

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Terapi Kognitif

a. Pengertian

Menurut Kaplan (1997) terapi kognitif adalah terapi terstruktur jangka pendek yang menggunakan kerja sama aktif antara pasien dan ahli terapi untuk mencapai tujuan terapeutik. Terapi ini berorientasi terhadap masalah sekarang dan pemecahannya. Terapi biasanya dilakukan atas dasar individual, walaupun metode kelompok juga digunakan. Terapi juga dapat digunakan bersama-sama obat. Terapi kognitif telah diterapkan terutama untuk gangguan depresi (dengan atau tanpa gagasan bunuh diri), tetapi ini juga telah digunakan pada kondisi lain, seperti gangguan panik, gangguan obsesif-kompulsif, dan gangguan kepribadian paranoid dan gangguan somatoform. Terapi depresi dapat berperan sebagai paradigma pendekatan kognitif.

Terapi kognitif merupakan suatu perawatan psikologis yang dirancang untuk melatih pasien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran-pikiran negatif, sehingga pikiran/perasaan negatif tersebut dapat ditekan (Teasdale *et al.*, 1984). Menurut Derubeis *et al.*, (2005) terapi kognitif akan lebih efektif dari obat antidepresan pada perawatan awal untuk depresi berat sampai depresi sedang. Tetapi derajat

efektifitasnya tergantung dari keahlian dan pengalaman dari terapis. Terapi kognitif menjadi intervensi yang manjur yang bisa digunakan untuk orang yang berisiko tinggi menderita penyakit kejiwaan (Morrison *et al.*, 2004)

b. Tujuan

- 1) Langsung: memperbaiki (menghentikan, mengganti/mengubah) proses pikir.
- 2) Tidak langsung: mengurangi sampai dengan menghilangkan perilaku yang menyimpang, meningkatkan perilaku yang produktif, dan meningkatkan kepuasan serta penerimaan diri (Ade dkk, 2007).

c. Ciri-Ciri Umum Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah suatu bentuk terapi jangka pendek yang teratur, yang memberikan dasar berpikir kepada pasien untuk mengerti masalahnya, memiliki kata-kata untuk menyatakan dirinya dan teknik-teknik untuk mengatasi keadaan perasaan yang sulit, serta teknik pemecahan masalah. Menurut Davidson (1990) ciri-ciri umum terapi kognitif adalah:

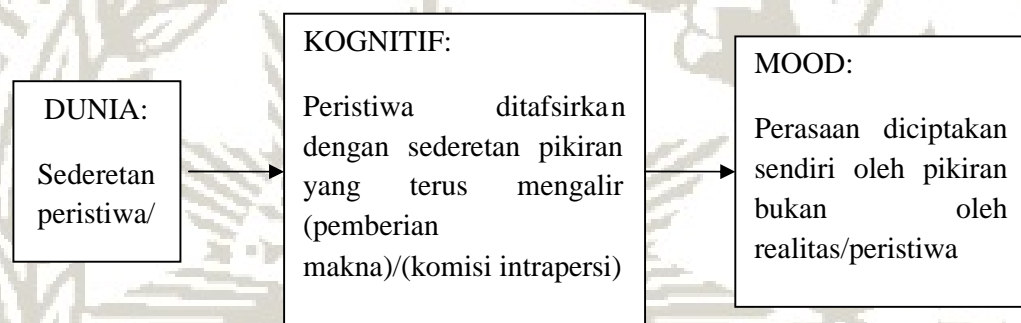
- 1) Batas waktu: dalam satu minggu maksimal 2 kali pertemuan.
- 2) Struktur: tiap pertemuan berlangsung maksimal 1 jam.
- 3) Tingkah laku yang lebih agenda: tiap pertemuan disusun dengan menggunakan agenda untuk mengoptimalkan penggunaan waktu.
- 4) Ahistorikal: menyangkut keadaan disini dan sekarang tanpa kembali ke sejarah masa lalu yang sudah lama terjadi.

- 5) Berorientasi pada masalah: terapis dan pasien memusatkan pada perumusan dan pemecahan masalah.
- 6) Model belajar: tidak memakai susunan hipotesis kembali tingkah laku yang lebih fungsional.
- 7) Metode ilmiah yang dipakai adalah eksperimen, terapinya melibatkan pengumpulan data (masalah, pikiran, sikap), perumusan hipotesis, menyusun hasil eksperimen dan mengevaluasi hasilnya.
- 8) Pekerjaan rumah: pasien diberikan tugas-tugas untuk mengumpulkan data, fungsi hipotesis, dan melaksanakan keterampilan kognitif.
- 9) Kerja sama: pasien dan terapis bekerja sama untuk memecahkan masalah.
- 10) Aktif dan membimbing: terapis memegang peranan aktif dan membimbing selama penyembuhan. Kadang-kadang bersifat deduktif, tetapi peranan utamanya adalah memudahkan perumusan dan pemecahan masalah.
- 11) Cara bertanya 'ala Socrates: metoda terapeutis pokok adalah pertanyaan 'ala Socrates yang menanyakan sejumlah pertanyaan yang bertujuan agar pasien menemukan pikiran-pikiran bawah sadarnya, untuk melihat alternatif pemecahan atau untuk merubah pendapatnya.

