

TESIS

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP.
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**



Oleh :

**Nama : Nikodemus Sili Bada
NIM. 131614153068**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

TESIS

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP.
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**



Oleh :

**Nama : Nikodemus Sili Beda
NIM. 131614153068**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP.
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

TESIS

**Untuk memperoleh gelar magister keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh :

**Nama : Nikodemus Sili Beda
NIM. 131614153068**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nikodemus Sili Bada

NIM : 131614153068

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Oktober 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL
PIKIRAN NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Oleh :
Nikodemus Sili Bada
NIM. 131614153068

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 25 OKTOBER 2018

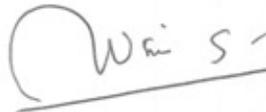
Oleh :

Pembimbing Ketua



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 1970101200003002

Pembimbing Kedua



Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 19721217200003200

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Nikodmus Sili Bada

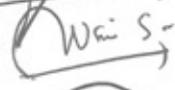
NIM : 131614153068

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Pada Klien Pascastroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

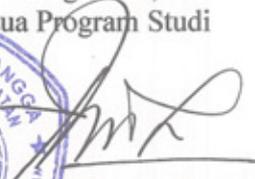
Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal, 25 Oktober 2018

Panitia Penguji,

1. Ketua Penguji : Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons). ()
2. Anggota : Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. ()
3. Anggota : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes. ()
4. Anggota : Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes. ()
5. Anggota : Dr. Hilmi Yumni, S.Kep., M.Kep., Sp.Mat. ()

Mengetahui,
Ketua Program Studi




Dr. Tintin Sukartini., S.Kp., M.Kes
NIP 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan rasa syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul "Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif pada Klien Pascastroke Di RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar".

Berkenaan dengan ini, penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian tesis.
2. Dr. Tintin Sukartini, S. Kp., M. Kes. Selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan, motivasi, dan bimbingan secara maksimal dalam penyelesaian tesis ini.
3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku ketua pembimbing yang telah memberikan arahan, motivasi, dan bimbingan dalam penyelesaian tesis.
4. Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku dosen pembimbing kedua yang telah memberikan arahan, motivasi, dan bimbingan dalam penyelesaian tesis.
5. Direktur RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo yang telah memberikan izin dan memfasilitasi dalam proses penelitian

6. Yayasan Ratna Miriam dan STIK Stella Maris yang telah memberikan kesempatan dan dukungan baik moril maupun materi dalam proses belajar dan penyelesaian tesis.
7. Klien dan keluarga yang bersedia menjadi responden dan telah meluangkan waktu untuk proses pengambilan data dan penyelesaian tesis ini.
8. Keluarga (Bapa, Mama, Rida, Eroll, Rikus, Stefi, Chyko, Nenek Amak, Opuk Wahek, Keluarga Besar Riantoby, Rianghepat, dan Lewulelek) yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun material dalam terwujudnya tesis ini.
9. Teman-teman Magister Angkatan IX Universitas Airlangga, khususnya peminatan keperawatan jiwa yang selalu mendukung dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa tesis penelitian ini masih jauh dari sempurna. Saran dan kritik yang membangun penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis penelitian ini dapat memberikan manfaat sebaik-baiknya.

Surabaya, 25 Oktober 2018

Penulis

Nikodemus Sili Beda

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

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya akan bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nikodemus Sili Beda

NIM : 131614153068

Program Studi : Magister

Departemen : Keperawatan Jiwa

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Pada Klien Pascastroke Di RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Airlangga 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: Surabaya

Pada tanggal : 25 Oktober 2018

Yang menyatakan



Nikodemus Sili Beda)

RINGKASAN PENELITIAN

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP.
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Oleh: Nikodemus Sili Beda

Stroke menjadi salah satu masalah yang sangat menakutkan saat ini. Dimana Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (Ennen, 2004; Marsh & Keyrouz, 2010; *American Heart Association*, 2014; Stroke forum, 2015). Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke forum, 2015). Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association*, 2014).

Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevalensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar, didaatkan hasil selama tahun 2016 jumlah keseluruhan sebanyak 728 kasus stroke, yang terdiri dari 487 kasus dengan stroke iskemik dan 241 kasus dengan stroke haemoragik. Dari data tersebut sebagian besar yang menderita stroke berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah keseluruhan 359 jiwa dan perempuan sebanyak 333 jiwa.

Intervensi psikologis yang bervariasi dilakukan membawa dampak positif terhadap berkurangnya gejala psikososial. Menurut Kaplan dan Saddock (2005), terapi yang dibutuhkan pasien depresi berupa terapi psikososial, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan terapi keluarga serta pemberian antidepresan

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *experimental* pre-post test with control group dengan intervensi kombinasi *Cognitive Therapy Dan Thought Stopping*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 48 responden yang dibagi dalam 4 kelompok. Penelitian ini dilakukan selama 1 bulan lebih, dengan melihat klien yang mengalami depresi dan kurangnya kemampuan mengontrol pikiran negatif.

Hasil uji Wilcoxon untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$)

artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna masalah depresi sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS). Dan pada kelompok kontrol menunjukkan $p=1,000$ ($p < 0.05$) artinya tidak ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah depresi menunjukkan nilai $p = 0.001$ ($p < 0.05$) artinya H_0 ditolak maka terdapat perbedaan bermakna antar kelompok.

Hasil uji *Wilcoxon* untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$) artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS). Dan pada kelompok kontrol menunjukkan $p= 0.157$ ($p < 0.05$) artinya tidak ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif menunjukkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) artinya H_0 ditolak maka terdapat perbedaan bermakna antar kelompok.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negative, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapat terapi menunjukkan tidakada pengaruh yang signifikan. *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT) dan *Thought Stopping* (TS) yang diberikan dapat menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negative pada klien pascastroke.

RESEARCH SUMMARY**THE EFFECT OF COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY ON DEPRESSION LEVELS AND CONTROL ABILITY NEGATIVE THOUGHTS AT PASCASTROKE CLIENTS IN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

By: Nikodemus Sili Beda

Stroke is one of the most frightening problems at the moment. Where Stroke is the third cause of death in the world after coronary heart disease and cancer in both developed and developing countries. One in 10 deaths is caused by stroke (Ennen, 2004; Marsh & Keyrouz, 2010; American Heart Association, 2014; Stroke forum, 2015). Globally, 15 million people have strokes every year, one third die and the rest suffer permanent disability (Stroke forum, 2015). Stroke is a major cause of preventable disability (American Heart Association, 2014).

Based on data from the top 10 most common diseases in Indonesia in 2013, the prevalence of stroke cases in Indonesia is based on diagnosis of health workers by 7.0 per mill and 12.1 per mill for those diagnosed as having symptoms of stroke. The highest prevalence of stroke cases was found in North Sulawesi Province (10.8%) and the lowest in Papua Province (2.3%), while Central Java Province was 7.7%. The prevalence of stroke between men and women is almost the same (Kemenkes, 2013).

Based on data obtained from Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, according to the results for 2016 the total number of 728 stroke cases, consisting of 487 cases with ischemic stroke and 241 cases with haemorrhagic stroke. From these data most of those who suffer from strokes are male with a total of 359 people and women as many as 333 people.

Various psychological interventions are carried out to bring a positive impact on the reduction of psychosocial symptoms. According to Kaplan and Saddock (2005), the therapy needed by depressed patients is psychosocial therapy, such as cognitive therapy, interpersonal therapy, behavioral therapy, psychotherapy, and family therapy and antidepressant administration.

This study used an experimental research design pre-post test with control group with a combination of Cognitive Therapy and Thought Stopping. The sampling technique used in this study is purposive sampling. The sample used in this study amounted to 48 respondents divided into 4 groups. This study was conducted for more than 1 month, by seeing clients who experienced depression and lack of ability to control negative thoughts.

Wilcoxon test results for Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Cognitive Therapy (CT) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Thought Stopping (TS) showed $p = 0.002$ ($p < 0.05$) this means that in each treatment group there were significant differences in depression problems before and after being given Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST), Cognitive Therapy (CT), Thought Stopping (TS). And in the control group showed $p =$

1,000 ($p < 0.05$) meaning that there were no significant differences before and after treatment. The results of the Kruskal Wallis test the post value of the depression problem shows p value = 0.001 ($p < 0.05$) meaning that H_0 is rejected, there are significant differences between groups.

Wilcoxon test results for Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST) showed $p = 0.002$ ($p < 0.05$), Cognitive Therapy (CT) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Thought Stopping (TS) showed $p = 0.002$ ($p < 0.05$) this means that in each treatment group there are significant differences in the problem of the ability to control negative thoughts before and after being given Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST), Cognitive Therapy (CT), Thought Stopping (TS). And in the control group showed $p = 0.157$ ($p < 0.05$) meaning that there were no significant differences before and after treatment. The results of the Kruskal Wallis test the value of the post problem of the ability to control negative thoughts shows p value = 0.000 ($p < 0.05$) meaning that H_0 is rejected, there are significant differences between groups.

The results showed that there was a therapeutic effect on the level of depression and the ability to control negative thoughts, whereas in the control group that did not receive therapy showed no significant effect. Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST), Cognitive Therapy (CT) and Thought Stopping Therapy (TS) can reduce the level of depression and increase the ability to control negative thoughts on clients after stroke.

ABSTRAK

**PENGARUH *COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY* TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN
NEGATIF PADA KLIEN PASCASTROKE DI RSUP.
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Oleh: Nikodemus Sili Beda

Pendahuluan: Stroke menjadi salah satu masalah yang sangat menakutkan saat ini. Dimana Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Terapi psikososial sangat di butuhkan seperti *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping Therapy* dan gabungan kedua terapi dengan tujuan untuk menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian *experimental pre-post test with control group* dengan teknik pengambilan sampel adalah *Purposive Sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 48 responden yang dibagi dalam 4 kelompok. Penelitian ini dilakukan selama 1 bulan lebih, dengan melihat klien yang mengalami depresi dan kurangnya kemampuan mengontrol pikiran negatif. **Hasil dan Analisis:** Hasil uji *Wilcoxon* untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$) artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna. Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah depresi menunjukkan nilai $p = 0.001$ ($p < 0.05$) *Wilcoxon* untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$) artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna. Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif menunjukkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) **Diskusi dan Kesimpulan:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapat terapi menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan. *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT) dan *Thought Stopping* (TS) yang diberikan dapat menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negative pada klien pascastroke.

Kata kunci: *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), Stroke, Depresi dan pikiran negatif.

ABSTRACT

THE EFFECT OF COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY ON DEPRESSION LEVELS AND CONTROL ABILITY NEGATIVE THOUGHTS AT PASCASTROKE CLIENTS IN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

By: Nikodemus Sili Beda

Introduction: Stroke is one of the most frightening problems today. Where stroke is the third leading cause of death in the world after coronary heart disease and cancer in both developed and developing countries. Psychosocial therapy is very much needed such as Cognitive Therapy and Thought Stopping Therapy and a combination of the two therapies with the aim of reducing the level of depression and increasing the ability to control negative thoughts on post-stroke clients.

Method: This study uses experimental research design pre-post test with control group with sampling technique is purposive sampling. The sample used in this study amounted to 48 respondents who were divided into 4 groups. This research was conducted for more than 1 month, by seeing clients who were depressed and lacking the ability to control negative thoughts.

Results and Analysis: Wilcoxon test results for Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Cognitive Therapy (CT) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Thought Stopping (TS) showed $p = 0.002$ ($p < 0.05$) means that in each treatment group there are significant differences. The results of the Kruskal Wallis test for post-depression problems showed $p = 0.001$ ($p < 0.05$) Wilcoxon for Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST) showed $p = 0.002$ ($p < 0.05$), Cognitive Therapy (CT) showed $p = 0.003$ ($p < 0.05$), Thought Stopping (TS) shows $p = 0.002$ ($p < 0.05$) meaning that in each treatment group there are significant differences. The post-test results of the Kruskal Wallis test on the problem of negative mind control ability showed the value of $p = 0.000$ ($p < 0.05$). **Discussion and Conclusion:** The results showed that there was a therapeutic effect on the level of depression and negative mind control ability, whereas in the control group that did not receive therapy showed There is no significant effect. cognitive Thought Stopping Therapy (CTST), Cognitive Therapy (CT) and Thought Stopping (TS) given can reduce depression levels and increase negative mind control ability in post-stroke clients.

Keywords: Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST), Stroke, Depression and negative thoughts.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Depan	i
Halaman Judul Dalam	ii
Halaman Persyaratan Gelar	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iv
Lembar Pengesahan Pembimbing	v
Lembar Pengesahan Tesis	vi
Kata Pengantar	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas	ix
Ringkasan Penelitian	x
Abstrak	xiv
Daftar Isi	xvi
Daftar Tabel	xix
Daftar Gambar	xx
Daftar Lampiran	xxi
Daftar Singkatan	xxii
Daftar Lambang	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	9
1.3 Rumusan Masalah	10
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Umum	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	11
1.5.1 Manfaat Teoritis	11
1.5.2 Manfaat Praktisi	12

BAB 2 TINJUAN PUSTAKA

2.1 Pasca Stroke.....	13
2.1.1 Definisi Stroke.....	13
2.1.2 Jenis-Jenis Stroke	13
2.1.3 Tanda dan Gejala Stroke.....	15
2.1.4 Penetalaksanaan Medik	15
2.1.5 Pengobatan.....	16
2.1.5 Komplikasi	17
2.2 Konsep Depresi.....	17
2.2.1 Definisi Depresi.....	17
2.2.2 Tanda dan Gejala Deppresi.....	18
2.2.3 Diagnosa Depresi.....	20
2.2.4 Penatalaksanaan Depresi	22
2.3 Depresi Pasca Stroke	26
2.3.1 Definisi	26
2.3.2 Epidemiologi.....	27
2.3.3 Meknisme Terjadinya Depresi Pasca Stroke	27
2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Depresi Pasca Stroke.....	28
2.3.5 Diagnosis	30
2.3.6 Pengukuran Tingkat Depresi	31
2.4 Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif	33
2.5 Konsep <i>Cognitive Therapy</i>	38
2.6 Konsep <i>Thought Stopping Therapy</i>	46
2.7 Model Keperawatan Adaptasi Roy.....	51
2.8 Keaslian Penelitian	54

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	57
3.2 Hipotesis Penelitian	59

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian	61
4.2 Populasi dan Sampling	62

4.2.1 Populasi	62
4.2.2 Sampel	63
4.2.3 Sampling	65
4.3 Kerangka Oprasional	66
4.4 Definisi operasional dan Variabel Penelitian	66
4.5 Alat dan Bahan Penelitian	69
4.6 Instrumen Penelitian	70
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian	71
4.8 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data	71
4.9 Analisa Data	73
4.10 Etika Penelitian	74
BAB 5 HASIL PENELITIAN	76
BAB 6 PEMBAHASAN	88
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	103
DAFTAR PUSTAKA	105
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keaslian Penelitian	50
Tabel 4.1	Rancangan penelitian quasi eksperimen	57
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian Pengaruh <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Pascastroke	62
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan pada Kelompok <i>Cognitive Therapy</i> Klien Pascastroke di RSUP. DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar	72
Tabel 5.2	Tingkat depresi pada klien pascastroke sebelum dan sesudah <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> (CTST), <i>Cognitive Therapy</i> (CT), <i>Thought Stopping</i> (TS) dan Kelompok Kontrol	77
Tabel 5.3	Kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien Pascastroke sebelum dan sesudah <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> (CTST), <i>Cognitive Therapy</i> (CT), <i>Thought Stopping</i> (TS) dan Kelompok Kontrol	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Kajian masalah penelitian pengaruh <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> (CTST) terhadap perubahan tingkat depresi dan kemampuan untuk mengontrol pikiran negative klien pasca stroke	7
Gambar 2.1	Manusia sebagai sistem adaptif	50
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengaruh <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Pascastroke	53
Gambar 4.1	Kerangka oprasional Pengaruh <i>Cognitive Therapy Thought Stopping Therapy</i> Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Pascastroke	68
Grafik 5.1	Perubahan tingkat depresi pada klien pascastroke sebelum dan sesudah diberikan <i>Cognitive Therapy</i> (CT), <i>Thought Stopping</i> (TS), <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> (CTST) dan Kontrol	78
Grafik 5.2	Perubahan kemampuan mengontrol pikiran negative pada klien pascastroke sebelum dan sesudah diberikan <i>Cognitive Therapy</i> (CT), <i>Thought Stopping</i> (TS), <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i> (CTST) dan Kontrol	81

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Izin Pengambilan Data Awal
Lampiran 2	Surat Izin Penelitian
Lampiran 3	Surat Balasan Penelitian
Lampiran 4	Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 5	Uji Layak Etik
Lampiran 6	Skala Nilai Depresi Dari Hamilton
Lampiran 7	Instrumen Pengukuran Kemampuan Mengontrol Pikiran
Lampiran 8	Informed Consent
Lampiran 9	Outpus SPSS

DAFTAR SINGKATAN

ATQ	<i>Automatic Thought Questionnaire</i>
CTST	<i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i>
CT	<i>Cognitive Therapy</i>
CVA	<i>Cerebrovascular Accident</i>
DB	Depresi Berat
DR	Depresi Ringan
DS	Depresi sedang
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
LR	<i>Life Review</i>
RIND	<i>Reversible Ischemic Neurologic Deficit</i>
TD	Tidak depresi
TIA	<i>Transient Ischemic Attack</i>
TST	<i>Thought Stopping Therapy</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMBANG

,	: Koma
.	: Titik
?	: Tanda Tanya
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
K-A	: subjek sebelum diberikan <i>Cognitive Therapy</i>
K-B	: subjek sebelum diberikan <i>Thought Stopping</i>
K-C	: subjek sebelum diberikan <i>Cognitive Therapy Dan Thought Stopping</i>
K-D	: subjek kelompok kontrol (non intervensi)
O	: identifikasi kontrol depresi sebelum diberikan perlakuan
IA	: subjek setelah diberikan <i>Cognitive Therapy</i>
IB	: subjek setelah diberikan <i>Thought Stopping</i>
IA-IB:	: subjek setelah diberikan <i>Cognitive Therapy Dan Thought Stopping</i>
ID	: subjek kontrol yang diberikan terapi standar pasien depresi
N	Sampel
P	Tingkat signifikan
α	Alpha

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke menjadi salah satu masalah yang sangat menakutkan saat ini. Dimana Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (Ennen, 2004; Marsh&Keyrouz, 2010; *American Heart Association*, 2014; Stroke forum, 2015). Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke forum, 2015). Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association*,2014).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2012, kematian akibat strok sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa darah yang tinggi pada saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobik yang merusak jaringan otak (Rico dkk, 2008).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar tujuh per mil dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis oleh nakes. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil sedangkan Sumatera Barat 7,4 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil sedangkan Sumatera Barat sebesar 12,2 per mil.

Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%),

sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevalensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013).

Di Sulawesi Selatan, berdasarkan hasil surveilens penyakit tidak menular berbasis rumah sakit, stroke menempati urutan kelima dari lima penyakit tidak menular terbanyak dengan jumlah 5.86% setelah kecelakaan lalulintas, hipertensi, asma, dan diabetes melitus, serta merupakan penyebab kematian ke empat (6.66%) setelah hipertensi primer, kecelakaan lalu lintas, hipertensi skunder (Dinkes Prov. Sulawesi Selatan, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa insiden stroke masih cukup tinggi baik yang rawat jalan dan rawat inap.

Selama perawatan dan rehabilitasi, pasien stroke memiliki perasaan negatif tentang dirinya, penurunan aktifitas sosial dan gangguan psikologi (Ellis dan Horn, 2000). Keadaan ini terjadi akibat gangguan aliran darah menurunkan sintesis monoamin sehingga terjadi penurunan serotonin yang merupakan neurotransmitter untuk mempertahankan keadaan emosi tetap stabil (Cass, 2008). Penurunan serotonin menyebabkan gangguan suasana hati, tidur dan nafsu makan (Schub, dan Capel, 2010). Gangguan suasana hati di manifestsikan dengan marah, frustrasi, putus asa dan sering menyebabkan depresi (Green dan King, 2007).

Depresi pasca stroke merupakan gangguan mood yang dapat terjadi setiap waktu pada fase akut atau satu tahun pasca stroke dengan puncaknya terjadi pada bulan pertama (Dahlin et al, 2008). Sedangkan menurut Sit (et al 2007) dalam penelitiannya terhadap 95 pasien stroke

menemukan kejadian depresi pada 48 jam setelah masuk Rumah Sakit sebesar 69% dan 6 bulan setelahnya sebesar 48%. Depresi pasca stroke mempengaruhi sekitar 20-50% pasien dalam setahun pertama pasca stroke dan puncaknya di perkirakan pada 6 bulan pasca stroke (Shub dan Capel, 2010). Gangguan aktivitas sehari-hari pada pasien stroke juga berkorelasi terhadap terjadinya depresi. Hal ini diperkuat oleh penelitian oleh Dahlin (et al 2006) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan gangguan aktivitas sehari-hari ($p: 0.04$). Penelitian Fatoye(2009) juga menyatakan ada hubungan gangguan motorik berupa paresis dengan depresi pasca stroke ($p: 0.002$). Dukungan keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi depresi dan pemulihan bicara. Peningkatan dukungan keluarga yang tersedia dapat menjadi strategi penting dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan depresi pasca stroke (Salter, Foley dan Teasell, 2010). Depresi pasca stroke memiliki efek negatif terhadap pemulihan fungsi kognitif, aktifitas hidup sehari-hari dan dapat meningkatkan kematian (Caiero, Ferro, Santos dan Luis, 2006).

