

PENERAPAN ADJUVANT PSYCHOLOGICAL THERAPY (APT) TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA KANKER SERVIKS

THE APPLICATION OF ADJUVANT PSYCHOLOGICAL THERAPY (APT) TOWARD THE DECREASED LEVEL DEPRESSION OF CERVICAL CANCER PATIENT

**Lily Elwina
Siti Suminarti Fasikhah
Diah Karmiyati**

*Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang
E-mail: lily.elwina@gmail.com/fasikhahss@yahoo.co.id*

ABSTRACT

The study aimed at investigating the application of Adjuvant Psychological Therapy (APT) on the decrease of depression level of the patients suffering from cervical cancer. The study employed single-case experimental design. It applied a therapy and analyzed its effect before and after the treatment. This study used ABA' design indicating three phases of treatment. Beck depression Inventory II (BDI II) was used as an instrument to assess the subject's depression level. In addition the data were daily collected by self monitoring Subjective Units of Discomfort Scale (SUDs) was used as an instrument to assess the subject's discomfort level everyday on going therapy. Observation and semi-structured interviews were used as the assessment. The finding showed that the stages of APT significantly reduced the subject's depression level. Moreover, Adjuvant Psychological Therapy (APT) was helped the medical treatment of patients with cervical cancer who lived to be more optimally and decreased the patient's chronic sore.

Key words: *Adjuvant Psychological Therapy (APT), Depression, Patient Cervical Cancer*

ABSTRAK

Penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui apakah penerapan *Adjuvant Psychological Therapy* (APT) dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita kanker serviks. Desain penelitian yang digunakan *single-case experimental designs* dan rancangan dalam penelitian ini merupakan desain A-B-A' yang mempunyai tiga fase, yaitu A (*baseline*), B (*intervensi*) dan fase A' (*follow-up*). Metode pengumpulan data menggunakan instrumen BDI II yang berisi skor tingkat depresi subjek dan *Self Monitoring* dengan *Subjective Units of Discomfort Scale* (SUDs) yang berisi tingkat ketidaknyamanan subjek yang diisi subjek setiap hari selama proses terapi. Selain itu peneliti juga menggunakan observasi dan wawancara semi terstruktur. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa rangkaian sesi terapi APT yang diberikan dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita kanker serviks. Berdasarkan hasil pengukuran dengan *Beck Depression Inventory II* (BDI II) tingkat depresi subjek mengalami penurunan sebanyak tiga tingkat pada tahap pra terapi 37 (kategori depresi berat), tahap pasca terapi menjadi 17 (kategori depresi ringan) dan tahap *follow-up* menjadi 15 (gangguan *mood* ringan). Metode pengukuran dengan *self monitoring* (SUDs) secara bertahap mengalami penurunan sebanyak empat poin (dari delapan menjadi empat). Selain itu, APT dapat membantu pengobatan medis yang dijalani penderita kanker serviks menjadi lebih maksimal dan menurunkan intensitas nyeri kronis yang dialaminya.

Kata kunci: *Adjuvant Psychological Therapy* (APT), Depresi, Pasien Kanker Serviks

Masalah penyakit kanker dewasa ini dirasakan semakin menonjol dibandingkan tahun-tahun yang lalu. Hal ini dilihat dari banyaknya laporan bahwa penyakit kanker cenderung menjadi salah satu penyebab utama kematian pada usia produktif. Kanker serviks adalah kanker (tumor ganas) yang terbentuk pada serviks, yaitu organ yang menghubungkan uterus dengan vagina. Kanker serviks adalah keganasan paling umum kedua bagi wanita di seluruh dunia dan merupakan penyebab kematian utama akibat kanker bagi wanita di negara-negara berkembang (Pitkin, 2003).

Menurut WHO (2008), Indonesia merupakan negara dengan jumlah

penderita kanker serviks yang tertinggi di dunia. Pada tahun 2015 diperkirakan ada 9 juta orang yang meninggal karena kanker dan tahun 2030 diperkirakan 11,4 juta kematian karena kanker. Jumlah penderita kanker juga meningkat setiap tahun hingga mencapai 6,25 juta orang dan dua pertiganya berasal dari negara berkembang seperti Indonesia. Penderita kanker di Indonesia diperkirakan 1:1.000 penduduk per tahun. Kanker diyakini sebagai penyebab kematian ke-5 di Indonesia dan terus mengalami peningkatan karena penderita kanker sulit disembuhkan.

Menurut Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dalam acara Peringatan 1 Tahun

Perempuan Peduli Kanker Serviks menyatakan bahwa jumlah kasus kanker serviks di Indonesia masih tinggi. Setiap hari diperkirakan muncul 40-45 kasus baru dan sekitar 20-25 perempuan meninggal karena kanker ini (Hadi, 2011). Kanker serviks adalah kanker pada sistem reproduksi dan merupakan kanker yang menyebabkan gangguan emosional karena sistem reproduksi berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menghasilkan keturunan. Penderita kanker serviks seringkali menghadapi tekanan psikologis karena kanker serviks menimbulkan berbagai implikasi, seperti rasa sakit, ketergantungan pada orang lain, ketidakmampuan dan ketidakberdayaan, hilangnya fungsi-fungsi tubuh, dan sebagainya. Penderita kanker serviks mengalami rasa takut, cemas, *shock*, putus asa, marah, serta depresi. Perasaan timbul pada diri penderita kanker serviks akan berdampak negatif (Dalton, 2002).

Menurut data Departemen Kesehatan RI, di Indonesia ada 400 kasus perempuan yang positif terinfeksi HPV (*Virus Human Papiloma*), 70 persen lebih ternyata sudah stadium lanjut. Kebanyakan dari mereka sudah pada grade II dan III. Tingginya angka kematian pada wanita di Indonesia disebabkan penderita kanker serviks sebagian besar (sekitar 70%) datang berobat setelah stadium lanjut. Hal ini karena kurangnya kesadaran wanita Indonesia dalam mencegah dan mendeteksi secara dini kanker serviks (Ratna, 2004). Kanker serviks disebabkan

oleh virus HPV (*Human Papilloma Virus*). Virus ini memiliki lebih dari 100 tipe, di mana sebagian besar di antaranya tidak berbahaya dan akan lenyap dengan sendirinya. Jenis virus HPV yang menyebabkan kanker serviks dan paling fatal akibatnya adalah virus HPV tipe 16 dan 18. Namun, selain disebabkan oleh virus HPV, sel-sel abnormal pada leher rahim juga bisa tumbuh akibat paparan radiasi atau pencemaran bahan kimia yang terjadi dalam jangka waktu cukup lama.