12) Keterbukaan: proses terapeutik tidak diliputi hal-hal yang mistik tetapi bersifat jelas dan terbuka. Terapis dan pasien sama-sama mengerti apa yang berlangsung dalam terapi.

d. Distorsi Kognitif

Menurut Ade dkk, (2007) para psikolog mendeskripsikan perjalanan munculnya distorsi kognitif secara skematis sebagai berikut:



Gambar 2.1 : Perjalanan Distorsi Kognitif

Para ahli terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif berasal distorsi (penyimpangan kognitif). Macam-macam distorsi kognitif yaitu:

- 1) Pikiran “semua atau tidak sama sekali”: melihat segala sesuatu itu adalah hitam putih. Kalau bukan dia lebih baik saya mati, kalau tidak dengan dia, lebih baik tidak nikah selamanya (Ade dkk, 2007).
- 2) *Over Generalization*: Anda memandang suatu peristiwa yang negatif sebagai suatu pola kekalahan tanpa akhir (Prawitasari dkk, 2002).

3) Filter Mental: pola kognitif yang distorsi dengan bentuk, pada diri seseorang menemukan hal yang kecil negatif, tetapi hal itu cukup untuk menutupi realitas yang ada sehingga menjadi gelap (Ade dkk, 2007).

4) Mendiskualifikasi yang positif: anda menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa-apa. Dengan cara ini anda dapat mempertahankan suatu keyakinan negatif yang bertentangan dengan pengalaman-pengalaman anda sehari-hari.

5) Loncatan kesimpulan: membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tidak ada fakta yang jelas mendukung kesimpulan penafsiran tersebut.

Definisi ini mencakup dua distorsi kognitif:

a) Membaca pikiran: dengan sewenang-wenang menyimpulkan bahwa seseorang sedang bereaksi negatif terhadap diri sendiri, dan tidak ada usaha untuk mengecek kesimpulan.

b) Kesalahan peramal: mengharapkan segala sesuatu akan berubah menjadi sangat buruk, dan merasa yakin bahwa ramalan yang dibuat sudah merupakan fakta yang pasti.

3) Pembesaran atau pengecilan: melebih-lebihkan pentingnya suatu hal (misal: kesalahan diri sendiri atau kesuksesan orang lain), atau dengan tidak tepat megerutkan segala sesuatu sehingga menjadi sangat kecil (sifat diri sendiri yang baik atau cacat orang lain) ini disebut permainan teropong (Prawitasari dkk, 2002)

- 4) Penalaran emosional: menganggap bahwa munculnya perasaan-perasaan tertentu yang negatif adalah cermin bagaimana realitas akan menjadi (Ade dkk, 2007).
- 5) Pernyataan harus: anda mencoba menggerakkan diri sendiri dengan “harus” serta “seharusnya tidak” seolah-olah anda harus dicambuk dan dihukum sebelum dapat diharapkan melakukan apapun. Perkataan “mestinya” juga menyerang diri anda. Konsekuensi emosionalnya adalah rasa bersalah. Bila anda mengatakan “harus” kepada orang lain, maka anda akan merasa akan amarah, frustrasi dan kejangkelan (Prawitasari dkk, 2002)
- 6) Memberi cap dan salah memberi cap: suatu bentuk ekstrim dari over generalisasi. Yang anda lakukan bukannya menguraikan kesalahan anda tetapi justru memberikan cap yang negatif perasaan anda, maka anda menempelkan seluruh cap yang negatif pada diri anda sendiri. ”Saya memang orang yang sial”, jika orang lain menyinggung perasaan anda, maka anda akan menempelkan seluruh cap negatif kepadanya.
- 7) Personalisasi: anda memandang diri sendiri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif, yang dalam kenyataan sebenarnya bukanlah anda yang pertama-pertama bertanggung jawab terhadap hal tersebut (Setiono, 2005).

e. Strategi Penanganan Perilaku Distorsi Kognitif

Menurut Setiono (2005) strategi penanganan perilaku distorsi kognitif meliputi:

- 1) Restrukturisasi kognitif
 - a) Memonitor pikiran dan perasaan.
 - b) Pertanyaan adanya fakta dan interpretasi fakta tersebut.
 - c) Memeriksa alternatif. Alternatif dieksplorasi berdasarkan kekuatan dan sumber coping pasien.
 - d) *Decatastropizing*: dikatakan juga teknik "bagaimana jika". Akan menolong pasien untuk mengevaluasi situasi yang ada. Pertanyaan perawat biasanya "apa hal terburuk yang akan terjadi?" atau "akankah begitu buruk jika hal itu benar-benar terjadi?" dan "bagaimana orang lain mengatasi hal tersebut".
 - e) *Reframing*: strategi yang memodifikasi atau merubah persepsi pasien dari situasi atau perilaku yang ada dengan melihat dari perspektif yang berbeda.
 - f) Berhenti berpikir: teknik ini sangat baik digunakan pada saat disfungsi pemikiran muncul. Pertama kali saat pasien mengidentifikasi pikiran tentang masalah dan membicarakan masalah (melalui imajinasi) perawat akan berkata "stop". Setelah itu klien perlu melatih hal itu sendiri.
- 2) Menurunkan cemas terdiri dari beberapa cara yaitu teknik reaksasi, *biofeedback*, *systematic desensitization*, *flooding*, pencegahan respon.