Pasien stroke dapat mengalami penurunan fungsi kognitif. Penurunan fungsi kognitif dapat terjadi akibat infark lakuna, iskemik white matter dan penurunan perfusi serebral (Medical Care Corporation, 2010). Selain iskemik dan penurunan perfusi serebral, penurunan fungsi kognitif dapat terjadi akibat pendarahan intraserebral (Rodriguez, 2001).

Kondisi ini menggambarkan bahwa gangguan kognitif terjadi pada pasien yang mengalami stroke iskemik maupun hemoragik.

Jumlah 81 orang pasien stroke yang terdiri dari 84% stroke iskemik dan 6% stroke hemoragik fase akut, dengan menggunakan Mini-Mental State Exam (MMSE), di dapatkan rata-rata fungsi kognitif 25.58 ± 2.95 (Khedr et al.,2009). Hasil penelitian lain terhadap 75 pasien yang mengalami stroke, 39 orang (52%) mengalami gangguan kognitif, bahkan setengah dari pasien mengalami gangguan kognitif bertambah berat (Mok, et al.,2004).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, didapatkan hasil selama tahun 2016 jumlah keseluruhan sebanyak 728 kasus stroke, yang terdiri dari 487 kasus dengan stroke iskemik dan 241 kasus dengan stroke haemoragik. Dari data tersebut sebagian besar yang menderita stroke berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah keseluruhan 359 jiwa dan perempuan sebanyak 333 jiwa.

Depresi yang kerap terjadi pada klien penyakit fisik kronis. Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum. Spiegel dan Giese-Davis (2003) menemukan 1/3 responden mengalami depresi ringan-sedang dan 1/4 responden mengalami depresi mayor. Depresi juga didiagnosa sesuai dengan criteria DSM-IV, dimana klien mengalami depresi minimal 2 minggu dan memiliki gejala seperti anoreksia, fatigue, penurunan berat badan, dan insomnia. Klien

mengalami perasaan sedih, kehilangan minat terhadap segala sesuatu, murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Individu yang mengalami depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan. Seseorang mengalami depresi dapat mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari bahkan dalam aktivitas sosialnya sehingga akhirnya menurunkan kualitas hidup.

Intervensi psikologis yang bervariasi dilakukan membawa dampak positif terhadap berkurangnya gejala psikososial. Menurut Kaplan dan Saddock (2005), terapi yang dibutuhkan pasien depresi berupa terapi psikososial, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan terapi keluarga serta pemberian antidepresan.

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

mampu mempunyai pemikiran sehat yang dapat membentuk coping yang adaptif dalam menyelesaikan masalahnya.

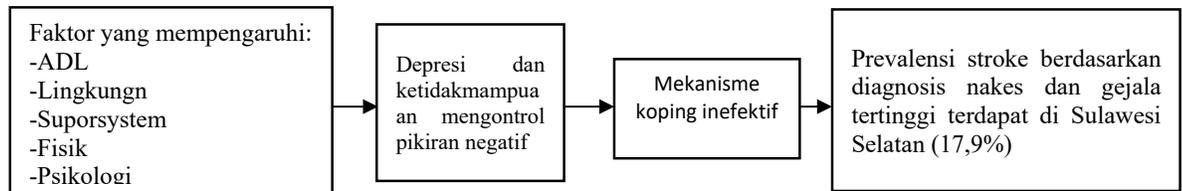
Terapi penghentian pikiran merupakan salah satu contoh teknik aplikasi psikoterapi untuk mengubah proses pikir klien. Townsend (2009) menjelaskan bahwa penghentian pikiran adalah teknik yang dapat dipelajari sendiri oleh seseorang setiap kali ingin menghilangkan pikiran yang mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadarannya. Stuart (2009) menyatakan bahwa terapi ini dapat membantu menghilangkan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran dapat membantu klien stroke untuk menghilangkan pikiran negatif akibat ansietas dan depresi. Penelitian Agustarika (2009) menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat membantu secara nyata mengurangi ansietas klien dengan gangguan fisik. Penelitian oleh Supriati (2010) juga menunjukkan ansietas klien yang mendapat terapi penghentian pikiran dan relaksasi progresif dapat menurunkan kecemasan ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala kecemasan secara fisiologis, kognitif, emosi dan komposit ansietas secara bermakna. Kedua penelitian yang senada tersebut menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat mungkin dilakukan untuk menurunkan depresi.

Penelitian Levesque, Savard, Simard, Gauthier dan Ivers (2004) menemukan pada penderita kanker yang mengalami metastasis, terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala depresi, anhedonia, ansietas dan fatigue. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil

yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif. Penelitian Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi.

Penanganan masalah psikososial, khususnya untuk menangani masalah depresi dapat dilakukan dengan pemberian terapi modalitas, diantaranya adalah terapi kognitif. Sentuhan psikologis kepada klien stroke melalui terapi tersebut dapat dilakukan untuk membantu klien menurunkan masalah psikologis. Sentuhan psikologis ini juga hendaknya dilakukan oleh seorang yang kompeten untuk mengatasi gangguan psikologis, khususnya depresi. Kondisi tersebut menimbulkan minat melakukan studi lanjut melalui penelitian untuk mengetahui masalah keperawatan depresi klien stroke dengan judul penelitian “Pengaruh *cognitive thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pascastroke”.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian masalah penelitian pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) terhadap perubahan tingkat depresi dan kemampuan untuk mengontrol pikiran negatif klien pasca stroke.

Penelitian ini menggunakan pendekatan berdasarkan teori keperawatan adaptasi Roy yang terdiri dari aspek psikis. Aspek psikis yaitu kondisi dimana klien pasca stroke mengalami ketidakmampuan dalam hal adaptasi sehingga menyebabkan koping inefektif. Dampak dari koping inefektif ini timbul masalah kecemasan dan depresi. Berdasarkan perubahan yang terjadi pada klien stroke seperti berikut bagian sistem saraf pusat : kelemahan otot (*hemiplegia*) kaku, menurunnya fungsi sensorik, batang otak, dimana terdapat 12 saraf cranial: menurunnya kemampuan mencium, mengecap, mendengar, dan melihat partial atau keseluruhan reflek menurun, pernafasan dan detak jantung terganggu, cerebral cortex: aphasia, daya ingat menurun, kebingungan. Dari perubahan yang terjadi pasce stroke dapat memepengaruhi mekenisme koping klien sehingga cenderung mengalami depresi. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%). Dengan melihat terjadi peningkatan angka kejadian stroke ini maka memungkinkan klien yang mengalami depresisemakin tinggi. Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik ingin melakukan penelitian mengenai pengaruh *Cognitive*

Thought Stopping Therapy (CTST) terhadap perubahan tingkat depresi dan kemampuan untuk mengontrol pikiran negatif klien pasca stroke.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka peneliti mengetahui bagaimana pengaruh *cognitive thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pascastroke dengan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah *cognitive therapy* berpengaruh menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien pascastroke?
2. Apakah *thought stopping therapy* berpengaruh menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien pascastroke?
3. Apakah *cognitive thought stopping therapy* berpengaruh menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien pascastroke?
4. Apakah ada perbedaan hasil dari *cognitive thought stopping therapy* dengan *cognitive therapy* dan *thought stopping therapy*?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *cognitive thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien pascastroke.

1.4.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Menganalisis pengaruh *cognitive therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.
2. Menganalisis pengaruh *thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.
3. Menganalisis pengaruh *cognitive thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.
4. Menganalisis perbedaan hasil dari *cognitive thought stopping therapy* dengan *cognitive therapy* dan *thought stopping therapy*.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Diketahui adanya mekanisme respon adaptasi pada klien pascastroke yang mengalami depresi dengan menggunakan intervensi psikologis *cognitive thought stopping therapy* menggunakan pendekatan model Adaptasi Roy.

1.5.2 Praktis

Model terapi psikologis salah satunya *cognitive thought stopping therapy* dapat digunakan sebagai teknik alternatif oleh tenaga kesehatan baik perawat maupun tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan respon adaptif yang efektif dalam mengatasi masalah depresi pada klien pascastroke.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pasca Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terbentuknya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi, kadang pula stroke disebut CVA (Virzara Auryn, 2008).

Stroke atau Cerebrovascular Accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak (Smeltzer et al. 2010). Menurut WHO (1988) seperti yang dikutip dalam Junaidi (2011), stroke is a rapidly developing clinical sign of focal or global disturbance of cerebral function with symptoms lasting 24 hours or longer, or leadding to death with no apparent cause other than vascular signs. Stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak.

2.1.2 Jenis-jenis Stroke

Menurut Virzara Auryn (2008) berbagai jenis stroke yang biasanya terjadi pada manusia dewasa ini adalah :

1. Trombotic stroke, terjadi bila ada bekuan darah (thrombus) yang terbentuk di dalam arteri dan menghambat aliran darah ke otak.
2. Embolic stroke, terjadi bila ada sebuah bekuan darah atau sebagian dari plaque yang terbentuk dalam pembuluh darah lain di tubuh kemudian terpecah dan mengalir ke pembuluh darah otak. Pecahan ini yang akhirnya menyumbat sebuah arteri di dalam otak.
3. Lanucar stroke, yang disebabkan adanya sumbatan pada beberapa pembuluh darah dalam otak kecil.
4. Cerebral Haemorage, yang terjadi bila arteri di otak pecah yang menyebabkan sel darah keluar dari pembuluh darah. Stroke jenis ini tidak ditandai dengan gejala awal (karena terjadi secara tiba-tiba) biasanya akibat tekanan darah yang tinggi.
5. TIA (Transient Ischemic Attack) ini adalah stroke yang ringan berupaserangan iskemik sepiintas.
6. RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit) stroke ini adalah jenis stroke ringan, berupa gangguan saraf oleh Ischemic yang dapat pulih gejalanya dan sembuh sempurna dalam waktu 24 jam.
7. Stroke Non Haemorrhagic (stroke tanpa perdarahan). Jenis ini merupakan stroke infark ischemic, yang terjadi karena aliran

darah berkurang atau berhenti pada sebagian daerah otak, biasanya penderita masih sadar.

2.1.3 Tanda dan Gejala-Gejala Stroke

Berdasarkan lokasinya di tubuh, gejala-gejala stroke terbagi menjadi berikut:

1. Bagian sistem saraf pusat : kelemahan otot (hemiplegia) kaku, menurunnya fungsi sensorik.
2. Batang otak, dimana terdapat 12 saraf cranial: menurunnya kemampuan mencium, mengecap, mendengar, dan melihat partial atau keseluruhan reflek menurun, pernafasan dan detak jantung terganggu.
3. Cerebral cortex: aphasia, daya ingat menurun, kebingungan.

Virzaya Aurnyn (2008) mengatakan bahwa gejala stroke dapat dikenali:

1. Tiba-tiba lemah atau lumpuh pada salah satu sisi tubuh (kiri atau kanan).
2. Rasa kesemutan pada satu sisi tubuh
3. Pandangan gelap
4. Melihat dobel
5. Pelo.
6. Mulut miring kekiri atau kekanan

2.1.4 Penatalaksanaan Medik

Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

- 1) Hitung Darah Lengkap
- 2) Kimia Klinik
- 3) Masa protombin
- 4) Urinalisis

2. Diagnostik

- 1) SCAN kepala
- 2) Angiografi serebral
- 3) EEG
- 4) Pungsi lumbal
- 5) MRI
- 6) X-ray tengkorak

2.1.5 Pengobatan

1. Konservatif

- 1) Pemenuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus
- 2) Mencegah peningkatan TIK
- 3) Antihipertensi
- 4) Deuritika
- 5) Vasodilator perifer
- 6) Antikoagulan
- 7) Diazepam bila kejang
- 8) Anti tukak misal cimetidine
- 9) Kortikosteroid : pada kasus ini tidak ada manfaatnya karena klien akan mudah terkena infeksi, hiperglikemi dan stress ulcer/ perdarahan lambung.
- 10) Manitol : mengurangi edema otak

2. Operatif

Apabila upaya menurunkan TIK tidak berhasil maka perlu dipertimbangkan evakuasi hematoma karena hipertensi intrakranial yang menetap akan membahayakan kehidupan klien

3. Pada fase sub akut / pemulihan (> 10 hari) perlu :

- 1) Terapi wicara
- 2) Terapi fisik
- 3) Stoking anti embolisme

2.1.5 Komplikasi

1. Aspirasi
2. Paralytic ileus
3. Atrial fibrilasi
4. Diabetes Insipidus
5. Peningkatan TIK
6. Hidrocephalus

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

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

yang dinyatakan dalam perasaan sedih, putus asa dan pesimis. Menurut DSM IV-TR, depresi dapat digolongkan menjadi major depression disorder dan dysthymic disorder.

2.2.2 Tanda dan Gejala Ansietas dan Depresi

Stuart (2009) menyatakan perubahan kognitif yang terjadi seperti penilaian yang buruk, penurunan konsentrasi, kemampuan berfikir lambat sehingga menghambat individu menjalankan tugas dan peran sehari-hari. Sedangkan gejala psikomotor yang tampak adalah penurunan mobilitas, agitasi, perawatan diri menurun, anoreksia, insomnia atau hipersomnia, gangguan pola eliminasi, bicara lamban dan pelan, serta penurunan libido. Kumpulan gejala tersebut dapat ditemui pada klien stroke. Klien tampak sedih, murung, perilaku pasif, lebih suka menyendiri, mencoba menghindari kegiatan yang melibatkan orang banyak, perasaan negatif terhadap diri sendiri, rasa bersalah, rasa marah, putus asa, tidak berdaya, cemas, takut akan kematian, anoreksia, kelelahan, insomnia, bicara dan respon lamban. Clark dan Watson (1991 dalam Brintzenhofe-Szoc, et.al, 2009) menjelaskan tanda dan gejala ansietas dan depresi melalui pendekatan psikometrik, yakni tripartite model of anxiety and depression. Model ini menjelaskan faktor yang nonspesifik yang ditunjukkan oleh gejala distress secara umum yakni insomnia, restlessness, irritability, penurunan konsentrasi; gejala ansietas yakni hyperarousal dan ketegangan

somatic (nafas cepat, merasa sangat pusing, mulut kering, gemetar); gejala depresi yakni anhedonia, penurunan minat, penurunan energi, apatis, penurunan aktivitas motorik, tidak berdaya, dan tidak memiliki kesenangan. Gejala neurovegetatif patofisiologi perjalanan penyakit seperti anoreksi, mual muntah, fatigue juga dapat dialami akibat dampak dari kemoterapi dan radiasi (Dantzer, 2001 dalam Raison & Miller, 2003). Gejala yang ditampilkan klien tampak masih meliputi gejala fisik dan psikis. Wilson et al, (2007) menemukan gejala yang tampak pada klien yang mengalami ansietas dan depresi adalah penurunan performa klien, menarik diri dari kegiatan sosial. Irving dan Lloyd-Williams (2010) menyatakan depresi mengakibatkan penurunan kualitas hidup sehingga menjadi prediktor dari poor survival, menurunkan toleransi terhadap pengobatan, memperpanjang mengungkapkan hospitalisasi, marah, klien yang menderita penurunan harga diri dapat, menunjukkan kesedihan mendalam sebagai ciri utama depresi. Klien dapat rasa bersalah, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Individu yang mengalami depresi akan diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah sehingga mengubah aktivitas hidup terutama yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Videbeck, 2001). Masalah psikososial yang dialami klien dengan stroke sebelumnya dapat

menambah berat depresi yang dialami. Dampak depresi pada klien dengan stroke dapat membawa penderitanya pada suatu gangguan psikiatrik akibat penyakit fisik, yakni stroke. Depresi sebagai salah satu jenis gangguan psikiatrik yang menimbulkan disability penderitanya. Kondisi ini sangat menarik karena sebelumnya klien dengan stroke pun mengalami disability akibat stroke yang diderita.

2.2.3 Diagnosa Depresi

1. Diagnosa Medis

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien stroke ansietas dan depresi sesuai dengan tanda dan gejala menurut NANDA (2010) adalah gangguan pola tidur, gangguan pola tidur,

nyeri, perubahan pola nutrisi, keputusan, ketidakberdayaan, ansietas, isolasi sosial, death anxiety. Diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi adalah ansietas, berduka disfungsi, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri. Tingkat ansietas dapat dilakukan dengan alat ukur (instrumen) agar perawat dapat menentukan tingkat ansietas klien. Pengukuran ansietas Hamilton Anxiety Rating Scale atau HAM-A, terdiri dari 14 pertanyaan tentang gejala ansietas. Beck Anxiety Inventory terdiri dari 21 pertanyaan yang mengacu pada gejala yang menunjukkan tingkat ansietas. Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) terdiri dari 21 pertanyaan yang menunjukkan perasaan ansietas. Pengukuran depresi Hamilton Depression Rating Scale atau HAM-D, terdiri dari 21 pertanyaan tentang gejala depresi. Beck Depression Inventory 21 terdiri dari pertanyaan yang mengacu pada gejala yang menunjukkan perasaan depresi klien. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) merupakan instrumen pengukuran terhadap tanda dan gejala ansietas serta depresi yang dapat mendeteksi kasus/masalah terkait mental health. Pengukuran ansietas dan depresi HADS terbagi atas 2 bagian, yakni masing-masing 7 pertanyaan tentang ansietas dan depresi sehingga total pertanyaan adalah sejumlah 14 pertanyaan. Pengklasifikasian adalah sbb : 0-7 : non case; 8-10 : borderline case; diatas 11 : definitely/cases (Hitz, et al, 2008).

2.2.4 Penatalaksanaan Depresi

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

1. Penatalaksanaan Medis

Terapi psikofarmaka yakni antidepresan seperti trisiklik, tetrasiklik, monoamine oxidase inhibitors (MAOI), SSRIs, atipikal antidepresan. Penatalaksanaan secara medik yakni dengan pemberian psikofarmaka, yakni ansiolitik dan antidepresan untuk menurunkan ansietas. Agen ansiolitik berupa benzodiadepin, barbiturat, buspiron, dan agen noradrenergik (Townsend, 2009). Antidepresan akan memiliki dampak terapeutik setelah dikonsumsi selama 2-6 minggu (Stuart, 2009). Antidepresan yang diberi dapat berupa golongan trisiklik, imperamine, dan SSRIs. Pemberian psikofarmaka yang tepat akan membantu menyelesaikan masalah klien. Klien kanker juga mendapatkan terapi psikofarmaka seperti pada penanganan ansietas dan depresi pada umumnya. Khan, Ward, Watson, dan Rose (2010) menyatakan psikofarmaka yang diberi pada klien kanker berupa antidepresan, yakni trisiklik, monoamine

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

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Kombinasi psikoterapi dan psikofarmaka disarankan dan dinilai lebih efektif untuk klien depresi karena tidak ada pengobatan yang spesifik menangani depresi. Tujuan pengobatan untuk menurunkan gejala, restorasi psikologis, mencegah kekambuhan, serta menurunkan konsekuensi sekunder seperti kesulitan dalam pekerjaan, masalah rumah tangga, dll (Videback, 2008). Intevensi

psikoterapi menurut Weisman, Worden dan Sobel (1980 dalam Mc Corkle, Grant, Frank-Stromborg, & Baird, 1996) merupakan usaha yang dilakukan secara sistematis untuk mempengaruhi mekanisme coping klien melalui psikoedukasi dan psikoterapi. Pendekatan psikoedukasi yakni pemberian secara langsung, fokus pada pemecahan masalah dan menggunakan metode kognitif. Salah satu yang diharapkan dari klien adalah mampu mengklarifikasi informasi agar tidak disalahartikan sehingga menimbulkan ketakutan dan kecemasan. Pendekatan psikoterapi diberikan dengan menggunakan psikodinamik dan metode eksplorasi untuk membantu klien memahami aspek stroke sebagai suatu respon emosional dan makna dari penyakit personal. Pemberian psikoterapi ini dilakukan oleh tenaga personal yang telah dilatih, khususnya terhadap kesehatan mental dan terapi modalitas yang dapat diaplikasikan pada klien dengan masalah penyakit fisik (Mc Corkle, et.al, 1996). Hal diatas menunjukkan bahwa psikoterapi terbukti membantu klien mengatasi masalah psikososial sehingga membantu menurunkan masalah akibat ansietas dan depresi serta mencegah timbulnya ansietas dan depresi. Penanganan ansietas dan depresi dengan kombinasi antara psikofarmaka dan psikoterapi merupakan penanganan yang dianjurkan (Charney, 2005 dalam Videback 2009). Tanda dan gejala kecemasan akan dilaporkan berkurang saat klien diberi kesempatan mendiskusikan perasaan dengan terapis

yang empati (Varcarolis & Halter, 2009). Psikoterapi dapat membantu klien dalam penyesuaian terhadap proses penyakit dan meningkatkan kualitas hidup (Meyer & Mark, 1995 dalam Sarafino, 1998). Jenis psikoterapi yang dapat diberikan pada klien kanker adalah cognitive behavioral therapy atau CBT (Stanley & Beck, 2000; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Roth & Modi, 2004; Flannery-Schroeder, 2006; Irving & Lloyd-Williams, 2010); sistematis desentisasi, latihan relaksasi, terapi suportif, psikoedukasi (Sarafino, 1998); distraksi, guided imagery, meditasi, biofeedback, hipnosis, terapi kognitif, insight-oriented therapy, group therapy, interpersonal therapy (ITP) (Roth & Modi, 2004; Mc Corkle, et.al, 1996), terapi reminiscence pada penderita usia lanjut, self control therapy (Flannery-Schroeder, 2006). Beragam psikoterapi dapat diberikan untuk mengatasi masalah klien, hal ini berarti banyak sekali yang bisa dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah psikologis sehingga angka kejadian dapat ditekan. Berbagai hasil studi menunjukkan manfaat yang positif dalam mengatasi masalah psikososial klien. Roth dan Modi (2004) menyatakan psikoterapi tersebut dapat menurunkan ansietas, meningkatkan coping adaptif, membantu beradaptasi dengan stres. Selain membantu klien mengatasi masalah saat ini, psikoterapi tampaknya juga membantu menyiapkan klien dalam menghadapi

masalah di kemudian hari dengan cara memperbaiki coping menjadi lebih adaptif.

