atas

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat lembar balik gambar progresif relaksasi dan melihat gerakan yang dicontohkan oleh terapis
- 3) Terapis menyalakan musik instrumen
- 4) Terapis menuntun peserta untuk tarik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil dan mengikuti gerakan

- 5) Terapis menuntun peserta untuk melakukan seluruh gerakan hingga selesai
- Menyentuh dagu ke arah dada dan meregangkan ke arah belakang sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Mengangkat bahu ke arah atas dan kemudian menurunkannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Menggenggam tangan dengan kuat kemudian meregangkannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Menarik tangan ke arah tubuh dan kemudian menurunkannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
- 6) Memberikan umpan balik positif kepada seluruh peserta

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan peserta berbagi pengalaman mengenai hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali masalah yang muncul dalam hubungan keluarga dan lingkungan sosial
- 3) Menganjurkan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik pada pertemuan sesi 5 : menilai kembali tujuan hidup
- 2) Menyepakati waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

#### **2.4.2 Evaluasi**

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 4 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 4  
dalam Kelompok**

Tanggal            : -----

Kelompok        : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya dengan keluarga													
2	Mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya dengan lingkungan sosial													
3	Berbagi pengalaman tentang mengatasi masalah dalam hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial													
4	Melakukan progresif relaksasi													
5	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

Sesi 4 : Efek kanker terhadap hubungan keluarga dan lingkungan sosial

**Efek Kanker terhadap keluarga**

TANGGAL	NO	EFEK KANKER PADA KELUARGA	CARA MENGATASINYA

**Efek Kanker terhadap Lingkungan Sosial**

TANGGAL	NO	EFEK KANKER PADA LINGKUNGAN SOSIAL	CARA MENGATASINYA

## **Sesi 5 : Menilai kembali tujuan hidup**

Menjalani hidup dengan kanker merubah perspektif atau cara pandang individu terhadap kehidupan dan masa depan. Terdapat kecenderungan untuk memahami individu melalui cara mereka memandang kehidupannya, sehingga penting bagi pasien kanker untuk menata kembali dan mengembangkan tujuan hidup. Selain itu perlu mengklarifikasi makna dan tujuan hidup, terutama ketika pasien memanfaatkan sisa waktunya tanpa memperdulikan lama atau singkatnya waktu yang dimiliki.

Melalui mendiskusikan tujuan hidup dapat membantu pasien melihat kembali dampak kanker terhadap kehidupannya sehingga pasien dapat lebih menikmati hidupnya mendatang. Hal ini tergantung pada bagaimana pasien menilai kembali makna dan pengetahuannya tentang bagaimana cara menanggapi kejadian yang akan datang.

Sesi ini akan membahas topik yang dapat membantu pasien untuk kembali melihat prioritas dan tujuan hidupnya. Terapis dan peserta akan mendiskusikan tujuan yang ingin dicapai sehingga pasien mampu menyusun kembali nilai kehidupan yang ingin dicapai sehingga mampu menikmati hidup.

### **2.5.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 5**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi tujuan hidup peserta
2. Pasien mampu berbagi pengalaman mengenai tujuan hidup
3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi Progresif Relaksasi

## **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

## **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker

## **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada di ruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam Terapeutik  
Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama
- b. Evaluasi dan Validasi
  - 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
  - 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta

- 3) Mengklarifikasi hubungan peserta dengan keluarga dan lingkungan sosial
- 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya untuk meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 5
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

**3. Fase Kerja**

a. Mengidentifikasi tujuan hidup peserta

Terapis meminta setiap peserta untuk menulis tujuan hidupnya

b. Berbagi pengalaman tentang tujuan hidup peserta

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai tujuan hidup
- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
- 4) Terapis meminta peserta lain untuk menilai kembali makna dan memprioritaskan tujuan hidupnya

c. Menilai kembali tujuan hidup

Terapis menyimpulkan bahwa dengan mengetahui tujuan hidup, pasien akan mampu menjalani hidupnya lebih baik.

d. Melakukan Progresif Relaksasi bagian panggul dan ekstremitas bawah

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat lembar balik gambar progresif relaksasi dan melihat gerakan yang dicontohkan oleh terapis
- 3) Terapis menyalakan musik instrumen
- 4) Terapis menuntun peserta untuk tarik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil dan mengikuti gerakan
- 5) Terapis menuntun peserta untuk melakukan seluruh gerakan hingga selesai
  - Mengkontraksikan otot bokong dan merelaksasikannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Mengangkat telapak kaki ke arah atas dan menariknya ke arah dalam tubuh kemudian menurunkannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
  - Meluruskan telapak kaki hingga sejajar kaki kemudian menrelaksasikannya sambil menghembuskan nafas perlahan-lahan
- 6) Memberikan umpan balik positif kepada seluruh peserta

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan peserta menilai kembali makna dan tujuan hidupnya
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

##### **b. Rencana tindak lanjut**

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali tujuan hidup yang ingin dicapai
- 3) Menganjurkan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

##### **c. Kontrak yang akan datang**

- 1) Menyepakati topik pada pertemuan sesi 6 : kemampuan menghadapi kejadian yang tidak diinginkan
- 2) Menyepakati waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

#### **2.5.2 Evaluasi**

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 5 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan

pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 5  
dalam Kelompok**

Tanggal            : -----

Kelompok        : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi tujuan hidup sebelum dan setelah mengalami kanker													
2	Berbagi pengalaman tentang pencapaian tujuan hidup baru													
3	Melakukan Relaksasi Progresif													
4	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

Sesi 5 : menilai kembali tujuan hidup

**Menilai kembali Tujuan hidup**

TANGGAL	NO	TUJUAN HIDUP SEBELUM MENGALAMI KANKER	TUJUAN HIDUP SETELAH MENGALAMI KANKER	CARA MENCAPAINYA

## **2.5 Sesi 6 : kemampuan mengatasi kejadian yang tidak diinginkan**

Bagi kebanyakan pasien kanker, didiagnosa menderita kanker merupakan pernyataan yang menyakitkan yang menggiring pikiran pasien akan kematiannya. Trauma akan kenyataan pahit yang dialami akan membuat pasien terus menerus merasa cemas dan ketakutan. Untuk mengatasi rasa cemas dan takut pasien cenderung berperilaku marah, putus asa, sedih dan tidak berdaya. Kematian dianggap sebagai akhir dari perjalanan panjang seorang penderita kanker. Kematian dapat dianggap sebagai kemungkinan terburuk yang tidak diinginkan oleh pasien. Menjadikan kematian sebagai topik pembicaraan menimbulkan perasaan takut akan menyebabkan kesedihan bagi orang yang ditinggalkan, dan takut akan proses kematian (Classen et al, 2007).