3) Mempelajari perilaku baru, dengan cara: *modeling, shaping, token economy*, latihan kemampuan sosial, *aversion therapy, contingency contracting* (Setiono, 2005).

f. Prinsip - Prinsip Modifikasi Perilaku Kognitif

Sebelum proses terapi dimulai, terapis perlu terlebih dahulu menjelaskan susunan terapi kepada subjek, yang meliputi penjelasan tentang sudut pandang teori modifikasi perilaku dan teori terapi kognitif terhadap perilaku yang tidak adaptif, prinsip yang melandasi prosedur modifikasi perilaku kognitif, dan tentang langkah-langkah di dalam terapi. Penjelasan ini penting perannya untuk meningkatkan motivasi individu dan menjalin kerjasama yang baik. Perlu pula dijelaskan bahwa fungsi terapis hanyalah sebagai fasilitator timbulnya perilaku yang dikehendaki, dan individu yang berperan aktif dalam proses terapi (Ivey, 1993). Oleh karena itu individu harus benar-benar terampil menggunakan prinsip-prinsip terapi kognitif dan modifikasi perilaku dengan masalah yang dialaminya, dan peran terapis penting dalam mengajak individu memahami perasaannya dan teknik terapi yang efektif agar perubahan perilaku yang dikehendaki dapat terwujud.

Terkait dengan perlunya pemahaman tentang prinsip-prinsip modifikasi perilaku kognitif, menurut Ivey (1993) mengemukakan 10 hal yang harus diperhatikan seorang terapis dalam penggunaan modifikasi perilaku kognitif, yaitu:

- 1) Terapis perlu memahami bahwa perilaku klien ditentukan oleh pikiran, perasaan, proses fisiologis, dan akibat yang dialaminya. Terapis dapat memasuki sistem interaksi dengan memfokuskan pada pikiran, perasaan, proses fisiologis, dan perilaku yang dihasilkan klien.
- 2) Proses kognitif sebenarnya tidak menyebabkan kesulitan emosional, namun yang menyebabkan kesulitan emosional adalah karena proses kognitif itu sendiri merupakan proses interaksi yang kompleks. Bagian penting dari proses kognisi adalah meta-kognisi yaitu klien berusaha untuk memberi komentar secara internal pada pola pemikiran dan perilakunya saat itu. Struktur kognisi yang dibuat individu untuk mengorganisasi pengalaman adalah personal schema. Terapis perlu memahami personal schema yang digunakan oleh klien untuk lebih memahami masalah yang dialami klien. Perubahan personal schema yang tidak efektif adalah bagian yang penting dari terapi.
- 3) Tugas penting dari seorang terapis adalah menolong klien untuk memahami cara klien membentuk dan menafsirkan realitas.
- 4) Modifikasi perilaku kognitif memahami persoalan dengan pendekatan psikoterapi yang diambil dari sisi rasional atau objektif.
- 5) Modifikasi perilaku kognitif ditekankan pada penjabaran serta penemuan proses pemahaman pengalaman klien.

- 6) Dimensi yang cukup penting adalah untuk mencegah kekambuhan kembali.
- 7) Modifikasi perilaku kognitif melihat bahwa hubungan baik yang dibangun antara klien dan terapis merupakan sesuatu yang penting dalam proses perubahan klien.
- 8) Emosi memainkan peran yang penting dalam terapi, untuk itu klien perlu dibawa ke dalam suasana terapi yang mengungkap pengalaman emosi.
- 9) Terapis perlu menjalin kerjasama dengan pihak keluarga ataupun pasangan klien.
- 10) Modifikasi perilaku-kognitif dapat diperluas sebagai proses pencegahan timbulnya perilaku maladaptif.

2. Kanker Payudara

a. Pengertian kanker

Kanker adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal diubah oleh mutasi genetik dari DNA selular (Smelzer and Bare, 2002). Kanker adalah kelompok dari penyakit yang kompleks dengan manifestasi yang berbeda-beda sesuai dengan sistem tubuh yang dipengaruhi dan tipe dari sel tumor yang terlibat (Lemone and Burke, 2004). Kanker adalah istilah umum untuk neoplasma atau tumor ganas.

Tumor merupakan bentuk dari segala benjolan pada tubuh yang tidak normal. Dikenal juga dengan istilah neoplasma, yang secara

harfiah berarti pertumbuhan baru, adalah massa abnormal dari sel-sel yang mengalami proliferasi (Price and Wilson, 2006). Sel-sel neoplasma berasal dari sel-sel normal, namun selama mengalami perubahan neoplastik, sel-sel tersebut tumbuh dengan kecepatan yang tidak terkoordinasi dengan kebutuhan hospes dan fungsi yang sangat tidak bergantung pada pengawasan homeostatis sebagian besar sel tubuh lainnya.

b. Kanker Payudara

Kanker payudara adalah neoplasma ganas, suatu pertumbuhan jaringan payudara abnormal yang tidak memandang jaringan sekitarnya, tumbuh infiltratif dan destruktif, serta dapat bermetastase. Tumor ini tumbuh progresif, dan relatif cepat membesar. Pada stadium awal tidak terdapat keluhan sama sekali, hanya berupa fibroadenoma atau fibrokistik yang kecil saja, bentuk tidak teratur, batas tidak tegas, permukaan tidak rata, dan konsistensi padat dan keras (Ramli, 1994).

c. Etiologi Kanker Payudara

Faktor etiologinya sampai saat ini belum diketahui pasti, namun dapat dicatat pula bahwa penyebab itu sangat mungkin multifaktorial yang saling mempengaruhi satu sama lain, antara lain:

1) Konstitusi genetika

- a) Adanya kecenderungan pada keluarga tertentu lebih banyak kanker payudara daripada keluarga lain.
- b) adanya distribusi predileksi antar bangsa suku bangsa.