2.3 Depresi Pasca Stroke

2.3.1 Definisi

Menurut PPDGJ-III, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai dengan gejala utama berupa (1) afek depresif, (2) kehilangan minat maupun anhedonia, dan (3) kehilangan energi yang ditandai dengan cepat lelah, dan dengan gejala tambahan lainnya seperti: konsentrasi atau perhatian yang berkurang, harga diri maupun kepercayaan diri yang berkurang, rasa bersalah atau rasa tidak berguna, memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang.

Depresi dapat mengenai siapa saja, tetapi orang-orang dengan penyakit yang kronik seperti stroke memiliki risiko lebih tinggi. Terdapat istilah *vascular depression* yang khusus menggambarkan gejala klinis dari depresi akibat penyakit vaskular seperti stroke. Apati, perubahan-perubahan psikomotor, gangguan kognitif dan gejala neurologis fokal merupakan gejala yang sering dijumpai pada *vascular depression*. Umumnya gejala ini timbul dalam waktu 1-2 bulan setelah terjadinya stroke. Depresi yang dialami pasien pasca stroke disebut dengan depresi pasca stroke. Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian dan beratnya

depresi pasca stroke adalah lokasi dari lesi di otak, jenis kelamin, adanya riwayat depresi di dalam keluarga, dan kondisi kehidupan sosial pra-stroke.

2.3.2 Epidemiologi

Prevalensi depresi pasca stroke berkisar antara 11-68%, tergantung dari seleksi penderita, kriteria diagnostik yang digunakan dan lamanya waktu pemeriksaan ulang berikutnya (*follow-up*) setelah terjadinya serangan stroke. Prevalensi ini semakin meningkat dengan meningkatnya umur penderita. Prevalensi yang paling tinggi terdapat sekitar 3-6 bulan pasca stroke dan tetap tinggi sampai 1-3 tahun kemudian tetapi umumnya prevalensi akan menurun sampai setengahnya setelah 1 tahun terjadinya stroke. Robinson mengatakan bahwa penderita stroke yang pada saat serangan akut tidak menunjukkan tanda-tanda depresi, pada pemeriksaan ulang yang dilakukan 6 bulan kemudian dijumpai sekitar 30%-nya memperlihatkan gejala depresi. Sementara setengah dari penderita yang mengalami depresi dalam waktu 2-3 bulan setelah terjadinya serangan stroke akan tetap menunjukkan tanda-tanda depresi selama kurang lebih 1 tahun.

2.3.3 Mekanisme Terjadinya Depresi Pasca Stroke

Penyebab pasti depresi pasca stroke belum diketahui. Ada dugaan disebabkan disfungsi biogenik-amin.¹⁰ Badan sel serotoninerjik dan noradrenergik terletak di batang otak dan akan mengirimkan proyeksinya ke korteks frontal. Lesi yang mengganggu korteks frontalis atau ganglia basalis dapat merusak serabut-serabut ini. Ada dugaan

depresi disebabkan deplesi berat akibat lesi pada korteks frontalis dan ganglia basalis. Dari penelitian pada binatang yang mengkaji penurunan kadar norepinefrin dan serotonin sesudah stroke, didapatkan bahwa penurunan kadar monoamin jaringan paling mencolok adalah pada hemisfer ipsilateral, sementara pada hemisfer yang sehat juga terjadi, tetapi lebih rendah penurunannya.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Depresi Pasca Stroke

1. Usia

Penelitian Burvill dkk didapatkan bahwa setelah stroke presentase pasien yang mengalami depresi di bawah 60 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan yang berusia lebih dari 60 tahun. Ini membuktikan bahwa semakin muda usia pasien saat terkena stroke semakin rentan pula pasien tersebut untuk mengalami depresi. Berdasarkan penelitian sebelumnya klasifikasi usia menurut Ukachukwu Okoroafor Abaraogu dan Michael Chibuike Opara (2016) adalah sebagai berikut 36-45 tahun, 46-55 tahun, 56-65 tahun dan lebih dari 66 tahun.

3. Jenis Kelamin

Penelitian Paradiso dan Robinson menyatakan depresi pasca stroke berat terjadi dua kali lebih banyak pada wanita dibandingkan dengan pria. Pada penderita wanita, depresi berkaitan dengan lesi hemisfer kiri, gangguan fungsi kognitif dan riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya, sementara pada pria, depresi berkaitan dengan hendayafisik dan fungsional serta gangguan fungsi sosial.

4. Status Marital

Pada penelitian Burvil dkk, didapatkan bahwa presentase depresi pasca stroke tertinggi adalah pada penderita yang bercerai (40%), diikuti dengan yang hidup terpisah (33%), lalu yang menduda atau menjanda karena kematian pasangan hidup (28%), dan terendah adalah mereka yang belum menikah dan masih terikat status pernikahan, masing-masing 21% dan 20%.

5. Keluaran Stroke

Sekitar 27% - 35% penderita pasca stroke mengalami gangguan fungsi kognitif. Biasanya yang terganggu adalah daya ingat, orientasi, kemampuan berbahasa, daya perhatian serta fungsi konstruksional dan visuospasial. Depresi pada penderita pasca stroke yang mengalami gangguan kognitif akan lebih berat dibandingkan dengan yang tidak mengalami gangguan kognitif. Afasia adalah salah satu akibat stroke yang sering terjadi. Afasia merupakan gangguan kemampuan berbahasa yang dialami sekitar sepertiga penderita stroke fase akut. Secara klinik gangguan berkomunikasi yang disebabkan oleh afasia mempengaruhi berat dan durasi depresi pasca stroke.

6. Gangguan Psikiatrik Sebelum Stroke

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mengalami depresi pasca stroke memiliki riwayat

gangguan psikiatrik sebelumnya atau mempunyai keluarga yang menderita gangguan psikiatrik. Ada penelitian menyatakan bahwa ada riwayat penyakit jiwa sebelumnya merupakan faktor risiko depresi pasca stroke pada pasien wanita.

7. Lokasi Lesi

Tidak terdapat perbedaan kejadian depresi yang signifikan antara lesi korteks dengan lesi sub korteks. Prevalensi depresi lebih tinggi pada lesi hemisfer baik kiri maupun kanan, namun prevalensi depresi karena lesi hemisfer kiri lebih tinggi dibanding lesi hemisfer kanan. Pasien dengan lesi korteks frontal kiri anterior memiliki prevalensi depresi lebih tinggi dibanding pasien dengan lesi korteks frontal kiri posterior. Depresi akan lebih berat jika lesi mendekati kutub frontal.

2.3.5 Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dalam 5 aksis dengan diagnosis sindrom afektif organik depresi pada aksis I dan diagnosis stroke pada aksis III. Termasuk aksis II yaitu ciri kepribadian premorbid dan aksis IV, V masing-masing adalah stresor psikososial dan fungsi penyesuaian diri. Sindrom depresi pada pasien stroke ditegakkan dengan kriteria diagnostik seperti tercantum pada DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) untuk sindrom afektif organik² yaitu:

1. Gejala utama adalah gangguan afek (*mood*) yang disertai paling sedikit dua dari gejala penyerta yang disebutkan dalam kriteria “B” dari episode manik atau episode depresi.
2. Tidak terdapat tanda-tanda delirium, demensia, sindrom waham organik atau halusinosis organik.
3. Terdapat faktor organik spesifik yang dinilai memiliki hubungan etiologi dengan gangguan itu yang terbukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik atau laboratorium. Kriteria diagnostik tersebut hendaknya dibedakan dengan gangguan afektif yang sifatnya fungsional (tidak ada kelainan organik di otak) dan juga terhadap sindrom kepribadian organik.

2.3.6 Pengukuran Tingkat Depresi

Ada berbagai macam cara untuk mengukur tingkat depresi. Salah satu cara termudah untuk mengukur tingkat depresi ialah dengan menggunakan skala dalam bentuk kuisioner. Terdapat berbagai macam skala yang dapat digunakan, antara lain *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), *Hospital Anxiety and Depression Inventory* (HADI), *The Beck Depression Inventory* (BDI), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), *The Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (QIDS) dan

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond&Snaith,1983). Dari semua skala di atas, yang menjadi *gold standard* untuk mengukur tingkat depresidalam penelitian klinik adalah HDRS. HDRS biasa digunakan dalam mengukur tingkatdepresi seseorang berusia dewasa hingga lansia. Dalam mengukur tingkat depresi menggunakan HDRS, biasanya klinisi membutuhkan waktu sekitar 20 menit.Awalnya HDRS hanya memiliki 17 unsur penilaian untuk menilai perubahan *mood*, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomniadan gejala somatik. Namun seiring berjalannya waktu terdapat versi baru dari HDRS yang menambahkan 4 unsur baru untuk menilai subtype dari depresi yang disebut dengan HDRS. Namun, 4 unsur baru ini tidak bisa digunakan untuk menilai tingkat depresi sehingga dalam menentukan tingkat depresi seseorang hanya menggunakan 17 unsur awal dari HDRS. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa HDRS adalah metode pengukuran yang mudah danefisien dalam segi waktu maupun tenaga untuk mengukur tingkat depresi seseorang.

2.4 Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif

Pikiran atau kognisi merupakan operasional mental yang berhubungan dengan logika, kewaspadaan, intelektual, memori, bahasa, dan kekuatan memberikan alasan (Townsend, 2009). Burn (1980) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif atau maladaptif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Dialog internal dalam diri terjadi saat individu berusaha menafsirkan peristiwa yang terjadi dengan sederetan pikiran ada. Dialog internal tersebut akan menghasilkan mood atau suasana perasaan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi. Cara mempersepsikan peristiwa atau stimulus dipengaruhi oleh kemampuan seseorang memaksimalkan fungsi kognisinya. Ansietas dan depresi yang sering menimbulkan pikiran negatif dapat dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih cara mempersepsikan sesuatu dari sisi yang adaptif. Perubahan pada kognisi akan mempengaruhi perilaku dan emosi (Hofmann, Asmundson & Beck, 2011). Kemampuan merubah persepsi dipengaruhi oleh kemampuan menginterpretasi pikiran alternatif, mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif,

menciptakan kemungkinan persepsi yang realistik, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa, dan bermain peran (Blackburn & Davidson, 1990). Persepsi yang realistik, positif akan menimbulkan perasaan positif juga sehingga pikiran negatif dapat dikendalikan atau dihilangkan.

Pikiran negative pertama kali dikembangkan oleh Beck (1967), ia adalah seorang psikoter yang dikenal dengan *cognitive triad* tentang pikiran negatif yaitu terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan. Pikiran negatif terhadap kemampuan diri sendiri dipandang sebagai harga diri rendah, pikiran negatif terhadap dunia dipandang sebagai ketidaberdayaan, dan pikiran negatif terhadap masa depan dipandang sebagai keputusasaan.

Pikiran otomatis adalah respon yang terjadi dengan cepat terhadap situasi dan tanpa analisis rasional. Pikiran otomatis tersebut biasanya sering bersifat negative dan berdasarkan logika yang keliru maka disebut dengan pikiran otomatis negatif (Beck, dkk 1987; Townsend, 2009). Respon yang cepat dan tidak dipikirkan berdasarkan skema yang diketahui disebut sebagai pikiran otomatis. Pikiran otomatis yang muncul tersebut sering tidak rasional dan membawa asumsi yang salah dan interpretasi yang salah maka disebut dengan distorsi kognitif (Varcarolis & Halter, 2010). Pikiran negatif terutama terjadi pada seseorang oleh

karena situasinya sendiri, situasi yang membosankan atau gagal dalam melakukan sesuatu. Pikiran otomatis negatif sering terjadi pada individu yang tidak mengenal realita seperti pada klien depresi dan ansietas (Beckham & Beckham,2004).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan pikiran otomatis negatif adalah pikiran yang muncul seketika dan langsung digunakan atau dipakai tanpa dipikirkan terlebih dahulu secara rasional atau logika sehingga mempengaruhi persepsinya terhadap sekitar atau kejadian yang dipikirkan yang dapat menyebabkan hilangnya keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, kemampuan untuk menggapai masa depan dan kemampuan untuk merubah dunia serta ketakutan dalam memulaisesuatu.

2.4.1 Jenis-Jenis Pikiran Negatif

Jenis-jenis pikiran negatif atau distorsi kognitif yang sering ditemukan pada klien depresi dan ansietas menurut Varcarolis dan Halter (2010) ada sepuluh, yakni :

1. *All or nothing thinking*, yaitu seseorang memikirkan segala sesuatu seperti warna hitam dan putih, tidak berupaya untuk menggapai hal yang tinggi karena pada jenis distorsi ini seseorang cenderung menghindari hal yang rumit dalam kehidupannya.
2. *Overgene ralization*, memikirkan bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan menghasilkan yang baik,

mereka cenderung menggunakan pemikiran sesuatu yang dihasilkan akan berakibat buruk atau kurang bagus

3. *Labeling*, bentuk overgene ralization dimana karakteristik atau kejadian dijadikan sebagai pedoman atau standar bagi diri sendiri atau orang lain. Sebagai contoh : “karena saya telah gagal dalam ujian statistik, saya akan mengalami kegagalan dalam hal lain, saya lebih baikmundur”
4. Mental *filter*, fokus pada kejadian negatif atau kejadian buruk dan membiarkan pikiran tersebut mencemari atau mempengaruhi hal yanglain.
5. *Disqualifying the positive*, mempertahankan pandangan negatif dengan mengulang informasi yang mendukung pandangan positif menjadi sesuatu yang tidak relevan, tidak akurat atau sesuatu yang tidak dipertimbangkan.
6. *Jumping to conclusions*, membuat interpretasi negatif tanpa adanya fakta yang mendukung. *Jenis* distorsi ini terbagi atas dua yaitu: a) *mind reading*, ditandai dengan menyimpulkan pikiran negatif, respon dan motif dari orang lain; b) *fortune-teeling terror*, mengasumsi hasil negatif sebagai sesuatu tidak dapat dielakkan lagi
7. *Magnification or minimization*, yaitu melebih-lebihkan sesuatu (seperti kegagalan atau kesuksesan orang lain),

tapi tidak mengakui hal tersebut terdiri dari *catastrophizing*, yang sebagai suatu bentuk yang ekstrim dari *magnification* dimana kesalahan sebagai diasumsikan sebagai sesuatu hasil yang akan terjadi

8. *Emotional reasoning*, menggambarkan kesimpulan berdasarkan atas pernyataan *emosional*
9. *Should and must statements*, memberanikan diri mengarahkan diri sendiri untuk memegang kontrol dari hal-hal yang tidak realistis dari kejadian eksternal
10. *Personalization*, yaitu merasa bertanggung jawab atas kejadian eksternal atau situasi yang terjadi diluar kontrol personal

2.4.2 Karakteristik Individu yang Memiliki Pikiran Negatif

Menurut Hollon dan Kendal (1980) individu yang memiliki pikiran negatif memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Merasa tidak mampu menyesuaikan diri dengan keinginan untuk melakukan perubahan hidup
2. Memiliki harapan negatif dan konsep diri negatif
3. Rendah diri
4. Mudah menyerah dan tidakberdaya

2.4.3 Pengukuran Pikiran Negatif

Ada beberapa instrument yang mengukur tentang pikiran otomatis negatif yaitu *Crandell Cognitive Inventory (CCI)*,

Automatic Thought Questionnaire (ATQ), dan *Cognitive Checklist* (CCL) dan *Attributional Style Questionnaire* (ASQ), *Hopelessness Scale* (HS), *Cognitive Style Questionnaire* (CSQ), *Cognitive Bias Questionnaire* (CBQ) (Ingram, 2009). Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen ATQ dengan alasan karena dapat mengukur 4 aspek dari pikiran negatif yaitu keputusan, ansietas, harga diri rendah, dan ketidakberdayaan. ATQ dikembangkan oleh Hollon dan Kendall (1980) untuk mengukur pikiran negatif otomatis pada klien depresi. Instrumen ini terdiri dari 30 item pernyataan diri dimana item untuk mengukur keputusan, item untuk mengukur ansietas, item untuk harga diri dan item untuk mengukur ketidakberdayaan. Skor yang dihasilkan menunjukkan kemampuan mengubah pikiran negatif oleh klien depresi. Konsistensi internal dari item pernyataan instrumen ini sangat kuat dengan nilai alpha cronbach's 0,97 dan nilai $r = 0,47 - 0,78$ (Kendall&Hollon, 2006).

2.5 Konsep *Cognitive Therapy* (CT)

Terapi kognitif berlandaskan model kognitif yakni emosi dan perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap suatu peristiwa (Beck, 1995). Sesuatu yang dirasakan individu akan

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

1. Pengertian *Cognitive Therapy*

Townsend (2009) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang didasarkan atas proses mental yang patologis sehingga yang menjadi fokus pengobatan adalah modifikasi distorsi pikiran dan perilaku yang

maladaptif. Terapi kognitif adalah suatu proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap (Boyd & Nihart, 1998). Pengertian diatas menyiratkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada perubahan cara berfikir atau persepsi klien sehingga pikiran yang negatif dapat diubah menjadi pikiran positif. Jika klien memiliki pikiran positif maka diharapkan klien dapat lebih adaptif dalam mengatasi setiap peristiwa yang terjadi. Hal ini juga berarti bahwa perasaan atau emosi negatif serta perilaku negative akibat ansietas dan depresi karena kanker dapat secara perlahan dieliminir digantikan dengan pikiran dan perilaku positif.

2. Tujuan *Cognitive Therapy*

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

- 1) Individu dapat mengenal pikiran-pikiran negatif/otomatisnya
- 2) Individu dapat memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku
- 3) Individu dapat mengatasi kelainan bentuk pikiran (distorsi kognitif)

- 4) Individu dapat menggantikan pikiran negatif dengan pikiran-pikiran yang lebih realistik.
- 5) Individu dapat belajar mengidentifikasi dan mengetahui perubahan pikiran yang disfungsional yang mengakibatkan individu mengalami distorsi pikiran.

3. Indikasi *Cognitive Therapy*

Terapi kognitif diterapkan untuk masalah depresi dan masalah psikiatrik lainnya, seperti panic disorder, social fobia, generalized anxiety disorder, OCD, PTSD, gangguan makan, penyalahgunaan zat, gangguan personaliti, skizofrenia, gangguan bipolar, hipokondria, gangguan somatoform serta masalah dengan pasangan (Beck et al, 1995 dalam Townsend, 2009). Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang tepat diberikan pada klien stroke yang mengalami ansietas dan depresi. Sesuai dengan tujuan terapi bahwa diharapkan pemikiran, perasaan serta perilakuklien yang negative terhadap kondisi penyakit saat ini dapat diganti dengan hal positif. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahayuningsih (2007) mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan terapi kognitif didapatkan rata-rata nilai harga diri responden adalah 8,83 dengan nilai antara 2 – 19, yang artinya bahwa tingkat harga diri responden berada pada kondisi harga diri rendah. Setelah dilakukan tindakan terapi kognitif diperoleh nilai rata-rata harga diri responden menjadi 1,66 dengan rentang nilai antara 0 – 9, yang artinya meskipun masih ada

responden yang mengalami harga diri rendah tetapi tampak ada peningkatan harga diri responden. Penelitian tersebut menunjukkan ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah terapi kognitif atau dari 100% responden mengalami harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri menjadi harga diri tinggi pada 17 responden (58,6%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada klien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah. Parrish, et.al (2009) menunjukkan hasil yang sangat signifikan penurunan tanda dan gejala depresi, afek kesedihan setiap hari, pikiran negatif, dan peningkatkan signifikan terhadap afek positif. Penelitian Kristyaningsih (2009) yang berfokus pada terapi kognitif terhadap klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi. Pembuktian tersebut juga menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada klien untuk menurunkan tanda dan gejala ansietas serta depresi.

4. Prinsip Pelaksanaan *Cognitive Therapy*

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

- 1) Terapi kognitif berdasarkan pada proses pembentukan kembali pola pikir klien yang terganggu.
- 2) Terapi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat-klien.
- 3) Terapi kognitif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif kliennya.
- 4) Terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah klien.
- 5) Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada klien. Penyelesaian masalah yang dihadapi klien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan.
- 6) Terapi kognitif merupakan suatu pendekatan terapi yang bersifat edukatif dengan tujuan mengajarkan klien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
- 7) Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (time limited program).
- 8) Program terapi kognitif harus terstruktur dengan baik untuk setiap sesi dalam pertemuannya.
- 9) Terapi kognitif bertujuan mengajarkan klien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya.

10) Terapi kognitif menggunakan berbagai bentuk atau tehnik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan perilaku klien. Menurut Beck (1995) terdapat tiga komponen utama dalam pelaksanaan terapi kognitif yaitu aspek didaktik (edukasi), tehnik kognitif, dan intervensi perilaku. Pendekatan dalam aspek didaktik, terapis menekankan bahwa terapi kognitif adalah terapi yang harus dijalankan oleh individu tersebut sendiri dengan cara menjelaskan apa maksud dan tujuan terapi kognitif, bagaimana cara melakukannya dan bagaimana membentuk struktur berfikir yang baik. Teknik kognitif mengajarkan klien unuuk mengenal pikiran otomatis dan alasan timbulnya (respon emosi) serta memodifikasi atau merubah pikiran otomatis (Townsend, 2003). Proses terapi kognitif dimulai dari diskusi tentang pikiran-pikiran negative yang muncul dan kesalahan intepretasinya ke arah asumsi-asumsi yang lebih kompleks yang mendasari perilaku klien (Beck, J.S, 1995). Beck, A (1979 dalam Burns, 1988) menunjukkan bahwa terapi kognitif harus digunakan dalam konteks pertemuan-pertemuan terapi dimana empati, kehangatan, dan kelembutan yang akurat harus ditunjukkan oleh terapis. Strategi-stretegi dalam pertemuan terapeutik bukanlah merupakan perangkat peralatan yang mekanistik namun

lebih ke arah hubungan baik yang terbina antara klien dan terapis (Townsend, 2009). Hubungan saling percaya ini menjadi fondasi dan menentukan keberhasilan terapi dan dapat dicapai dengan kerjasama dan saling pengertian antara kedua belah pihak.