Strategi untuk mengatasi masalah takut dan cemas membicarakan topik kematian adalah memilah topik kematian ke dalam sub topik yang mengarah pada kematian. Ketika salah satu peserta mengungkapkan kecemasannya, terapis harus menjaga agar pasien tidak menunjukkan kecemasan dan ketakutan selama mengekspresikan perasaannya. Terapis memberikan kesempatan pada peserta untuk mengekspresikan kecemasan. Pada pendekatan ini, pasien dapat membedakan rasa takut yang dialami sehingga menjadi lebih jelas dan dapat didiskusikan cara penyelesaiannya, seperti bagaimana cara mengatasi nyeri, mempersiapkan anak-anaknya jika kanker terus berkembang, pasien juga dapat mengatasi perasaan sendiri dengan melibatkan seluruh peserta sebagai pemberi dukungan sosial.

## **2.6.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 6**

### **A. Tujuan**

1. Pasien Mampu mengidentifikasi pikiran peserta tentang kematian
2. Pasien Mampu berbagi pengalaman pikiran tentang kematian dan cara mengatasinya
3. Pasien Mampu melakukan teknik relaksasi guided imagery

### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

### **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker

### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

## **2. Fase Orientasi**

### **a. Salam Terapeutik**

Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama

### **b. Evaluasi dan Validasi**

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
- 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
- 3) Mengklarifikasi tentang tujuan hidup yang baru bagi peserta
- 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya untuk meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

### **c. Kontrak**

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 6
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut : mengevaluasi hikmah dari kejadian mengalami kanker
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

## **3. Fase Kerja**

### **a. Mengidentifikasi pikiran tentang kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien**

Terapis meminta setiap peserta untuk menulis tentang kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien

b. Berbagi pengalaman kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien dan kemampuan mengatasi masalah akibat pikiran tersebut

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman tentang kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien dan kemampuan mengatasi masalah akibat pikiran tersebut
- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif

c. Meningkatkan kemampuan menghadapi kejadian tidak diinginkan yang mungkin dialami pasien

Terapis menyimpulkan bahwa peserta harus siap menghadapi kejadian tidak diinginkan dari penyakit yang dialaminya dan meningkatkan kemampuan untuk kemungkinan tersebut, sehingga pasien menjadi lebih siap dengan perkembangan penyakitnya dan menerima kematian dengan ikhlas.

d. Melakukan Guided Imagery

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat cara yang dicontohkan oleh terapis
- 3) Terapis menghidupkan musik instrumental
- 4) Terapis menuntun peserta untuk menutup mata dan menarik nafas dalam

- 5) Terapis menuntun peserta untuk membayangkan apa yang di ilustrasikan olah terapis
- 6) Terapis menuntun peserta untuk kembali menarik nafas dalam dan membuka mata

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien dan cara mengatasi akibat masalah yang muncul
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

##### **b. Rencana tindak lanjut**

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali kejadian tidak diinginkan yang mungkin dihadapi pasien dan masalah yang muncul akibatnya
- 3) Menganjurkan peserta mencoba cara baru yang telah didiskusikan melalui pertemuan.

##### **c. Kontrak yang akan datang**

- 1) Menyepakati topik pada pertemuan sesi 7 :  
Mengevaluasi hikmah mengalami kanker

- 2) Menyetujui waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

### 2.6.2 Evaluasi

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 6 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

#### Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 6 dalam Kelompok

Tanggal : .....

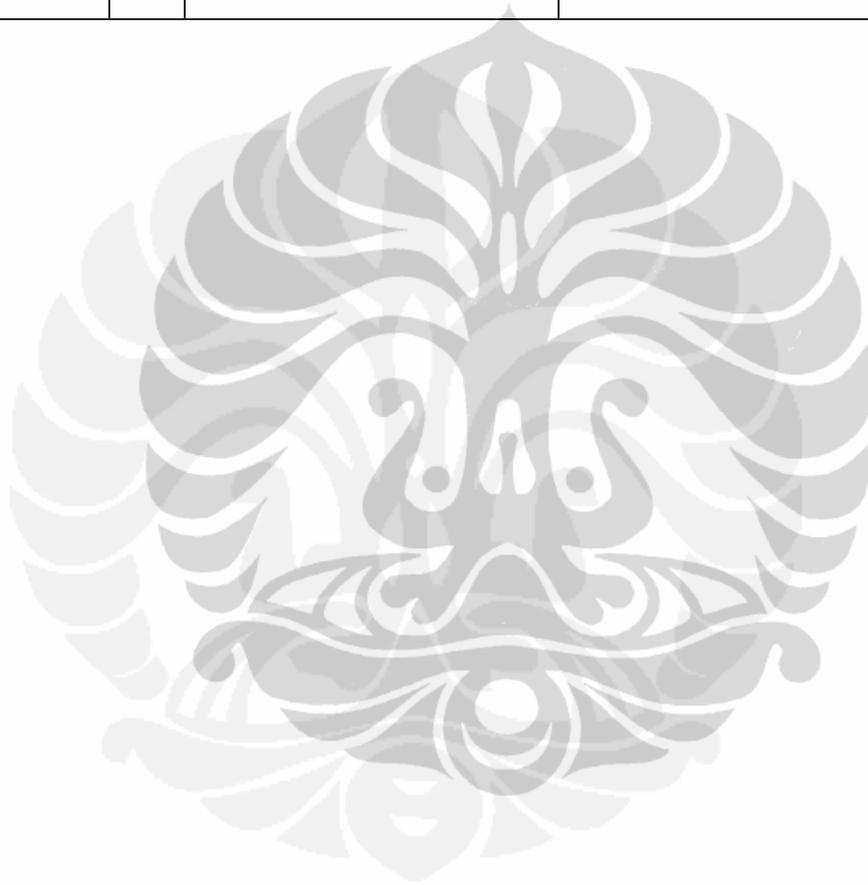
Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi pikiran tentang kejadian tidak diinginkan													
2	Berbagi pengalaman tentang kemampuan mengatasi kejadian tidak diinginkan													
3	Melakukan Guided Imagery													
4	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