- c) pada kembar monozygote terdapat kanker sama.
 - d) terdapat persamaan lateralitas kanker payudara dekat dari penderita kanker payudara.
 - e) seorang dengan klinefelter akan mendapat kemungkinan 66 kali pria normal.
- 2) Pengaruh hormone
- a) kanker payudara umumnya pada wanita, pada laki-laki kemungkinan ini sangat rendah.
 - b) pada usia di atas 35 tahun insidensinya jauh lebih tinggi.
 - c) ternyata pengobatan hormonal banyak yang memberikan hasil pada kanker payudara lanjut.
- 3) Virogen
- Terbukti pada penelitian kera, pada manusia belum terbukti.
- 4) Makanan
- Terutama makanan yang banyak mengandung lemak. Karsinogen: terdapat lebih dari 2000 karsinogen dalam lingkungan hidup kita.
- 5) Radiasi daerah dada.
- Radiasi dapat menyebabkan mutagen (Ramli, 1994).
- d. Gejala Klinis Kanker Payudara

Gejala kanker payudara bisa dialami oleh laki-laki maupun perempuan, tetapi kanker payudara sangat jarang pada pria

dibandingkan dengan wanita. Lebih dari 1 dari 10 perempuan cenderung menderita gejala kanker payudara.

Gejala kanker payudara dapat terdeteksi ketika benjolan atau massa tumbuh cukup besar, baik dirasakan atau dilihat pada mamografi. Gejala kanker payudara sering belum terdeteksi sampai kanker itu sudah dalam tahap lanjut, dan mungkin sudah metastasis ke daerah vital tubuh. Untuk itu, penting bagi wanita memeriksakan diri secara teratur. Gambaran klinis yang dapat ditemukan menurut Churchill (1990), yaitu:

- 1) Benjolan pada payudara, keras atau lembut.
- 2) Nyeri, yang bervariasi dengan siklus haid dan independen dari siklus haid.
- 3) Perubahan pada kulit payudara:
 - a) *Skin dimpling*.
 - b) *Skin ulcer*.
 - c) *Peau d'orange*.
- 4) Gangguan puting:
 - a) Puting tertarik ke dalam.
 - b) Eksim (ruam yang melibatkan puting atau areola, atau keduanya).
 - c) *Putting discharge*.
- e. Stadium Kanker Payudara

Menurut Sarwono (2008), stadium kanker payudara pada klasifikasi TNM (T artinya *tumor*, N artinya *nodule*, M artinya *metastase*) dibedakan menjadi:

- 1) TIS : Tumor in situ, ialah tumor sebelum invasi (tanpa infiltrasi), seperti intraduktal kanker yang kecil. *Paget's disease* dari puting susu tanpa teraba tumornya, hanya mengeluarkan benda-benda seperti pasir.
- 2) T1 Tumor 2 cm atau kurang:
- 3) T1a tidak ada perlekatan/infiltrasi ke fascia pektoralis/otot pektoralis.
- 4) T1b dengan perlekatan/infiltrasi ke fascia pektoralis/otot pektoralis.
- 5) T2 Tumor 2 cm-5 cm:
- 6) T2a tidak ada perlekatan ke fascia pektoralis atau otot pektoralis.
- 7) T2b dengan perlekatan ke fascia pektoralis atau otot pektoralis.
- 8) T3 Tumor lebih besar dari 5 cm:
- 9) T3a tanpa perlekatan ke fascia pektoralis atau otot pektoralis.
- 10) T3b dengan perlekatan ke fascia pektoralis atau otot pektoralis. Perlekatan sedikit ke kulit (*dimpling*) atau retraksi puting susu bisa saja timbul pada T1 T2 T3.
- 11) T4 Tumor dengan besarnya berapa saja tetapi dengan infiltrasi ke dinding toraks atau kulit.
- 12) T4a dengan fiksasi ke dinding toraks.
- 13) T4b dengan edema, infiltrasi atau ulserasi kulit, atau kulit yang berbiji-biji.
- 14) N = kelenjar limfe regional.
- 15) N0 tidak teraba kelenjar limfe di ketiak homolateral.

- 16) N1 teraba di ketiak homolateral kelenjar limfe yang dapat digerakkan.
- 17) N1a kelenjar limfe yang di duga bukan anak sebar.
- 18) N1b kelenjar limfe yang diduga anak sebar.
- 19) N2 kelenjar limfe ketiak homolateral, berlekatan satu sama lain (paket) atau melekat ke jaringan sekitarnya.
- 20) N3 kelenjar limfe infra-dan supraklavikular homolateral.
- 21) M = Anak sebar jauh
- 22) M0 tidak ada anak sebar jauh.
- 23) M1 ada anak sebar jauh ditambah infiltrasi kulit sekitar payudara.