5. Pedoman Pelaksanaan *Cognitive Therapy*

Modifikasi pelaksanaan terapi kognitif yang dilaksanakan oleh Kristyaningsih (2007) adalah sebagai berikut, Sesi pertama: identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, member tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian. Sesi Kedua: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama sepertidalam sesi 1. Sesi Ketiga: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran

otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah klien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi). Sesi Keempat : Support system, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu klien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

2.6 Konsep *Thought Stopping Therapy (TS)*

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

1. Pengertian *Thought Stopping Therapy*

Terapi penghentian pikiran (*thought stopping*) merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir. Terapi ini merupakan bagian dari terapi perilaku behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien

mengubah proses berpikir (Videbeck, 2008). Laraia (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran merupakan teknik yang digunakan untuk meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan (O'Neill & Whittal, 2002). Disimpulkan bahwa terapi penghentian pikiran merupakan suatu cara yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang mengganggu atau tidak diinginkan.

2. Tujuan *Thought Stopping Therapy*

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

3. Indikasi *Thought Stopping Therapy*

Kondisi gangguan psikologis yang dapat diatasi dengan intervensi terapi penghentian pikiran adalah generalized anxiety disorder, gangguan ansietas akibat sebagian tubuh lumpuh dan tidak bisa sembuh, depresi ringan, percobaan bunuh diri, isolasi sosial, perilaku kekerasan (Boyd, 1998). Studi pustaka dan dukungan berbagai riset klinis dalam O'Neill dan Whittal (2002) membuktikan bahwa terapi penghentian pikiran juga efektif pada

klien psikosis, depresi, panik, agoraphobia, generalized anxiety disorder, body dysmorphic disorder, ketergantungan zat dan alkohol, program stop merokok, serta halusinasi pendengaran dan penglihatan. Masalah psikologis pada klien stroke seperti ansietas dan depresi juga menjadi indikasi dilakukannya terapi penghentian pikiran. Klien diajarkan menghentikan pikiran yang mengancam dan menimbulkan ansietas klien. Cara pemutusan pikiran ini dilakukan dengan cara sederhana yakni bila pikiran negatif yang mengganggu tersebut muncul, klien dianjurkan untuk menghentikan pikiran dengan mengatakan “stop”. Studi oleh Agustarika (2009) menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat membantu secara nyata mengurangi ansietas klien dengan gangguan fisik. Penelitian Supriati (2010) penderita gangguan fisik juga menunjukkan ansietas klien yang mendapat terapi penghentian pikiran dan relaksasi progresif dapat menurunkan ansietas ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala kecemasan secara fisiologis, kognitif, emosi dan komposit ansietas secara bermakna. Kedua penelitian yang senada tersebut menunjukkan bahwa terapi penghentian pikiran sangat mungkin dilakukan untuk menurunkan ansietas.

4. Prinsip *Thought Stopping Therapy*

Prinsip pelaksanaan terapi ini adalah kontrol pikiran negatif yang mengganggu. Keberhasilan terapi ini bergantung sejauh

mana klien mampu mengendalikan pikiran sehingga berhasil mengusir pikiran negatif. Terapi penghentian pikiran dapat dilakukan dengan berbagai variasi menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Kontrol pikiran dilakukan dengan cara memutuskan pikiran negatif yang mengganggu dengan cara distraksi (Townsend, 2009). Distraksi akan memutus atau menghambat pikiran otomatis dan menggiring klien untuk berfikir alternatif yang lebih adaptif. Klien diajarkan berteriak “STOP” dengan keras saat pikiran negatif muncul kembali. Teriakan “STOP” merupakan distraksi untuk memutus pikiran negatif. Teknik distraksi lain dapat berupa menarik karet gelang pada pergelangan, memerciki wajah dengan air dingin, dll. Teknik distraksi akan membuat klien berhenti memikirkan pikiran negatif sehingga terjadi blocking pada pemikirannya sehingga pikiran negatif dapat diputus.

5. Pedoman Pelaksanaan *Thought Stopping Therapy*

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

tidak, apakah pemikiran tersebut bersifat netral (tidak mempengaruhi diri anda) atau justru membuat anda tidak percaya diri, apakah pemikiran tersebut dapat dikontrol dengan mudah atau tidak. Pilih salah satu pikiran yang sangat ingin anda hilangkan dan instruksikan klien menuliskan dalam selembar kertas pada kolom sebelah kiri. Atur alarm selama 3 menit (bila menggunakan alarm), instruksikan klien berhenti memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) atau ketika terapis berteriak STOP! Minta klien memejamkan mata dan membayangkan situasi saat pikiran yang mengancam atau membuat stres seolah-olah akan terjadi, lalu putus dengan berteriak : STOP! Ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi. Sesi kedua : Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman identifikasi pikiran-pikiran yang yang membuat stres lain yang telah dituliskan di kolom sebelah kiri. Rekam kata "STOP" dalam interval 1-3 menit selama 30 menit dengan menggunakan tape. Bayangkan pikiran tersebut dan setiap mendengar suara "STOP" dari tape klien berteriak "STOP". Ganti pikiran tersebut dengan pikiran positif. Jika telah berhasil, ulangi lagi tanpa menggunakan rekaman. Selanjutnya latih pikiran dengan mengucapkan "STOP" dengan nada normal, dengan bisikan dan dengan membayangkan mendengar teriakan "STOP". Sesi 3 : Berlatih pemutusan pikiran

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

2.7 Model Keperawatan Adaptasi Roy

Model keperawatan Callista Roy dikenal dengan "*Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing*", yaitu bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Menurut Roy, (1984) Model adaptasi Roy untuk keperawatan merupakan suatu teori yang diturunkan dari teori sebelumnya, diantaranya teori Harry Helson mengenai psikofisika yang diperluas menjadi ilmu sosial dan perilaku. Roy (1984) menjelaskan pada teori adaptasi Helson, proses adaptasi merupakan fungsi dari stimulus yang datang dan tingkat adaptasi

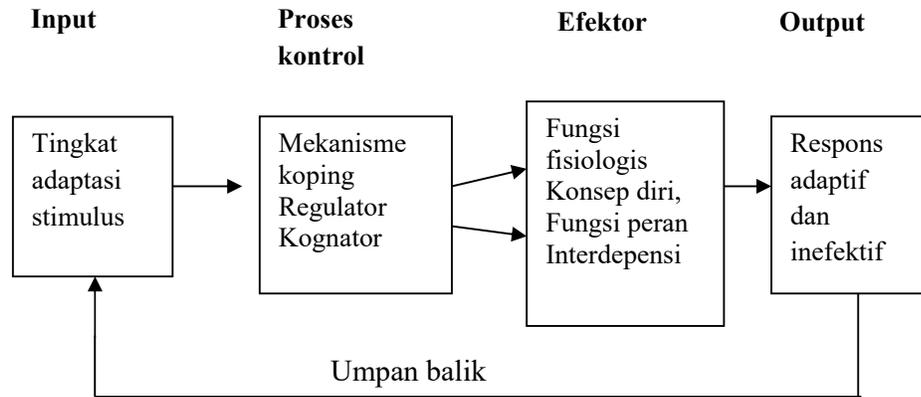
Model adaptasi Roy difokuskan pada konsep adaptasi manusia. Konsepnya dari keperawatan, orang, sehat, dan lingkungan semuanya saling berhubungan satu sama lain. lanjut usia secara terus menerus mendapatkan stimuli lingkungan. Stimulus lingkungan dalam hal ini dapat berupa adanya relokasi tempat perawatan di panti sosial dan perpisahan dengan orang-orang yang dicintai. Pada akhirnya, respon terbuat dan menghasilkan respon inefektif maupun adaptif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu lanjut

usia untuk mencapai tujuan adaptasi mereka dengan lingkungan yang baru yaitu bertahan hidup, mempertahankan kesehatan baik jasmani maupun mental, berkuasa, serta individu menyesuaikan dengan perubahan lingkungan. Sedangkan respon inefektif merupakan kegagalan untuk meraih atau mengancam tujuan dari adaptasi. Keperawatan memiliki tujuan unik untuk membantu usaha adaptasi manusia manajemen lingkungan. Hasil yang dicapai adalah derajat kesehatan manusia yang optimal (Andrews & Roy, 1986) dalam (Alligood 2014).

Sebagai sistem terbuka, manusia (lanjut usia) menerima input atau stimuli dari lingkungan dan diri sendiri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh efek kombinasi dari stimuli fokal, kontekstual dan residual. Pada stimulus fokal pada penelitian ini di mana lanjut usia oleh keluarga terdekat dipindahkan ke panti sosial dengan harapan mendapatkan perawatan yang lebih baik. Sedangkan stimulus kontekstual dalam penelitian ini dimana pada lanjut usia mengalami perubahan penurunan baik secara fisik dan mental. sehingga dari kedua stimulus ini akan mempengaruhi kemampuan mekanisme coping baik itu regulator dan kognator. Subsistem regulator dengan mode adaptasi fisiologis' berespon secara otomatis melalui proses coping neurologis, kimiawi dan endokrin (Andrew & Roy 1991). Subsistem coping kognator, dengan mode adaptif konsep diri, interdependensi dan fungsi peran berespon melalui empat saluran kognitif-emosi yaitu pemrosesan informasi yang diterima, pembelajaran, penilaian dan emosi (Andrew & Roy 1991). Adaptasi terjadi ketika manusia merespon positif terhadap perubahan lingkungan. Respon

adaptif ini meningkatkan integritas manusia menuju sehat. Sedangkan respon inefektif mengakibatkan terganggunya integritas manusia (Andrews & Roy 1986). Empat mode adaptif dari dua subsistem model Roy menawarkan bentuk atau manifestasi dari aktifitas kognator dan regulator. Mode adaptif fisiologis-fisik berkaitan dengan interaksi manusia terhadap lingkungan melalui proses fisiologis untuk mendapatkan kebutuhan dasar oksigenisasi, nutrisi, eliminasi, aktifitas dan istirahat, dan proteksi. Mode adaptif - konsep diri – identitas kelompok berkaitan dengan kebutuhan untuk mengetahui siapa dan bagaimana bersikap di masyarakat. Pada konsep diri individu didefinisikan Roy sebagai gabungan dari kepercayaan atau perasaan individu tentang dirinya pada waktu tertentu. Konsep diri individu merupakan gabungan fisik diri (sensasi dan gambaran diri) dan diri pribadi (konsistensi diri, ideal diri, dan moral-etik-spiritual diri). Mode adaptif fungsi peran menggambarkan tentang peran primer, sekunder, dan tersier individu di masyarakat. Peran menggambarkan harapan tentang bagaimana individu bersikap terhadap orang lain. Mode adaptif interdependen menggambarkan tentang interaksi individu di masyarakat. Tugas mayor mode adaptif interdependen adalah untuk individu memberi dan menerima cinta, menghormati, dan nilai. Komponen yang paling penting di mode interdependen adalah seseorang yang penting untuk lainnya (pasangan, anak, teman, atau tuhan) dan sistem sosial yang mendukungnya. Tujuan dari empat mode adaptif adalah mencapai integritas fisiologis, psikologis, dan sosial (Andrews & Roy 1999). Berikut ini diagram sistem adaptasi menurut Roy. Menurut Roy, manusia adalah makhluk sebagai sistem

yang adaptif, yaitu suatu kesatuan yang saling berhubungan setiap bagian-bagiannya untuk mencapai adaptif. Sistem yang dimaksud oleh Roy terdiri dari proses input, kontrol, dan output (Roy, 1991), dengan penjelasan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif

2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

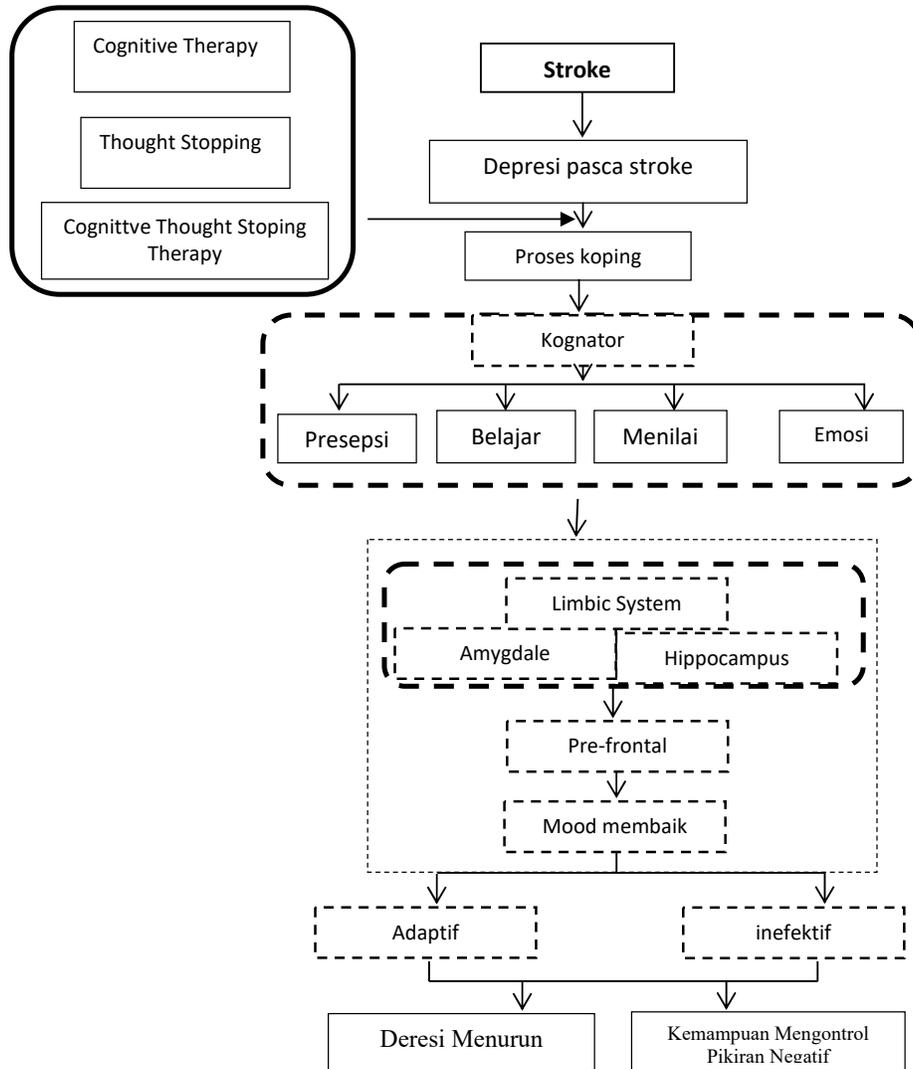
Pengarang	Judul	Tujuan penelitian	Hasil pengukuran	Kesimpulan Utama
Jeffrey R, 2017	Initial Steps to inform selection of continuation kognitif terapi or Fluoxetine for higher risk responders to kognitif terapi for recurrent Major depressive disorder	Responden terapi kognitif fase akut (A-CT) untuk major depressive disorder (MDD) sering kambuh atau kambuh, namun fase lanjut terapi kognitif (C-CT) atau fluoxetine mengurangi risiko pada beberapa pasien kami diuji Moderator komposit efek pencegahan C-CT versus fluoxetine untuk menginformasikan seleksi pengobatan lanjutan.	Pada karakteristik pra-kelanjutan-perawatan pasien) menghasilkan pengurangan kambuh atau kekambuhan mutlak Risiko sebesar 16-21% dibandingkan dengan perlakuan non-optimal lainnya. Meski hasil novel ini membutuhkan replikasi	Penanggap risiko A-CT dapat mengurangi risiko kambuh MDD dan kekambuhan secara substansial.
Jürgen Hoyer, 2017	Manualized kognitif terapi versus cognitive-behavioral treatment-Usual for social anxiety disorder in routine practice: A cluster randomized Controlled trial	Penelitian ini menguji efektivitas terapi kognitif manualized (mCT) setelah Pendekatan Clark-Wells versus perlakuan kognitif-perilaku non-manualized-seperti biasa (CBTAU) untuk sosial Gangguan kecemasan (SAD)	Pasien pada kedua kelompok menunjukkan penurunan keparahan SAD yang signifikan setelah perawatan (d ¼ 1,91[MCT] dan d ¼ 1.80 [CBTAU], ukuran efek dalam kelompok, analisis intent to treat, peringkat pengamat LSAS),	Persidangan saat ini menegaskan tingginya efektivitas CBTAU dan mCT untuk SAD saat praktis

		dalam latihan rutin		
Lotte H.J.M, 2017	Exploring mechanisms of change in kognitif terapi and Interpersonal psychotherapy for adult depression	Studi ini mengeksplorasi hubungan temporal antara perubahan dalam lima mekanisme kausalkandidat. Dan perubahan gejala depresi dalam perbandingan acak Terapi Kognitif individual (CT) dan Interpersonal Psychotherapy (IPT) untuk depresi orang dewasa.	Pasien menunjukkan Perbaikan pada semua ukuran. Tidak ada efek diferensial pada perubahan pra-pasca-perawatan yang diamati antara dua kondisi, Namun, perubahan fungsi interpersonal terjadi lebih cepat di IPT. Hanya sedikit dukungan empiris untuk model perubahan teoritis masing-masing di CT dan IPT..	Penelitian selanjutnya harus memberikan perhatian khusus pada waktu penilaian dan varians dalam pasien
Emma Warnock-Parkes, 2017	Seeing Is Believing: Using Video Feedback in kognitif terapi for Social Anxiety Disorder	Kesan yang lebih realistis tentang bagaimana penampilan mereka pada orang lain, dan ini terkait dengan peningkatan signifikan dalam kecemasan sosial	Sembilan puluh delapan persen pasien menunjukkan bahwa mereka menemukan hal yang lebih baik daripada yang mereka perkirakan setelah melihat video interaksi sosial mereka	Umpan balik video Strategi telah berevolusi untuk membantu pasien SAD mengatasi berbagai bias pengolahan yang bisa
Jane Harley, 2014	Bridging the Gap between kognitif terapi and Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Makalah diskusi ini akan mengulas secara singkat kesamaan dan perbedaan	Terapi Kognitif dan Terapi Penerimaan dan Komitmen (ACT) yang telah digambarkan sebagai bagian dari 'gelombang ketiga'	Terapi Kognitif dan Terapi Penerimaan dan Komitmen (ACT) yang telah digambarkan sebagai bagian dari 'gelombang ketiga' Atau 'generasi ketiga' dari terapi perilaku kognitif. Pandangan terkini tentang kesamaan teoritis dan teknis
Abby D. Adler, 2015	What Changes in kognitif terapi for Depression? An Examination of kognitif terapi Skills and Maladaptive Beliefs	Penelitian ini menguji kemampuan kognitif dan mendasar Keyakinan maladaptif di antara pasien yang diobati dengan kognitif Terapi (CT) untuk depresi	Hasil menunjukkan Bahwa derajat penurunan gejala antar pasien	Hasil menunjukkan Bahwa derajat penurunan gejala antar pasien Berpartisipasi dalam CT terkait dengan perubahan pada pasien. Akuisisi keterampilan mengatasi membutuhkan usaha yang disengaja dan pemikiran reflektif, tapi tidak terkait dengan berkurangnya
Nicholas R. Forand, 2016	Positive extreme responding after kognitif terapi for depression: Correlates and potential mechanisms	Ini telah dikaitkan dengan kambuhan depresi setelah terapi kognitif (CT)	Hasilnya menunjukkan dua mekanisme potensial yang menghubungkan PER untuk kambuh: keterbatasan kognitif dan defisit coping / penghindaran kognitif	Hasilnya menunjukkan dua mekanisme potensial yang menghubungkan PER untuk kambuh: keterbatasan kognitif dan defisit coping / Penghindaran kognitif

Nik Rosila Nik Yaacob, 2013	Kognitif terapi Approach From Islamic Psycho-Spiritual Conception	Tujuan makalah ini adalah untuk menyoroti pendekatan terapi kognitif dari konsepsi psiko-spiritual Islam.	Terapi kognitif adalah tentang bagaimana individu berpikir, memproses dan mengevaluasi masalah seperti itu dengan cara yang bisa membantunya menjadi tenang dan mengurangi ketegangan batinnya.	Kesimpulannya, terapi kognitif adalah tentang bagaimana individu berpikir, memproses dan Mengevaluasi masalah seperti itu dengan cara yang bisa membantunya menjadi tenang dan mengurangi ketegangan batinnya.
Gerard E. Brudera, 2017	A Quick Behavioral Dichotic Word Test Is Prognostic For Clinical Response Tokognitif terapi For Depression: A Replication Study	Untuk mengetahui apakah seseorang akan mendapat manfaat dari terapi kognitif (CT) untuk depresi.	Penderita telinga kanan memiliki keunggulan Lebih besar dari rata-rata untuk kontrol sehat memiliki tingkat respons 81% terhadap CT, sedangkan mereka yang memiliki kinerja Lebih rendah dari mean untuk kontrol memiliki tingkat respons 46%.	Dominasi bahasa hemisfer kiri yang kuat, mungkin lebih baik dalam memanfaatkan proses kognitif dan kiri daerah kortikal frontotemporal kritis untuk keberhasilan CT untuk depresi
Karim Babayi Nadinloyi, 2013	Efficacy Of kognitif terapi In The Treatment Of Test Anxiety	Penelitian ini meneliti khasiat terapi kognitif dalam Mengurangi kecemasan uji.	Analisis varians satu arah menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di Indonesia Variabel kecemasan tes Tes Tuky menunjukkan bahwa terapi kognitif efektif dalam mengurangi kecemasan tes.	Menunjukkan bahwa terapi kognitif lebih efektif dalam mengurangi kecemasan tes pada siswa introvert
Johs D., 1977	Effect Of Thought-Stopping On Thoughts,Mood And Corrugator Emg In Depressed Patients*	Efek langsung dari pemikiran-berhenti diterapkan pada pemikiran depresi	Hasilnya meningkatkan kemungkinan itu Menghentikan pikiran mungkin sedikit berbeda dalam mengurangi frekuensi pikiran yang tidak diinginkan.	Corrugator EMG secara signifikan berhubungan dengan frekuensi depresif yang terjadi secara spontan
Makram Samaan, 1975	Thought-Stopping And Flooding In A Case OfHallucinations, Obsessions, And Homicidalsuicidal Behavior	Pemikiran berhenti digunakan untuk mengatasi pendengaran dan visual Halusinasi; Dan banjir untuk memadamkan pikiran yang memproduksi rasa takut kronis, perilaku depresif	Akhirnya ada pelatihan penguatan timbal balik untuk timbal balik membentuk hubungan interpersonal keluarga	Tindak lanjut selama 20 bulan tidak menunjukkan adanya kekambuhan.
Ann Hackmann And Carole Mclean	A Comparison Of Flooding And ThoughtStopping In The Treatment Of Obsessional Neurosis	Pemikiran berhenti dibandingkan pada pasien dengan obsesif Neurosis, dalam desain cross-over.	Temuan klinis yang berharga adalah bahwa cukup banyak perbaikan terjadi setelah hanya delapan sesi rawat jalan	Temuan klinis yang berharga adalah bahwa cukup banyak perbaikan terjadi setelah hanya delapan sesi rawat jalan

BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif pada Klien Pascastroke

Keterangan :

- : Diukur
- : Tidak Diukur

Pada kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan bahwa klien pasca stroke dapat mengalami masalah depresi. Hal ini akan berdampak pada status kesehatan dan mental klien apabila tidak diberikan suatu intervensi keperawatan. Sehingga perlu dilakukan intervensi keperawatan seperti *Cognitive Thought Stopping Therapy* untuk mengatasi masalah yang dialami klien.