## Sesi 6: Kemampuan Menghadapi Kejadian Tidak Diinginkan

Tanggal	No	Kejadian Tidak Diinginkan Yang Mungkin Terjadi	Cara mengatasi Kejadian Tidak Diinginkan



## **2.6 Sesi 7 : Mengevaluasi Hikmah Mengalami Kanker**

Hikmah merupakan pesan penting yang dapat dipetik oleh seseorang dari sebuah peristiwa. Pasien kanker cenderung sering menyalahkan hal-hal diluar dirinya krena mengalami kanker. Sebagian dari mereka akan berfikir apa yang dialami merupakan takdir Tuhan, sebagian lagi akan berfikir bahwa penyakit yang dialami merupakan dampak dari pola hidupnya yang buruk. Perasaan marah dan bersalah umum terjadi pada pasien kanker sebagai dampak pertanyaan tersebut. Masalah lainnya yang dapat muncul pada akibat kanker adalah perasaan malu karena penyakitnya.

Pada sesi ini terapis akan memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan perasaannya, terutama untuk menjawab pertanyaan yang muncul setelah mendapatkan diagnosa kanker. Ketika pasien menyadari pendapat dan kecenderungan berfikir negatif pasien dapat di ikutkan untuk berfikir rasional.

### **2.7.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 7**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi hikmah yang dirasakan pasien dengan mengalami kanker
2. Pasien mampu berbagi pengalaman tentang hikmah yang dirasakan setelah mengalami kanker
3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi guided imagery

#### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

### **C. Media dan Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku evaluasi
3. Kartu nama pasien
4. Spidol dan pulpen
5. Tape dan speaker

### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

#### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam Terapeutik  
Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama
- b. Evaluasi dan Validasi
  - 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
  - 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
  - 3) Mengklarifikasi tentang kemungkinan kejadian tidak diinginkan yang dipikirkan pasien dan masalah lain yang muncul akibat pikiran tersebut
  - 4) Mengklarifikasi kemanfaatan penggunaan teknik yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya untuk meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 7
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

**3. Fase Kerja**

- a. Mengidentifikasi hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker. Terapis meminta setiap peserta untuk menulis tentang hikmah yang dirasakan setelah mengalami kanker
- b. Berbagi pengalaman tentang hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker
  - 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman tentang hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker
  - 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
  - 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif
  - 4) Terapis meminta peserta lain untuk menilai kembali hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker

c. Melakukan Guided Imagery

- 1) Terapis meminta setiap peserta untuk duduk pada posisi yang nyaman
- 2) Terapis menjelaskan tujuan dan meminta peserta untuk melihat cara yang dicontohkan oleh terapis
- 3) Terapis menghidupkan musik instrumental
- 4) Terapis menuntun peserta untuk menutup mata dan menarik nafas dalam
- 5) Terapis menuntun peserta untuk membayangkan apa yang di ilustrasikan oleh terapis
- 6) Terapis menuntun peserta untuk kembali menarik nafas dalam dan membuka mata

**4. Fase Terminasi**

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker
- 3) Mengevaluasi kemampuan peserta memberikan umpan balik positif kepada peserta lain
- 4) Mengevaluasi apa yang dirasakan setelah melakukan progresif relaksasi
- 5) Memberikan pujian

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk mengingat kembali hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik pada pertemuan sesi 8 : evaluasi manfaat terapi dan terminasi
- 2) Menyepakati waktu dan tempat pada pertemuan berikutnya
- 3) Mengucapkan salam

### 2.7.2 Evaluasi

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 7 berlangsung dan kemampuan peserta dalam menerapkan pengalaman yang didapatkan dari pertemuan ini. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

#### Evaluasi Kemampuan Mengevaluasi Hikmah Mengalami Kanker

Tanggal : .....

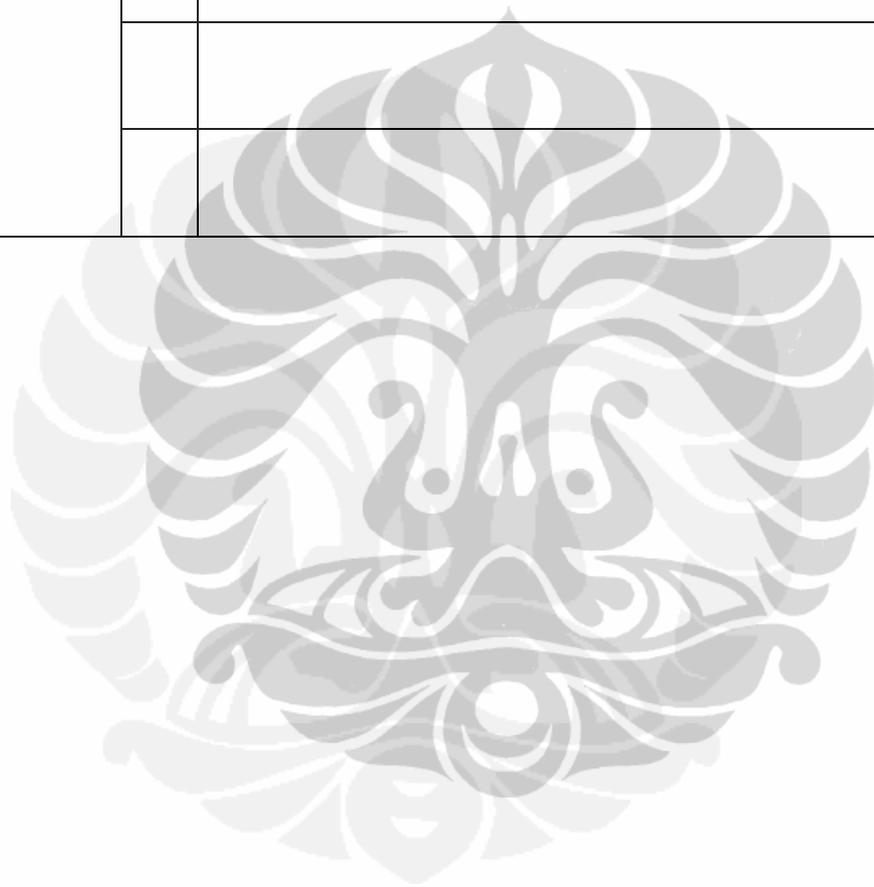
Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Mengidentifikasi hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker													
2	Berbagi pengalaman tentang hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker													
3	Melakukan Guided Imagery													
4	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

Sesi 6: Mengevaluasi Hikmah Mengalami Kanker

Tanggal	No	Hikmah mengalami kanker



## **2.7 Sesi 8 : evaluasi manfaat terapi dan terminasi**

Pertemuan ke 8 merupakan pertemuan terakhir, maka pada pertemuan ini terapis akan mengevaluasi kemampuan pasien dan kondisi depresi, ketidakberdayaan, harga diri rendah, keputusasaan dan isolasi sosial. Pada sesi ini juga dilakukan terminasi pertemuan dan mengakhiri terapi kepada seluruh peserta.