Tingkat T,N,M

- 1) Stadium I : T1a N0 (N1a) M0 yaitu T1b N0 (N1a) M0.
- 2) Stadium II: T0 N1b M0
 - a) T1a N1b M0
 - b) T1b N1b M0
 - c) T2a N0 (N1a) M0
 - d) T2b N0 (N1a) M0
 - e) T2a N1b M0
- 3) Stadium III: Setiap T3 dengan N apa saja, M0
 - a) T4 dengan N apa saja, M0
 - b) T dengan N2 M0
 - c) T dengan N3 M0
- 4) Stadium IV: Setiap T dengan N apa saja, M1

f. Diagnosis Kanker Payudara

Tahap klinis kanker payudara ditentukan terutama melalui pemeriksaan fisik kulit, jaringan payudara, dan kelenjar getah bening (aksilaris, supraklavikula, dan servikal). Namun, penentuan klinis metastasis kelenjar getah bening aksila memiliki akurasi hanya 33%. Mamografi, x-ray dada, dan intraoperative findings (ukuran kanker primer, invasi dinding dada) memberikan diagnosis yang lebih tepat, dan dilakukan pengobatan yang terarah (Brunicardi, 2004).

g. Penatalaksanaan Kanker Payudara

Penatalaksanaan kanker payudara dilakukan dengan serangkaian pengobatan meliputi : 1) pembedahan, 2) kemoterapi, 3) terapi hormon, 4) terapi radiasi dan 5) terapi imunologi (antibodi). Pengobatan ini ditujukan untuk memusnahkan kanker atau membatasi perkembangan penyakit serta menghilangkan gejala-gejalanya. Keberagaman jenis terapi ini mengharuskan terapi dilakukan secara individual (WHO, 2003).

h. Pengobatan kanker

Pilihan pengobatan pada pasien kanker harus berdasarkan tujuan yang realistis dan yang dapat dicapai untuk setiap tipe kanker yang spesifik. Tujuan pengobatan kanker antara lain eradikasi menyeluruh dari malignansi penyakit (penyembuhan), memperpanjang survival dan menghambat pertumbuhan sel-sel kanker (kontrol), atau hanya

menghilangkan gejala yang berhubungan dengan proses penyakit kanker paliatif (Smeltzer & Bare, 2002).

Kanker dapat ditangani melalui pembedahan dengan pendekatan sebagai pengobatan primer (mengangkat sebanyak mungkin tumor), pembedahan diagnostik (biopsi), pembedahan profilaktik (mengangkat organ nonvital yang mungkin untuk terjadinya kanker), pembedahan paliatif (membuat pasien merasa nyaman, dan bedah rekonstruktif (memperbaiki fungsi atau memperoleh efek kosmetik).

Penanganan kanker lebih lanjut untuk mencegah atau mengatasi metastasis kanker arfiara lain dengan radiasi baik radiasi internal maupun radiasi eksternal, bioterapi, terapi sistemik dengan hormonal terapi, immune terapi atau kemoterapi.

3. Kemoterapi

a. Pengertian

Kemoterapi adalah penggunaan preparat anti neoplastik sebagai upaya untuk membunuh sel-sel tumor dengan mengganggu fungsi dan reproduksi selular (Smeltzer & Bare, 2002).

Kemoterapi merupakan terapi sistemik dengan menggunakan pengobatan pil/oral atau langsung ke dalam aliran darah (melalui injeksi/infus) yang dapat menghancurkan sel-sel kanker. Kemoterapi merupakan sistemik terapi, hal ini berarti bahwa kemoterapi mempengaruhi seluruh tubuh melalui aliran darah.

b. Tujuan kemoterapi

Tujuan kemoterapi dan terapi sistemik lain adalah menghilangkan/membersihkan sel-sel kanker yang mungkin telah menyebar dari tempat awal kanker timbul ke bagian lain dari tubuh. Dr Nuzirwan Acang menyatakan tujuan pemberian kemoterapi adalah mencegah sel kanker mengadakan multiplikasi, invasi dan metastase (Mailing List Dokter Indonesia, 2000). Dengan kemoterapi diharapkan seluruh sel kanker dapat dibasmi sampai ke akar-akarnya, sampai ke lokasi yang tidak terjangkau pisau bedah.

Kemoterapi mungkin dikombinasi dengan pembedahan atau terapi radiasi, atau kedua-duanya. Sebelum pembedahan, kemoterapi digunakan untuk mengurangi ukuran tumor dan untuk menghancurkan sel-sel kanker dimanapun berada yang dapat dijangkau dengan operasi. Setelah pembedahan, kemoterapi bekerja secara sistemik untuk membunuh sel-sel kanker yang telah menyebar di bagian tubuh yang lain atau yang masih tertinggal pasca operasi. Setiap kali tumor terpajan agen kemoterapi, persentase sel-sel tumor (20% - 99% , bergantung pada dosis) mengalami kerusakan (Smelzer & Bare, 2002). Pengulangan dosis obat diperlukan sepanjang periode yang diperpanjang untuk mencapai regresi tumor. Eradikasi 100% tumor adalah hampir tidak mungkin, tetapi tujuan dari kemoterapi adalah untuk mengeradikasi cukup tumor sehingga sel-sel tumor yang tersisa dapat dirusak oleh sistem imun tubuh.

Agen kemoterapi sering diberikan secara kombinasi. Kombinasi obat-obat tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesempatan mencapai remisi yang sempurna, untuk mencegah serangan resistensi obat, dan memaksimalkan efektifitas pemakaian obat, sehingga tujuan kemoterapi dapat tercapai. Hasil pengobatan juga tergantung pada stadium atau tingkatan kanker pada waktu kemoterapi dilakukan. Sehingga tujuan dari kemoterapi (penyembuhan, pengontrolan, paliatif) harus realistis, karena tujuan tersebut akan menetapkan medikasi yang digunakan dan keagresifan rencana pengobatan.

c. Cara kerja kemoterapi

Kemoterapi bekerja dengan cara merusak/mengganggu kemampuan sel-sel kanker untuk reproduksi selular dan fungsinya dari hari ke hari (Weiss, 2007).

Kemoterapi bekerja dengan memaparkan sel-sel kanker yang berproliferasi dan sel-sel normal dengan berbagai macam agen sitotoksik. Kemoterapi juga bekerja dengan cara mengganggu kemampuan sel-sel maligna dalam mensintesa enzim dan zat-zat kimia penting bagi dirinya. Agen kemoterapi merusak/menghancurkan siklus sel dalam berbagai fase, dengan memutus metabolisme dan replikasi sel. Efek agen kemoterapi atau obat anti kanker berhubungan dengan fase dari siklus reproduksi sel yaitu siklus sel.

Waktu siklus sel adalah waktu yang dibutuhkan oleh satu sel jaringan untuk membelah diri dan menghasilkan dua sel anak yang

identik (Smeltzer & Bare ,2002). Siklus sel dari sembarang sel memiliki empat fase yang berbeda , masing-masing dengan suatu fungsi utama yang vital :

- a. Fase G_1 : Terjadi sintesa RNA dan protein
- b. Fase S : Terjadi sintesa DNA
- c. Fase G_2 : Fase pra mitosis, sintesa DNA selesai, terbentuk kumparan mitosis
- d. Mitosis : Terjadi pembelahan sel

Fase G_0 , fase sel istirahat atau dorman, dapat terjadi setelah mitosis dan selama fase G_1 . Dalam fase G_0 , sel-sel yang berbahaya yang tidak membelah diri secara aktif tetapi mempunyai potensi replikasi di masa mendatang.

Obat-obat fase spesifik siklus sel hanya bekerja pada beberapa fase siklus sel. Agen kemoterapi ini menghancurkan sel dalam fase spesifik siklus sel yaitu mempengaruhi sel dalam fase S dengan mengganggu sintesa DNA dan RNA. Ada juga agen kemoterapi yang spesifik untuk fase M, dimana agen tersebut menghambat kumparan mitosis.

Obat-obat non fase spesifik bekerja melalui keseluruhan siklus sel. Agen kemoterapi ini bekerja secara mandiri pada fase-fase siklus sel. Agen ini mempunyai efek jangka panjang pada sel yang mengakibatkan kerusakan atau kematian sel. Banyak pengobatan kemoterapi yang menggabungkan obat-obat spesifik siklus sel dan non

spesifik siklus sel untuk meningkatkan jumlah sel-sel tumor rentan yang dibunuh selama periode pengobatan.

Sel-sel kanker yang tersebar luas sehingga tidak mungkin untuk dioperasi atau ditangani dengan radioterapi masih dapat dihilangkan dengan pemberian obat secara sistemik yang toksisitasnya terhadap sel-sel normal cukup rendah untuk dapat ditoleransi. Kemoterapi efektif melawan sel kanker karena obat-obat kemoterapi memilih/menyukai untuk mengganggu sel-sel yang membelah dengan cepat. Efek samping kemoterapi muncul karena sel kanker bukanlah satu-satunya sel dalam tubuh yang membelah dengan cepat.

d. Toksisitas kemoterapi

Kemoterapi seringkali terbatas penggunaannya karena toksisitasnya terhadap sel-sel normal yang berproliferasi cepat. Toksisitas yang berkaitan dengan kemoterapi dapat terjadi akut atau kronik.

Menurut Lemon and Burke, 2004, sel-sel dalam tubuh yang membelah dengan cepat dan biasanya diserang oleh sitotoksik obat kanker terdapat dalam jaringan berikut :

- 1) Membrane mukosa mulut, lidah, esophagus, abdomen, usus, dan rectum. Hal ini menyebabkan anoreksia, mual, muntah, diare dan nyeri karena ulserasi pada saluran pencernaan.
- 2) Sel-sel rambut menyebabkan *alopecia*.
- 3) Sumsum tulang menyebabkan menurunnya jumlah beberapa sel darah seperti granulosit, limfosit, trombosit, dan eritrosit. Hal ini

menyebabkan gangguan kemampuan untuk mengatasi infeksi, mengurangi kemampuan pembekuan darah dan mengalami anemia.

4) Organ-organ tubuh seperti hati, paru-paru kandung kemih dan ginjal mengalami kerusakan yang berhubungan dengan agen kemoterapi tertentu.

5) organ reproduksi, menyebabkan gangguan kemampuan bereproduksi atau mempengaruhi perkembangan janin.

Penurunan dosis dan keterlambatan penanganan terhadap toksisitas obat serta kepatuhan pasien mendukung resistensi tumor. Depresi system imun dan penurunan berat badan dapat menurunkan toleransi terhadap efek samping kemoterapi. Respon terhadap efek samping kemoterapi juga dipengaruhi oleh status performance pasien yang optimal, berat badan yang stabil, tidak terdapatnya penyakit yang lain dan pengelolaan gejala yang optimal. Efek samping dan toksisitas obat kemoterapi bermacam-macam tergantung dari agen kemoterapi yang digunakan dan lamanya terapi.

Lamanya terapi dan jenis pengobatan yang diberikan berbeda-beda tergantung jenis kanker dan kondisi tiap pasien. Saat ini terdapat 40-50 agen sitotoksik yang diijinkan untuk terapi kanker (Kinghorn & Gamlin, 2001). Kombinasi agen yang sinergis dan bereaksi pada fase siklus sel yang berbeda memaksimalkan untuk membunuh sel tumor.