Model konsep teori keperawatana daptasi Roy menjelaskan bahwa system terdiri dari *input, proses, control and value* dari umpan balik. Input sebagai stimulus merupakan energy dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Input dibagi dalam 3 tingkat yaitu stimulus fokal, stimulus residual dan stimulus kontekstual. Stimulus fokal adalah objek, kejadian atau perasaan yang tiba-tiba. Stimulus kontekstual adalah semua hal yang berkontribusi terhadap dampak atau efek dan stimulus residual adalah hal – hal diluar lingkungan yang pengaruhnya kurang jelas (TommeY&Aligood, 2006 dalam Alligood 2014). Proses control seseorang menurut Roy adalah mekanisme koping yang normal, mekanisme koping dibagiatas regulator dan kognator yang merupakan sistem. Sistem regulator memproses impuls melalui saluran saraf, kimia, dan endokrine, sedangkan system kognator menggunakan saluran kognisi seperti persepsi, proses informasi, pembelajaran, penilaian dan emosi. Proses mekanisme koping melibatkan terjadinya kerja dari brain sistem (Tomey&Aligood, 2006 dalam Alligood 2014).

Cognitive Therapy dan *Thought Stopping* yang merupakan suatu intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat diharapkan dapat meningkatkan coping individu yang adekuat. Dalam proses ini klien dapat mengubah pikiran maladaptif dan otomatis dengan menganal dan menghilangkan pikiran negatif klien. Sehingga out put dari proses adaptasi pada kerangka konsep adalah diharapkan klien bisa mampu mengontrol pikiran negatif dan penurunan depresi klien.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Menurut La Biondo – Wood dan Haber (2002) hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab pertanyaan dalam penelitian. Setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan (Nursalam, 2017)

Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian inia dalah:

1. Ada pengaruh *cognitive therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif.
2. Ada pengaruh *thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampun mengontrol pikiran negatif.
3. Ada pengaruh *cognitive thought stopping therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampun mengontrol pikiran negatif.

4. Ada perbedaan hasil dari *cognitive thought stopping therapy* dengan *cognitive therapy* dan *thought stopping therapy*.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *experimental pre-post test with control group* dengan intervensi kombinasi *Cognitive Therapy Dan Thought Stopping*. Penelitian ini ditujukan untuk mengungkapkan pengaruh dari intervensi atau perlakuan pada subyek dan mengukur hasil atau efek dari intervensi yang diberikan (Sastroasmoro & Ismail, 2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan depresi serta kemampuan mengontrol pikiran sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pemberian *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping*. Penelitian ini membandingkan empat kelompok klien stroke, yaitu kelompok intervensi yang diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy, Cognitive Therapy, Thought Stopping Therapy* dan kelompok non intervensi. Rancangan penelitian ini berupaya mengungkap hubungan sebab akibat dengan melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok ekperimental (Nursalam 2017). Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.

Tabel 4.1 Rancangan penelitian *quasi eksperimen*

Subjek	Pra Perlakuan	Perlakuan	Post-test
K-A	O	IA	OI-A
K-B	O	IB	OI-B
K-C	O	IA-IB	OI-A+B
K-D	O	-	OI-D
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K-A: subjek sebelum diberikan *Cognitive Therapy*

K-B: subjek sebelum diberikan *Thought Stopping*

K-C: subjek sebelum diberikan *Cognitive Therapy Dan Thought Stopping*

K-D: subjek kelompok kontrol (non intervensi)

O : identifikasi kontrol depresi sebelum diberikan perlakuan

IA : subjek setelah diberikan *Cognitive Therapy*

IB : subjek setelah diberikan *Thought Stopping*

IA-IB: subjek setelah diberikan *Cognitive Therapy Dan Thought Stopping*

ID : subjek kontrol yang diberikan terapi standar pasien depresi

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam suatu penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam 2017). Populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang

mempunyai karakteristik tertentu, dimana karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita stroke yang ada di poli saraf dan instalasi rehabilitasi.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih agar dapat mewakili populasi (Nursalam 2017). Sampel penelitian ini adalah semua klien yang mengalami stroke di poli saraf dan instalasi rehabilitasi yang mengalami depresi kriteria sebagai berikut :

Kriteria inklusi sebagai berikut :

1. Klien yang mengalami pascastroke dengan depresi (>3bulan)
2. Klien dengan kesadaran baik, dapat berkomunikasi secara verbal dan kooperatif
3. Bersedia jadi responden, yang dinyatakan dengan menandatangani informed consent

Kriteria eksklusi sebagai berikut :

1. Klien yang berhalangan saat di lakukan penelitian
2. Klien dengan stroke namun mengalami penurunan kesadaran

Penentuan besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus berikut (Dahlan, 2013):

$$n_1=n_2=2 \left[\frac{(Z\alpha+Z\beta).Sd}{\mu_1-\mu_2} \right]^2$$

$$n_1=n_2=2 \left[\frac{(1,96+0,84).5,73}{43,8-36,6} \right]^2$$

$$n=2 (4,97)$$

$$n = 9,94 = 10 \text{ orang}$$

Keterangan:

n : besar sampel

Z α : kesalahan tipe I atau nilai standar normal untuk $\alpha=5\% = 1,96$

Z β : kesalahan tipe II atau nilai standar normal untuk $\beta=20\% = 0,84$

Sd : simpangan baku dari variabel yang diukur (5,73)

$\mu_1 - \mu_2$: selisih rerata dari variabel yang diukur atau perbedaan klinis yang diinginkan (dari peneliti sebelumnya)

Peneliti juga melakukan perhitungan untukantisipasi adanya sampel yang mengalami *drop out* yaitu sebanyak 10% dari sampel yang dihitung. Adapun perhitungan koreksi besar sampel yang mengalami *drop out* sebagai berikut :

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

$$n' = \frac{10}{1-0,1}$$

$$n' = 11,11 = 12 \text{ orang}$$

Keterangan:

n' : besar sampel

f : perkiraan proporsi *drop out*

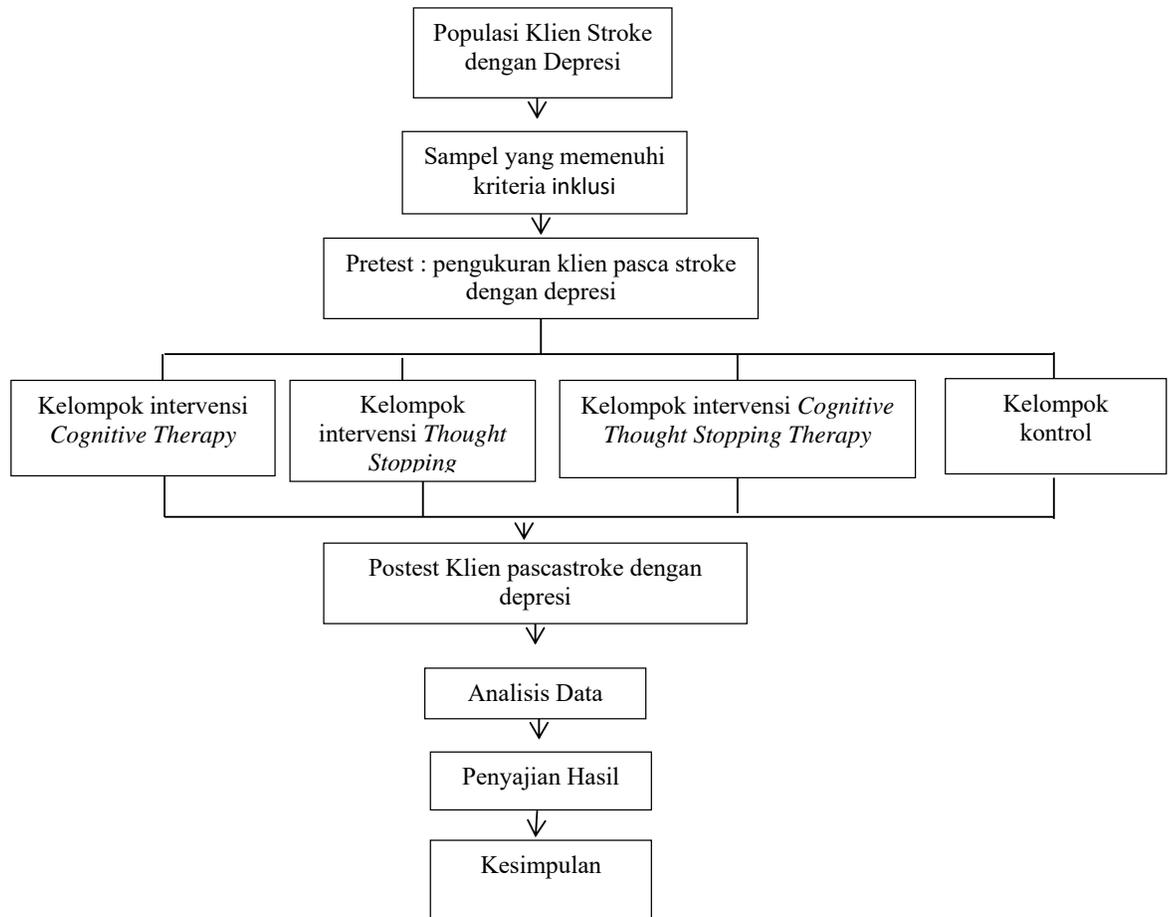
Jadi total sampel dalam penelitian ini adalah 48 responden.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi populasi untuk mewakili populasi (Nursalam, 2017). Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi dengan yang dikehendaki penelitian (Tujuan/masalah penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2017).

Dalam penelitian ini dibutuhkan 48 responden yang terdiri dari 4 kelompok dengan masing-masing kelompok 12 responden. Dalam proses penelitian responden di ambil secara *Purposive Sampling*, dengan menjadikan setiap klien yang datang menjadi responden. Dimana responden di ambil sesuai jumlah responden pada setiap kelompok. Memasukan responden dalam setiap kelompok berdasarkan responden yang datang dan pertemuan dengan peneliti dengan memasukan dalam kelompok secara berurutan (CT, TS, CTST dan Kontrol).

4.3 Kerangka Oprasional



Gambar 4.1 Kerangka oprasional Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif pada klien Pascastroke

4.4 Definisi Operasional Dan Variabel Penelitian

4.4.1 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Tujuan dirumuskan definisi operasional yaitu untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi (Nursalam 2017). Definisi operasional akan mempermudah

pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

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

4.4.2 Variabel penelitian

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam 2017). Variabel independen dalam penelitian ini adalah jenis terapi

2. Variabel Dependen (Tergantung)

Variabel Dependen merupakan variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam 2017). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif

Berikut ini merupakan penjelasan dari masing-masing variabel penelitian tertulis pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Definisi Operasional Penelitian Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif pada klien Pascastroke

No	Variabel	Defenisi Oprasional	Parameter	Cara ukur	Hasil ukur	skala
A						
Variabel Dependen						
1	Tingkat Depresi	Persepsi klien terhadap kondisi kesehatannya saat ini baik secara fisik, psikis dan sosial	Dengan 17 pertanyaan tentang depresi menggunakan HDRS meliputi aspek menilai perubahan <i>mood</i> , perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomnia, gejala genital, hipokondriasis, dan gejala somatik	Skala depresi Menggunakan HDRS	Dinyatakan dalam total skor keseluruhan (0-48)	Ordinal - Tidak depresi - Depresi ringan - Depresi sedang - Depresi berat
2	Kemampuan Mengontrol pikiran negatif	Cara yang dilakukan responden untuk mengontrol pikiran negative	Instrumen ini terdiri dari 8 pertanyaan dengan 4 aspek penilaian yaitu keputusan, ansietas, harga diri rendah, dan ketidakberdayaan.	Kuesioner yang mengukur kemampuan responden	Dinyatakan dalam total skor keseluruhan (0-24)	Nominal - Tinggi - Rendah
B						
Variabel Independen						
3	<i>Jenis terapi Cognitive Therapy</i>	Jenis terpi yang dapat meningkatkan kemampuan pikiran negatif dan meurunkan tingkat depresi 1. <i>Cognitive Therapy</i>	Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang pertama Sesi 2: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua Sesi 3: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga	Buku catatan harian dan buku evaluasi yang diisi terapis	1. Dilakukan 2. Tidak dilakukan	-

			<p>Sesi 4: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)</p> <p>Sesi 5: <i>Support system</i></p>			
		2. <i>Thought Stopping</i>	<p>Sesi 1: Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengganggu dan mengancam serta menimbulkan stres</p> <p>Sesi 2: Berlatih memutuskan pikiran dengan menggunakan rekaman</p> <p>Sesi 3: Berlatih memutuskan pikiran secara otomatis</p>			
		3. <i>Cognitive Thought Stopping Therapy</i>	<p>Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang mengganggu</p> <p>Sesi 2: Berlatih memutuskan pikiran dengan cara bervariasi</p> <p>Sesi 3: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif</p> <p>Sesi 4: Support System</p>			

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

1. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah ATK (alat tulis kantor)
2. Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah modul, kuesioner dan *check list*

4.6 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pertanyaan (kuisisioner) sebagai berikut:

4.6.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah beberapa pertanyaan yang berisi karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar kuisisioner yang terdiri dari 4 pertanyaan tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan.

4.6.2 Pengukuran Tingkat Depresi

Tingkat depresi dalam penelitian klinik adalah gabungan dari *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) dan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). HDRS biasa digunakan dalam mengukur tingkat depresi seseorang berusia dewasa hingga lansia. Mengukur tingkat depresi menggunakan HDRS. Awalnya HDRS hanya memiliki 17 unsur penilaian untuk menilai perubahan *mood* (1), perasaan bersalah (2), keinginan untuk bunuh diri (3), kerja (7), agitasi (9), retardasi (8), kecemasan (10 dan 11), penurunan berat badan (16), insomnia (4, 5 dan 6), gejala genital (14), hipokondriasis (15), tilik (17) dan gejala somatic (12 dan 13). Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa HDRS adalah metode pengukuran yang mudah dan efisien dalam segi waktu maupun tenaga untuk mengukur tingkat depresi seseorang.

4.6.3 Pengukuran Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif

Merupakan instrumen untuk mengetahui kemampuan responden mengubah pikiran negatif dengan menggunakan alat ukur *Automatic Thought Questionnaire (ATQ)*. Kuesioner ini terdiri dari 8 item pernyataan dengan 0-4 dengan total skor dari 0-24. Untuk nilai pernyataan yang *favourable dan unfavourable*; 4= selalu, 3= sering, 2= kadang-kadang, 1= jarang, 0= tidak pernah. Skor yang dihasilkan menggambarkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien pascastroke, semakin tinggi skor yang dihasilkan menggambarkan semakin tinggi pula kemampuan klien mengubah pikiran negatif. Kuesioner ini ditujukan untuk mengukur kemampuan klien sejauh mana responden dapat mengendalikan pikiran negatif sebelum dan sesudah pemberian *Cognitive Thought Stopping Therapy*.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Penelitian dimulai pada pada bulan Mei-Juni 2018.

4.8 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017).

Tahap awal penelitian ini yaitu penelitian menyerahkan surat izin penelitian di Rumah Sakit, setelah mendapat surat balasan izin penelitian , peneliti melakukan pendekatan dengan Kepala Ruangan yang dituju untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, selanjutnya peneliti menemui

Kepala Ruangan untuk meminta izin penelitian, kemudian peneliti mengambil data dan melakukan penetapan subyek penelitian sesuai persyaratan sampel yang sudah ditentukan pada kriteria inklusi.

Sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan kepada responden kemudian meminta persetujuan dari responden melalui *informed consent*, selanjutnya peneliti melakukan *pre test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan kuesioner dan *check list* yang sudah disediakan oleh peneliti. Selanjutnya di jumlahkan skor untuk menentukan klien mengalami depresi dan kurangnya kemampuan untuk mengontrol pikiran negatif.

Setelah klien ditentukan, maka diberikan terapi yang sudah di sediakan oleh peneliti. Dalam prosesnya peneliti membagikan responden dalam 4 kelompok yaitu 3 kelompok yang mendapatkan terapi dan 1 kelompok sebagai kelompok kontrol artinya dalam penentuan ini dilakukan secara random. Dalam proses penelitian untuk mendapatkan responden pada setiap kelompok tersebut, maka setiap responden yang ditemui dan dimasukkan dalam kelompok masing-masing. Untuk memenuhi kelompok tersebut maka peneliti memasukan responden kedalam setiap kelompok sampai terpenuhi salah satu kelompok (12 responden) lalu responden berikutnya dimasuk pada kelompok berikutnya sampai terpenuhinya masing-masing kelompok.

Responden yang mendapatkan terapi (perlakuan) dan kelompok kontrol akan dilakukan *post test* untuk melihat efek atau pengaruh dari terapi

tersebut terhadap penurunan tingkat depresi dan meningkatnya kemampuan mengontrol pikiran negatif.

4.9 Analisis Data

Analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variable yaitu variabel bebas dan variabel terikat, dengan menggunakan bantuan software SPSS. Untuk menentukan jenis uji statistik yang digunakan terlebih dahulu dilakukan uji normalitas untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak dengan uji *Kolmogorov-smirnov*, data berdistribusi normal jika nilai $p > \alpha$ dan α yang digunakan adalah 0,05. Dalam uji normalitas didapatkan tidak berdistribusi normal maka digunakan uji *Wilcoxon dan Kruskal Wallis*.

Data berdistribusi tidak normal, maka uji hipotesis yang digunakan yaitu non parametrik dengan ketentuan sebagai berikut:

2. Perbedaan tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi CT, TS, CTST dan kelompok kontrol menggunakan uji *Wilcoxon signed ranks test*. Hipotesis alternatif diterima jika nilai $p < 0,05$
3. Perbedaan tingkat depresidan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah menggunakan uji *Kruskal Wallis*. Hipotesis alternatif diterima jika nilai $p < 0,05$.

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan uji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan telah dinyatakan lolos kaji etik dengan nomor : 874-KEPK serta disahkan oleh Ketua Komisi Etik Bapak Dr. Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si di Surabaya pada tanggal 14 Mei 2018 (sertifikat uji etik terlampir).

. Setelah disetujui peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut meliputi:

1. *Self determination*

Memberi kebebasan kepada responden untuk menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi informasi secara jelas tentang penelitian. Peneliti menerapkan self determination dengan mempersilakan responden untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan sebelum responden menandatangani lembar persetujuan adalah tujuan penelitian, manfaat penelitian, waktu yang diperlukan untuk penelitian, dan tidak ada pengaruhnya terhadap responden dan proses terapinya. Responden juga dijelaskan secara detail mengenai CTST dari pengertian, tujuan sampai manfaatnya. Dijelaskan pula bahwa data yang diberikan responden tidak disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian saja. Responden dijelaskan diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian dan tidak ada sangsi apapun. Responden yang bersedia untuk menjadi subyek penelitian, dipersilakan untuk menandatangani lembar persetujuan

2. *Anonymity and confidentiality*

Responden tidak perlu menuliskan nama pada kuesioner yang diisi, kuesioner selanjutnya diberi kode responden yang diisi oleh peneliti sehingga informasi yang didapatkan hanya diketahui oleh peneliti untuk kepentingan penelitian yaitu untuk analisa data.