### **2.7.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 8**

#### **A. Tujuan**

1. Pasien mampu mengidentifikasi tentang manfaat terapi

#### **B. Setting Tempat**

Terapi dilaksanakan di ruang pertemuan ruang perawatan Rumah Sakit. Peserta duduk membentuk posisi lingkaran, terapis dan asisten terapis duduk diantaranya.

#### **C. Media dan Alat**

1. Buku evaluasi
2. Kartu nama pasien

#### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

#### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **1. Persiapan**

- a. Mempersiapkan peserta dengan mengingatkan kontrak waktu satu hari sebelum pertemuan dan sudah berada diruang pertemuan 15 menit sebelum sesi dimulai
- b. Mempersiapkan media dan alat

## **2. Fase Orientasi**

### **a. Salam Terapeutik**

Mengucapkan salam dan menggunakan kartu nama

### **b. Evaluasi dan Validasi**

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien saat ini
- 2) Menanyakan silaturahmi yang terjalin antar peserta
- 3) Mengklarifikasi tentang hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker

### **c. Kontrak**

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 8
- 2) Menjelaskan peraturan sebagai berikut :
  - a) Setiap peserta mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir sesi
  - b) Kegiatan berlangsung selama 90 menit
  - c) Jika peserta akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d) Setiap peserta berhak untuk berbagi pengalaman dan memberikan masukan kepada peserta lainnya

## **3. Fase Kerja**

### **a. Mengidentifikasi manfaat yang dirasakan oleh peserta**

### **b. Berbagi pengalaman tentang pikiran mandaat yang dirasakan oleh seluruh peserta setelah mengikuti terapi kelompok suportif ekspresif**

- 1) Terapis meminta peserta untuk berbagi pengalaman mengenai manfaat yang dirasakan selama mengikuti terapi

- 2) Terapis meminta peserta lain menanggapi atau menambahkan pengalaman yang dimiliki peserta lain
- 3) Terapis meminta seluruh peserta memberikan umpan balik positif

#### **4. Fase Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah menjalani keseluruhan terapi
- 2) Memberikan pujian

##### **b. Rencana tindak lanjut**

- 1) Menganjurkan peserta untuk tetap menjalin komunikasi dengan peserta lainnya
- 2) Menganjurkan peserta untuk memberikan dukungan dalam berbagai situasi dan untuk berbagi cara menyelesaikan masalah yang dihadapi

##### **c. Kontrak yang akan datang**

-

#### **2.7.2 Evaluasi**

Terapis mengevaluasi kemampuan seluruh peserta selama sesi 8 berlangsung dan kemampuan peserta setelah mengikuti terapi kelompok suportif ekspresif selama 8 sesi. Evaluasi dilakukan sebagai berikut :

## Evaluasi manfaat Terapi

Tanggal            :-----

Kelompok        :-----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Peserta												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Berbagi pengalaman tentang manfaat yang dirasakan oleh peserta													
2	Memberikan umpan balik positif													

Keseluruhan kegiatan dan dokumentasi yang dilakukan oleh peserta pada buku kerja menggunakan format sebagai berikut :

### Sesi 6: Evaluasi Manfaat Terapi

Tanggal	No	Manfaat terapi yang dirasakan

### **BAB 3**

### **PENUTUP**

Depresi merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood individu (Hecht and Shiel, 2003.). Depresi menjadi gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Depresi dapat menjadi faktor yang berisiko untuk menghambat proses pengobatan dan menurunkan toleransi keberhasilan pengobatan kanker itu sendiri. Didapati bahwa pasien dengan depresi tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi. Depresi yang tidak terdiagnosa dan tidak diberikan terapi akan memberikan dampak perubahan pengobatan dan meningkatkan distress pasien. Simon et al (2005 dalam Varcarolis dan Halter 2010), menyebutkan pasien dengan penyakit kronik yang mengalami depresi dan mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya menunjukkan peningkatan dalam minat menjalani terapi medis, bereaksi baik terhadap pengobatan dan mengalami peningkatan kualitas hidup.

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan mampu menjadi wadah pemberian asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif bagi pasien kanker. Terdapat banyak kasus depresi yang tidak teridentifikasi karena depresi pada pasien kanker dianggap sebagai proses yang normal terjadi. Depresi pada pasien kanker masih belum banyak mendapatkan perhatian oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit, sehingga penanganannya hanya berpusat pada pemenuhan kebutuhan secara fisik.

Terapi kelompok suportif ekspresif yang telah terbukti memiliki dampak positif terhadap depresi pada pasien kanker dan dianggap sebagai terapi unggulan untuk mengatasi depresi. Terapi ini meningkatkan jumlah

penerima terapi dengan biaya terjangkau. Keuntungan lain dari terapi ini adalah pasien dapat bersosialisasi dan berbagi perasaan kepada anggota kelompok sehingga menurunkan perasaan terisolasi, ketidakberdayaan, keputusasaan dan perasaan sendiri.