Ketika dokter mendiagnosis bahwa seseorang menderita penyakit berbahaya (kronis) seperti kanker, ada enam reaksi psikologis yang utama muncul (Prokop, 1991), yaitu kecemasan, depresi, perasaan kehilangan kontrol, gangguan kognitif atau status mental (*impairment*), gangguan seksual serta penolakan terhadap kenyataan (*denial*).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan (Berek dkk, 2005) melaporkan adanya reaksi emosional spesifik seperti depresi dan kecemasan terhadap kanker ginekologi. Derogatis (1983) memperkirakan sekitar 50% pasien kanker mempunyai gejala psikiatrik, 85% mempunyai gejala depresi dan kecemasan. Depresi pada penderita kanker dapat disebabkan oleh berbagai alasan termasuk reaksi psikologis yang disebabkan oleh diagnosis kanker, efek samping pengobatan, usia, pendidikan, sosial ekonomi (Jadoon, dkk, 2010). Selain itu stadium kanker, lama menderita

kanker juga meningkatkan resiko depresi pada pasien kanker, dan dukungan sosial (Herschbach, dkk, 2004). Ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri dan percaya diri, perubahan peran sosial dan gaya hidup, serta masalah-masalah terkait finansial, merupakan hal-hal yang memengaruhi kehidupan penderita kanker sehingga bisa menyebabkan depresi. Orang yang menderita kanker sekaligus juga mengalami depresi. Prevalensi terjadinya depresi pada pasien kanker ginekologi mencapai 23% (Massie, 2004).

APT (*Adjuvant Psychological Therapy*) merupakan terapi yang baru dikembangkan dan dirancang khusus untuk meningkatkan kualitas hidup subjek kanker dengan mengurangi gangguan emosi dan mempromosikan *fighting spirit* (Greer, S. Moorey, S. dkk, 1992). Komponen dari terapi APT dirancang secara konstruktif untuk memfasilitasi subjek dalam mengekspresikan emosi, memodifikasi perilaku menjadi lebih cocok dan sesuai melalui *relearning*, memodifikasi pikiran, premis, asumsi, dan sikap yang salah atau negatif serta bersifat interaktif dalam menghadapi subjek kanker adalah melibatkan orang-orang penting dalam kehidupan subjek (Moorey dkk, 1992).

Sebuah penelitian dilakukan Greer dkk (1992) dalam Kampanye Penelitian

Kanker Kedokteran Psikologi Kelompok, Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey. Mereka melakukan studi dan mengevaluasi fase I/II APT dalam praktek klinis rutin. Sebanyak 44 subjek rawat jalan dengan berbagai macam jenis kanker dirujuk untuk konsultasi kejiwaan dan menerima APT di Rumah Sakit studi Marsden Royal. Standardisasi kuesioner *self monitoring* digunakan untuk mengukur kecemasan, depresi, dan penyesuaian mental terhadap kanker. Perbandingan statistik antara skor pra-perawatan dan skor rata-rata setelah lima sesi APT yang menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan dalam kecemasan, depresi, dan penyesuaian mental. Hasil ini menunjukkan peningkatan baik dalam gejala kejiwaan terhadap kanker yang berhubungan dengan APT.

Dalam penelitian ini hipotesis yang dirumuskan bahwa penerapan *Adjuvant Psychological Therapy (APT)* dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita kanker serviks.

METODE PENELITIAN

Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah satu orang penderita kanker serviks dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Menderita kanker serviks stadium Ila yang mengalami masalah tingkat depresi berat sebagai akibat dari

kanker yang dideritanya (dideteksi dengan menggunakan tes BDI II). Menderita penyakit kanker serviks tanpa penyakit penyerta yang ditentukan berdasarkan catatan medis dan cacat fisik, karena hal tersebut merupakan usaha peneliti untuk memperkecil peranan penyakit lain atau peranan cacat fisik yang dimiliki penderita dalam memunculkan gejala depresi. Dengan demikian peneliti dapat memperkecil bias dari hasil penelitian ini.

2. Menikah dan berada pada usia produktif berusia antara rentang 30-50 tahun, yaitu berusia 45 tahun. Pengambilan kriteria ini untuk melihat dampak dukungan pasangannya dan tanggung jawab pekerjaan sebagai istri dan ibu rumah tangga.

Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan *single-case experimental designs*. *Single-case experimental designs* atau desain kasus tunggal adalah penelitian yang menerapkan sebuah terapi dengan melihat pengaruh terapi tersebut pada beberapa individu yang diawali dengan melihat keadaan awal perilaku individu selama beberapa hari sebelum terapi dimulai. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian terapi (Kazdin, 2001). Rancangan penelitian studi kasus tunggal ini biasa diterapkan pada penelitian yang bersifat *behavioral analysis* (Goodwin, 2005).

Menurut Rosnow dan Rosenthal (Sunanto, 2005), desain subjek tunggal (*single subject design*) memfokuskan pada data individu sebagai sampel penelitian. Perbandingan tidak dilakukan antar individual atau kelompok, tetapi dibandingkan pada subjek yang sama dalam kondisi yang berbeda, dan yang dimaksud kondisi di sini adalah kondisi *baseline* dan kondisi intervensi. *Baseline* adalah kondisi saat pengukuran target *behavior* dilakukan pada keadaan natural sebelum diberikan intervensi apapun. Kondisi eksperimen adalah kondisi saat suatu intervensi telah diberikan dan target *behavior* diukur di bawah kondisi tersebut. Selanjutnya pada desain subjek tunggal selalu dilakukan perbandingan antara fase *baseline* dengan sekurang-kurangnya satu fase intervensi.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa penelitian subjek tunggal merupakan penelitian eksperimen yang dilakukan terhadap subjek secara individual yang bertujuan untuk melihat perubahan perilaku. Perbandingan dilakukan pada subjek yang sama dalam kondisi yang berbeda, yakni kondisi *baseline* dibandingkan dengan kondisi setelah eksperimen diberikan. Dalam hal ini meneliti perubahan tingkat depresi penderita kanker serviks. Penelitian ini menggunakan satu orang subjek (N=1) sehingga untuk mengetahui penerapan dari terapi APT pada penderita kanker dengan cara membandingkan keadaan subjek dari waktu ke waktu.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain A-B-A'. Desain A-B-A' merupakan penelitian yang pengolahan datanya dipergunakan untuk menyelidiki perubahan perilaku, dalam hal ini adalah terapi APT untuk mengurangi tingkat depresi pada penderita kanker serviks. Desain A-B-A' mempunyai 3 fase, yaitu fase A menunjukkan keadaan awal subjek (*baseline 1*) dan B menunjukkan fase perlakuan (intervensi) dan fase A' kedua adalah keadaan subjek setelah perlakuan (*baseline 2*) atau dalam hal ini termasuk dalam tahap *follow-up* (Kazdin, 2001). Menurut Latipun (2002), desain ini dilakukan dengan mengukur keadaan awal subjek kemudian memberikan perlakuan dan mengamati peningkatan selama perlakuan diberikan. Huruf A digunakan untuk menunjukkan kondisi *baseline* saat data dicatat beberapa kali dalam kondisi yang natural (sebelum mendapat intervensi). Kondisi *baseline* (A) inilah yang sering ada di fase pertama dalam desain *single subject* dengan tujuan utama untuk membandingkan data setelah diberikan intervensi. Huruf (B) menunjukkan pengukuran target *behavior* saat intervensi (pengajaran) telah diberikan.

Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian klinis asesmen merupakan salah satu langkah utama dan penting untuk mendapatkan data yang dijadikan landasan utama dalam penelitian tersebut. Asesmen klinis termasuk dalam sebuah proses evaluasi individu yang secara mendalam dengan

cara menggali informasi guna mengetahui faktor-faktor penyebab munculnya sebuah permasalahan (Trull & Phares, 2001).

Daftar Riwayat Hidup berisi tentang data demografi mengenai identitas subjek, meliputi tempat tinggal, status perkawinan, agama dan latar belakang keluarga, kesehatan, riwayat pendidikan, dan sebagainya. Metode ini diberikan kepada subjek pada saat asesmen awal.

Penelitian ini menggunakan salah satu teknik wawancara yang disebut *focussed semi-structured interview* atau wawancara bebas terpimpin. Teknik wawancara ini menggunakan *interview guide* yang berupa pertanyaan-pertanyaan namun tidak permanen (mengikat). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dalam 4 tahap, yaitu pada tahap asesmen awal penegakan diagnosis, asesmen pra terapi, terapi, dan asesmen pasca terapi. Adapun penggunaan wawancara dilakukan pada saat pra terapi sebagai asesmen awal berfokus dari wawancara pada tahap ini adalah untuk mengetahui tentang penyakit kanker serviks yang diderita subjek serta mengetahui faktor-faktor yang melatarbelakangi munculnya depresi pada diri subjek dan gejala-gejala apa yang muncul, dan usaha apa saja yang sudah dilakukan untuk menurunkan perasaan depresinya. Selain itu wawancara juga untuk mengungkap mengenai *self monitoring* tingkat ketidaknyamanan.

Proses selama terapi dilakukan wawancara untuk mengetahui perkem-

bagian subjek selama proses terapi berlangsung dan mengidentifikasi perubahan-perubahan ataupun hambatan-hambatan apa saja yang mungkin muncul dalam diri subjek selama proses terapi berlangsung, dan tingkat ketidaknyamanan yang diisi setiap harinya oleh subjek. Wawancara dilakukan per sesi selama proses terapi berjalan.

Pada waktu pasca terapi wawancara dimaksudkan untuk mengetahui (a) adakah perubahan yang terjadi setelah terapi diberikan dibandingkan dengan keadaan subjek sebelum terapi dan (b) faktor-faktor apa saja yang berperan terhadap terjadinya perubahan tersebut. Wawancara *self monitoring* tingkat ketidaknyamanan yang diisi pasca perlakuan. Wawancara ini dilakukan satu hari setelah proses perlakuan dihentikan.

Follow-up atau tindak lanjut wawancara dilakukan setelah satu minggu proses perlakuan dihentikan. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui perkembangan lebih lanjut dari terapi

yang diberikan kepada subjek dan apakah ada perubahan tingkat ketidaknyamanan, tingkat keserangan gejala depresi yang muncul pada subjek setelah tidak ada intervensi dari peneliti.

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen *Beck Depression Inventory II* (BDI II). BDI II adalah suatu kuesioner yang selalu digunakan dalam studi psikologi klinis dan psikiatri. BDI II merupakan revisi dari BDI-IA yang dikembangkan berdasarkan *Diagnostic Statistical Manual and Mental Disorder IV* (DSM-IV). Seperti halnya BDI, BDI-II juga mengandung 21 aitem pernyataan masing-masing jawaban dibuat skor dari 0 ke 3. *Cut off* yang digunakan berbeda dari yang asli. Pada inventori ini, setiap kategori gejala terdiri atas suatu seri pertanyaan yang mencerminkan derajat keparahan depresi. Sistem penilaian dilakukan dengan menjumlahkan nilai gejala yang dipilih subjek pada setiap aitem. Pada setiap kategori gejala terdapat gradasi nilai dari 0 sampai 3.

Table 1. Klasifikasi tingkat depresi menurut Aaron T. Beck (2000)

Rentang Skor Total	Tingkat depresi
1 – 10	Naik turunnya perasaan tergolong wajar
11 – 16	Gangguan mood yang ringan
17 – 20	Gangguan batas depresi klinis/ depresi ringan
21 – 30	Depresi sedang
31 – 40	Depresi berat atau parah
>41	Depresi ekstrim

Skor total yang didapat subjek merupakan cermin dari kombinasi gejala yang dimiliki dan tingkat kedalaman depresinya. Inventori ini sudah pula di pergunakan oleh peneliti-peneliti lainnya, antara lain Rosyidah (1993) dan Adiwijaya (1993) yang sudah meneliti validitas dan reliabilitas alat ukur ini. BDI II diisi subjek pada tahap pra-terapi sebagai asesmen awal, tahap pasca terapi, dan tahap *follow-up*.