Cara pengobatan kemoterapi diberikan menurut rangkaian/urutan waktu atau siklus. Siklus direncanakan untuk

memberikan kesempatan terapatnya sel-sel kanker secara maksimal terhadap obat, sambil memberikan kesempatan pasien untuk pulih dari pengaruh efek samping obat. Lamanya siklus bervariasi tergantung dari jenis kanker dan toleransi khusus pasien terhadap efek samping (perry & potter, 1990).

e. Respon Fisiologis dan Psikologis Pasien terhadap Efek Samping Kemoterapi

Kemoterapi mempunyai efek sistemik pada sel-sel maligna dan juga sel-sel normal, yang mempengaruhi banyak sistem tubuh. Pengobatan kemoterapi diberikan menurut rangkaian waktu atau siklus. Siklus direncanakan untuk memaksimalkan pemaparan sel kanker terhadap obat dan memungkinkan pasien untuk pulih kembali dari efek samping obat. Lamanya siklus berbeda-beda tergantung dari tipe kanker dan toleransi pasien terhadap efek samping obat secara khusus. Efek kemoterapi yang timbul dapat mempengaruhi kondisi pasien kanker secara fisiologis maupun psikologis.

Respon tubuh timbul saat tubuh terancam atau mengalami cedera. Respon tubuh dapat berupa perubahan struktural dan fungsional, dan perubahan ini bisa bersifat adaptif (berefek positif) maupun maladaptif (berefek negatif). Respon maladaptif merupakan respon kronis dan berulang atau pola respon sesuai berjalannya waktu yang tidak ditujukan untuk mencapai sasaran adaptasi (Smeltzer & Bare, 2002). Sasaran adaptasi dapat dikategorikan dalam tiga area

yaitu area somatis, area psikologis dan fungsi sosial. Kegagalan individu untuk mencapai area adaptasi somatis maupun area psikologis menyebabkan munculnya respon fisiologis dan respon psikologis yang maladaptif.

4. Depresi

Depresi adalah suatu gangguan keadaan suasana perasaan yang secara umum ditandai oleh rasa kesedihan, apati, pesimisme, dan kesepian (Kaplan & Sadock, 1997). Keadaan ini sering disebutkan dengan istilah kesedihan (*sadness*), murung (*blue*), dan kesengsaraan (Lewis, 1991). Makna depresi secara luas adalah suatu kekacauan yang kompleks yang melibatkan afektif, kognitif, motivasi, dan komponen tingkah laku (Dowells & Newell, 1996).

Gejala utama depresi Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ-III) sebagai berikut:

- a. Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat) :
 - 1) Afek depresif
 - 2) Kehilangan minat dan kegembiraan, dan
 - 3) Berkurangnya energi-yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
- b. Gejala lainnya :
 - 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang
 - 2) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang

- 3) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 4) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- 5) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri.
- 6) Tidur terganggu
- 7) Nafsu makan berkurang.

c. Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

d. Kategori diagnosis episode depresif ringan, sedang, dan berat hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi di bawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang.

Ketiga tipe kejadian depresi selanjutnya dijelaskan sebagai berikut:

a. Episode depresif ringan

Pedoman Diagnostik

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya : (1 sampai dengan 7).
- 3) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
- 4) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.

5) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

b. Episode depresif sedang

Pedoman Diagnostik

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 4) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c. Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

Pedoman Diagnostik

- 1) Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
- 3) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
- 4) Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat

cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.

- 5) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d. Episode depresif berat dengan gejala psikotik

Pedoman Diagnostik

- 1) Episode depresi berat yang memenuhi kriteria episode depresi berat tanpa gejala psikotik.
- 2) Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*).

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan alat ukur depresi. BDI dirancang oleh Beck yang merupakan skala pengukuran depresi yang dapat digunakan sebagai instrumen penyaring depresi di komunitas dan di penelitian klinik. BDI terdiri dari 21 gejala depresi yang meliputi kesedihan, pesimisme, perasaan dihukum, rasa tidak suka terhadap diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, ide bunuh diri, menangis, iritabilitas,

menarik diri dari hubungan sosial, ketidakmampuan mengambil keputusan, perubahan citra tubuh, kelambanan dalam bekerja, gangguan tidur, kelelahan, hilangnya nafsu makan, hilangnya berat badan, perokupasi somatik dan hilangnya libido. Masing-masing kategori menggambarkan manifestasi depresi yang disusun berjenjang, merefleksikan beratnya gejala dari netral sampai terberat dengan nilai 0-63.

Nilai masing-masing kategori adalah angka tertinggi yang dipilih subjek pada kategori tersebut. Nilai total dihitung dengan cara menjumlahkan seluruh nilai yang diperoleh untuk masing-masing kategori sehingga nilai total antara 0 – 63. Kriteria depresi berdasarkan skor jawaban responden yaitu depresi yaitu:

- a. Kurang dari 16 : depresi ringan
- b. Antara 17-30 : depresi sedang
- c. Lebih dari 30 : depresi berat. (Beck, 1988).

5. Karakteristik Responden

a. Umur

Menurut Nursalam (2001) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dimana dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya karena dianggap memiliki pengetahuan yang lebih dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya, hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan

kematangan jiwanya. Dengan makna lain semakin bertambah umur seseorang maka pengetahuan dan kedewasaannya dalam berperilaku semakin bertambah.

Semakin tua umur pasien maka akan semakin banyak pengalaman yang diperoleh sehingga memiliki pengetahuan yang semakin bertambah dibandingkan dengan umur pasien yang usianya masih muda.

b. Jenis Kelamin

Menurut Hungu (2007) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi.

c. Status Perkawinan

Lembaga Demografi FE UI (2000) menyatakan bahwa, status perkawinan adalah ikatan lahir batin antara pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Menurut Soekanto (2000), perkawinan (*marriage*) adalah ikatan yang sah antara seorang

pria dan wanita yang menimbulkan hak-hak dan kewajiban-kewajiban antara mereka maupun turunannya .