## DAFTAR PUSTAKA

- Boutin, Daniel L. (2007). *Effectiveness of Cognitive Behavioural and Supportive-Expressive Group Therapy for Woman Diagnosed with Breast Cancer : A Riview of the Literature*. The journal for specialist in group work 32 (2011). No 3, 267 – 284.
- Clasen, Catherin C et.al. (2007). *Supportive-Expressive Group Therapy for primary breast cancer patients: a Randomized prospective multicenter trial* (2011), Psycho-Oncology. Wiley Interscience
- Desen, Wan., 2008, *Onkologi klinis*. edisi 2. Balai Penerbit Fakultas kedokteran Universitas Indonesia-Jakarta
- Hecht F and Shiel Jr C W. (2003). *Webster New World Medical Dictionary*. 2nd edition. New York:Wiley Publishing, Inc.
- Lambert, MJ dan Vermeersch, DA. (2002) *Encyclopedia of psychotherapy* 2. 2011: 709-714USA-Elsivier Science.
- Mhidat, N M, Alzoubi, K H, Alhusein, B A. (2009). *Prevalence of Depression among cancer pastients in Jordan : a National Survey*. 2011. Springer-Verlag, Jordan
- Stedman. (2005). *Kamus Ringkas Kedokteran Stedman untuk Profesi Kesehatan*. 4th Edition, EGC-Indonesia.
- Stuart, G Wiscarz dan Laraia, Michele T. (2005). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. Mosby Inc:St.Louis Missouri.
- Varcarolis, Elizabet M dan Halter, Margaret J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 6th Edition,.Elsevier Inc-New York.
- Watson Maggie & Kissane, David W. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. UK:John Wiley and Sons, Ltd.



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**BUKU KERJA**  
**TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF PADA**  
**PASIEN KANKER**

**Disusun Oleh :**

**Ns. Ninik Yunitri, S.Kep**

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

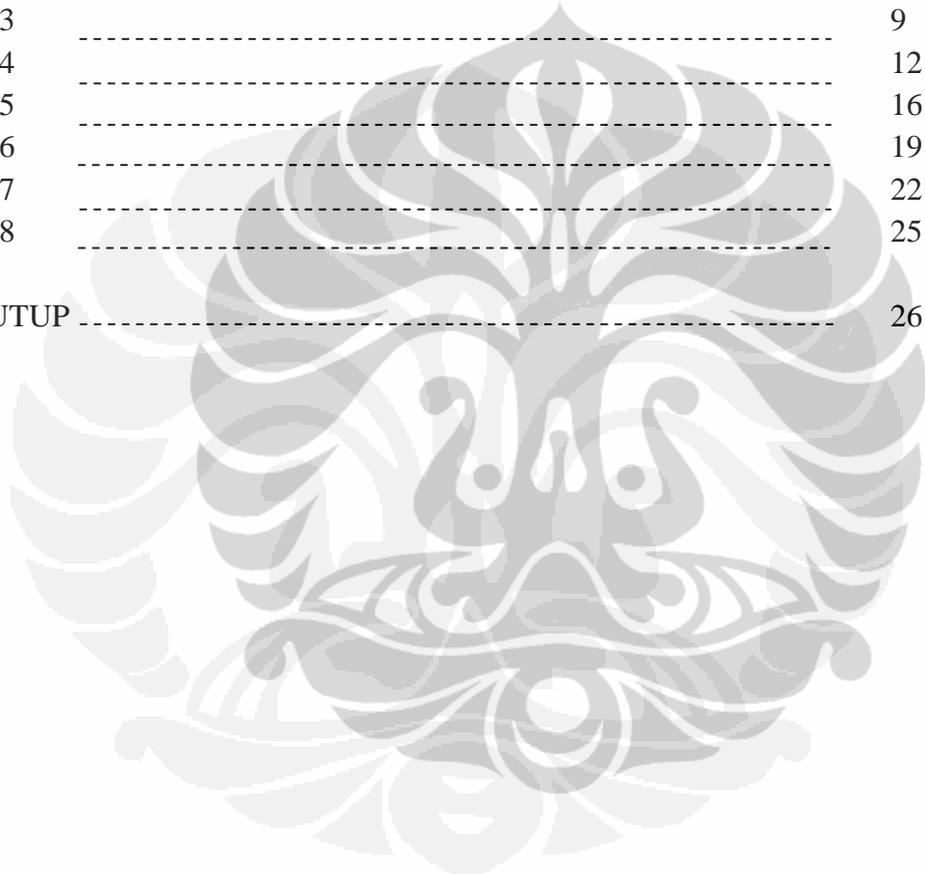
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**

**BUKU KERJA**  
**TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF**  
**TERHADAP DEPRESI PADA PASIEN KANKER**

**NAMA** : \_\_\_\_\_  
**KELOMPOK** : \_\_\_\_\_  
**RUMAH SAKIT** : \_\_\_\_\_  
**TANGGAL MULAI** : \_\_\_\_\_

## DAFTAR ISI

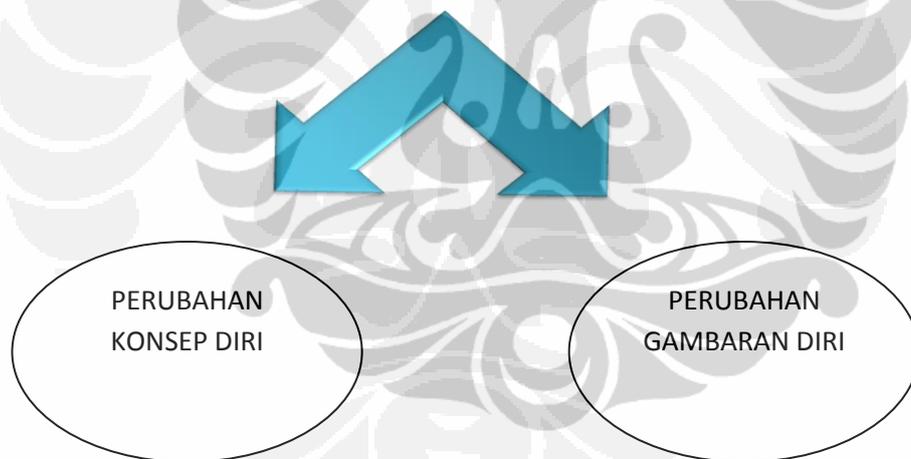
	<b>Halaman</b>
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF PADA PASIEN KANKER	
SESI 1 .....	1
SESI 2 .....	5
SESI 3 .....	9
SESI 4 .....	12
SESI 5 .....	16
SESI 6 .....	19
SESI 7 .....	22
SESI 8 .....	25
PENUTUP .....	26



## Sesi 1

### Menyesuaikan Diri Dengan Perubahan Konsep Dan Gambaran Diri

Kanker memberikan dampak terhadap kondisi kesehatan pasien. Tidak hanya dari perkembangan penyakit kanker, terapi yang dijalani juga memberikan dampak lain yaitu menyebabkan perubahan fisik pasien. Berdasarkan perubahan tersebut, pasien kanker sering kali memiliki pandangan berbbeda terhadap tubuh dan dirinya. Sebagai akibatnya pasien cenderung tidak memiliki motivasi untuk melakukan aktivitas, bersosialisasi, bahkan mungkin menarik diri dari lingkungan



Perubahan fisik, mental dan sosial yang dialami pasien sering kali membuat pasien merasa tidak nyaman, tidak berdaya dan tidak mampu mengendalikan diri serta kehidupannya, sehingga pasien cenderung pasrah dan tidak memiliki motivasi untuk melakukan sesuatu.