Pengamatan diri merupakan sesuatu yang subjektif berdasarkan penilaian subjek pada saat itu. Skor ini berbentuk angka dengan rentangan 0–10, yang disebut dengan *Subjective Units of Discomfort Scale* (SUDs), diadaptasi dari Joseph Wolpe seperti yang dijelaskan (Shapiro, 1969). SUDs ialah suatu cara yang mudah untuk mengklasifikasikan berapa banyak ketidaknyamanan yang di alami pada waktu tertentu. Kategori SUDs berupa skala *rating scale* 0–10 yang mengindikasikan mulai dari nol (tidak ada tekanan lagi atau rileks) hingga sepuluh (tekanan ekstrim). Ada sebelas poin pada skala, mulai dari nol (tidak ada tekanan lagi atau rileks) hingga sepuluh (tekanan ekstrim). Tingkat ketidaknyamanan dari 0–3 dikategorikan sebagai tingkat ketidaknyamanan yang sangat rendah, 4–5 untuk kategori tingkat ketidaknyamanan yang rendah, dan 6–7 sebagai kategori tingkat ketidaknyamanan sedang, dan 8–9 sebagai kategori tingkat ketidaknyamanan yang tinggi, dan 10 tingkat ketidaknyamanan yang sangat

tinggi. SUDs diisi subjek setiap hari yang dimulai dari fase *baseline*, selama proses terapi sampai *follow-up*.

Intervensi Penelitian

Peneliti menguraikan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan dalam penelitian ini meliputi beberapa tahap, antara lain:

1. Persiapan. Persiapan yang dilakukan berupa: (1) pengambilan subjek penelitian sesuai karakteristik. Dengan adanya kriteria tersebut, peneliti memutuskan meminta persetujuan subjek agar kasus yang dialami subjek dilakukan intervensi, (2) berkenalan dengan penderita kanker serviks dan membangun *good rapport* (hubungan yang baik antara peneliti dan subjek, (3) menjelaskan maksud, tujuan serta kegunaan untuk mengajak responden bersedia menjadi subjek penelitian. Memberikan kuesioner BDI untuk mengukur tingkat depresi. Menentukan subjek penelitian, yaitu individu yang mempunyai nilai BDI minimal 17 pada skala Beck.
2. Identifikasi kasus. Peneliti melakukan wawancara dan observasi selama proses penelitian. Pada tahapan ini, peneliti menggali beberapa data. Peneliti mengklarifikasi permasalahan utama subjek, membicarakan permasalahan yang dirasakan subjek secara lebih mendalam. Mengetahui kondisi subjek dengan mengetahui gejala depresi yang dirasakan subjek.

3. Melakukan kontrak penelitian. Mengingat pentingnya permasalahan yang dihadapi subjek, maka peneliti menawarkan agar subjek bersedia mengikuti proses intervensi serta menjadi subjek yang sangat mendukung dalam penelitian yang akan dilakukan. Peneliti menawarkan teknik terapi sebagai solusi atas permasalahan yang subjek alami. Di sini peneliti menjelaskan prosedur dan jenis terapi yang akan diberikan kepada subjek, menjelaskan manfaat terapi, kemudian menetapkan target perubahan yang diharapkan. Tidak lupa peneliti memberi motivasi bahwa subjek bisa mengelola masalah yang dialaminya.
4. Merancang Pelaksanaan. Pelaksanaan terapi yang disepakati antara subjek dengan peneliti adalah perilaku apa saja yang akan diubah dan gejala depresi apa saja yang dialami oleh subjek. Peneliti juga merancang teknik terapi yang akan digunakan untuk mengurangi masalah depresinya. Kemudian peneliti juga merancang jadwal pelaksanaan terapi begitu juga dengan tempat penelitian.
5. Pelaksanaan Terapi. Dalam penelitian ini intervensi yang digunakan adalah terapi *Adjuvant Psychological Therapy* (APT) dengan menggunakan teknik terapi perilaku kognitif yang spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien kanker. Peneliti mengatur tugas pekerjaan rumah yang dirancang untuk menyerang salah satu masalah yang dirasakan subjek. Hal ini biasanya akan menjadi tugas perilaku, tapi kadang-kadang dapat tugas-tugas kognitif seperti pemantauan pikiran negatif. Subjek dapat diajarkan rileksasi dan distraksi kemudian diminta untuk mempraktekannya selama minggu berikutnya. Subjek depresi sering mendapat manfaat dari tugas-tugas terstruktur seperti penjadwalan beberapa kegiatan menyenangkan, atau kegiatan yang mendorong kontrol pribadi perasaan.
6. Proses Penghentian Terapi. Dasar penghentian terapi adalah (1) menurunnya tingkat depresi, (2) tujuan atau terget terapi relatif sudah tercapai, (3) subjek merasa sudah terbiasa menghadapi situasinya, cukup yakin pada dirinya sendiri untuk dapat menghadapi simtomnya sendiri tanpa bantuan dari peneliti lagi.
7. Pemberian Tugas Rumah. Pemberian tugas rumah dilakukan mulai dari fase *baseline* sampai pada *follow-up*. Tugas rumah yang diberikan berupa *self monitoring* yang fungsinya untuk mengetahui perkembangan subjek jika tidak melakukan terapi. Kemudian pekerjaan rumah tersebut akan dibahas pada sesi selanjutnya.
8. *Follow-up*. Tahap tindak lanjut ini dilakukan satu minggu pasca dihentikannya terapi. Hal ini bertujuan

untuk mengetahui perubahan subjek setelah diberhentikannya terapi selama satu minggu.

Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini penilaian dan pengukuran dilakukan dengan menggunakan BDI II untuk mengetahui tingkat depresinya dan *self monitoring* dengan SUDs untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan subyek. Penilaian dan pengukuran dilakukan sebelum perlakuan (*baseline*), selama terapi berlangsung, segera setelah keseluruhan terapi selesai diberikan (pasca terapi), dan tahap *Follow Up*. Penilaian selama terapi dilakukan secara terus menerus pada setiap sesi dengan SUDs yaitu untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan. Pada saat akhir setiap tahapan terapi peneliti mengukur tingkat ketidaknyamanan subyek. Hal ini dilakukan terus menerus selama proses terapi hingga *follow up*. Penilaian dan pengukuran dengan BDI II juga dilakukan segera setelah keseluruhan terapi selesai diberikan. Hal ini juga dilakukan pada fase *follow up* yang dilakukan satu minggu pasca terapi. Penilaian dan pengukuran pada fase *follow up* dilakukan untuk mengetahui perubahan tingkat depresi subyek satu minggu setelah terapi dihentikan.

Penilaian dan pengukuran yang dilakukan dalam penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui apakah teknik *Adjuvant Psychological Therapy* yang telah diterapkan mampu menurunkan

tingkat depresi yang dialami subjek. Selain melakukan pengukuran tingkat depresi (yang merupakan prosedur *behavioral*) penilaian dengan cara menanyakan hal-hal yang sekiranya banyak menolongnya terjadinya perubahan selama terapi berlangsung hingga setelah terapi berakhir adalah lazim digunakan untuk mengetahui proses perubahan pada penelitian yang bersifat non behavioral (Martin & Pears, 2007). Jadi evaluasi penerapan terapi kognitif perilaku untuk mengetahui adanya perubahan pada diri subyek dalam penelitian ini bersifat *behavioral* (melakukan pengukuran) dan *non-behavioral* (dengan menanyakan pada subjek).

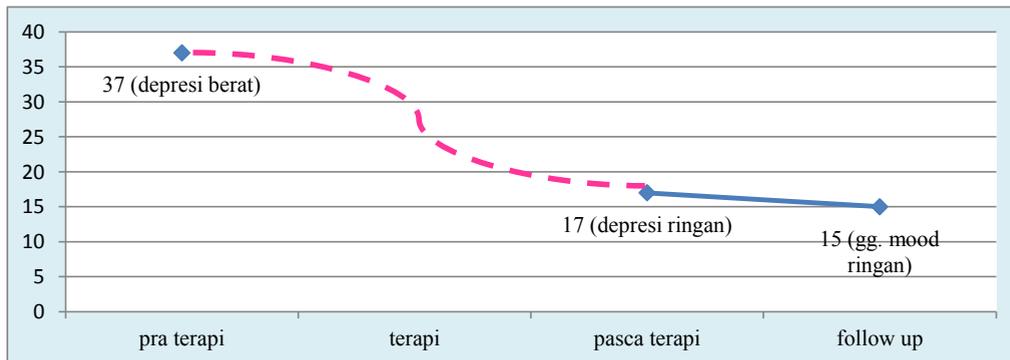
Berdasarkan penjelasan mengenai prosedur penilaian dan pengukuran di atas, peneliti menetapkan kriteria sebagai acuan dasar dalam penilaian dan pengukuran dalam penelitian ini, yaitu: perubahan tingkat depresi subyek menjadi pikiran yang lebih adaptif dengan cara membandingkan hasil tes BDI II pada fase pra terapi, pasca terapi dan fase *follow Up*.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil pengukuran dengan *Beck Depression Inventory II* (BDI II) pada tahap pra terapi adalah 37 (kategori depresi berat) setelah diberikan rangkaian terapi selama enam sesi turun menjadi 17 (kategori depresi ringan) dan tahap *follow-up* menjadi 15 (gangguan mood ringan).

Tabel 2. Perbandingan Tingkat Depresi Berdasarkan Hasil BDI II

No	Gejala-gejala Depresi	Tingkat Depresi											
		Pra terapi				Pasca terapi				Follow-up			
		x0	x1	x2	x3	x0	x1	x2	x3	x0	x1	x2	x3
1.	Merasa sedih				✓	✓						✓	
2.	Keyakinan masa depan		✓			✓						✓	
3.	Merasa gagal	✓					✓					✓	
4.	Menikmati kesenangan				✓	✓							✓
5.	Merasa bersalah		✓				✓						✓
6.	Merasa dihukum		✓				✓						✓
7.	Kepercayaan diri		✓				✓						✓
8.	Mengkritik diri sendiri		✓			✓						✓	
9.	Bunuh diri	✓				✓						✓	
10.	Menangis		✓			✓						✓	
11.	Istirahat			✓			✓						✓
12.	Minat sosial/aktivitas			✓			✓					✓	
13.	Pengambilan keputusan			✓		✓						✓	
14.	Menganggap diri berarti		✓			✓						✓	
15.	Energi				✓		✓						✓
16.	Pola tidur				✓			✓					✓
17.	Tersinggung		✓			✓						✓	
18.	Selera makan				✓		✓						✓
19.	Konsentrasi			✓			✓						✓
20.	Capek atau Lelah				✓		✓						✓
21.	Minat seks				✓			✓					✓
Total		0	8	8	21	0	12	2	3	0	10	2	3
		37				17				15			
		(depresi berat)				(depresi ringan)				(gg mood ringan)			



Grafik 1.Perbandingan Tingkat Depresi Berdasarkan Hasil BDI II

Dari grafik di atas, titik dan garis yang tidak putus-putus menunjukkan skor total penurunan tingkat depresi subjek diukur dengan menggunakan skala BDI II pra terapi, pasca terapi dan *follow-up*. Sedangkan garis putus-putus menunjukkan perubahan tingkat depresi selama proses terapi. Selama proses terapi pengukuran yang digunakan adalah skala SUDs untuk lebih jelas dan rinci dapat dilihat pada penjelasan grafik 2.

Berdasarkan tabel dan grafik tingkat depresi dengan menggunakan alat ukur BDI II dari 21 aitem dapat dilihat pada tahap pra-terapi subjek memperoleh hasil sebesar 37 atau termasuk dalam kategori depresi berat. Aitem gejala depresi yang dipilih subjek menunjukkan adanya gejala depresi berat. Subjek memilih sebanyak tujuh aitem yang tergolong depresi berat pada gejala depresi yang tergolong gejala fisik dan psikis. Ia memilih aitem seperti perasaannya yang sangat sedih, tidak bisa menikmati kesenangan, tidak memiliki

energi, pola tidur yang buruk, tidak memiliki selera makan, merasa sangat capek atau lelah, dan tidak memiliki minat seks.

Saat pasca terapi kemunculan aitem-aitem gejala depresi berkurang menjadi hanya satu aitem, yaitu tidak memiliki minat seks dan pada tahap *follow-up* aitem ini tetap subjek rasakan. Subjek mampu menurunkan tingkat depresinya menjadi tingkat depresi ringan. Ia memiliki komitmen dan motivasi yang tinggi untuk keluar dari permasalahannya.

Pada subjek gejala depresi yang perubahannya paling besar adalah aspek perasaan dan fisik. Ia merasa lebih bisa mengontrol kehidupannya dan mengurangi perasaan sedihnya, lebih bisa menikmati kesenangan, lebih berenergi, mengatur pola tidur yang baik, lebih berselera makan, merasa tidak mudah lelah, namun ia tidak memiliki minat seks karena kanker serviks yang ia derita belum sembuh.

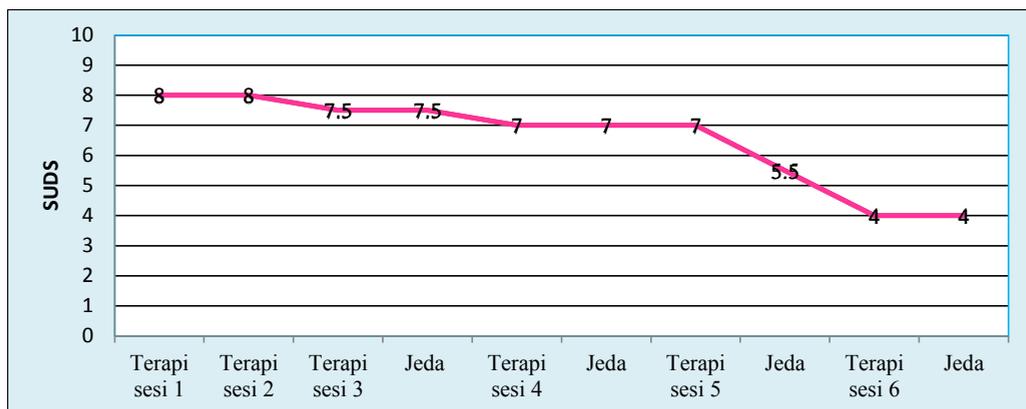
Perubahan tingkat depresi yang terjadi pada subjek setelah diberikannya rangkaian terapi tentunya dapat mencapai hasil yang lebih baik dan membutuhkan waktu. Komitmen dan motivasi subjek memengaruhi perubahan menjadi lebih baik serta kondisi penanganan medis terhadap penyakit kanker serviks yang ia

derita turut memengaruhi situasi depresi pada subjek.

Hasil pengukuran *Self Monitoring* selama proses terapi dengan menggunakan *Subjective Units of Discomfort Scale (SUDs)* subjek secara bertahap mengalami penurunan sebanyak 4 poin (dari 8 menjadi 4).

Table 3. Perbandingan Ketidaknyamanan Selama Proses Terapi

Pelaksanaan Terapi									
Sesi 1	Sesi 2	Sesi 3	Jeda	Sesi 4	Jeda	Sesi 5	Jeda	Sesi 6	Jeda
8	8	7.5	7.5	7	7	7	5.5	4	4



Grafik 2. Perbandingan Tingkat Ketidaknyamanan dengan Self Monitoring (SUDs) Selama Proses Terapi

Berdasarkan tabel dan grafik dengan alat ukur SUDs di atas dapat dilihat perubahan tingkat ketidaknyamanan subjek setiap tahapnya. Pada awal sesi terapi subjek masih berada dalam rentang kategori tingkat ketidaknyamanan yang tinggi, tetapi ia menunjukkan penurunan

angka secara bertahap dari hari ke hari dalam tiap sesi terapi yang ia jalani. Subjek mengalami penurunan tingkat ketidaknyamanan yang cukup signifikan, dari tahap terapi sesi pertama sampai sesi keenam penurunannya mencapai 4 poin.

Pada saat pra-terapi sesi 1 dan dilanjutkan pada pra-terapi sesi 2, subjek diminta untuk mendeskripsikan permasalahannya dan mendapatkan psikoedukasi untuk menumbuhkan kesadarannya. Tingkat ketidaknyamanan subjek mengalami penurunan sebanyak 1 poin. Namun ia masih terperangkap dalam perasaan putus asa dan sakit tak tertahankan dan kehilangan kendali atas emosi yang ia rasakan. Penyebabnya adalah subjek masih belum mendapatkan penanganan medis yang bisa mengurangi sakit dan nyeri yang ia rasakan.

Saat menjalani terapi sesi pertama, subjek diminta untuk mengekspresikan emosi. Tingkat ketidaknyamanan subjek turun menjadi 1 poin lagi sehingga menjadi 8 yang masih dalam kategori tingkat ketidaknyamanan yang tinggi yang artinya ia masih merasakan gejala depresi berupa perasaan keterasingan dan putus asa. Hal ini karena ia masih berada dalam situasi yang tidak nyaman dan ia masih merasakan sakit dan nyeri. Namun penurunan poin dipengaruhi karena subjek sudah menginap di rumah sakit selama 3 hari dan mendapatkan dukungan dari tim medis dan mendapatkan transfusi darah sehingga menimbulkan perasaan optimis untuk terus berjuang melawan penyakitnya.

Saat berada pada tahap terapi sesi kedua tingkat ketidaknyamanan subjek masih belum mengalami penurunan yaitu masih 8 yang artinya masih dalam kategori tingkat ketidaknyamanan yang tinggi.

Ia masih merasakan ketidaknyamanan dan putus asa. Sesi ini subjek diminta mendeskripsikan pikiran otomatis dan menguji *reality testing* serta subjek diajarkan strategi *coping* yang baru untuk membuatnya dapat mengontrol kehidupannya kapanpun ia merasa tidak nyaman.

Saat berada pada tahap terapi sesi ketiga tingkat ketidaknyamanan subjek mengalami penurunan menjadi 7.5 yang masih dalam kategori tingkat ketidaknyamanan yang tinggi. Meskipun ia sudah diminta untuk melakukan *reality testing* terhadap pikiran otomatisnya, dan diajarkan strategi *coping* untuk membantu mengontrol kehidupannya kapanpun ia merasa tidak nyaman. Ia masih membutuhkan penyesuaian dan berlatih. Ia masih belum bisa sepenuhnya keluar dari perasaan depresi dan masih merasakan ketidaknyamanan dan putus asa.

Saat berada pada tahap terapi sesi keempat tingkat ketidaknyamanan subjek mengalami penurunan 0.5 poin menjadi 7 yang artinya berada dalam kategori tingkat ketidaknyamanan sedang. Ia diminta untuk terus membantah dan melakukan *reality testing* terhadap setiap pikiran otomatis yang muncul, dan terus diajarkan untuk berlatih mempraktekkan strategi *coping* agar ia bisa mempertahankan dan mengontrol emosinya.

Saat berada pada tahap terapi sesi kelima tingkat ketidaknyamanan

subjek tetap pada angka 7 yang artinya ia masih berada dalam kategori tingkat ketidaknyamanan sedang. Ia diminta untuk terus membantah dan melakukan *reality testing* terhadap setiap pikiran otomatis yang muncul, dan terus diajarkan untuk berlatih mempraktekkan strategi *coping* agar ia bisa mempertahankan dan mengontrol emosinya.

Saat berada pada tahap terapi sesi keenam tingkat ketidaknyamanan subjek mengalami penurunan 3 poin menjadi 4 yang artinya berada dalam kategori tingkat ketidaknyamanan rendah. Pada tahap ini subjek sudah terbiasa membantah setiap kali pikiran otomatisnya muncul dan berlatih melakukan *strategi coping* pada saat ia merasakan situasi depresi yang menekannya dan faktor lain yang ikut memengaruhi ia sudah dinyatakan dokter akan segera dioperasi. Hal ini membuat subjek semakin optimis terhadap keadaannya.

Hal ini dapat membuktikan bahwa tiap sesi dalam terapi yang diberikan cukup berpengaruh dalam membantu subjek mengatasi permasalahan yang dihadapinya. Dapat dikatakan bahwa dari hari ke hari kemajuan subjek terlihat. Faktor motivasi dan kemauannya untuk sembuh dan dukungan dari suaminya yang selalu siap untuk membantunya merupakan faktor yang penting membuat subjek keluar dari masalahnya. Subjek lebih optimis karena ia mendapatkan dukungan dari keluarga besar dan ia juga diberikan motivasi oleh tim medis dari

RSSA untuk memberikannya penanganan yang terbaik. Subjek mencoba untuk melakukan rileksasi pernafasan dan distraksi setiap ia merasakan sakit dan nyeri. Selain itu, ia juga sudah melakukan pola hidup sehat dan teratur yang sesuai dengan penjadwalan aktivitas yang disusun untuk membuatnya bisa mengontrol kehidupannya dengan baik. Komitmen dan motivasi subjek dan suaminya berpengaruh terhadap keberhasilan terapi yang diberikan padanya.

PEMBAHASAN

Ketika mengalami sakit yang semakin parah, subjek mengaku tidak mengetahui apa sakit yang ia alami. Hal ini terjadi karena subjek tidak melakukan pengobatan secara medis. Ia hanya mencoba pengobatan alternatif karena berbagai pertimbangan. Sejak sakit subjek tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya dikarenakan sakit yang ia derita yang membuatnya tidak berdaya. Subjek setiap hari menangis dan meratapi sakit yang ia rasakan. Ia merasa sedih karena beberapa bulan terakhir ia hanya menjadi beban suami dan tidak bisa menjadi istri bagi suaminya dan ibu rumah tangga yang baik bagi anak-anaknya .

Berdasarkan permasalahan awal diketahui bahwa terjadinya depresi yang dialami subjek adalah tidak adanya keterbukaan pada keluarga besarnya mengenai penyakitnya. Sebelum mendapatkan

terapi, subjek menunjukkan banyak gejala depresi yang mengarahkannya pada keadaan depresi berat. Peneliti mencoba menguraikan permasalahan subjek sampai ke akar permasalahan. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi pada tahap awal dengan *baseline* diketahui ada beberapa faktor yang menyebabkan munculnya gejala depresi pada subjek. Salah satunya adalah kurangnya perhatian dan dukungan sosial pada subjek. Padahal semestinya pasien kanker memperoleh kepedulian dan kasih sayang dari keluarga dan teman-temannya. Orang yang memperoleh dukungan sosial akan mendapatkan rasa aman, damai, dan sikap yang tenang dalam menerima keadaannya.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Olanrewaju dkk (2008). Mereka meneliti pola depresi dan dukungan sosial pada 250 subjek yang menderita kanker dengan menggunakan alat ukur *Zung's Depression Scale* dan *Perceive Social Support Family Scale*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek yang tidak mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kemungkinan dua kali lipat terjadinya gejala-gejala depresi dibandingkan dengan subjek yang mendapatkan dukungan keluarga secara baik.

Setelah diberikan rangkaian terapi APT berupa dukungan sosial dan emosional dari suami dan saudara-saudara terdekatnya, kondisi subjek tampaknya berubah. Kondisi eksternal memengaruhi situasi

ketidaknyamanan subjek, seperti adanya perubahan diagnosis yang sebelumnya stadium IIa menjadi stadium IIb. Kondisi ini menyebabkan subjek dinyatakan tidak jadi menjalani operasi dan ternyata hanya mendapatkan kemoterapi. Hal ini menyebabkan subjek sedikit merasa terancam dan sedih. Namun, dukungan dari pasangan dan keluarganya membuat subjek tegar dan kuat menghadapi kondisi tersebut. Subjek tampak siap menerima apapun kemungkinan yang terjadi pada dirinya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Sarafino (1994) bahwa dukungan sosial dan emosional merupakan faktor di luar individu yang berperan penting dalam proses penyembuhan dan membantu individu menyesuaikan diri terhadap keadaan dirinya yang kadangkala tidak sesuai dengan yang diharapkan. Dukungan ini memberikan individu perasaan dicintai dan diperhatikan.

Faktor lain yang membuat subjek mengalami penurunan tingkat depresi adalah karena ia mendapatkan dukungan secara psikis dari rumah sakit tempat perawatan medis. Setelah didiagnosis dokter, ia langsung dirujuk ke rumah sakit sehingga status kesehatannya menjadi jelas dan selanjutnya ia mendapatkan penanganan secara intensif dan berkelanjutan dari pihak medis. Subjek masuk rumah sakit sebanyak dua kali. Ia pernah menginap karena transfusi darah selama 3 hari dan menginap selama tiga hari untuk dilakukan kemoterapi.

Di Brazil, Miranda dkk (2002) meneliti gejala-gejala depresi sebelum dan sesudah dilakukannya kemoterapi neo-adjuvant pada 22 kanker serviks dan 20 kanker payudara dengan menggunakan alat ukur BDI II. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan tingkat depresi setelah kemoterapi.

Rangkaian terapi APT dengan teknik kognitif juga memiliki pengaruh yang besar terhadap penurunan tingkat depresi subjek. Untuk itu, sebelum melaksanakan proses terapi, peneliti terlebih dahulu memberikan psikoedukasi seputar penyakit kanker serviks, pengobatan yang akan dijalani dan efek-efek pengobatan serta asupan makanan dan nutrisi yang baik dan mendukung kesehatannya. Tujuannya adalah untuk mempersiapkan subjek pada kemungkinan yang akan terjadi pada masa depannya dan sebagai *brainstorming* kepada subjek untuk peduli pada kondisi kesehatannya dan menumbuhkan kesadaran untuk menjalani pola hidup sehat.

Selain itu, rangkaian terapi APT dengan teknik perilaku yang diberikan pada subjek juga berpengaruh terjadinya penurunan tingkat depresi pada subjek. Faktor strategi *coping* berupa penjadwalan aktivitas, latihan rileksasi pernafasan, distraksi yang subjek terus lakukan pada saat ia merasakan sakit dan nyeri. Latihan rileksasi pernafasan diajarkan pada subjek dimaksudkan untuk memberikan subjek sensasi pengalaman rileks, tenang, dan nyaman. Pada saat awal latihan rileksasi

pernafasan subjek kurang bisa menikmati kondisi rileksnya. Namun perlahan-lahan ia semakin bisa merasakan sensasi perasaan nyaman dan rileks pada bagian-bagian tubuhnya.

Penerapan *Adjuvant Psychological Therapy (APT)* dengan berbagai rangkain terapi yang telah dirancang seperti strategi *coping* menggunakan penjadwalan aktivitas mengubah pola hidupnya menjadi pola hidup sehat dapat membantu pengobatan medis yang dijalani penderita kanker serviks menjadi lebih maksimal. Efek dari pengobatan medis seperti kemoterapi yang subjek jalani tidak terlalu membuatnya tersiksa. Subjek tidak mengalami mual dan muntah seperti yang dialami kebanyakan orang, tidak lagi membutuhkan transfusi darah karena kadar *haemoglobin* subjek yang normal. Pola strategi *coping* yang ia lakukan dengan distraksi dan rileksasi pernafasan membantunya untuk tenang dan rileks sehingga ia tidak terlalu merasakan nyeri kronis yang selama ini sangat mengganggu kenyamanannya. Keadaan rileks dan tenang membuat subjek tidak lagi memunculkan pikiran otomatis yang membuatnya terjebak dalam situasi yang membuatnya depresi. Pikiran dan perasaan yang positif dan optimis serta dukungan dari pasangan dan keluarganya membuat subjek memiliki semangat terus berusaha dan berjuang menjalani alur pengobatan medis secara bertahap dan berkelanjutan sampai ia benar-benar dinyatakan sembuh total.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat ditarik simpulan bahwa secara umum *Adjuvant Psychological Therapy (APT)* dapat menurunkan tingkat depresi dan memperbaiki kualitas hidup subjek. Adapun manfaat yang dirasakan subjek dengan melakukan terapi ialah kualitas hidupnya meningkat dan memiliki semangat juang untuk sembuh. Subjek menjadi lebih memiliki *coping* yang baik dalam mengatasi permasalahan yang ia hadapi, menjadi lebih peduli pada kesehatannya dan memiliki pola pikir yang lebih positif.

Saran

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah kurangnya waktu sesi terapi dan subjek pembanding dalam penelitian. Apabila waktu terapi diperpanjang kemungkinan tingkat depresi subjek dapat menurun secara optimal. Walaupun demikian dari penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan *Adjuvant Psychological Therapy (APT)* dapat menurunkan tingkat depresi pada subjek yang merupakan penderita kanker serviks.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, (2008), *Bahaya kanker serviks bagi wanita*. www.kesrepro.info. [Accessed 30 November 2011].

Beck, A.T. (2000). *Beck Depression Inventory, Handbook of Psychiatric Measurement*, 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Berek, J.S. (2005). Epithelial ovarian cancer. In J.S. Berek & N.F. Hacker (eds.). *Practical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Dalton, S.O., Mellemkjaer, L., Olsen, J.H., Mortensen, P.B., & Johansen, C. (2002). Depression and cancer risk : A registered-based study of patients hospitalized with affective disorder, Denmark, 1969-1993, *American Journal of Epidemiology*, 155 (12), available at axe.oxford-journals.org.

Derogatis, L.R. (1993). *Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedure manual* (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems

Goodwin, C.J. (2005). *Research in psychology method and design. Fourth edition*. USA: John Wiley & Sons Inc

Greer, S., Moorey, S., Barukh, J.D., Watson, M., Robertson, B.M., Mavson, A., Rowden, L., UU MG, & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for cancer patient. Random tryout prospective randomised trial. *Bmj*, 304, 675-680.

- Hadi, T. (2011). [http: www.tentang-kanker.com](http://www.tentang-kanker.com). Accesed 30 Nopember 2011
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. & Marten-Mittag, B.. (2004). Psychological problem of cancer patient: A cancer distress screening with a cancer. *British Journal of Cancer*, 91 (3), 504-511.
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z.S. (2010). *Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: A cross-sectional study* (1-23). Diakses 29 Desember 2011. available at www.biomedcentral.com
- Kazdin, A. E. (2001). *Research design in clinical psychology*. Washington DC: APA.
- Latipun.(2002). *Psikologi eksperimen*. Malang: UMM Press
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patient with cancer. *Jnci-Monograph* (32), 57-71. Diakses 13 Desember 2011. Available at jncimono.oxforjournals.org
- Miranda, C.R.R. de Resende, C.N., Melo, C.F.E., Costa Jr., A.L., & Friedman, H. (2002). Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvant chemotherapy, *International Journal of Gynecological Cancer*, 12 (6), 773-776.
- Moorey S, Greer S. (2002). *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Olanrewaju, A.M., Akintunde, A.E., Femi, F., Ibrahim, B., & Olugbenga, A.A. (2008). Pattern Of Depression And Family Support In A Nigerian Family Practice Population. *The Internet Journal of Family Practice*. 2008 Volume 6 Number 1. DOI: 10.5580/a7
- Pitkin, J., Peattie, A.B., & Margowan, B.A. (2003). *Cervikal carcinoma*. USA: Churchill Livingstone.
- Prokop, C. K., Bradley, L. A., Burish, T. G., Anderson, K. O., & Fox, J. E. (1991). *Health psychology: Clinical methods and research*. New York: MacMillan Publishing Company

- Ratna. (2004). *Apa yang harus anda ketahui tentang kanker*. Available From [http: www.forums./viewtopics.php](http://www.forums./viewtopics.php). Diakses pada 15 Juni 2011
- Sarafino, E.P. (1994). *Clinical health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Sunanto, J. (2005). *Pengantar penelitian dengan subjek tunggal*. Universitas Tsukuba: Criced
- Trull, T.J. & Phares, J.E. (2001). *Clinical psychology concepts, methods, and profession*. Sixth edition. USA: Wadworth Thompson Learning.
- World Health Organization. (2008). *World cancer monitoring 2008*. WHO Press.