Menurut Robbins (2003) menyatakan bahwa, pernikahan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting.

d. Pendidikan

Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang me ningkat (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Jenis pendidikan adalah kelompok yang didasarkan pada kekhususan tujuan pendidikan suatu satuan pendidikan, yaitu kelompok layanan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan pada jalur formal, nonformal, dan informal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan (Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003).

e. Pekerjaan

Menurut Notoatmodjo (2007), pekerjaan merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Bekerja menjadikan seseorang memiliki hubungan interaksional yang lebih luas dibandingkan orang yang tidak bekerja. Hubungan interaksional tersebut memungkinkan terjadinya pertukaran informasi

dan pengalaman dari berbagai orang sehingga tanpa disadari dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

Pekerjaan berkaitan dengan status sosial ekonomi keluarga yang akan mendukung kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. Sosial ekonomi adalah tingkat kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan ekonomi seseorang dipengaruhi oleh pendapatan yang diperoleh dari pekerjaan sebagai mata pencaharian sehari-hari (Soekanto, 2006).

Bekerja dapat meningkatkan pengetahuan seseorang melalui pertukaran informasi dan pengalaman di tempat kerja. Oleh karena itu, interaksi dengan rekan sekerja hendaknya dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan pengetahuannya.

Status pekerjaan yaitu berusaha sendiri tanpa dibantu orang lain, berusaha dengan dibantu anggota rumah tangga/buruh tidak tetap, pekerja keluarga, sering dipakai sebagai pekerja sektor informal. Sedangkan status pekerjaan yang lain, yaitu buruh/ karyawan, berusaha dengan buruh tetap, dianggap sebagai pekerja sektor formal.

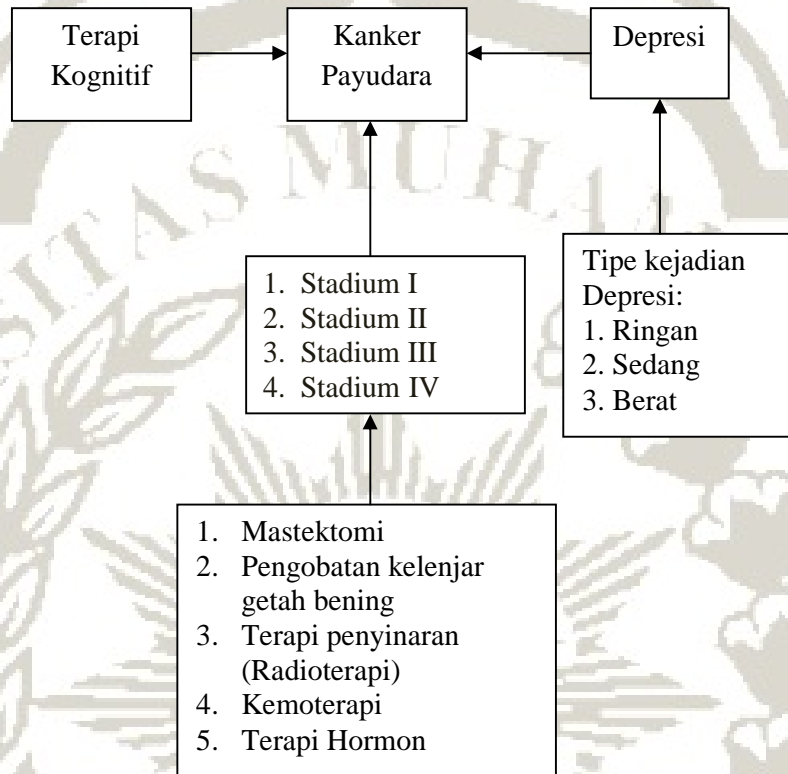
Ciri-ciri tenaga kerja sektor informal adalah sebagai berikut :

- a) Tenaga kerja bekerja pada segala jenis pekerjaan tanpa ada perlindungan negara dan atas usaha tersebut tidak dikenakan pajak.
- b) Pekerja tidak menghasilkan pendapatan yang tetap,
- c) Tempat bekerja tidak terdapat keamanan kerja (*job security*)

d) Tempat bekerja tidak ada status permanen atas pekerjaan tersebut dan unit usaha atau lembaga yang tidak berbadan hukum (Hendri dan Chatib, 2012).

Sedangkan ciri-ciri kegiatan informal adalah mudah masuk, artinya setiap orang dapat kapan saja masuk ke jenis usaha informal ini, bersandar pada sumber daya lokal, biasanya usaha milik keluarga, operasi skala kecil, padat karya, keterampilan diperoleh dari luar sistem formal sekolah dan tidak diatur dan pasar yang kompetitif. Contoh dari jenis kegiatan sektor informal antara lain pedagang kaki lima (PKL), becak, penata parkir, pengamen dan anak jalanan, pedagang pasar, buruh tani dan lainnya (Hendri dan Chatib, 2012).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Sumber : Kaplan (1997), Ramli (1994), Sarwono (2008), WHO (2003), Beck (1988)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ho = *Cognitive Behavioral Therapy* tidak berpengaruh terhadap penurunan skor depresi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di Ruang Bugenvil RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2012.

Ha = *Cognitive Behavioral Therapy* berpengaruh terhadap penurunan skor depresi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di Ruang Bugenvil RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2012.