Salah satu alasan mengekspresikan perasaan adalah dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mengontrol dirinya kembali. Melalui dukungan dari peserta, pasien dapat mempelajari cara untuk mengatasi tidak nyaman,

mengenal masalah, dan mempelajari mekanisme coping yang tepat untuk mengontrol kondisi emosional dalam hidupnya.

Pada sesi ini, tema diskusi adalah mengenai perubahan fisik yang dialami oleh pasien. Inti tujuan dari tahapan ini adalah agar dapat menerima perubahan fisik yang dialami melalui mengekspresikan perasaannya dan mengontrol masalah yang muncul akibat perubahan tersebut. Untuk itu, isilah tabel yang ada dibawah ini :

### Perubahan Fisik Yang Dialami Dan Cara Mengatasinya

Tanggal	No	Perubahan Fisik	Cara Mengatasinya
	1		
	2		
	3		
	1		
	2		
	3		
	1		
	2		
	3		



## Sesi 2

### Fokus Pada Terapi Yang Dijalani

Sebagian besar pasien akan merasa terapi yang dijalani tidak sesuai, meskipun terapi tersebut adalah terapi terbaik bagi jenis kankernya. Pasien cenderung berfikir negatif terhadap dokter dan terapi yang diberikan. Hal inilah yang melatarbelakangi pentingnya hubungan baik antara dokter dan pasien. Menjalani terapi menumbuhkan rasa aman pada pasien meskipun pasien terkadang ragu dan khawatir dengan terapi yang dijalani. Oleh karena itu, pasien biasanya akan merasa ketakutan akan berkembang kembali kanker setelah terapi selesai dijalani.

Beberapa jenis terapi kanker mungkin dianggap terbaik bagi sebagian pasien, akan tetapi setiap terapi memiliki efek samping sendiri. Melalui diskusi tentang topik terapi pasien saling bertukar pikiran tentang keuntungan terapi yang dijalani, sehingga dapat menepis dugaan pasien yang salah. Saling berbagi pengalaman dan bertukar pikiran, pasien akan semakin memahami terapi yang dijalani. Selain memahami tentang terapi, efek samping terapi juga menjadi topik menarik bagi pasien.

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Kelebihan terapi yang saudara jalani
2. Kekurangan terapi yang saudara jalani
3. Efek samping yang saudara rasakan akibat terapi
4. Tindakan yang telah anda lakukan untuk mengatasi efek samping terapi

**Catatlah pengalaman saudara dalam tabel berikut**



**Fokus pada Terapi yang Dijalani**

**Kelebihan dan Kekurangan Terapi**

<b>TANGGAL</b>	<b>NO</b>	<b>KELEBIHAN TERAPI</b>	<b>KEKURANGAN TERAPI</b>

**Efek Samping Terapi dan Cara Mengatasinya**



### Sesi 3

#### Meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan

Perasaan tergantung kepada dokter merupakan masalah yang berat bagi pasien.

Ketakutan terhadap penyakit dapat menghambat penerimaan informasi dengan baik dan menjadikan pasien tidak berkomunikasi secara terbuka. Membantu pasien mengidentifikasi faktor penyebab perubahan perasaannya ketika bersama dokter merupakan langkah pertama yang harus dilakukan. Dukungan kelompok dapat diberikan kepada pasien melalui pengalaman menghadapi kasus yang sama, selain selain itu pasien juga dapat meniru teknik komunikasi yang digunakan untuk berkomunikasi dengan dokternya.

Dalam rangka memfasilitasi hubungan antar dokter dan pasiennya, penting untuk diketahui teknik komunikasi yang tidak tepat dengan menyiapkan daftar pertanyaan terlebih dahulu untuk ditanyakan kemudian, mengajukan pertanyaan dengan jelas, tidak menyembunyikan harapan pasien sehingga

dokter memahami apa yang diinginkan oleh pasien, coba untuk mencari sumber kedua jika dibutuhkan, mencari tahu mengenai penyakit dan terapinya secara mandiri. Meskipun dokter sering merasa tertekan dengan beban kerja, tidak bermakna bahwa mereka dapat memberikan penjelasan yang tidak jelas..

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Alasan pentingnya menjalin hubungan dengan tenaga kesehatan
2. Cara saudara meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan

**Catatlah pengalaman saudara dalam tabel berikut**



**Meningkatkan Hubungan Baik Dengan Tenaga Kesehatan**

Tanggal	No	Pentingnya menjalin hubungan baik dengan tenaga kesehatan	Cara Meningkatkan hubungan baik dengan tenaga kesehatan

## Sesi 4

### Efek kanker pada keluarga dan sosial

Pasien kanker tidak hanya mengalami perubahan secara fisik dan mental namun juga perubahan secara sosial. Pasien sering kali merasa jauh dari keluarga bahkan menjadi beban bagi keluarga sehingga memiliki pikiran untuk tidak menunjukkan rasa sakitnya kepada anggota keluarga. Di sisi lain keluarga merasa tidak memiliki kemampuan untuk membantu mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien. Baik pasien maupun keluarga berusaha saling menjaga perasaan yang berakhir dengan kurang efektif dan terbukanya komunikasi antar anggota keluarga, selain itu masalah juga muncul antara pasien dan anaknya.



Topik pembahasan pada sesi ini adalah mengenai masalah dan kesulitan yang dirasakan untuk berhadapan dengan keluarga dan hubungan sosial pasien dengan orang lain.