3. *Privacy and dignity*

Responden tetap dijaga privasinya dan kewibawaannya, dalam arti pada penelitian ini responden diharapkan tetap merasa nyaman dan merasa dihargai.

4. *Fair treatment*

Pemilihan responden yang tidak diskriminatif, tidak mengintimidasi jika responden tidak berkeinginan berpartisipasi dalam penelitian, mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi dari pengolahan data hingga penyajian data

5. *Protection from discomfort and harm*

Responden dijaga keamanan dan kenyamanannya selama penelitian berlangsung.

6. *Informed Consent*

Persetujuan menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan seperti tercantum pada lampiran. Responden terlebih dahulu dijelaskan secara lengkap dan dengan bahasa yang mudah difahami oleh responden tentang tujuan, prosedur, manfaat dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini membahas tentang hasil dan analisis penelitian yang meliputi gambaran umum tempat penelitian dan data variabel yang diteliti yaitu pengaruh dari terapi terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke. Bab ini membahas pula tentang bagaimana pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke.

5.1 Data Umum

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSU Dr Wahidin Sudirohusodo adalah satu dari sekian Rumah Sakit milik Kemkes Kota Makassar yang berbentuk RSU, diurus oleh Kemenkes dan tergolong kedalam RS Kelas A. RSU ini beralamat di Jl. Perintis Kemerdekaan Km.11 Makasar, Kota Makassar, Indonesia. RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang merupakan rumah sakit rujukan untuk indonesia bagian timur. Dimana RS ini memiliki fasilitas yang memadai dengan untuk menangani semua jenis penyakit. RSU Dr Wahidin Sudirohusodo Memiliki Layanan Unggulan dalam Bidang Center Of Excellence. RSU Kepunyaan Kemkes Kota Makassar ini Memiliki Luas Tanah 315000 dengan Luas Bangunan 52427.

Jumlah Tempat Tidur Menurut Kelas :

1. VVIP : 6 kamar
2. VIP : 107 kamar
3. I : 71 kamar
4. II : 187 kamar
5. III : 310 kamar
6. ICU : 19 kamar
7. PICU : 12 kamar
8. NICU : 22 kamar
9. HCU : 68 kamar
10. ICCU : 12 kamar
11. TT di IGD : 7 kamar
12. TT Bayi Baru Lahir : 12 kamar
13. TT Kamar Bersalin : 2 kamar
14. TT Ruang Operasi : 16 kamar
15. TT Ruang Isolasi : 25 kamar
16. Instalasi Rehabilitasi

5.1.2 VISI Dan MISI

1. Visi

Menjadi *Academic Health Center* Terkemuka di Indonesia Tahun 2019

2. Misi

1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang berkualitas dan komprehensif.
2. Menumbuh kembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif.
3. Mengampu rumah sakit jejaring di wilayah Indonesia Timur.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Data Karakteristik Responden

Data karakteristik demografi ini baik kelompok perlakuan maupun kelompok control akan diuraikan berdasarkan jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan klien pascastroke.

Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan pada Kelompok *Cognitive Therapy*, *Thought Stopping*, *Cognitive Thought Stopping Therapy* dan Kontrol Klien Pascastroke di RSUP RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Karakteristik Responden	CT		TS		CTST		KONTROL	
	Jumlah		Jumlah		Jumlah		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Umur								
Usia dewasa tua (25-65 tahun)	9	75	7	58,3	9	75	9	75
Lanjut usia (> 65 tahun)	3	22	5	41,7	3	25	3	25
Total	12	100	12	100	12	100	12	100
Jeniskelamin								
Laki-laki	8	66,7	6	50	7	58,3	6	50
Perempuan	4	33,3	6	50	5	41,7	6	50
Total	12	100	12	100	12	100	12	100
Tingkat pendidikan								
Pendidikan dasar	1	8,3	3	25	0	50	3	25
Pendidikan menengah	6	50	4	33,3	6	50	5	41,7
Pendidikan tinggi	5	41,7	5	41,7	6	50	4	33,3
Total	12	100	12	100	12	100	12	100
Pekerjaan								
IRT	2	16,7	3	25	3	25	3	25
Wiraswasta	6	50	5	41,7	3	25	5	41,7
PNS	4	33,3	4	33,3	6	50	4	33,3
Total	12	100	12	100	12	100	12	100

Berdasarkan pada tabel 5.1 kelompok CT dari perhitungan distribusi frekuensi umur responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 9 responden atau 75% merupakan kelompok usia dewasa tua dan sebanyak 3 responden atau 22% merupakan kelompok usia lanjut. Hasil

perhitungan distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 1 responden atau 8,3% berpendidikan dasar, sebanyak 6 responden atau 50 % berpendidikan menengah, dan sebanyak 5 responden atau 41,7% berpendidikan tinggi. Hasil perhitungan distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 8 responden atau 66,7% berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 4 responden atau 33,3% berjenis kelamin perempuan. Hasil perhitungan distribusi frekuensi pekerjaan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 2 responden atau 16,7% bekerja sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 6 responden atau 50% bekerja sebagai wiraswasta dan sebanyak 4 responden atau 33,7% bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

Berdasarkan pada tabel 5.1 kelompok TS dari perhitungan distribusi frekuensi umur responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 7 responden atau 58,3% merupakan kelompok usia dewasa tua dan sebanyak 5 responden atau 41,7% merupakan kelompok usia lanjut. Hasil perhitungan distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 3 responden atau 25% berpendidikan dasar, sebanyak 4 responden atau 33,3% berpendidikan menengah, dan sebanyak 5 responden atau 41,7% berpendidikan tinggi. Hasil perhitungan distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 6 responden atau 50% berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 6 responden atau 50% berjenis kelamin perempuan. Hasil perhitungan distribusi frekuensi pekerjaan responden dapat diketahui bahwa dari

12 responden yang diteliti, sebanyak 3 responden atau 25% bekerja sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 5 responden atau 41,7% bekerja sebagai wiraswasta dan sebanyak 4 responden atau 33,3% bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

Berdasarkan pada tabel 5.1 kelompok CTST dari perhitungan distribusi frekuensi umur responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 9 responden atau 75% merupakan kelompok usia dewasa tua dan sebanyak 3 responden atau 25% merupakan kelompok usia lanjut. Hasil perhitungan distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 6 responden atau 50% berpendidikan menengah, dan sebanyak 6 responden atau 50% berpendidikan tinggi. Hasil perhitungan distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 7 responden atau 58,3% berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 5 responden atau 41,7% berjenis kelamin perempuan. Hasil perhitungan distribusi frekuensi pekerjaan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 3 responden atau 25% bekerja sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 3 responden atau 25% bekerja sebagai wiraswasta dan sebanyak 6 responden atau 50% bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

Berdasarkan pada tabel 5.1 kelompok Kontrol dari perhitungan distribusi frekuensi umur responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 9 responden atau 75% merupakan kelompok usia dewasa tua dan sebanyak 3 responden atau 25% merupakan kelompok usia lanjut. Hasil perhitungan distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dapat diketahui

bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 6 responden atau 50% berpendidikan menengah, dan sebanyak 6 responden atau 50% berpendidikan tinggi. Hasil perhitungan distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 7 responden atau 58,3% berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 5 responden atau 41,7% berjenis kelamin perempuan. Hasil perhitungan distribusi frekuensi pekerjaan responden dapat diketahui bahwa dari 12 responden yang diteliti, sebanyak 3 responden atau 25% bekerja sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 3 responden atau 25% bekerja sebagai wiraswasta dan sebanyak 6 responden atau 50% bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

5.2.1 Data Variabel

1. Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) dan Kelompok Kontrol terhadap tingkat depresi pada klien pascastroke.

Tabel 5.2 Tingkat depresi pada klien pascastroke sebelum dan sesudah *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) dan Kelompok Kontrol dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Kelompok	Pre			Post			P (Wilcoxon)
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
CT	14,00	12	16	9,00	6	15	0,003
TS	13,50	11	19	8,00	4	11	0,002
CTST	13,00	10	15	7,00	5	13	0,003
Kontrol	13,50	10	15	13,50	10	15	1,000
P(Kruskal-Wallis)	0,473			0,001			

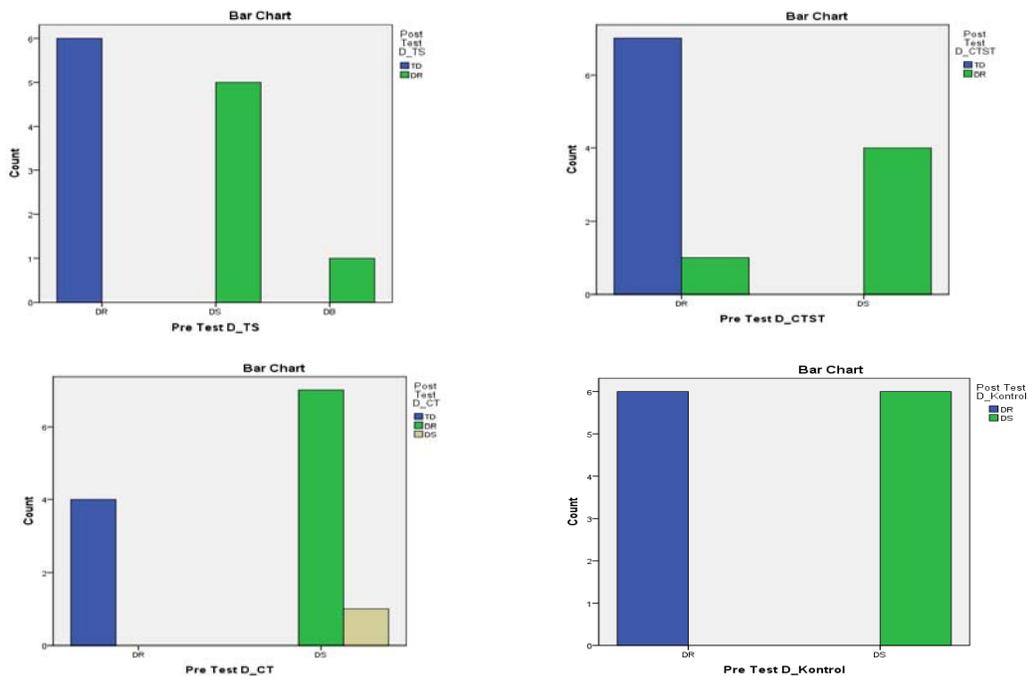
Berdasarkan Tabel 5.2 menunjukkan pada awal pengukuran seluruh responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mengalami masalah depresi. Setelah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) masalah tingkat depresi mengalami penurunan. Jumlah median sebelum (Pre) adalah *Cognitive Therapy* (CT) 14,00, *Thought Stopping* (TS) 13,50, *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) 13,00 dan kontrol 13,50 dan setelah (Post) diberikan perlakuan adalah *Cognitive Therapy* (CT) 9,00, *Thought Stopping* (TS) 8,00, *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) 7,00 dan kontrol 13,50.

Hasil uji *Wilcoxon* untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p = 0.003$ ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$)

artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna masalah depresi sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS). Dan pada kelompok kontrol menunjukkan $p=1,000$ ($p < 0.05$) artinya tidak ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah depresi menunjukkan nilai $p = 0.001$ ($p < 0.05$) artinya H_0 ditolak maka terdapat perbedaan bermakna antar kelompok.

Grafik 5.1 Perubahan tingkat depresi pada klien pascastroke sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS), *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) dan Kontrol dapat dilihat di bawah ini.



Pada grafik diatas kelompok *Cognitive Therapy* menunjukkan bahwa sebelum dibeikan intervensi (Pre) terdapat 4 responden yang mengalami depresi ringan dan 8 responden mengalami depresi sedang. Setelah dibeikan intervensi (Post) terdapat 4 responden dari depresi ringan menjadi tidak depresi, 7 responden dari depresi sedang menjadi depresi ringan sedangkan 1 responden tetap pada depresi sedang. Pada grafik kelompok *Thought Stopping* menunjukkan bahwa sebelum dibeikan intervensi (Pre) terdapat 6 responden yang mengalami depresi ringan, 5 responden mengalami depresi sedang dan 1 responden mengalami depresi berat. Setelah dibeikan intervensi (Post) terdapat 6 responden dari depresi ringan menjadi tidak depresi, 5 responden dari depresi sedang menjadi depresi ringan sedangkan 1 responden yang seblumnya depresi berat menjadi depresi sedang. Grafik kelompok *Cognitive Thought Stopping Therapy* menunjukkan bahwa sebelum dibeikan intervensi (Pre) terdapat 8 responden yang mengalami depresi ringan dan 4 responden mengalami depresi sedang. Setelah dibeikan intervensi (Post) terdapat 7 responden dari depresi ringan menjadi tidak depresi, 4 responden dari depresi sedang menjadi depresi ringan sedangkan 1 responden yang menglami depresi ringan tetap pada depresi ringan. Dan pada grafik kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebelum dibeikan intervensi (Pre) terdapat 6 responden yang mengalami depresi ringan dan 6 responden mengalami depresi sedang. Setelah dibeikan intervensi (Post) tidak mengalami perubahan.

2. Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) dan Kelompok Kontrol terhadap kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke.

Tabel 5.3 Kemampuan mengontrol pikiran negative pada klien pascastroke sebelum dan sesudah *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) dan Kelompok Kontrol dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Kelompok	Pre			Post			P (Wilcoxon)
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
CT	12,50	10	15	18,00	17	21	0,002
TS	14,00	12	15	18,00	14	20	0,003
CTST	14,00	13	15	18,00	17	20	0,002
Kontrol	14,00	13	15	13,50	12	15	0,157
P (Kruskal-Wallis)	1,000			0,000			

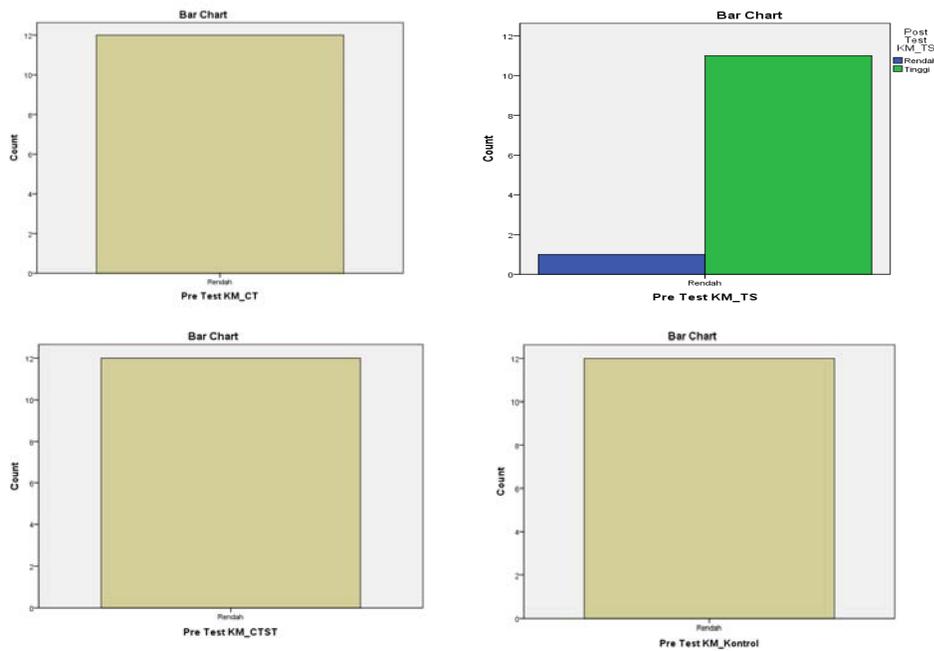
Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan pada awal pengukuran seluruh responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mengalami masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif. Setelah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS) masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif mengalami peningkatan. Jumlah median sebelum (Pre) adalah *Cognitive Therapy* (CT) 12,50, *Thought Stopping* (TS) 14,00, *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) 14,00 dan kontrol 14,00 dan setelah (Post) diberikan perlakuan adalah *Cognitive Therapy* (CT) 18,00, *Thought Stopping* (TS) 18,00, *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) 18,00 dan kontrol 13,50.

Hasil uji *Wilcoxon* untuk *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$), *Cognitive Therapy* (CT) menunjukkan $p =$

0.003 ($p < 0.05$), *Thought Stopping* (TS) menunjukkan $p = 0.002$ ($p < 0.05$) artinya pada setiap kelompok perlakuan terdapat perbedaan bermakna masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST), *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS). Dan pada kelompok kontrol menunjukkan $p = 0.157$ ($p > 0.05$) artinya tidak ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Hasil uji *Kruskal Wallis* nilai post masalah kemampuan mengontrol pikiran negatif menunjukkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) artinya H_0 ditolak maka terdapat perbedaan bermakna antar kelompok.

Grafik 5.2 Perubahan kemampuan mengontrol pikiran negative pada klien pascastroke sebelum dan sesudah diberikan *Cognitive Therapy* (CT), *Thought Stopping* (TS), *Cognitive Thought Stopping Therapy* (CTST) dan Kontrol dapat dilihat di bawah ini



Grafik kelompok *Cognitive Therapy* menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi (Pre) terdapat 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Setelah diberikan intervensi (Post) ke 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif tinggi. Pada grafik kelompok *Thought Stopping* menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi (Pre) terdapat 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Setelah diberikan intervensi (Post) terdapat 11 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif tinggi dan 1 responden dengan kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Grafik kelompok *Cognitive Thought Stopping Therapy* menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi (Pre) terdapat 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Setelah diberikan intervensi (Post) ke 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif tinggi. Pada grafik kelompok *Cognitive Thought Stopping Therapy* menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi (Pre) terdapat 12 responden yang kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah. Setelah diberikan intervensi (Post) tidak mengalami perubahan yaitu 12 responden tetap mengalami kemampuan mengontrol pikiran negatif rendah.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini juga membahas bagaimana setiap intervensi kelompok perlakuan *Cognitive Thought Stopping Therapy*, *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping Therapy* dan kelompok kontrol mempunyai pengaruh terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke.

6.1 Pengaruh *Cognitive Therapy* terhadap terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke

Cognitive Therapy (CT) merupakan salah terapi dasar yang digunakan peneliti pada intervensi dari terapi gabungan CTST untuk melihat pengaruh terhadap tingkat depresi pada klien pascastroke. Hasil analisis dan interpretasi pada table 5.2 data yang dilakukan pada kelompok perlakuan CT sebelum dan setelah intervensi mempunyai pengaruh terhadap tingkat depresi pada klien pascastroke.

Depresi memiliki beberapa aspek penilaian yaitu perubahan *mood*, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri, kerja, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomniadan gejala somatic dan ditemukan sebelum dilakukan intervensi CT. Dan setelah diberikan intervensi CT mengalami penurunan disetiap aspek penilaian depresi.

Townsend (2009) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang didasarkan atas proses mental yang patologis sehingga menjadi fokus pengobatan adalah modifikasi distorsi pikiran dan perilaku maladaptif. Terapi kognitif adalah suatu proses mengidentifikasi atau

mengenali pemikiran-pemikiran negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap (Boyd & Nihart, 1998). Secara umum tujuan terapi kognitif adalah untuk mengubah pikiran negative menjadi positif sehingga pikiran, emosi serta perilaku lebih adaptif terhadap stimulus yang ada.

Hasil penelitian juga menunjukkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif saja terdapat penurunan depresi secara bermakna dari kondisi depresi sedang ke kondisi depresi ringan. Penurunan kondisi depresi tidak sebesar penurunan kondisi depresi yang diperoleh oleh kelompok yang mendapat tambahan terapi penghentian pikiran.

Pelaksanaan terapi kognitif itu sendiri mampu meningkatkan fungsi kognitif klien, terutama dalam mengatasi pikiran negatif akibat penyakit stroke. Klien diajarkan meningkatkan kemampuan berfikir logis terhadap pikiran negatif dan menghadirkan persepsi positif dari pikiran yang negatif. Klien Stroke juga dilatih untuk melawan pikiran negatif saat muncul dengan menyampaikan sisi positif yang diyakini dari pikiran negatif tersebut. Latihan kognitif yang dilakukan klien akan meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran negative yang tidak menyenangkan. Kemampuan mengontrol pikiran negatif yang masih harus dicapai oleh klien stroke yang mendapat terapi kognitif ini dapat dioptimalkan dengan frekuensi latihan yang sering dan waktu pelaksanaan terapi kognitif yang ditambah

Hasil penelitian menunjukan bahwa intervensi CT mempunyai pengaruh terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien

pasca stroke. Dimana ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi CT. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya. Menurut Bhar et.al (2007) menemukan bahwa terapi kognitif memiliki efek yang sama dengan psikofarmaka dalam mengurangi tanda dan gejala depresi. Kristyaningsih (2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa terapi kognitif berpeluang untuk menurunkan depresi sebesar 31,2% dan diperkirakan mampu menurunkan nilai kondisi depresi sebesar 6,29 poin. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi kognitif saja mampu menurunkan depresi.

Pemberian terapi kognitif pada klien stroke dengan masalah depresi bertujuan untuk membantu klien, saat klien mengalami pikiran atau perasaan negatif, klien masih dapat berfikir rasional terhadap peristiwa yang dialami. Terapi kognitif yang dilakukan pada penelitian yakni sebanyak 5 sesi, dengan kisaran waktu 30 menit. Jika penelitian ini dilanjutkan dengan menambah jumlah sesi kemungkinan akan dapat menambah efek terapeutik yang dirasakan klien dan akan mempengaruhi kondisi biologis.

Penggunaan waktu yang bervariasi juga akan mempengaruhi hasil yang akan diterima klien. Jumlah sesi dan waktu pelaksanaan terapi kemungkinan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan depresi. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal, pelaksanaan terapi kognitif perlu ditindaklanjuti baik secara mandiri oleh klien atau tim psikologi pada ruang rawat tempat penelitian. Bila dilakukan secara kontinu, efek terapi kognitif akan membawa dampak signifikan pada kemampuan klien yang berhubungan

dengan pemecahan masalah serta kemampuan coping yang lebih adaptif. Hal tersebut dapat dicapai karena dengan latihan secara teratur, maka klien akan berlatih memandang suatu peristiwa dari sisi yang positif. Kemampuan klien akan membantu klien mengubah sudut pandang menjadi lebih positif sehingga persepsi negatif akan diminimalkan.

6.2 Pengaruh *Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke

Thought stopping Therapy merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir. TS merupakan salah satu intervensi yang mendasari dari intervensi CTST. Hasil penelitian table 5.2 menunjukkan adanya penurunan perilaku kekerasan pasien sebelum dan setelah intervensi TS.

Beberapa aspek penilaian depresi yaitu perubahan *mood*, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri, kerja, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomnia dan gejala somatic dan ditemukan sebelum dilakukan intervensi CT dan setelah diberikan intervensi CT mengalami penurunan disetiap aspek penilaian depresi. Pada penelitian ini kelompok TS mempunyai pengaruh terhadap depresi sangat baik.

Laraia (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran merupakan teknik yang digunakan untuk meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan (O'Neill & Whittal, 2002). TS bertujuan

mengeliminasi pikiran yang tidak diharapkan serta tidak realistik, tidak produktif.

Hasil penelitian table 5.3 juga menunjukkan pada kelompok yang mendapat *thought stopping* saja terdapat penurunan depresi secara bermakna dari kondisi depresi sedang ke kondisi ansietas ringan. Penurunan kondisi depresi tidak sebesar penurunan kondisi depresi yang diperoleh oleh kelompok yang mendapat tambahan terapi penghentian pikiran.

Pelaksanaan terapi penghentian pikiran dalam penelitian ini yakni untuk memutuskan pikiran otomatis negatif yang mengganggu, pikiran yang membuat cemas, atau pikiran yang tidak diinginkan. Hal utama dalam terapi ini adalah kontrol pikiran. Pikiran yang mengganggu dan mengakibatkan ansietas dapat mengakibatkan seseorang tidak produktif dan mengalami ketidaknyamanan secara psikologis. Pikiran yang mengakibatkan ansietas ini akhirnya dapat menghasilkan suatu perilaku yang maladaptif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa fokus terapi adalah untuk kontrol pikiran negatif sehingga mengurangi ketidaknyamanan dan ansietas. Stuart (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. Terapi penghentian pikiran dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999).

Ketika menggunakan latihan menghentikan pikiran, secara otomatis pemikiran yang tidak disadari dihentikan beberapa saat. Pikiran marah, putus

asa, tidak berdaya, cemas, dll semuanya terhenti dan langsung menampilkan pikiran yang disadari karena pemikiran tersebut dirubah menjadi disadari.

Hasil penelitian menunjukan bahwa intervensi TS mempunyai pengaruh terhadap tingkat depresi klien pasca stroke. Dimana ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi TS sejalan dengan O'Neill dan Whittal (2002) membuktikan bahwa terapi penghentian pikiran juga efektif pada klien psikosis, depresi, panik, agoraphobia, generalized anxiety disorder, body dysmorphic disorder, ketergantungan zat dan alkohol, program stop merokok, serta halusinasi pendengaran dan penglihatan. Masalah psikologis pada klien stroke seperti ansietas dan depresi juga menjadi indikasi dilakukannya terapi penghentian pikiran. Klien diajarkan menghentikan pikiran yang mengancam dan menimbulkan ansietas klien. Cara pemutusan pikiran ini dilakukan dengan cara sederhana yakni bila pikiran negatif yang mengganggu tersebut muncul, klien dianjurkan untuk menghentikan pikiran dengan mengatakan "stop".

Pada penelitian ini menggambarkan bahwa bagaimana cara menghentikan pikiran yang dapat mempengaruhi tingkat depresi. Klien di bantu untuk menganal dan menghetikan pikiran negtif yang ada dalam pikiran ini. Hal ini sangat bermanfaat bagi klien yang mengalami depresi pascastroke. Dalam kondisi yang sakit klien sering memikirkan hal-hal yang negatif sehingga membuat klien depresi. Diaman seperti akfitas dan kegiatan sehari-hari yang tidak bisa dilakukan seperti biasanya karena mengalami kelemahan fisik,

penurunan kekuatan otot dan sebagainya. Sehingga sangat diperlukan terapi ini untuk bisa mengatasi masalah yang dihadapi klien tersebut.

6.3 Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien pascastroke

Cognitive Thought Stopping Therapy (CTST) sebagai intervensi gabungan dari CT dan TS. Dalam terapi ini di lakukan selama 4 sesi dengan pengintegrasikan dua intervensi yang sudah ada sebelumnya yaitu CT (5 sesi) dan TS (3 sesi). Dari hasil penelitian table 5.2 menunjukkan ada pengaruh CTST terhadap tingkat depresi pada klien pascastroke.

Penilaian tingkat depresi yaitu perubahan *mood*, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri, kerja, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomnia dan gejala somatic sebelum diberikan intervensi CTST ditemukan dan mengalami penurunan pada setiap aspek setelah diberikan intervensi CTST.

Penelitian Peden, Rayens, Hall dan Beebe (2001) pada pencegahan depresi, pemberian pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dapat menurunkan tanda dan gejala depresi, menurunkan pikiran negatif dan meningkatkan harga diri. Terapi kognitif yang dilakukan bermanfaat untuk penyesuaian masalah fisik dan psikososial akibat stroke sehingga ditemukan peningkatan aktivitas dan fungsi sosial klien. Terapi kognitif juga menurunkan mood negatif dengan mengubah pikiran menyimpang. Terapi penghentian pikiran digunakan untuk menghilangkan pikiran negatif yang

berlebihan tentang kondisi fisik klien. Hasil yang ditemukan pada penelitian tersebut adalah klien dapat berespon lebih adaptif terhadap pikiran negatif dan memiliki coping mekanisme yang lebih adaptif. Penurunan kondisi depresi pada klien stroke yang mendapat terapi kognitif saja juga secara bermakna menurunkan depresi, dari kondisi sedang menjadi depresi ringan. Bhar et.al (2007) menemukan bahwa terapi kognitif memiliki efek yang sama dengan psikofarmaka dalam mengurangi tanda dan gejala depresi. Kristyaningsih (2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa terapi kognitif berpeluang untuk menurunkan depresi sebesar 31,2% dan diperkirakan mampu menurunkan nilai kondisi depresi sebesar 6,29 poin. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi kognitif saja mampu menurunkan depresi. DeRubeis, Webb, Tang, dan Beck (2010) menyatakan adanya variasi sesiterapi kognitif. Pelaksanaan sampai pada sesi 10, terapi kognitif dapat memiliki efek secara biologis. Clark dan Beck (2010) memaparkan bahwa adanya keterlibatan neurofisiologis dengan terapi kognitif yakni amygdalo hippocampal area frontal. Sesuai dengan fungsi fisiologis organ tersebut, amygdala sebagai pusat emosi (mengatur perasaan sedih dan senang sedangkan lobus frontal sebagai pusat memori dan kemampuan kognitif, termasuk berfikir rasional dan pemecahan masalah. Pemberian terapi kognitif secara konsisten dapat penurunan aktivasi amygdalo hippocampal dan peningkatan aktivasi area frontal. Hal ini dapat diartikan bahwa kondisi yang memicu emosional menimbulkan hiperaktivitas hipokampus dan akan

diminimalkan oleh aktivasi lobus frontal yang tetap dapat mengatur respon sesuai dengan fungsi kognitif, yakni dengan berfikir rasional.

Hasil penelitian table 5.3 juga menunjukkan pada kelompok yang mendapat *Cognitive Thought Stopping Therapy* saja terdapat penurunan depresi secara bermakna dari kondisi depresi sedang ke kondisi depresi ringan. Penurunan kondisi depresi tidak sebesar penurunan kondisi depresi yang diperoleh oleh kelompok yang mendapat tambahan terapi penghentian pikiran.

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

Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terdapat penurunan depresi secara bermakna dari kondisi depresi sedang ke kondisi depresi ringan. Pelaksanaan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran meningkatkan fungsi kognitif klien, seperti kemampuan berfikir logis, kemampuan membuat penilaian dan pengambilan keputusan, dan kemampuan menyelesaikan masalah.

Kemampuan seseorang dalam mempersepsikan peristiwa atau stimulus dipengaruhi oleh kemampuan seseorang memaksimalkan fungsi kognisinya. Pikiran negatif akibat depresi dilatih dengan aktivitas pikiran seperti melatih

cara mempersepsikan sesuatu dari cara adaptif. Latihan yang teratur akan meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan fungsi kognitifnya, dalam hal ini adalah kemampuan mengendalikan atau mengontrol pikiran yang mengganggu. Latihan peningkatan fungsi kognitif pada penelitian Forman et,al (2011) menemukan bahwa stretegi perubahan dalam terapi kognitif yakni menantangatau melawan pikiran negatif, restrukturisasi disfungsi kognitif, distraksipikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan. Strategi tersebut diikutidengan strategi psychological acceptance dimana klien diajak untuk menerima pikiran dan emosi yang dirasakan sejauh pikiran dan emosi yang dirasakandapat diterima dengan tanpa usaha mengubah pikiran dan emosi tersebut. Distraksi pikiran dan perasaan yang dijelaskan diatas juga merupakan carayang dilakukan dalam terapi penghentian pikiran. Cara distraksi pikiran ini dilakukan untuk menghambat pikiran yang negatif sehingga pikiran negativedapat diputus. Latihan melawan pikiran negatif, restrukturisasi disfungsi kognitif, distraksi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan secaraperlahan dapat meningkatkan kemampuan kognitif terhadap pengendalian pikiran dan kemampuan mengontrol pikiran negatif. Hasil perbandingan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran menunjukkan bahwa kombinasi terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran lebih menunjukkan hasil bermakna dari pada terapi kognitif saja. Penggabungan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran tersebut menunjukkan bahwa adanya kesinambungan latihan kognitif dan perilakuakan membawa dampak yang lebih bermakna. Kondisi ini terjadi

karena pemberian terapi kognitif yang berfokus pada pikiran negatif atau distorsi pikiran akan meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi masalah. Peningkatan kemampuan mengatasi masalah terjadi karena klien dilatih untuk mengubah sudut pandang dari sebuah peristiwa sehingga mengajarkan klien untuk melihat sisi yang positif. Melihat sesuatu dari sisi positif akan mengajarkan klien untuk lebih dapat memahami kondisi penyakit yang dialami saat ini.

Stanley & Beck (2000) menyatakan bahwa faktor sosial lain yang mempengaruhi tingkat ansietas dan depresi adalah tingkat pendidikan, status pekerjaan. Latihan kognitif akan meningkatkan kemampuan personal dalam mengatasi masalah. Pendidikan tinggi sebagai gambaran kemampuan kognitif seseorang akan mempengaruhi juga cara seseorang memandang suatu masalah akan lebih adaptif dan dapat berfikir rasional atau logis terhadap masalah yang timbul. Hal ini mengakibatkan masalah yang muncul dapat diatasi sehingga akan meminimalkan depresi.

Kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terdapat penurunan depresi dari kondisi depresi sedang ke kondisi depresi ringan namun tidak bermakna. Kondisi ini menunjukkan pentingnya intervensi keperawatan jiwa, khususnya psikoterapi untuk membantu klien meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran yang tidak menyenangkan. Asuhan keperawatan generalis untuk mengatasi masalah psikososial klien juga dapat ditingkatkan agar kemampuan mengontrol pikiran negatif klien stroke dapat semakin ditingkatkan. Jika klien stroke tidak diajarkan

meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif, klien akan semakin tidak mampu mengatasi masalah psikososial. Dampak yang ditimbulkan dapat berupa perburukan kondisi mental klien sehingga memperberat masalah fisik, psikis dan sosial yang ditimbulkan akibat stroke. Temuan selanjutnya bahwa analisis perbandingan kemampuan mengontrol pikiran ditemukan perbandingan yang signifikan antara kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dan kelompok yang mendapatkan terapi kognitif saja. Seperti yang telah diuraikan diatas, bahwa terapi kognitif juga dapat meningkatkan kondisi proses emosional yang dibuktikan dengan penurunan pikiran otomatis negatif dan pergeseran skema pikiran negatif menjadi lebih positif sehingga menghasilkan sikap dan keyakinan yang positif.

6.4 Perbedaan antara *Cognitive Thought Stopping Therapy* Dengan *Cognitive Therapy* Dan *Thought Stopping Therapy* Pada Tingkat Depresi dan Kemampuan mengontrol Pikiran Negatif

Hasil dari tabel 5.2 dan 5.3 menunjukkan ada perbedaan antara *Cognitive Thought Stopping Therapy* Dengan *Cognitive Therapy* Dan *Thought Stopping Therapy*. Perbedaan ini dilihat dari nilai P yang bervariasi antara kelompok. Kelompok yang mengalami depresi dan di berikan intervensi ada perubahan antar *Pre* dan *Post* ini terlihat pada tabel 5.2 dan 5.3 pada variabel kemampuan mengontrol pikiran negatif. Pada kelompok CT, TS, CTST dan kontrol memiliki nilai signifikan yang berbeda.

Pada kelompok CT memiliki perbedaan signifikansi yang berbeda dengan kelompok TS, CTST dan Kontrol. Perbedaan ini menunjukkan efektifitas dari masing-masing terapi yang diberikan kepada klien depresi. Dari tabel ini juga menggambarkan bahwa kelompok yang mendapatkan *Thought Stopping* memiliki tingkat efektifitas yang lebih baik daripada kelompok antara *Cognitive Therapy*, *Cognitive Thought Stopping Therapy*, dan Kontrol.

Namun sebaliknya pada variabel kemampuan mengontrol pikiran negatif kelompok yang *nedapat* terapi *Thought Stopping* memiliki nilai signifikan yang berbeda dengan kelompok *Cognitive Therapy* dan *Cognitive Thought Stopping Therapy*. Dengan melihat tingkat signifikan tersebut maka, pada kelompok CT dan CTST memiliki tingkat efektifitas lebih baik daripada kelompok TS.

Laraia (2009) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. Terapi penghentian pikiran merupakan teknik yang digunakan untuk meminimalkan distress akibat pikiran yang tidak diinginkan (O'Neill & Whittal, 2002). TS bertujuan mengeliminasi pikiran yang tidak diharapkan serta tidak realistis, tidak produktif.

Townsend (2009) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang didasarkan atas proses mental yang patologis sehingga menjadi fokus pengobatan adalah modifikasi distorsi pikiran dan perilaku maladaptif. Terapi kognitif adalah suatu proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran negatif dan merusak yang dapat mendorong

ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap (Boyd & Nihart, 1998). Secara umum tujuan terapi kognitif adalah untuk mengubah pikiran negative menjadi positif sehingga pikiran, emosi serta perilaku lebih adaptif terhadap stimulus yang ada.

Penelitian Peden, Rayens, Hall dan Beebe (2001) pada pencegahan depresi, pemberian pemberian terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran dapat menurunkan tanda dan gejala depresi, menurunkan pikiran negatif dan meningkatkan harga diri. Terapi kognitif yang dilakukan bermanfaat untuk penyesuaian masalah fisik dan psikososial akibat stroke sehingga ditemukan peningkatan aktivitas dan fungsi sosial klien. Terapi kognitif juga menurunkan mood negatif dengan mengubah pikiran menyimpang. Terapi penghentian pikiran digunakan untuk menghilangkan pikiran negatif yang berlebihan tentang kondisi fisik klien. Hasil yang ditemukan pada penelitian tersebut adalah klien dapat berespon lebih adaptif terhadap pikiran negatif dan memiliki koping mekanisme yang lebih adaptif. Penurunan kondisi depresi pada klien stroke yang mendapat terapi kognitif saja juga secara bermakna menurunkan depresi, dari kondisi sedang menjadi depresi ringan.

Perbedaan tersebut menjadikan evaluasi dari terapi yang diberikan kepada setiap kelompok baik pada variabel depresi maupun kemampuan mengontrol pikiran negatif. Menurut peneliti, hal ini disebabkan oleh waktu dalam proses terapi. Diaman setiap terapi memiliki durasi dan tahap yang berbeda antara setiap kelompok.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah dalam proses penelitian hanya dilakukan dirumah sakit dan pertemuan dilakukan di rumah sakit saja dan kadang-kadang pasien meminta untuk cepat kembali kerumah.. Dalam maksimal waktu memberikan terapi yang sesinya lebih banyak dan membutuhkan waktu untuk bertemu dengan klien yang lama juga namun ada pasien kadang-kadang tidak datang sesuai dengan jadwal di Unit rehabilitasi dengan alasan tertentu. Sebaiknya perlu dilakukan kunjungan rumah untuk bisa lebih melihat perkembangan klien tersebut. Sehingga dibutuhkan adanya tindak lanjut dan dukungan keluarga untuk keberlangsungannya dari terapi tersebut.

BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negative, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Klien pascastroke yang mengalami masalah depresi dan kurangnya kemampuan mengontrol pikiran negative, setelah diberikan *Cognitive Therapy* mengalami penurunan pada tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negative meningkat pada klien pascastroke.
2. Klien pascastroke yang mengalami masalah depresi dan kurangnya kemampuan mengontrol pikiran negative, setelah diberikan *Thought Stopping Therapy* mengalami penurunan pada tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negative meningkat pada klien pascastroke.
3. Klien pascastroke yang mengalami masalah depresi dan kurangnya kemampuan mengontrol pikiran negative, setelah diberikan *Cognitive Thought Stopping Therapy* mengalami penurunan pada tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negative meningkat pada klien pascastroke.
4. Pada setiap kelompok memiliki perbedaan hasil yaitu terapi yang diberikan pada kelompok yang mendapat *Cognitive Thought Stopping*

Therapy mempunyai pengaruh yang berbeda daripada kelompok *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping Therapy*.

7.2 Saran

1. Perawat

Perawat hendaknya bisa menggunakan dan mngembangkan terapi psikososial seprti *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping Therapy* untuk bisa mengatasi masalah yang dialami klien dalam hal ini adalah depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif sehingga pasien bisa sehat fisik dan juga psikis.

2. Rumah Sakit

Rumah Sakit hendaknya mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang berintegrasi dalam hal ini pelayanan kepada klien stroke yang mengalami masalah psikososial.

3. Peneliti selanjutnya

Harapan untuk penelitian selanjutnya agar dilakukan penelitian yang berkelanjutan tentang *Cognitive Thought Stopping Therapy*, *Cognitive Therapy* dan *Thought Stopping Therapy* dengan membuat modul untuk pengembangan ilmu khususnya dalam keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aass,N., Fossi,S.D., Dahl'.A.A., & Moe, T.J (1997). Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital.European Journal of Cancer.33. 1597-1604
- Agustarika, B (2009). Pengaruh terapi thought stopping terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Tesis FIK UI. Jakarta.
- American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), 2012. Heart disease and stroke statistics-2012 Update. Diakses tanggal 26 Februari 2015 dari: <http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.full?sid=b8024315-9878-42e9-a935-05edb3ec1427>
- American Heart Association, 2014. Heart disease and stroke statistics. Diakses tanggal 23 Februari 2015 dari: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/12/18/01.cir.0000441139.02102.80>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). Laporan Nasional riset kesehatan dasar. Diambil dari <http://www.k4health.org/system/files/laporanNasional%20Rikesdas%202007.pdf> tanggal 17 Feb 2017
- Beck, J.S (1995).Cognitive therapy.Basic and beyond. New York : The Guilford Press
- Beckham, ED & Beckham, C. (2012). *Coping With Negative Thinking*. http://www.drbeckham.com/handouts/chap03_coping_with_negative_thinking.pdf. 5 April 2017
- Bhar ,S., Gelfand,L., Schmid, S., Gallop, R., DeRubeis, J.,Hollond,S. Amsterdam, A,Shelton, R. Beck, A.T (2007). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy.Journal of Affective Disorders110. 161–166
- Blackburn dan Davidson.1990.*Terapi Kognitif Untuk Depresi dan Kecemasan Suatu Petunjuk bagi Praktisi*. Semarang: IKIP Semarang
- Black, J.M. & Hawks, J.H (2005).Medical surgical nursing.Clinical management for positives outcomes.7th Ed. Volume 2. St. Louis: Elsevier
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). Psychiatric Nursing Contemporary Practice, Philadelphia: Lippincott.
- Boyes, A.W., Girgis,A., D'Este,C., &Zucca, A.C (2011) Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. Journal of Affective Disorders.135. 184–192
- Brintzenhofe-Szoc, K., Levin, T.T., Li,Y., Kissane, D.W., &Zabora .J.R (2009). Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. Psychosomatics.50.383–391

- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy* (preface by Aaron T. Beck). New York: Wm. Morrow and Co. (hardbound); New American Library, 1981 (paperback). Revised and updated, 1999. — [ISBN 0-380-81033-6](#)
- Burns, David D. (1988). Terapi Kognitif :pendekatan baru bagi penanganan depresi (Santosa, Penerjemah). Jakarta : Erlangga.
- Dahlan, M. S. (2008). Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan. Jakarta : PT. Arkans.
- Dahlin, F., Billing, E., Nasman, P., Martenson, B., Wreding, R., & Murray, V. (2006). Post-stroke depression effect on the life situation of the significant other. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 20(4): 412-6 (34 ref).
- Dahlin, A.F., Laska, A.C., Larson, J., Wredling., Billing, E., & Murray, F. (2007). Predictors of life situation among significant others of depresses or aphasia stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 1574 – 1580. September 2007.
- Dharma, K.K (2011).Metodologi penelitian keperawatan. Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian.Jakarta : Trans Info Media
- Djoerban, Z &Shatri, H (2007).Masalah Psikosomatik Pasien Kanker .Pada Sudoyo,A.W, Setiyohadi, B, Alwi, I, Simadibrata, M, Setiadi, S (Editor). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (hlm 956-958) .Edisi keempat.Jilid II. Jakarta : Pusat Penerbitan IPD-FK UI
- Ellen C. Flannery-Schroeder, E. (2006). Reducing Anxiety to Prevent Depression. *American Journal of Preventive Medicine*. 31.S136-S142
- Fointaine, K.L (2009). Mental health nursing. (6th ed) New Jersey. Pearson Prentice Hall
- Ennen KA, 2004. Knowledge of stroke warning symptoms and risk factors: variations by rural and urban categorie. Thesis. Chicago. University of Illinois.
- Forman, E, Chapman.,Herbert,H., Goetter, E., Yuen, E., Johnson, R., Moitra, E (2011).Using Session-by-Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 16; No of Pages 14; 4C
- Fatoye, F. O. (2009). Depressive symptoms and associated factors following cerebrovascular accident among Nigerians. *Journal of Mental Health*, June 2009; 18(3): 224–232.
- Hastono, S.P. (2007). Basic data analysis for health research training.Depok : FKMUI.Tidak dipublikasikan.
- Hidayat, A.A. (2008). Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data. Jakarta: Salemba Medika
- Hinz, A., Krauss, O., Stolzenburg,J., Schwalenberg,T., Michalski, D., & Schwarz, R(2009). Anxiety and depression in patients with prostate cancer and otherurogenital cancer: A longitudinal study. *Urologic Oncology: Seminars andOriginal Investigations* 27. 367–372

- Hinz A., Krauss O., Hauss J.P., Höckel M., Kortmann R.D., Stolzenburg J.U. & Schwarz R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population *European Journal of Cancer Care* 19, 522–529
- Hofmann SG. An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2011.
- Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*. (in press).
- Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69:621–632.
- Ignatavicius D. D, Workman, M.L (2010). *Medical surgical nursing. Patient centered collaborative care*. (6th Ed). Volume 1. St. Louis: Elsevier
- Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010) Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 14.395–399
- Kaplan & Saddock. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th Ed). Lippincott: Williams & Wilkins
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and behavior theories in clinical practice*. New York: The Guilford Press
- Kendall, P.C. & Hollon, S.D. (2006). *Automatic Thought Questionnaire*. <http://www.scribd.com/doc/53076993/12/Automatic-Thoughts-Questionnaire-ATQ>. 9 April 2012
- Khan, N.F., Ward, A.M., Watson, E dan Rose, P.W (2010). Consulting and prescribing behaviour for anxiety and depression in long-term survivors of cancer in the UK. *European journal of cancer*, 46, 3339 –3344
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., Brescia, R (2011). Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 42.691-701
- Kraus, S. (2012). *Five Steps for Declaring Independence from Negative Thinking*. <http://www.dbsalliance.org/pdfs/negthinkb.pdf>. 5 April 2012
- Kresno, S.B (2011). *Ilmu dasar onkologi*. Jakarta :Badan Penerbit FK UI
- Kring, A.M., Johnson, S. L., Davison, G.C & Neale, J.M (2010). *Abnormal psychology*. (7th Ed). Hoboken: John Wiley and Sons
- Kristyaningsih, T (2009). Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kondisi depresi pada penderita gagal ginjal kronik di ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. Tesis FIK UI. Jakarta.
- Leahy, R (2010). *Why Thought Stopping Doesn't Work*. Diakses dari tanggal 25 Mei 2012

dari Anxiety Files. <http://www.psychologytoday.com/experts/robert-l-leahy-Phd>

- LeMone, P & Burke, K (2008). *Medical surgical nursing. Critical thinking in clientcare.* (4th Ed). New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J.G, & Ivers, H (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 35. 287–305
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G. & Bucher, L. (2007). *Medical surgical nursing. Assessment and management of clinical problem.* (7th Ed). Vol 1. St. Louis: Mosby Elsevier
- Marsh JD, Keyrouz SG, 2010. Stroke prevention and treatment. *Journal of the American College of Cardiology*; 56(9), hal: 683-691.
- Matthews, A & Sellergren, S (2001). Use of Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Cancer-Related Fatigue: A Case Study Report. *Cognitive and Behavioral Practice* 8, 289-296
- McCorkle, Grant M., Frank-Stromborg, M & Baird, S (1996). *Cancer nursing. A comprehensive text book.* (2nd Ed). Vol 2. Philadelphia : WB Saunder Company
- Moyer, A., Sohl, S.J., Knapp-Oliver, S.K., & Schneider, S (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*. 35. 475–484
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B & Sjoden, P (2000). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. 37. 376-384
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan.* Jakarta: PT Rineka Cipta.
- NANDA. (2009). *Nanda nursing diagnosis definition and classification.* Philadelphia: Author
- Nursalam 2017, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4,* Jakarta Selatan: Salemba Medika
- O'Neill, M.L. dan Whittal, M.L (2002). Thought stopping. In Gross, A.M., Kay, J., Rounsaville, B, & Tryon, W.W. *Encyclopedia of psychotherapy.* Vol 2. Boston : Academic Press
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R, & Hopper, J.L (2002). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*. 39. 755–762
- Parrish, B.P., Cohen, L.H., Gunthert, K.C., Butler, A.C., Laurenceau, J.P, & Beck, J.S (2009) Effects of cognitive therapy for depression on daily stress-related variables. *Behaviour Research and Therapy*. 47. 444–448

- Peden, A.Rayens, M. Hall, L., Beebe, L (2001). Preventing depression in high-riskcollege women: A report of an 18-month follow-up. *Journal of American College Health*; 49, 6
- Pereira, G.M., Figueiredo, A.P., Fincham, F.D (2011). Anxiety, depression, traumaticstress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A studywith Portuguese patients and their partners. *European Journal of OncologyNursing*. 06. 1-6
- Persons, J.B, Nicole A. Roberts, N.A, & Zalecki, C.A (2003). Anxiety and depression change together during treatment. *Behavior therapy*. 34,149-163,2003
- Rahayuningsih (2009). Pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kemandirian pasien dengan kanker payudara.Tesis FIK UI. Jakarta.
- Raison, C.L dan Miller, A.H (2003). Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment.Society of Biological Psychiatry. 54. 283–294
- Ramune Jacobsen, R. Møldrup, C., Christrup, L., Sjøgren, P., Hansen, O.(2010).Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes inpatients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* ; 24; 781–790
- Salter, K., Jutai, J., Foley, N., Hellings, C., & Teasell, R. (2006). Identification of aphasia poststroke : A review screening assesment tools. *Brain injury*, 20(6) : 559- 568. June 2006.
- Salvo,N., Zeng,L., Zhang, L.,Leung,M., Khan,L., Presutti,R, et.al (2011). Frequency ofreporting and predictive factors for anxiety and depression in patients withadvanced cancer. *Clinical Oncology*.24. 139-148
- Sarafino, E.P (1988). Health psychology.Biopsychosocial interaction.(3rd Ed). NewYork. John Wiley & Son. Inc
- Sastroasmoro, S & Ismail, S. (2010). Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta: Sagung Seto
- Schirm, V (2006). Quality of life.InLubkin, I.M & Larsen, P.D (Editor).Chronicillness. Impact and intervention. (6th Ed).(pp 201-220). Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher
- Shell, J.A & Kirsch, S (2001). Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. InOtto, S. E (Editor). *Oncology nursing*. (4th Ed). (pp 948-967). St. Louis : MosbyCompany
- Sit, J.W.,Wong, T.K.S., Clinton.,Li,L.S.W., & Fong, Y.M. (2004). Stroke care in the home : The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 816-824.
- So, W.K., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C, Yeung, M, et.al (2010).Anxiety, depression and qualit of life among Chinese breast cáncerpatiets during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 14. 17-22

- Spiegel, D & Giese-Davis, J (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Society of Biological Psychiatry*. 54:269–282
- Stanley, M.A., Beck, J.G (2007). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20:731–754
- Stroke Forum, 2015. Epidemiology of stroke. Diakses tanggal 26 Januari 2017 dari: <http://www.strokeforum.com/stroke-background/epidemiology.html>
- Stuart G. W Laraia, M. T., (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Laraia, M. T., (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 7th edition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Supriatin, L. (2010). Pengaruh terapi thought stopping dan progresive muscle relaxation terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: F.A.Davis Company
- Varcarolis, Elizabeth M., dan Halter. (2009). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (4th edition). Philadelphia: FA Davis Company.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6thed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.I. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Wilson, K.G et al. (2007) Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 33. 118-129
- World Health Organization (2011). World health statistics 2011. Diambil dari http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf. Diakses pada tanggal 7 Februari 2017
- Yayasan Stroke Indonesia. (2012). YASTROKI. [Online] Available at: <http://www.yastroki.or.id>



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 133 /UN3.1.13/PPd/S2/2018 28 Maret 2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – Fkp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Nikodemus Sili Bada, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153068
Judul Proposal : Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap Tingkat Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Pasca Stroke

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Diklat dan Penelitian RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan
2. Kepala Ruang Lontara 3 dan Brain Center RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 154 /UN3.1.13/PPd/S2/2018 28 Maret 2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Nikodemus Sili Bada, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153068
Judul Proposal : Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap Tingkat Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Pasca Stroke

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Diklat dan Penelitian RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan
2. Kepala Ruang Lontara 3 dan Brain Center RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Provinsi Sulawesi Selatan


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245

 Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676

 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

 Nomor : **LB.02.01/2.2/10870/2018**
 Hal : **Permohonan Izin Penelitian**

16 Mei 2018

Yth.

1. Ka. Inst. Lontara 3
2. Kayan Lontara 3 Bawah Belakang
3. Koordinator Brain Center
4. Ka. Inst. Rehabilitasi Medik

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

 Nama : **Nikodemus Sili Beda, S.Kep.,Ns.**
 Nim : **131614153068**
 Prog. Studi : **S2 Keperawatan**
 Inst. : **Univ. Airlangga**
 No. HP : **081241714967**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Pengaruh Kognitive Thought Stopping Therapy Terhadap Tingkat Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Klien Pasca Stroke"** sesuai dengan permohonan peneliti dari Dekan Keperawatan Univ. Airlangga dengan nomor **134/UN3.1.13/PPd/S2/2018**, tertanggal **28 Maret 2018**. Penelitian ini berlangsung selama bulan **Mei s.d Juli 2018**, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama berada di lingkungan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Wajib mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruang Rekam Medik
5. Tidak diperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.


KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

 Nama : **Nikodemus Sili Beda, S.Kep.,Ns.**
 Nim : **131614153068**
 Prog. Studi : **S2 Keperawatan**
 Inst. : **Univ. Airlangga**
BENAR telah melakukan penelitian pada bulan **Mei s.d Juli 2018**, dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

 Makassar ,
 an

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
 Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
 Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN**

Nomor : LB.02.04/2.2/1272/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur SDM dan Pendidikan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menerangkan bahwa :

Nama : **Nikodemus Sili Beda, S.Kep.,Ns.**
 NIM : **131614153068**
 Prog. Studi : **S2 Keperawatan**
 Inst : **Univ. Airlangga**
 No. HP : **081241714967**

Benar Telah melakukan penelitian di **Lontara 3, Brain Center dan Fisioterapi** dari Tanggal 16 Mei s.d 8 Juni 2018 dengan judul penelitian **"Pengaruh Kognitive Thought Stopping Therapy Terhadap Tingkat Depresi dan Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif Kliien Pasca Stroke"**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

21 Juni 2018
 a.n. Direktur Utama
 Direktur SDM dan Pendidikan



Drs. Jintan Ginting, Apt, M.Kes.
 NIP.196312031996031001





KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"

No : 874-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**"PENGARUH COGNITIVE THOUGHT STOPPING THERAPY TERHADAP
TINGKAT DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGONTROL PIKIRAN NEGATIF
PASCASTROKE"**

Peneliti utama : **Nikodemus Sili Beda**
Principal Investigator
Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Sulawesi Selatan
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 14 Mei 2018
Ketua, (CHAIRMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 6

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS)

Tanggal :
 Pemeriksa :
 Nama Pasien :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pendidikan Terakhir :
 Pekerjaan :
 Agama :
 Suku Bangsa :

Untuk setiap nomor di bawah ini, pilihlah keadaan yang paling tepat menggambarkan tentang pasien.

1. Keadaan Perasaan sedih (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)
 - 0 = tidak ada
 - 1 = perasaan ini ada hanya bila ditanya
 - 2 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal
 - 3 = Mengkomunikasikan perasaan menyatakan secara non-verbal, yaitu melalui wajah
 - 4 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal dan non verbal maupun non verbal
2. Perasaan bersalah
 - 0 = tidak ada
 - 1 = menyalahkan diri sendiri, merasa telah mengecewakan orang lain
 - 2 = ide-ide bersalah atau renungan tentang perbuatan salah atau berdosa pada masa lalu
 - 3 = sakit ini merupakan suatu hukuman, waham bersalah
 - 4 = mendengar suara - suara tuduhan atau kutukan dan/atau mengalami halusinasi penglihatan yang mengancam
3. Bunuh diri
 - 0 = tidak ada
 - 1 = merasa hidup tidak berharga
 - 2 = mengharapkan kematian atau segala pikiran tentang kemungkinan tersebut
 - 3 = ide -ide atau gerak-gerak tentang bunuh diri
 - 4 = percobaan bunuh diri (segala percobaan yang serius diberi nilai 4)
4. Insomnia (early)
 - 0 = tidak ada kesulitan jatuh tidur
 - 1 = kadang - kadang mengeluh sulit tidur, misalnya lebih dari 15 menit
 - 2 = mengeluh sulit jatuh tidur tiap malam
5. Insomnia (middle)
 - 0 = tidak ada kesulitan mempertahankan tidur
 - 1 = mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam
 - 2 = terjaga sepanjang malam (segala keadaan bangkit dari tempat tidur diberi nilai 2 kecuali untuk buang air kecil)
6. Insomnia (late)
 - 0 = tidak ada kesulitan

- 1 = bangun terlalu pagi tetapi dapat tidur kembali
 2 = bila telah bangun/bangkit dari tempat tidur, tidak dapat tidur kembali
7. Kerja dan kegiatan
 0 = tidak ada kesulitan
 1 = pikiran dan perasaan tentang ketidakmampuan, kelelahan atau kelemahan sehubungan dengan kegiatan, kerja atau hobi
 2 = hilangnya minat dalam melakukan kegiatan, hobi atau pekerjaan, baik dilaporkan secara langsung oleh pasien atau secara tidak langsung melalui kelesuan/tidak bergairah keragu-raguan dan kebimbangan (merasa harus mendorong diri untuk bekerja atau melakukan kegiatan
 3 = berkurangnya waktu aktual yang dihabiskan dalam melakukan kegiatan atau menurunnya produktivitas. Di rumah sakit, beri nilai 3 bila pasien tidak menghabiskan waktu paling sedikit 3 jam sehari dalam melakukan kegiatan (tugas rumah sakit atau hobi) diluar tugas-tugas bangsal
 4 = berhenti bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit, beri nilai 4 bila pasien tidak melakukan kegiatan apapun kecuali tugas-tugas bangsal, atau bila pasien gagal melaksanakan tugas-tugas bangsal tanpa dibantu
8. Retardasi (lambat dalam berpikir dan berbicara, kemampuan berkonsentrasi , penurunan aktivitas motorik)
 0 = normal dalam berbicara dan berpikir
 1 = sedikit lamban dalam wawancara
 2 = jelas lamban dalam wawancara
 3 = sulit diwawancarai
 4 =stupor lengkap
9. Agitasi
 0 = tidak ada
 1 = memainkan tangan, rambut dan lain –lain
 2 = meremas tangan, menggigit kuku, menarik kuku, menggigit bibir
10. Ansietas psikis
 0 = tidak ada kesulitan
 1 = ketegangan dan mudah tersinggung yang bersifat subyektif
 2 = menguatkan hal-hal kecil
 3 = sikap khawatir yang tercermin di wajah atau pembicara
 4 = ketakutan di ekspresi tanpa ditanya
11. Ansietas somatik
 0 = tidak ada
 1 = ringan
 2 = sedang
 3 = berat
 4 = inkapasitas
 Keadaan fisiologis yang mengiringi ansietas seperti :
 - gastrointestinal: mulut, sulit mencerna, diare, kram, sendawa
 - Kardiovaskuler : palpitasi, nyeri kepala
 - pernapasan : hiperventilasi, menghela nafas panjang
 - sering-sering buang air kecil
 - berkeringat

12. Gejala somatik (gastrointestinal)
- 0 = tidak ada
 - 1 = tidak ada nafsu makan tetapi dapat makan tanpa dorongan orang lain. Perut terasa penuh
 - 2 = Sulit makan tanpa dorongan orang lain, meminta atau membutuhkan pencahar atau obat-obatan untuk buang air besar atau obat-obatan untuk simtom gastrointestinal
13. Gejala somatic (umum)
- 0 = tidak ada
 - 1 = anggota gerak punggung atau kepala berat. Nyeri punggung, nyeri kepala, nyeri otot. Hilang tenaga dan kelelahan
 - 2 = segala simtom di atas yang jelas diberi nilai 2
14. Gejala genital (misalnya: hilangnya libido, gangguan menstruasi)
- 0 = tidak ada
 - 1 = ringan
 - 2 = berat
15. Hipokondriasis
- 0 = tidak ada
 - 1 = dihayati sendiri
 - 2 = preokupasi tentang kesehatan diri
 - 3 = sering mengeluh, meminta pertolongan, dan lain –lain
 - 4 = waham hipokondriasis
16. Kehilangan berat badan (pilih antara A atau B)
- A. Bila dinilai berdasarkan riwayat
 - 0 = tidak ada kehilangan berat badan
 - 1 = kemungkinan berat badan berkurang sehubungan dengan sakit sekarang
 - 2 = berat badan jelas berkurang
 - B. Bila diukur perubahan berat aktual, dinilai setiap minggu oleh psikiater bangsal
 - 0 = kehilangan berat badan kurang dari 0,5 kg seminggu
 - 1 = kehilangan berat badan lebih dari 0,5 kg seminggu
 - 2 = kehilangan berat badan lebih dari 1 kg seminggu
17. Tilikan
- 0 = mengetahui dirinya depresi dan sakit
 - 1 = mengetahui dirinya sakit tetapi disebabkan oleh makanan yang buruk, iklim, kerja berlebihan, virus, perlu istirahat, dan lain-lain.
 - 2 = menyangkal sepenuhnya bahwa dirinya sakit

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

NO. RESPONDEN :

PETUNJUK PENGISIAN :

1. Bacalah pernyataan yang telah disediakan pada kolom pernyataan dengan teliti dan pahami setiap makna pernyataan dengan baik
2. Jawablah setiap pernyataan sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudar/i rasakan saat ini. Tidak ada jawaban yang benar atau salah pada setiap pernyataan, hasil pernyataan ini hanya menggambarkan kondisi yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini. Jawaban terdiri dari 5 (lima) pilihan, yaitu:
0= Selalu (S)
1=Sering (SR)
2= Kadang-Kadang (KK)
3= Jarang (J)
4= Tidak pernah (TP)
3. Beri tanda *chec klist* (√) pada setiap jawaban yang sesuai dengan perasaan yang Bapak/Ibu/Saudara/i alami saat ini
4. Hasil kuesioner ini tidak akan berarti bila bapak/ibu/saudara/i memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi perasaan yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini.

No	Pernyataan	S (0)	SR (1)	KK (2)	J (3)	TP (4)
1	Pikiran negatif masih saja mengganggu saya					
2	Saya tidak mengendalikan pikiran negatif					
3	Saya masih merasa sedih karena tidak mampu menghilangkan pikiran negatif					
4	Saya berhasil mengontrol pikiran dan saya merasa lebih nyaman					
5	Menurut saya, mengotrol pikiran negatif					

	tidak dapat mengurangi kecemasan dan kesedihan saya					
6	Saya mengalami kesulitan dalam mengendalikan pikiran yang mengganggu					
7	Saya merasa takut terhadap pikiran negatif saya					
8	Jika pikiran negatif tidak segera diatasi maka akan membuat saya tidak nyaman					

LEMBAR PENJELASAN

Perkenalkan saya Nikodemus Sili Bada, adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatn Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien Pascastroke ” Saya mohon kesediaan bapak/Ibu untuk menjadi partisipan dalam penelitian tersebut. Adapun hal-hal yang perlu Bapak/ibu ketahui adalah:

1. Bahwa tujuan penelitian ini adalah mengetahui Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif klien Pascastroke
2. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan informasi mengenai strategi coping yang berkaitan dengan kesehatan untuk mempertahankan status kesehatan baik secara fisik maupun psikis
3. Apabila ditengah penelitian bapak /Ibu muncul hal-hal yang tidak diinginkan, ibu diperkenankan mundur dari penelitian ini.
4. Identitas bapak/Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti dan hanya data yang Ibu sampaikan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
5. Kerahasiaan informasi yang bapak/Ibu berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti karena hanya kelompok tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.
6. Peneliti tidak akan memungut biaya apapun dari Bapak/Ibu.

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,
Peneliti

(Nikodemus Sili Bada)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat:

menyatakan bersedia menjadi partisipan penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Magister Keperawatn Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

“Pengaruh *Cognitive Thought Stopping Therapy* terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatife klien Pascastroke ”

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Peneliti

(Nikodemus Sili Beda)

Makassar,, 2018

Yang menyetujui

(.....)

Saksi

(.....)