1. Untuk meminimalisir rasa takut dan kesulitan berhadapan dengan keluarga
2. Belajar mengatasi rasa takut dan khawatirnya dengan melihat pengalaman pasien lain berkomunikasi dengan keluarga
3. Dengan berbagi perasaan dengan anggota keluarga akan mendekatkan keluarga dan mengatasi perasaan terisolasi dari keluarga
4. Melalui berbagi pengalaman kepada peserta, pasien dapat bertukar pengalaman dengan peserta yang merasakan hal sama

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Masalah yang dihadapi dengan keluarga
2. Masalah yang dihadapi dengan lingkungan sosial
3. Cara saudara mengatasi masalah keluarga dan lingkungan sosial

**Catatlh pengalaman saudara dalam tabel berikut**







## Sesi 5

### Menilai Kembali Tujuan Hidup

Menjalani hidup dengan kanker merubah perspektif atau cara pandang individu terhadap kehidupan dan masa depan. Terdapat kecenderungan untuk memahami individu melalui cara mereka memandang kehidupannya, sehingga penting bagi pasien kanker untuk menata kembali dan mengembangkan tujuan hidup. Selain itu perlu mengklarifikasi makna dan tujuan hidup, terutama ketika pasien memanfaatkan sisa waktunya tanpa memperdulikan lama atau singkatnya waktu yang dimiliki.

Melalui mendiskusikan tujuan hidup, dapat membantu pasien melihat kembali dampak kanker terhadap kehidupannya sehingga pasien dapat lebih menikmati hidupnya mendatang. Hal ini tergantung pada bagaimana pasien menilai kembali makna dan pengetahuannya tentang cara menanggapi kejadian yang akan datang

Sesi ini akan membahas topik yang dapat membantu pasien untuk kembali melihat prioritas dan tujuan hidupnya. Terapis dan peserta akan mendiskusikan tujuan yang ingin dicapai sehingga pasien mampu menyusun kembali nilai kehidupan yang ingin dicapai sehingga mampu menikmati hidup.

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Tujuan Hidup Saudara sebelum dan setelah mengalami kanker
2. Cara mencapai tujuan hidup saudara

Catatlah pengalaman saudara dalam tabel berikut



**Menilai kembali Tujuan hidup**

Tanggal	No	Tujuan hidup sebelum mengalami kanker	Tujuan hidup sebelum mengalami kanker	Cara mencapainya

## Sesi 6

### Kemampuan Mengantisipasi Kejadian Tidak Diinginkan

Bagi kebanyakan pasien, didiagnosa menderita kanker merupakan pernyataan yang menyakitkan dan menggiring pikiran pasien akan kematiannya. Kematian dianggap sebagai akhir dari perjalanan panjang seorang penderita kanker. Kematian dapat dianggap sebagai kemungkinan terburuk yang tidak diinginkan oleh pasien. Trauma akan kenyataan pahit yang dialami akan membuat pasien terus-menerus merasa cemas dan ketakutan. Untuk mengatasi rasa cemas dan takut pasien cenderung berperilaku marah, putus asa, sedih dan tidak berdaya.

Strategi untuk mengatasi masalah takut dan cemas membicarakan topik kematian adalah memilah topik kematian ke dalam sub topik yang mengarah pada kematian. Pasien dapat membedakan rasa takut yang dialami sehingga menjadi lebih jelas dan dapat didiskusikan cara penyelesaiannya, seperti bagaimana cara mengatasi nyeri, mempersiapkan anak-anaknya jika kanker terus berkembang, pasien juga dapat mengatasi perasaan sendiri dengan melibatkan seluruh peserta sebagai pemberi dukungan sosial.

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Pikiran tentang kejadian tidak diinginkan
2. Perasaan yang muncul akibat pikiran tersebut
3. Cara saudara menghadapi kejadian tidak diinginkan

**Catatlh pengalaman saudara dalam tabel berikut**



**Kemampuan Mengantisipasi Kejadian Tidak Diinginkan**

<b>Tanggal</b>	<b>No</b>	<b>Kejadian Tidak Diinginkan Yang Mungkin Terjadi</b>	<b>Cara mengatasi Kejadian Tidak Diinginkan</b>

## Sesi 7

### Mengevaluasi Hikmah Mengalami Kanker

Hikmah merupakan pesan penting yang dapat dipetik oleh seseorang dari sebuah peristiwa. Pasien kanker cenderung sering menyalahkan hal-hal diluar dirinya krena mengalami kanker. Sebagian dari mereka akan berfikir apa yang dialami merupakan takdir Tuhan, sebagian lagi akan berfikir bahwa penyakit yang dialami merupakan dampak dari pola hidupnya yang buruk. Perasaan marah dan bersalah umum terjadi pada pasien kanker sebagai dampak pertanyaan tersebut. Masalah lainnya yang dapat muncul pada akibat kanker adalah perasaan malu karena penyakitnya

Pada sesi ini terapis akan memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan perasaannya, terutama untuk menjawab pertanyaan yang muncul setelah mendapatkan diagnosa kanker. Ketika pasien menyadari pendapat dan kecenderungan berfikir negatif pasien dapat di ikutkan untuk berfikir rasional.

Latihlah diri saudara dengan mengingat kembali tentang

1. Hikmah yang dirasakan akibat mengalami kanker
2. Berbagi pengalaman mengenai hikmah yang dirasakan setelah mengalami kanker



## Sesi 8

### Evaluasi Manfaat Terapi Dan Terminasi

Pertemuan ke 8 merupakan pertemuan terakhir, maka pada pertemuan ini terapis akan mengevaluasi kemampuan pasien dan kondisi depresi, ketidakberdayaan, harga diri rendah, keputusasaan dan isolasi sosial. Pada sesi ini juga dilakukan terminasi pertemuan dan mengakhiri terapi kepada seluruh peserta.

TANGGAL	NO	MANFAAT TERAPI YANG DIRASAKAN

## PENUTUP

Depresi merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi tubuh, pikiran dan perasaan serta mempengaruhi pola makan, tidur dan mood individu (Hecht and Shiel, 2003.). Depresi menjadi gangguan mental terbesar yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal atau kronik. Depresi dapat menjadi faktor yang berisiko untuk menghambat proses pengobatan dan menurunkan toleransi keberhasilan pengobatan kanker itu sendiri. Didapati bahwa pasien dengan depresi tiga kali lebih berisiko untuk tidak mematuhi pengobatan yang direncanakan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi. Depresi yang tidak terdiagnosa dan tidak diberikan terapi akan memberikan dampak perubahan pengobatan dan meningkatkan distress pasien. Simon et al (2005 dalam Varcarolis dan Halter 2010), menyebutkan pasien dengan penyakit kronik yang mengalami depresi dan mendapatkan terapi untuk mengatasi depresinya menunjukkan peningkatan dalam minat menjalani terapi medis, bereaksi baik terhadap pengobatan dan mengalami peningkatan kualitas hidup.

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan mampu menjadi wadah pemberian asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif bagi pasien kanker. Terdapat banyak kasus depresi yang tidak teridentifikasi karena depresi pada pasien kanker dianggap sebagai proses yang normal terjadi. Depresi pada pasien kanker masih belum banyak mendapatkan perhatian oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit, sehingga penanganannya hanya berpusat pada pemenuhan kebutuhan secara fisik.

Terapi kelompok suportif ekspresif yang telah terbukti memiliki dampak positif terhadap depresi pada pasien kanker dan dianggap sebagai terapi unggulan untuk mengatasi depresi. Terapi ini meningkatkan jumlah penerima terapi dengan biaya terjangkau. Keuntungan lain dari terapi ini adalah pasien dapat bersosialisasi dan berbagi perasaan kepada anggota kelompok sehingga menurunkan perasaan terisolasi, ketidakberdayaan, keputusasaan dan perasaan sendiri.



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**BUKU EVALUASI  
TERAPI KELOMPOK SUPORTIF EKSPRESIF PADA  
PASIEN KANKER**

**Disusun Oleh :**

**Ns. Ninik Yunitri, S.Kep**

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

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Nama dan Kode Pasien**

<b>Kode Pasien</b>	<b>Nama Pasien</b>
<b>A</b>	
<b>B</b>	
<b>C</b>	
<b>D</b>	
<b>E</b>	
<b>F</b>	
<b>G</b>	
<b>H</b>	
<b>I</b>	
<b>J</b>	
<b>K</b>	
<b>L</b>	
<b>M</b>	
<b>N</b>	

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 1 dalam Kelompok**

Tanggal : .....

Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Berkenalan dan memperkenalkan diri													
2	Mengidentifikasi perubahan fisik, gambaran diri, konsep diri													
3	Berbagi pengalaman perubahan fisik yang dialami dan cara mengatasinya													
4	Melakukan teknik relaksasi 5 jari													
5	Memberikan umpan balik positif													

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 2 dalam Kelompok**

Tanggal : .....  
Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan Terapi yang dijalani													
2	Mengidentifikasi efek samping terapi yang dijalani													
3	Berbagi pengalaman tentang terapi yang dijalani													
4	Melakukan progresif relaksasi bagian Kepala													
5	Memberikan umpan balik positif													

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 3 dalam Kelompok**

Tanggal : -----  
Kelompok : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Mengidentifikasi pendapat tentang pentingnya hubungan baik dengan tenaga kesehatan													
2	Mengidentifikasi masalah dengan tenaga kesehatan													
3	Berbagi pengalaman tentang hubungan dengan tenaga kesehatan dan cara mengatasi masalah yang muncul													
4	Melakukan progresif relaksasi bagian dada dan ekstremitas atas													
5	Memberikan umpan balik positif													

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 4 dalam Kelompok**

Tanggal : -----  
Kelompok : -----

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya dengan keluarga													
2	Mengidentifikasi perubahan yang dialami dalam hubungannya dengan lingkungan sosial													
3	Berbagi pengalaman tentang mengatasi masalah dalam hubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial													
4	Melakukan progresif relaksasi bagian ekstremitas bawah													
5	Memberikan umpan balik positif													

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 5 dalam Kelompok**

Tanggal : .....

Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	
1	Mengidentifikasi tujuan hidup sebelum dan setelah mengalami kanker														
2	Berbagi pengalaman tentang nilai dan makna hidup														
3	Melakukan Guided Imagery														
4	Memberikan umpan balik positif														

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 6 dalam Kelompok**

Tanggal : .....

Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Mengidentifikasi pikiran tentang kejadian tidak diinginkan													
2	Berbagi pengalaman tentang kemampuan mengantisipasi kejadian tidak diinginkan													
3	Melakukan Guided Imagery													
4	Memberikan umpan balik positif													

**Evaluasi Kemampuan saat Melaksanakan Kegiatan  
Sesi 7 dalam Kelompok**

Tanggal : .....

Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Mengidentifikasi hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker													
2	Berbagi pengalaman tentang hikmah yang dirasakan pasien setelah mengalami kanker													
3	Melakukan Guided Imagery													
4	Memberikan umpan balik positif													

**Sesi 8**  
**Evaluasi manfaat Terapi**

Tanggal : .....  
Kelompok : .....

No	Kemampuan Yang Dinilai	Kode Pasien												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N
1	Berbagi pengalaman tentang manfaat yang dirasakan oleh peserta													
2	Memberikan umpan balik positif													



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://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 Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker di Rumah Sakit X Jakarta.**

Nama peneliti utama : **Ninik Yunitri**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 2 Mei 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.

Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Pada Pasien Kanker**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif Terhadap Pada Pasien Kanker di RS X.

Nama Peneliti : Ninik Yunitri  
NPM : 1006749150  
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul disetujui untuk dipergunakan.

Depok, April 2012

Expert Validity



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



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1989 IH2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

24 April 2012

Yth. Kepala  
RSPAD. Gatot Soebroto Ditkesad  
Jl. Abd. Rahman  
Jakarta

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

**Sdr. Ninik Yunitri**  
**NPM 1006749150**

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSPAD Gatot Soebroto.

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. Kabid Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto
3. Kabid Diklat RSPAD Gatot Soebroto
4. Kepala Bagian Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peringgal



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 2001 / H2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

24 April 2012

Yth. Direktur  
RS Raden Said Soekanto  
Jl. Raya Bogor Kramat Jati  
Jakarta Timur

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

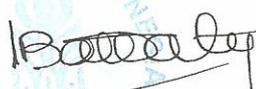
**Sdr. Ninik Yunitri**  
**NPM 1006749150**

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Ekspresif terhadap Depresi pada Pasien Kanker".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS Raden Said Soekanto

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. Kabid Keperawatan RS Raden Said Soekanto
3. Kabid Diklat RS Raden Said Soekanto
4. Kepala Bagian Rawat Inap RS Raden Said Soekanto
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal