
Pengaruh Terapi Pemaafan dalam Meningkatkan Penerimaan Diri Penderita Kanker Payudara

The Effect of Forgiveness Therapy to Enhance Self-acceptance in Breast Cancer Patients

Amalia Rahmandani*)

M.A. Subandi

Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281

Diterima 20 November 2010/Disetujui 28 November 2010

Abstract

Biological, psychological, social, and spiritual impacts of cancer can cause the emergence of negative emotions and affect patient's self-acceptance. Forgiveness therapy is expected to enhance patient's acceptance by releasing them from the negative emotional prison, changing attitudes toward self, others, and/or the situation become more positive, and setting new life goals. This study examined the effect of forgiveness therapy to increase forgiveness and self-acceptance of breast cancer patients. Therapy was given as much as 6 sessions, conducted once a week, for about 80 minutes. Participant was a women who had a breast cancer, had an average score of forgiveness and self-acceptance on the baseline phase measurement. Research design was A-B-A single-case experimental studies with 3 times forgiveness's measurement, each before intervention, after intervention, and follow-up 2 weeks after intervention. Self-acceptance's measurement was conducted 10 times, 3 times in the baseline phase (before intervention), 6 times in the intervention phase (end of each session), 1 time in reversal phase (follow-up 2 weeks after intervention), with 1 week measurement interval. Hypothesis was tested by using visual inspection and qualitative analysis based on documents during the process of therapy and follow-up interview. The results showed that forgiveness therapy could improve participant's forgiveness and self-acceptance. Changes in both dependent variable remained stable at follow-up. The limitations of this study were further discussed.

Keywords: forgiveness, self-acceptance, breast cancer patients.

Kanker sebagai penyakit yang berpotensi mengancam kehidupan seringkali mengingatkan orang akan kematian yang tidak diharapkan. Kanker tidak hanya merupakan satu penyakit melainkan sekumpulan penyakit yang dicirikan oleh pertumbuhan dan penyebaran sel abnormal yang tidak terkontrol pada bagian tubuh tertentu. Penyakit ini disebabkan kerusakan DNA pada setiap sel yang tidak dapat diperbaiki untuk kembali mengarahkan aktivitas sel. Kanker biasanya berbentuk tumor, yaitu massa jaringan yang tidak normal. Tumor dapat sifat "ganas" (bersifat kanker) atau "jinak" (tidak bersifat kanker).

*)Korespondensi tulisan ini dapat dialamatkan melalui Amalia Rahmandani ke
HP: 0812 2502 204 amalia_rahmandani07@yahoo.co.id atau mali_psi@yahoo.com

Sel kanker (yang bersifat ganas) seringkali melakukan metastase, yaitu meluas pada anggota tubuh lain, mulai berkembang dan menggantikan jaringan yang normal (American Cancer Society, 2010).

Kanker dapat menyerang siapapun. Penyakit ini dapat disebabkan baik oleh faktor eksternal seperti bahan kimia, radiasi, virus, maupun oleh faktor internal seperti hormon, kondisi kekebalan, mutasi yang diwariskan. Faktor-faktor penyebab ini dapat bersama-sama atau berurutan memulai atau meningkatkan bahan *karsinogenesis* penyebab munculnya kanker (Kaplan & Van Zandt, 2009).

Penyakit kanker seringkali dihubungkan dengan penyakit kronis yang memiliki konsekuensi yang terus meningkat, seperti kehilangan produktivitas dalam berfungsi/berperanan, krisis finansial, ketegangan dalam keluarga, stigma, dan kehidupan yang terbatas (Charmaz, dalam Corner, 2008). Penyakit kanker seolah dibedakan secara eksklusif dari penyakit kronis lainnya, yaitu dalam hal kompleksitas tritmen yang membutuhkan masukan dari tenaga multidisiplin, memiliki durasi dan intensitas tritmen tersendiri, memiliki episode tritmen yang akut dan intensif, diselingi dengan episode yang secara natural lebih kronis dan berbeda dari kebanyakan penyakit kronis lainnya (Tritter & Calnan, 2002). Selanjutnya, Tritter dan Calnan juga menjelaskan bahwa kanker mendapatkan perhatian utama di kalangan masyarakat luas, karena meskipun mengalami perbaikan akibat tritmen, kanker masih dihubungkan dengan penyakit yang tidak dapat dihindarkan dari terjadinya kematian.

Sifat penyakit kanker di atas memberikan dampak besar bagi kehidupan penderita pada hampir semua aspek kehidupannya. Secara fisik, kanker memperlemah sistem kekebalan tubuh, mudah kelelahan, merasa nyeri, hilangnya kesadaran, bahkan dapat menyebabkan kematian (American Cancer Society, 2010). Perasaan negatif merupakan reaksi yang normal terhadap pengalaman perubahan kehidupan yang menggoyahkan, seperti hadirnya penyakit kanker. Salmon (2000) mengemukakan tiga reaksi emosional utama yang muncul dalam menghadapi tantangan terhadap penyakit, yaitu kecemasan, depresi, dan kemarahan. Selain itu, Salmon juga mengemukakan tiga reaksi kognitif terhadap penyakit yang diderita, yaitu (1) pemaknaan terhadap penyakit, dapat berarti ujian/ tantangan bagi mereka, atau bahkan hukuman atas perilaku buruk di masa lalu, (2) menyalahkan diri sendiri, dapat disebabkan gaya hidup atau tekanan

dalam kehidupan, (3) perasaan mampu mengendalikan keadaan yang seringkali berbenturan dengan kenyataan bahwa penyakit yang diderita dan tritmen yang dijalani telah membuatnya merasa tidak berdaya. Sebanyak satu dari empat penderita kanker mengalami gangguan depresi klinis yang menyebabkan distress yang hebat, mengganggu fungsi, membuat penderita tidak mampu mengikuti rencana tritmen kanker, kecenderungan melukai diri sendiri (American Cancer Society, 2010), bahkan perilaku bunuh diri (O'Shea dkk., 2002).

Reaksi emosional dan kognitif sebagaimana dijelaskan di atas pada penderita kanker dapat mengakibatkan banyak hal, termasuk perubahan pada bagaimana mereka dapat memenuhi peran dalam keluarga atau pekerjaan, kehilangan kendali atas peristiwa dalam kehidupannya, merasa masa depan menjadi tidak pasti, kehilangan kesempatan mewujudkan sejumlah impian dan perencanaan, mengalami perubahan citra tubuh, ketakutan akan kematian dan hal yang akan dialami sesudahnya, termasuk apa yang akan terjadi pada orang yang dicintai, ketakutan akan rasa sakit, penderitaan, tritmen yang akan dijalani, maupun prosedur klinis, disabilitas sehingga bergantung pada orang lain, kekambuhan penyakit, atau ketakutan akan hal-hal yang tidak diketahui (American Cancer Society, 2010; Salmon, 2000). Selain itu masih terdapat stigma yang sangat berpengaruh, sehingga menyebabkan penderita kehilangan pertemanan, mengalami pengasingan sosial, berkurangnya harapan pekerjaan, dan diskriminasi finansial untuk penggadaian dan asuransi sepanjang hidup (Tritter & Calnan, 2002).

Spiritualitas penderita juga memberikan pengaruh. Keyakinan spiritual seringkali menjadi upaya pertama dalam menghadapi diagnosis penyakit serius dan mengancam kehidupan, yaitu dengan pemaknaan spiritual dan penilaian kembali dalam konteks yang lebih baik. Kegagalan mengintegrasikan pengalaman menghadapi penyakit dengan keyakinan spiritual mungkin terjadi, mempengaruhi penerimaan penderita, menyebabkan ketidakmampuan dalam menempatkan keyakinan spiritual secara relevan dan sensitif terhadap kebutuhannya, sehingga dapat membuatnya merasa kehilangan atau terpisah dari Tuhan (Pargament, dalam Banner 2009). Hal ini seringkali dihubungkan dengan meningkatnya gejala depresi dan distress emosional pada penderita kanker (Fitchett dkk., dalam Banner 2009).

Faktor-faktor psikososial di atas selanjutnya dapat mempengaruhi kehidupan penderita. Sebuah review sistematis terhadap 31 penelitian tentang dampak faktor psikososial pada kelangsungan hidup dan kekambuhan penderita kanker,

khususnya payudara, menemukan bahwa menurunnya kelangsungan hidup dihubungkan dengan peristiwa-peristiwa penuh tekanan, kecemasan/stres, ketidakberdayaan, dukungan sosial yang dirasakan lebih tinggi, depresi, pertahanan diri yang bersifat menekan (*represif*), kebiasaan melamun/ berangan-angan, dan penyangkalan/ penghindaran (Falagas dkk., 2007). Selanjutnya tingginya tingkat kekambuhan dihubungkan dengan keberfungsian kognitif, peristiwa-peristiwa penuh tekanan, kecemasan, ketidakberdayaan, fatalisme (kepercayaan bahwa nasib menguasai segala-galanya), dan kemarahan/ permusuhan. Beberapa faktor psikososial tersebut dalam penelitian lain (seperti peristiwa penuh tekanan, depresi, penyangkalan, dan kemarahan) ternyata juga berpengaruh terhadap meningkatnya kelangsungan hidup atau makin rendahnya tingkat kekambuhan.

Penelitian ini bertujuan menguji pengaruh terapi pemaafan untuk meningkatkan pemaafan dan penerimaan diri penderita kanker payudara. Johnson (1993) berpendapat bahwa penerimaan diri sebagai suatu bentuk sikap positif terhadap diri sendiri pada akhirnya mengarah pada suatu kemampuan untuk dapat mencintai diri sendiri dan individu tersebut dapat menerima dirinya sebagai manusia yang memiliki kelebihan dan kelemahan. Sikap menerima diri apa adanya bukan berarti tanpa kemauan untuk mengadakan suatu perubahan, perbaikan, atau evaluasi (Chaplin, 2000; Cunningham dkk., 2005). Johnson (1993) mengungkapkan lima aspek penerimaan diri, yaitu: (1) menerima diri sendiri apa adanya, dan individu yang dapat menerima diri dapat melihat masa depan secara positif; (2) tidak menolak diri sendiri, apabila memiliki kelemahan dan kekurangan; (3) memiliki keyakinan bahwa untuk mencintai diri sendiri, individu tidak harus dicintai dan dihargai oleh individu lain; (4) merasa berharga, sehingga individu tidak perlu merasa dirinya benar-benar sempurna; dan (5) memiliki keyakinan bahwa dia mampu untuk menghasilkan kerja yang berguna. Skala penerimaan diri yang digunakan dalam penelitian ini dibuat berdasarkan aspek yang dikemukakan oleh Johnson tersebut.

Hasil penelitian kualitatif terdahulu terhadap tiga orang penderita kanker payudara mengenai dinamika emosi penderita menyebutkan bahwa tidak semua subjek yang memiliki riwayat kanker dalam keluarga merasa lebih siap dalam menghadapi kanker payudara (Ariestianie, 2008). Terdapat banyak faktor yang menentukan tercapainya penerimaan subjek.

Pemaafan merupakan salah satu tema dalam pendekatan psikologi positif (Snyder & Lopez, 2007) yang dapat meningkatkan penerimaan diri. Pertanyaan mengenai "apa yang baik dalam diri seseorang?" menjadi inti awal berkembangnya psikologi positif, yang kemudian diterapkan secara ilmiah untuk menemukan kelebihan-kelebihan dan memajukan keberfungsian positif dalam diri seseorang. Seligman (Snyder & Lopez, 2007), pelopor psikologi positif, mengemukakan bahwa psikologi tidak hanya mempelajari kelemahan dan kerusakan, namun juga mempelajari kekuatan dan kebaikan. Triterapi tidak hanya dimaksudkan untuk memperbaiki apa yang telah rusak, melainkan melakukan pemeliharaan terhadap apa yang telah dimiliki dalam diri seseorang.

Pemaafan sebenarnya telah menjadi isu lama, namun penelitian secara empiris mulai banyak dilakukan pada 10 hingga 20 tahun terakhir. Sejalan dengan itu, konseptualisasi pemaafan juga menjadi bervariasi (Enright, 2002; Gabriel, 2005; Kaposy, 2005; McCullough, 2000; Rogers, 2007; Rye, 2005; Tangney dkk., dalam Snyder & Lopez, 2007; Thompson dkk., 2005; Wade & Worthington, 2003; Walton, 2005; Webb dkk., 2005; Wolfendale, 2005). Pemaafan semakin populer sebagai psikoterapi atau sebagai suatu cara untuk menerima dan membebaskan emosi negatif seperti depresi, rasa marah, bersalah, malu akibat ketidakadilan, memfasilitasi penyembuhan, perbaikan diri, dan perbaikan hubungan interpersonal dengan berbagai situasi permasalahan (Walton, 2005). Pemaafan secara langsung dapat mempengaruhi ketahanan dan kesehatan fisik dengan mengurangi tingkat permusuhan, meningkatkan sistem kekebalan pada sel dan neuro-endokrin, membebaskan antibodi, dan mempengaruhi proses dalam sistem saraf pusat (Worthington & Scherer, 2004).

Intervensi pemaafan telah diteliti dan terbukti efektif bagi orang dewasa dengan berbagai pengalaman menyakitkan akibat perbuatan orang lain (Haris dkk., 2006), anak di lingkungan pusat kota yang beresiko tinggi mengalami problem psikososial (Gassin, Enright, & Knutson, 2005), wanita korban kekerasan atau penganiayaan (Lamb, 2006), korban kekerasan seksual (Walton, 2005), pasangan yang bercerai (Rye, 2005), dan disfungsi marital maupun permasalahan yang berasal dari keluarga (Hill, 2001). Teknik pemaafan tidak hanya dilakukan dalam konseling dan terapi individual (Harris, Thoresen, & Lopez, 2007; Lamb, 2006; Walton, 2005), tapi juga klasikal melalui pelatihan (Haris dkk., 2006), program bimbingan

konseling (Hui & Ho, 2004) hingga kurikulum pendidikan pemaafan (Gassin, Enright, & Knutson, 2005) di sekolah.

Pemaafan merupakan salah satu upaya yang perlu dipertimbangkan untuk mengatasi emosi negatif dan meningkatkan penerimaan diri penderita kanker. Penyesuaian penderita penyakit serius seperti kanker, dalam hal ini kanker payudara, perlu didukung sikap memaafkan, khususnya terhadap dirinya dan kelemahan yang dimiliki (Romero dkk., 2006). Menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang diderita dapat menyebabkan rasa malu dan bersalah yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup. Pemaafan dapat membawa seseorang pada berbagai pengertian baru, penerimaan, kreativitas, dan pertumbuhan, sehingga rasa sakit akibat peristiwa yang dialami berkurang atau tidak lagi dirasakan (Enright, 2002). Rasmussen dan Lopez (Thompson dkk., 2005) menemukan bahwa pemaafan dihubungkan secara signifikan dan positif dengan strategi koping penerimaan, penginterpretasian kembali secara positif, dan koping aktif, dan hal ini dihubungkan secara signifikan dan negatif dengan strategi koping penyangkalan dan *disengagement* perilaku. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pemaafan dapat menjadi metode koping yang memungkinkan orang mengalihkan perhatiannya dari pengalaman hidup yang merugikan dan kepada aspek dalam kehidupan mereka yang lebih memuaskan (Thompson dkk., 2005).

Enright (2002), seorang peneliti pemaafan yang tercatat paling lama menggeluti bidang ini, mendefinisikan pemaafan sebagai keinginan seseorang untuk meninggalkan kemarahan, penilaian negatif, dan perilaku acuh-tidak-acuh terhadap orang lain yang telah menyakitinya dengan tidak adil, pada sisi lain menumbuhkan perasaan iba, kemurahan hati, dan bahkan cinta yang tidak semestinya terhadap orang yang telah menyakiti hatinya tersebut. Ia menjelaskan bahwa memaafkan lebih dari sekedar menerima apa yang terjadi, berhenti/ tidak lagi merasakan marah, bersikap netral terhadap objek pemaafan, membuat seseorang merasa lebih baik karena kesejahteraan dan kesehatan emosional yang meningkat. Ia juga menyatakan bahwa pemaafan lebih ditujukan pada situasi pelanggaran interpersonal, termasuk memaafkan diri karena telah menyakiti orang lain.

Thompson dkk. (2005) mendefinisikan pemaafan sebagai upaya untuk menempatkan peristiwa pelanggaran yang dirasakan sedemikian hingga respon seseorang terhadap pelaku, peristiwa, dan akibat dari peristiwa yang dialami diubah dari negatif menjadi netral atau positif. Definisi yang diberikan Thompson

definisi yang paling inklusif di antara semua teori tentang pemaafan (Snyder & Lopez, 2007). Sumber pelanggaran maupun objek pemaafan dapat mengacu pada diri sendiri, orang lain atau sejumlah orang, atau situasi yang dinilai seseorang melebihi batas kemampuan pengendaliannya (seperti penyakit, "nasib", atau bencana alam). Penelitian ini menggunakan skala pemaafan yang dimodifikasi dari *Heartland Forgiveness Scale* (Thompson dkk., 2005), disesuaikan dengan kondisi subjek yang menderita penyakit kronis.

Intervensi pemaafan dalam penelitian ini diberikan dalam bentuk terapi individual yang menggunakan tahapan proses dan teknik memaafkan dari Enright (2002), terdiri dari 4 tahap dan 6 sesi, yaitu (1) membongkar – 2 sesi, (2) memutuskan – 1 sesi, (3) kerja – 2 sesi, dan (4) memperdalam – 1 sesi. Tahapan dan teknik pemaafan untuk terapi ini telah diaplikasikan secara lebih luas seperti dalam pelatihan (Haris, dkk., 2006), program bimbingan dan konseling (Hui & Ho, 2004), dan kurikulum pendidikan pemaafan (Gassin, Enright, & Knutson, 2005). Tahap dari Enright dalam penelitian ini dikombinasi dengan konsep dari Thompson dkk. (2005) karena secara inklusif juga menyertakan proses pemaafan terhadap diri sendiri dan situasi.

Enam sesi di atas, yaitu (1) mengidentifikasi emosi negatif dalam diri, (2) menghadapi emosi negatif yang paling dalam, (3) memutuskan untuk memaafkan, (4) memperoleh perspektif baru, (5) membangun perasaan, pikiran, dan perilaku positif, dan (6) menentukan tujuan hidup baru dan terbebas dari kungkungan emosional (Enright, 2002; Haris dkk., 2006). Masing-masing sesi terdiri dari 1 hingga 2 unit. Unit-unit ini merupakan hasil modifikasi dari versi aslinya dengan cakupan yang lebih luas dan disesuaikan dengan konteks penelitian. Masing-masing sesi dilakukan dalam 1 kali seminggu sebagaimana intervensi pemaafan yang dilakukan Haris dkk. (2005).

Keseluruhan proses dari konsep pemaafan Enright lebih banyak menggunakan pendekatan kognitif-perilaku (Haris dkk., 2006) yang menggabungkan prinsip-prinsip mengenai pemrosesan informasi dan teori belajar. Asumsi dasar terapi kognitif-perilaku adalah pengakuan bahwa terdapat hubungan timbal balik antara pemrosesan kognitif klien (apa yang difikirkan) dan afek yang dirasakan (pengalaman emosional), fisiologi, dan perilaku (Roth, Eng, & Heimberg, 2002). Aplikasi pendekatan ini digunakan untuk mengatasi berbagai gangguan termasuk depresi, gangguan kecemasan, manajemen stres umum,

manajemen kemarahan, manajemen rasa sakit, kecemburuan, dan penyesuaian terhadap masalah kesehatan kronis, disabilitas fisik, atau gangguan mental (Froggatt, 2006). Fokus pendekatan kognitif perilaku dalam penelitian ini lebih terletak pada penggalan emosi negatif dan proses pemaafan dengan melakukan restrukturisasi kognitif melalui *scaling*, *mental imagery*, *reframming*, *homework* seperti *letter writing*, *self-monitoring*, dan buku harian (Curwen, Palmer, & Ruddell, 2008; Enright, 2002; Froggatt, 2006; Wilding & Milne, 2008).

Enright juga menggunakan teori dari pendekatan psikodinamik yaitu mekanisme pertahanan diri sebagaimana diungkap pada tahap 1. Bentuk emosi negatif karena ketidakadilan sangat mungkin diatasi dengan mekanisme pertahanan diri (Enright, 2002), namun penggunaannya yang neurotik membuat seseorang cenderung mengalami kesulitan untuk memaafkan (Maltby & Day, 2004).

Metode Penelitian

Subjek

Penelitian ini ditujukan bagi wanita penderita kanker payudara, menjalani rawat jalan untuk tritmen penyakit kanker yang diderita, mampu beraktivitas sehari-hari, tingkat pendidikan minimal SMA atau sederajat, serta memiliki skor pemaafan dan penerimaan diri yang rendah dan/atau sedang pada pengukuran sebelum intervensi. Beberapa karakteristik lain seperti usia, agama, suku, status pertukaran, pekerjaan, peran dalam keluarga, stadium kanker, lama penyakit, dan macam tritmen yang telah dijalani diidentifikasi namun tidak dibatasi.

Penyaringan dilakukan dengan menggunakan metode angket pendahuluan dan wawancara. Subjek juga diberikan skala pemaafan dan skala penerimaan diri yang telah diuji coba. Terdapat 6 penderita kanker payudara yang dapat ditemui dari kesediaannya untuk mengisi *informed consent*.¹³ yang terdaftar sebagai pasien rujukan Puskesmas X dan Y, dan terlibat dalam kegiatan yayasan kanker di kota Yogyakarta. Peneliti menjelaskan maksud kedatangan dan melakukan penyaringan setelah mendapatkan persetujuan. Penyaringan menghasilkan dua orang yang memenuhi kriteria, salah satu di antaranya berinisiatif mengundurkan diri karena keterbatasan waktu. Penelitian selanjutnya dilakukan terhadap 1 orang subjek (Nn.T) yang bertahan hingga akhir sesi intervensi. Subjek diberikan penjelasan lanjut tentang penelitian dan diminta kesediaannya untuk mengisi *informed consent*.

Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan eksperimen *single-case A-B-A* (Kazdin, 1982). Fase A, adalah fase *baseline* atau saat intervensi belum diberikan, fase B adalah fase *intervention* atau saat variabel bebas diberikan, fase A₂ adalah fase *reversal* atau fase penghentian pemberian variabel bebas.

Pengukuran

Pengukuran kuantitatif pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan skala pemaafan dan skala penerimaan diri. Pengukuran pemaafan dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu sebelum intervensi, sesudah intervensi, dan tindak lanjut 2 minggu setelah intervensi. Pengukuran penerimaan diri dilakukan berulang sebanyak 3 kali pada fase *baseline* (sebelum intervensi), 6 kali pada fase intervensi (setelah berakhirnya sesi), 1 kali pada fase *reversal* (tindak lanjut 2 minggu setelah intervensi), dengan interval 1 minggu. Pengukuran kualitatif diperoleh dari analisis transkrip verbatim setiap pertemuan sesi terapi, lembar kerja subjek, tugas, buku harian, dan wawancara tindak lanjut.

Skala pemaafan dimodifikasi dari *The Heartland Forgiveness Scale/HFS* (Thompson dkk., 2005), disesuaikan dengan kondisi subjek yang menderita penyakit kronis. Skala berisi 15 aitem, tiap 5 aitem mewakili 3 aspek pemaafan, yaitu terhadap diri sendiri, orang lain, dan situasi. Skala ini telah diujicobakan pada pasien yang memeriksakan diri ke Puskesmas ($n = 37$), memiliki r_{α} bergerak dari 0,307 hingga 0,664 dan $\alpha = 0,855$.

Skala penerimaan diri disusun berdasarkan 5 aspek dari Johnson (1993), disesuaikan dengan kondisi subjek yang menderita penyakit kronis, berisi 23 aitem. Skala ini telah diujicobakan pada pasien yang memeriksakan diri ke Puskesmas ($n = 37$), memiliki r_{α} bergerak dari 0,331 hingga 0,765 ($\alpha = 0,890$). *Manipulasi Intervensi*

Manipulasi intervensi telah dijelaskan dalam pengantar. Perbaikan terhadap modul dilakukan berdasarkan hasil *professional judgement* oleh 3 orang akademisi dan/atau praktisi yang berpengalaman melakukan penelitian dengan tema/ melakukan intervensi terhadap penderita kanker payudara. Terapis adalah psikolog Puskesmas X di Kabupaten Sleman, berpengalaman kerja sebagai psikolog selama 3 tahun, sedangkan pengamat adalah mahasiswa Magister Profesi Psikologi Bidang Klinis yang telah menempuh Praktik Kerja Profesi dan penelitian tesis dengan tema

pemaafan. Terapis maupun pengamat memenuhi kualifikasi sebagaimana tercantum dalam modul, kemudian menjalani uji coba modul pemaafan sebagai upaya pembekalan terapi pemaafan. Evaluasi terhadap terapis selama uji coba juga dilakukan agar dapat dilakukan perbaikan dalam menyajikan terapi pemaafan. Uji coba dibantu oleh 3 orang pengamat yang melakukan penelitian tesis dengan tema yang sama.

Alat/Materi

Beberapa alat maupun materi yang digunakan adalah: (1) panduan wawancara awal semi terstruktur dan angket, (2) penjelasan terapi dan lembar persetujuan terlibat dalam terapi, (3) skala pemaafan, (4) Skala penerimaan diri, (5) modul intervensi terapi pemaafan, (6) lembar kerja subjek, (7) buku harian dan pekerjaan rumah, (8) panduan observasi, (9) lembar evaluasi proses terapi.

Prosedur

Persiapan penelitian yang dilakukan, di antaranya: (1) uji coba skala pemaafan dan skala penerimaan diri, (2) *professional judgement* modul terapi pemaafan, (3) mempersiapkan terapis dan pengamat yang memenuhi kualifikasi sebagaimana tercantum dalam modul, (4) uji coba modul pemaafan dilakukan oleh terapis sebagai upaya pembekalan terapi pemaafan, dan (5) perolehan partisipan penelitian.

Pelaksanaan Penelitian

Nn.T (26 tahun) adalah bungsu dari 4 bersaudara yang semuanya adalah perempuan. Subjek yang berdomisili di Yogyakarta sejak lahir hingga kini, berasal dari Suku Jawa dan beragama Islam. Tingkat pendidikan S1, belum menikah, masih tinggal dengan kedua orangtua dan dengan kakak ketiganya yang juga belum menikah. Ia bekerja sebagai pegawai swasta di bagian *marketing*, bagian yang dirasakan lebih ringan beban kerja dan pikirannya, dengan 5 hari kerja pukul 08.00 hingga 17.00. Subjek didiagnosa tumor pada payudara kiri tahun 2006. Subjek menolak pengobatan medis dan memilih menjalani pengobatan alternatif. Pemeriksaan medis selanjutnya dilakukan pada tahun 2007, yang menunjukkan adanya penambahan jumlah benjolan pada payudara kiri dan menyebar pada payudara kanan. Stadium tidak dapat ditentukan karena subjek masih menolak operasi dan memilih menjalani terapi obat selama 1,5 tahun, dengan jumlah obat

yang dirasakan banyak serta aturan yang ketat (7 butir dalam 1 hari, berkurang 1 butir setiap 3 bulan, tidak boleh terlambat karena harus memulai dari awal) hingga dinyatakan sembuh. Kurang lebih 1 tahun setelah dinyatakan sembuh (kurang lebih sejak 1 tahun yang lalu), subjek kembali merasakan gejala nyeri pada payudara kirinya, khususnya dirasakan saat mengalami stres berat. Pengalaman terdahulu (bertambah banyak jumlah benjolan bahkan menyebar, menjalani pengobatan, hanya bisa menyusahkan orangtua), stigma tentang sakit kanker yang telah terbentuk dalam diri subjek (kanker tidak dapat disembuhkan sepenuhnya, kanker ganas sangat mungkin menyebar), dan pengalaman kekambuhan saat ini (dirasakan saat mengalami stres berat dan menumpuk, menyebabkan lelah fisik dan mental) nampaknya berpengaruh besar terhadap penilaiannya.

Pelaksanaan penelitian dan pengukuran terhadap variabel tergantung dapat dilaksanakan sesuai rencana. Terapi pemaafan diberikan dalam *setting* individual (1 terapis untuk 1 klien) sesuai dengan modul terapi pemaafan. Penelitian ini mengalami kendala mengingat kesulitan subjek dalam menentukan waktu pelaksanaan intervensi tiap sesi sehingga jeda antar sesi tidak dapat dipertahankan, melainkan dapat dipercepat atau diperpanjang dari 4 hari hingga 16 hari. Durasi pelaksanaan berkisar 60 hingga 90 menit disesuaikan kondisi pengamat untuk membangun kepercayaan dan kenyamanan subjek saat terlibat dalam kegiatan intervensi. Tempat pelaksanaan kegiatan adalah ruang CCTV Fakultas Psikologi UGM, Aula Puskesmas Y Kabupaten Sleman, dan ruang tamu kantor subjek di Kawasan Malioboro. Penetapan tempat sangat tergantung pada kesediaan waktu subjek dan kondisi cuaca. Ruangan di *setting* agar kondusif bagi pelaksanaan intervensi. Pengamatan terhadap proses pelaksanaan intervensi dilakukan oleh peneliti dan bantuan 1 orang pengamat dalam ruangan yang sama. Kegiatan *building rapport* tidak hanya dilakukan oleh terapis selaku penyaji terapi, melainkan juga peneliti dan pengamat untuk membangun kepercayaan dan kenyamanan subjek saat terlibat dalam kegiatan intervensi.

Data yang diperoleh selama kegiatan pelaksanaan sesi berupa transkrip verbatim dari percakapan intervensi dan pengisian lembar kerja yang dilakukan oleh subjek pada seluruh sesi. Selain itu buku harian dan pekerjaan rumah diberikan pada tiap akhir sesi pertemuan. Kendala di lapangan kembali ditemui ketika subjek tidak

dapat menyediakan waktu pengerjaan buku harian dan pekerjaan rumah dengan optimal. Hal ini menyebabkan buku harian tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya.

Analisis Data

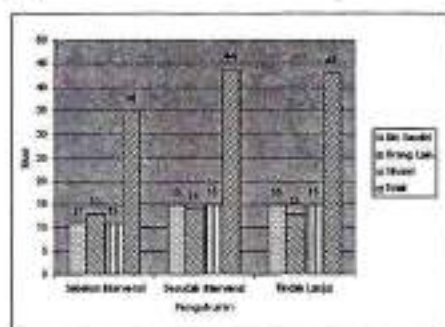
Analisis kuantitatif dilakukan dengan menggunakan inspeksi visual. Teknik ini merupakan metode yang digunakan pada penelitian dengan desain eksperimen *single-case* dengan tujuan untuk melihat perubahan kondisi sebelum dan sesudah pemberian terapi. Penilaian yang dibuat atas dasar aturan yang telah ditentukan yaitu apakah terapi yang diberikan dan perubahan simptom yang terjadi sudah menggambarkan hubungan kausalitas. Dengan menggunakan kombinasi antara *level* (skor) dan *tren/slope* (kecenderungan arah), peneliti secara reliabel dapat menentukan pengaruh kondisi intervensi yang dikontrol (Sunanto, 2005; Barlow & Hersen, 1984).

Analisis secara kualitatif dilakukan terhadap data kualitatif yang diperoleh seperti transkrip verbatim setiap pertemuan sesi terapi, lembar kerja subjek, tugas, buku harian, dan wawancara tindak lanjut. Kemudian analisis terhadap data tersebut akan melalui proses, yaitu (1) membaca secara detail semua deskripsi yang disampaikan partisipan untuk memahami perasaan, (2) memisahkan pernyataan penting dari deskripsi asli, kemudian menggugurkan pernyataan yang memiliki makna sama, (3) memaknai tiap pernyataan penting yang sudah dipisahkan dari deskripsi asli, (4) memberikan kode terhadap hasil pemaknaan sesuai dengan tema-tema gejala maupun proses terapeutik, dan (5) melakukan pengecekan akhir dengan melihat kesatuan hasil yang diperoleh dari langkah-langkah yang telah dilakukan di atas (Creswell, 2002). Hasil analisis kualitatif dilaporkan dan disajikan dengan dua cara, yaitu (1) narasi tentang gagasan sebagai rangkuman peneliti yang lebih detail mengenai temuan analisis data, dan (2) tampilan data visual.

Hasil Penelitian

Analisis Kuantitatif

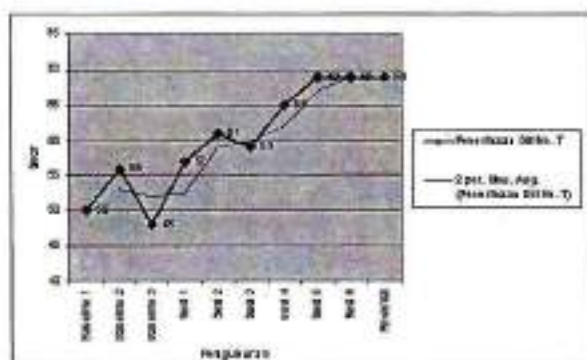
Variabel Tergantung Pemaafan. Efek pemberian intervensi terapi pemaafan terhadap variabel tergantung pemaafan terlihat dari perubahan total skor pengukuran pada grafik sebagai berikut:



Gambar 1: Skor Pemaafan Subjek Sebelum Intervensi, Sesudah Intervensi, dan Tindak Lanjut 2 Minggu setelah Intervensi

Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa terapi pemaafan yang diberikan pada Nn.T dapat meningkatkan pemaafan dan dapat dipertahankan pada pengukuran tindak lanjut. Perlu diperhatikan bahwa peningkatan yang terjadi tidak bersifat ekstrim atau signifikan karena peneliti menggunakan norma kategorisasi dengan 5 kategori pemaafan.

Variabel Tergantung Penerimaan Diri. Efek pemberian intervensi terapi pemaafan terhadap variabel tergantung penerimaan diri terlihat dari perubahan total skor pengukuran berulang pada grafik sebagai berikut:

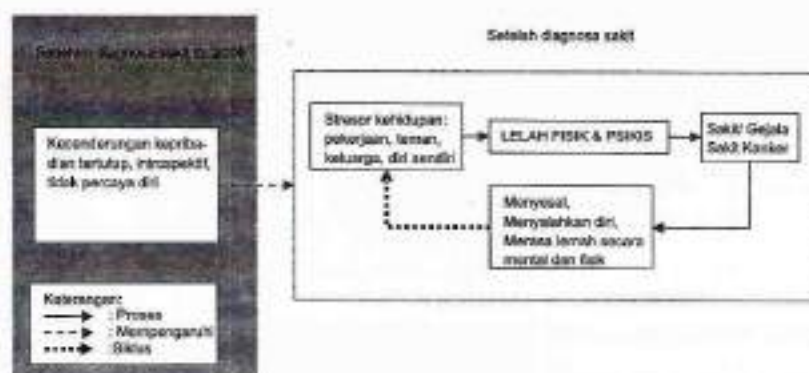


Gambar 2: Skor Penerimaan Diri Subjek Fase Baseline, Intervensi, dan Reversal Pengukuran pada fase baseline nampak tidak stabil, namun terjadi tren

penurunan. Selanjutnya pengukuran pada fase intervensi cenderung meningkat dari waktu ke waktu, didukung dengan adanya tren yang terus meningkat. Perbedaan kecenderungan tren pada fase *baseline* dan fase intervensi mengindikasikan adanya efek terapi pemaafan terhadap peningkatan penerimaan diri. Perlu diperhatikan bahwa peningkatan yang terjadi tidak bersifat ekstrim atau signifikan karena peneliti menggunakan norma kategorisasi dengan 5 kategori penerimaan diri.

Analisis Kualitatif

Kegiatan pada tahap 1 (sesi 1 dan sesi 2) menghasilkan objek pemaafan diri sendiri dengan target peristiwa yang melibatkan semua lingkungan, bahkan diri sendiri. Bermula dari cara pengatasan masalah di semua lingkungan yaitu berusaha meredam emosi negatif yang dirasakan/memendam/diam, mengalah/tidak asertif menolak, menangis, berusaha cuek/menolak stresor namun tetap merasa tidak nyaman dan masih sering difikirkan, tetap merasa "capek" (pikiran dalam pengertian subjek) dan "lelah" (fisik). Diskusi lain menyatakan bahwa cara pengatasan ini tidak semata kondisi apa adanya dari subjek melainkan adanya upaya agar dinilai baik dan dewasa. Faktor pribadi yang cenderung sensitif dan seringkali melakukan introspeksi pada akhirnya memperburuk penilaian terhadap situasi, lingkungan/ orang lain, dan diri sendiri. Subjek jadi cenderung menanyakan kesalahannya, pada akhirnya kecewa terhadap diri sendiri, merasa lemah dalam hal apapun baik fisik maupun mental, menyalahkan diri karena kepribadiannya tersebut, perasaan-perasaan yang dialami, juga permasalahan-permasalahan dalam hubungan interpersonal meski tidak murni merupakan kesalahan pribadi. Pengalaman pada tahap 1 memunculkan kesadaran baru dalam diri subjek. Gambar 3 di atas adalah pola pengatasan masalah subjek yang berulang dan semakin melemahkan kondisi subjek baik fisik (mengakibatkan sakit) maupun mental (cara pengatasan masalah tidak adekuat).



Gambar 3. Pola Pengatasan Masalah Subjek

Pada kegiatan tahap 2 (sesi 3), subjek terlebih dahulu diajak untuk meneguhkan temuan sebelumnya dan membuka diri terhadap alternatif solusi baru tentang memaafkan diri sendiri. Subjek kemudian mengingat dan merasakan kembali contoh pengalaman-pengalaman terdahulu tentang memaafkan dari perspektif sendiri, untuk selanjutnya dilakukan komparasi dengan pengertian pemaafan yang sebenarnya. Upaya mempertegas kebutuhan sekaligus meminta komitmen subjek untuk memaafkan dilakukan dengan meminta kesediaannya membuang hak mengalami emosi negatif (seperti rasa bersalah, marah, sakit hati, kecewa, dendam), berhenti menghukum diri dengan rasa bersalah, berhenti menyakiti orang lain karena emosi negatif yang dirasakan, dan berhenti menyesalkan situasi. Pada kesempatan ini subjek kemudian mendapatkan psikoedukasi tentang pemaafan yang dihubungkan dengan permasalahannya. Subjek menunjukkan kesepahaman dengan terapis, dan menyadari bahwa "pemaafan" selama ini dilakukan kurang sesuai atau kurang efektif.



Gambar 4: Riwayat Masa Kecil hingga Dewasa

Setelah muncul kesadaran akan pola penanganan selama ini yang tidak efektif disertai kesadaran akan sejumlah dampak yang terus berputar, kemudian menegaskan komitmen akan pemaafan, teknik memaafkan mulai diajarkan pada kegiatan tahap 3 (sesi 4 dan sesi 5). Kegiatan sesi 4 adalah melakukan *reframing* atau mengambil cara pandang dari sudut yang berbeda untuk menilai dirinya. Sudut pandang tersebut adalah dirinya sendiri sebagai objek pemaafan secara lebih positif (unit 7a), sudut pandang yang umum, dan sudut pandang agama (unit 7b). Kegiatan *reframing* diwarnai dengan kekhawatiran dan rasa tidak percaya diri yang dimiliki subjek bahkan terbentuk sejalan dengan perkembangan subjek. Rasa tidak percaya

diri diduga kuat membuat subjek cenderung menyalahkan dirinya. Kekhawatiran juga dirasakan karena karakteristik pribadi dan penanggulangan masalah yang selama ini dilakukan sehingga membuat proses memaafkan terasa sulit dilakukan. Riwayat masa kecil subjek (dapat dilihat pada gambar 3) membuat semua kekhawatirannya beralasan.

Tujuan sesi 4 pada akhirnya tidak tercapai optimal dan cukup berdinamika. Fase subjek untuk mendobrak kebiasaan yang selama ini cenderung menjelekkan diri, lebih suka mencari-cari keburukan, dan kesulitan menemukan hal yang positif dalam dirinya; masih diwarnai dengan keragu-raguan karena mengusahakan melihat dirinya dari perspektif yang lebih positif. Dukungan terapis untuk meningkatkan motivasi subjek memiliki peran yang sangat penting.

Kegiatan sesi 5 bertujuan menemukan makna dari penderitaan dan merasakan dukungan sosial (unit 8), dan melakukan praktik *imagery* sebagai upaya menumbuhkan empati dan sikap positif terhadap objek pemaafan (unit 9). Perubahan yang cukup besar terjadi pada kegiatan sesi 5 menjadi lebih positif pada Sesi ini subjek menyadari bahwa sebenarnya ia diingatkan 'setiap sebab selalu ada akibat', bukan justru menyalahkan Tuhan seperti yang terjadi pada masa lalu. Hal ini terasa dirasakan pada saat sakit selama 1 minggu sebelumnya. Subjek juga merasa ada perubahan dalam menyikapi masalah interpersonal. Jika dulu subjek cenderung menyimpan karena takut dianggap tidak baik atau tidak dewasa, pada akhirnya menyalahkan diri sendiri, sekarang tidak semata lebih mengerti dan paham, tapi juga menyadari emosi bahwa ia memiliki hak untuk kesal dan menyampalkannya, yaitu dalam cara yang lebih asertif. Sebagai hasilnya, subjek merasa lebih lega.

Upaya dukungan terapis kembali dilakukan sebagaimana sebagaimana yang seringkali dilakukannya, dengan membuat analogi, dan melakukan *self-disclosure* tentang pengalaman terapis menangani pengungsi korban merapi. Terapis kemudian meminta penegasan dari subjek bahwa ia punya hak untuk lebih bahagia, lebih berkembang, dan bebas menjadi dirinya. Energi positif yang diperoleh selanjutnya diterapkan dengan perilaku nyata seperti gaya hidup sehat. Kemudian melakukan afirmasi untuk hidup sehat. Terapis juga menyampaikan bahwa keterbukaan subjek merupakan hal yang sangat membantu.

Adapun makna yang diperoleh subjek pada kegiatan unit 8, yaitu mampu mengambil hikmah dalam hal (1) tidak menyepikan makan dan minum sebagai perwujudan bahwa subjek makin mengerti arti kesehatan, (2) menjadi lebih kuat dan

tegar dengan memahami bahwa Tuhan tidak memberikan sesuatu tanpa adanya alasan yang baik, (3) merasakan bagaimana keluarga begitu memberikan dukungan di balik pengasuhan yang dirasakan overprotektif, (5) lebih menghargai terhadap apapun, dan (6) lebih dekat dengan Tuhan. Hal menarik yang diperoleh adalah adanya perubahan cara pandang terhadap dukungan dan penerimaan keluarga yang selama ini dinilai sebagai kekangan, atau tidak diperhatikan karena sibuk menyalahkan diri yang sudah menyusahkan orangtua.

Teknik pemaafan dengan *imagery* pada unit 9 dapat dilakukan dengan lancar. Hasil teknik ini membuat subjek merasa tenang dan nyaman, merasa emosi positif meningkat, dan emosi negatif menurun. Subjek memberi nilai "8" dari skala 1 sampai 10 untuk perubahan emosi yang dirasakan, angka 1 berarti sangat buruk sedangkan angka 10 berarti sangat baik. Evaluasi perkembangan subjek dengan latihan teknik *imagery* secara mandiri tidak lupa dilakukan pada awal sesi 6. Subjek melakukan teknik *imagery* untuk semua objek pemaafan. Subjek tidak mengalami masalah melakukan praktik untuk pemaafan diri sendiri. Pemaafan terhadap orang lain dirasakan paling susah karena merasa belum sanggup memaafkan sepenuhnya, sehingga malas menghadirkan sosok orang yang telah menyakiti hati tersebut karena jadi terkesan memaksa.

Kegiatan tahap 4 (sesi 6), unit 10 adalah menentukan tujuan hidup yang baru, kemudian fokus pada satu tujuan, mengidentifikasi hambatan yang mungkin dihadapi, membuat operasionalisasi cara pengatasan hambatan, dan melakukan praktik *coping imagery*. Menjadi sehat adalah tujuan hidup utama bagi subjek. Terdapat sejumlah hambatan dalam mewujudkan tujuan tersebut, meski subjek menyadari bahwa hambatan-hambatan tersebut mungkin hanya ketakutan-ketakutan yang belum tentu terjadi. Salah satu hambatan ditetapkan untuk dijadikan target pada praktik *coping imagery*, yaitu "tidak bisa memaafkan diri sendiri". Praktik *coping imagery* dilakukan setelah subjek menuangkan secara tertulis bayangan untuk mengatasi hambatan tersebut dalam perilaku yang konkrit. Praktik *coping imagery* dapat dilakukan dengan lancar, sebanyak satu kali, dengan durasi \pm 9 menit.

Kegiatan unit 11 dan penutup dilakukan oleh terapis dengan merangkum perkembangan subjek menjalani terapi pemaafan sejak awal sesi hingga terakhir, memberikan dukungan dan penegasan terhadap proses tersebut. Reviu secara menyeluruh diharapkan membantu subjek mengetahui perkembangannya, meningkatkan keyakinan bisa mengalami perbaikan, meski menyadari proses

tersebut bukanlah proses yang instan karena tidak sangat maksimal. Keterbukaan subjek dan dukungan terapis memiliki peranan yang penting.

Hasil Koding Penerimaan Diri

Hasil koding penerimaan diri terhadap proses yang telah dilalui subjek menunjukkan bahwa ia kurang menerima kondisi yang dialaminya pada awal-awal sesi, seperti sakit yang diderita dan kondisi fisik, serta diri sendiri (kecenderungan kepribadian pemikir, tertutup, introspektif, sensitif, dan lain-lain). Kondisi-kondisi yang dialaminya tersebut, membuat subjek merasa lemah fisik maupun mental. Hasil interpretasi mengacu pada aspek-aspek penerimaan diri yang dikemukakan oleh Johnson (1993) dan menunjukkan bahwa subjek tidak menerima kelemahan/kekurangan, berfikir negatif tentang masa depan, tidak yakin menghasilkan kerja yang berguna, terpengaruh penilaian orang untuk mencintai diri sendiri, dan beranggapan perlu menjadi sempurna untuk merasa berharga. Subjek mulai menunjukkan penerimaan di sesi 4 dimulai dengan keragu-raguan, dan meningkat hingga akhir sesi. Indikator yang nampak adalah lebih mudah dan percaya diri dalam mengutarakan hal positif mengenai kekurangannya, pandangan terhadap masa depan, kemampuan yang dimiliki, kepercayaan diri tidak terpengaruh oleh penilaian orang, mengambil hikmah dibalik penderitaannya/ ketidaksempurnaannya.

Tindak Lanjut

Hasil wawancara tindak lanjut menunjukkan bahwa subjek merasakan perubahan yang cukup besar setelah mengikuti terapi pemaafan, apalagi terapi ini memiliki kesesuaian dengan kondisi yang dialaminya. Subjek mengakui bahwa manfaat yang diperoleh lebih banyak dirasakan bagi diri sendiri dan belum banyak berimbas dalam hubungan interpersonal, yaitu dalam menilai diri sendiri yang menjadi lebih positif dan dalam cara pengatasan masalah yang menjadi lebih efektif, meliputi cara berfikir, emosi, maupun berperilaku. Subjek mengalami perubahan cara berfikir mengenai dirinya menjadi lebih optimis dan percaya diri dalam banyak hal, merasa mampu dan termotivasi untuk menunjukkan kompetensinya (di hadapan rekan kerja), lebih berani mengambil resiko, merasa lebih siap menerima kegagalan, dan mencoba melihat adanya kesempatan di lain waktu. Subjek mengalami perubahan emosi menjadi lebih positif karena tidak lagi menyalahkan dirinya, menerima kondisi fisiknya yang lemah, mengambil hikmah. Jika dulu subjek cenderung mengalah, memendam, bersikap seolah cuek namun tetap memikirkan

dan lelah, saat ini menunjukkan perilaku yang lebih asertif untuk menyampaikan kebutuhannya terhadap orang di sekitarnya (seperti dengan rekan kerja) tanpa merasa takut dinilai buruk atau tidak dewasa.

Subjek merasa bahwa perubahan yang dirasakannya tidaklah besar, bahkan untuk saat ini ia juga tidak akan mengambil resiko memaksakan diri bertindak melebihi apa yang sudah dilakukannya. Ia menyadari bahwa segala upayanya membutuhkan proses, namun tetap memiliki keyakinan yang cukup besar bahwa dirinya bisa menunjukkan kemampuannya dan tidak akan bertahan dengan emosi negatifnya. Subjek sendiri menetapkan target baru dalam pemaafan, yaitu memaafkan orang lain dimulai dari dirinya sendiri. Manfaat yang dirasakan terhadap dirinya tersebut berimbas terhadap kondisi fisik. Pandangan subjek terhadap sakit yang diderita mengalami perubahan, yaitu kondisi mental yang lebih baik membantu meringankan kondisi fisiknya, sehingga sakit yang dialami bukan disebabkan beban pikiran melainkan beban kerja atau cuaca.

Pembahasan

Penilaian kognitif adalah salah satu faktor yang sangat mempengaruhi respon penderita terhadap diagnosa sakit yang diterima (Salmon, 2000). Keyakinan subjek yang dipengaruhi pengetahuan (stigma), pengalaman terdahulu, bahkan pengalaman kekambuhan masa kini, selanjutnya menjelaskan mengapa ia menilai peristiwa yang dialami sebagai situasi yang sangat *stressful*. Reaksi emosi negatif seperti kekesalan, kesedihan, kekecewaan terhadap sakit juga dirasakan olehnya, khususnya bila gejala sakitnya muncul. Perasaan tidak berdaya, lemah fisik maupun mental, dan ketidakmampuan mengendalikan keadaan karena berfikir dirinya akan mengalami sakit yang sama merupakan reaksi kognitif yang wajar terhadap penyakit yang dideritanya (Salmon, 2000).

Pengalaman subjek mengakibatkannya cenderung menyembunyikan informasi munculnya kembali gejala yang dirasakan dari siapapun, khususnya dari keluarga, dan tidak menindaklanjuti munculnya gejala tersebut selama 1 tahun terakhir dengan penanganan secara medis. Salmon (2002) menjelaskan bahwa salah satu alasan penderita tidak patuh terhadap pengobatan secara sengaja (*intentional non-adherence*) adalah perasaan bahwa mereka lebih memahami diri mereka sendiri karena memiliki pengalaman langsung terhadap gejala-gejala yang dirasakan. Subjek menyadari keterbukaannya justru akan membebani keluarga dan

diri sendiri, yang kemudian kembali berimbas pada kondisi fisiknya.

Rasa bersalah juga muncul karena kecenderungan subjek menyepelekan pengobatan. Menurut Salmon (2000), reaksi menyepelekan justru dapat menjadi salah satu bentuk mekanisme penanggulangan yang bersifat paliatif (berfokus pada emosi) dalam menghadapi penyakit serius dan mengancam kehidupan, yaitu termasuk ke dalam bentuk mekanisme pertahanan psikologis *denial* (penyangkalan). Kebutuhan subjek untuk melakukan *denial* cukup beralasan, karena *denial* dapat melindungi seseorang dari gangguan emosional (Hackett & Cassem; Levine dkk., dalam Salmon 2000). Namun perlu dipertimbangkan bahwa ketika *denial* dilakukan secara terus menerus atau dalam intensitas yang kuat justru akan mengganggu manajemen klinis atau rawat diri, atau mengganggu hubungan dengan karir.

Pembahasan lanjut tentang cara pengatasan masalah subjek yang selama ini dilakukan akan lebih menarik. Kecenderungan penanggulangan masalah yang tidak adekuat justru semakin melemahkan kondisi fisiknya karena subjek seringkali mengalami konflik dalam dirinya. Menurut Falagas dan para koleganya (2007), menurunnya kelangsungan hidup penderita kanker payudara dihubungkan dengan peristiwa-peristiwa penuh tekanan, kecemasan/ stres, ketidakberdayaan, dukungan sosial yang dirasakan lebih tinggi, depresi, pertahanan diri yang bersifat menekan (represif), kebiasaan melamun/ berangan-angan, dan penyangkalan/ penghindaran. Selanjutnya meningkatnya kekambuhan dihubungkan dengan keberfungsian kognitif, peristiwa-peristiwa penuh tekanan, kecemasan, ketidakberdayaan, fatalisme (kepercayaan bahwa nasib menguasai segala-galanya), dan kemarahan/ permusuhan.

Selain cara pengatasan di atas, subjek yang cenderung introspektif juga lebih sering menyalahkan diri sendiri untuk semua permasalahan. Padahal penyesuaian penderita penyakit serius seperti kanker payudara perlu didukung sikap memaafkan, khususnya terhadap dirinya dan kelemahan yang dimiliki (Romero dkk., 2006). Menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang diderita dapat menyebabkan rasa malu dan bersalah yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup.

Kecenderungan cara pengatasan yang demikian ternyata telah dimiliki sejak lama bahkan jauh sebelum subjek didiagnosis kanker. Penelitian selama 50 tahun telah mengidentifikasi ciri kepribadian yang umum dimiliki oleh sebagian besar penderita kanker atau yang meninggal karenanya. Hasil-hasil penelitian tentang ciri kepribadian tersebut telah dirangkum ke dalam konsep kepribadian 'tipe C'

(Temoshok dalam Salmon, 2000). Inti konsep kepribadian ini menunjukkan cara penanggulangan masalah tersendiri dan telah menjadi kebiasaan, yaitu berperilaku tenang, mengorbankan diri, menunjukkan kerjasama dan selalu mengalah. Memiliki kecenderungan untuk memfokuskan diri pada kebutuhan orang lain dibandingkan diri sendiri. Ini juga berarti kegagalan untuk mengekspresikan emosi negatif, terutama kemarahan. Orang-orang yang demikian berusaha menyediakan penjelasan yang logis (rasionalisasi) terhadap peristiwa-peristiwa sehingga menghindarkan diri dari resiko.

Rancangan terapi pemaafan bagi penderita kanker payudara ini secara inklusif menyertakan alternatif objek pemaafan baik terhadap orang lain, diri sendiri, dan situasi (Thompson dkk, 2005). Berbagai reaksi emosional maupun kognitif baik ditujukan terhadap diri sendiri, orang lain, situasi, bahkan Tuhan, akan dialami penderita sebelum sampai pada tahap penerimaan. Kegiatan *sharing* pada sesi 1 sangat bermanfaat untuk mengenali emosi-emosi yang dirasakan subjek akibat sakit yang diderita, mengidentifikasi emosi negatif dan perasaan-perasaan yang dipendam. Proses mengekspresikan perasaan sangat diperlukan karena memberi kesempatan untuk meregulasi emosi (Greenberg, 2002). *Sharing* selanjutnya membantu subjek dan terapis menentukan target peristiwa yang kepadanya dilekatkan emosi negatif dengan intensitas kuat, kemudian menentukan objek pemaafan yang terlibat.

Kesinambungan sesi terapi berikutnya membantu menyadarkan subjek akan pola penanganan masalah yang selama ini tidak efektif, seperti penggunaan mekanisme pertahanan diri yang neurotik dan membuat subjek cenderung mengalami kesulitan untuk memaafkan (Maltby & Day, 2004). Munculnya kesadaran dalam diri (*self-awareness*) merupakan hal penting dalam terapi dan mempengaruhi kehidupan fisik maupun psikologis (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003). Seseorang yang tidak mampu menyadari dan memanfaatkan proses yang terjadi dalam hidupnya akan mengalami kesulitan memaknai perubahan tersebut bagi diri dan kehidupannya.

Upaya menyadarkan bukanlah suatu proses yang mudah, apalagi dengan kecenderungan *denial* terhadap penyakit, dapat menyebabkan subjek kembali pada kebiasaan perilaku menyepelkan sekalipun menyadari resiko terhadap kondisi fisiknya. Salmon (2000) menjelaskan karena *denial* dilakukan sebagai upaya mengatasi tantangan, maka jarang apabila hal ini dapat dikurangi secara sederhana

menonjolkan ancaman yang dilakukan oleh praktisi justru akan beresiko pada penguatan denial. Hal yang justru penting dilakukan dan membantu adalah berusaha menunjukkan ancaman, sehingga praktisi perlu mengidentifikasi komponen-komponen ancaman (dapat berbeda antara penderita satu dengan yang lain), kemudian mencari tahu cara pengatasan masalah yang telah dilakukan dan sumber dukungan yang tersedia. Modul terapi dalam penelitian ini dirancang sedemikian rupa mengidentifikasi dampak (ancaman) jangka pendek maupun jangka panjang penanganan masalah yang selama ini dilakukan oleh subjek, dengan demikian ketidakefektifan solusi yang selama ini dilakukan dapat dibuktikan.

Komitmen untuk memaafkan (sesi 3) bukanlah suatu hal yang mudah ketika kebutuhan itu telah muncul dalam diri subjek. Komitmen untuk memaafkan merupakan inti dari proses memaafkan. Komitmen untuk memaafkan bukan berarti seseorang telah menyelesaikannya, malahan sebuah awal yang baik (Neblett dalam Enright, 2002). Bersamaan dengan adanya harapan terhadap pemaafan bagi dirinya, muncul kekhawatiran yang cukup mendasar bahwa ia tidak bisa memaafkan sepenuhnya karena mengingat kecenderungan susah untuk melupakan sesuatu, apalagi pengertian pemaafan tidak semata melupakan. Psikoedukasi dan teknik *reframing* kemudian diberikan, namun hal ini bukan merupakan suatu proses yang mudah. Perlu adanya kesediaan mengambil waktu untuk membiarkan proses pemaafan berjalan dengan sendirinya, bukan malah mencoba mengendalikan atau memaksa proses tersebut, senantiasa menjadi penentu mengenai bagaimana dan kapan proses akan diselesaikan (Cunningham, dalam Enright, 2002).

Teknik *imagery* dalam pemaafan adalah salah satu teknik yang bertujuan untuk menumbuhkan rasa belas kasih dan empati terhadap objek pemaafan (Enright, 2002). Subjek mengaku teknik *imagery* (sesi 5) sebagai kegiatan yang paling efektif, efisien, dan menarik. Subjek bahkan berinisiatif melakukan teknik ini untuk pemaafan terhadap orang lain maupun situasi. Kemudahan praktik *imagery* sangat didukung oleh kebiasaan subjek berkhayal, menghadirkan sosok-sosok dan aktivitas yang nyata dalam khayalannya. Smith (2005) menjelaskan bahwa teknik *imagery* sebagai rumpun dari teknik relaksasi, umumnya bermanfaat untuk: (1) mengurangi kerentanan terhadap penyakit, (2) membebaskan dampak yang merusak karena stres yang kronis dan berat pada organ dan sistem tubuh tertentu, sehingga sistem kekebalan tubuh meningkat, (3) mempercepat proses pemulihan dari kondisi tidak kronis (seperti luka fisik), (4) mengurangi komplikasi yang serius dari kondisi kronis

(seperti penyakit kronis), (5) mengurangi dampak stres yang merusak terhadap keberfungsian (perhatian, fleksibilitas, ingatan, energi).

Teknik *imagery* sebagai cara penanggulangan paliatif (berfokus pada emosi) dapat membantu meningkatkan pengendalian seseorang. Seseorang dengan tingkat pengendalian terhadap sakit kronis yang dideritanya memiliki tingkat penyesuaian yang lebih baik terhadap penyakit dan lebih baik dalam mengolahnya (Affleck, dkk., dalam Salmon 2002). Teknik *imagery* selanjutnya adalah *coping imagery* (sesi 6) yang meningkatkan pengendalian reaksi fisik maupun emosional dengan untuk melatih secara mental (visualisasi) tindakan atau latihan yang kemudian akan dipraktikkan dalam kenyataan (Salmon, 2000).

Tingkat kesiapan seseorang untuk menghadapi perubahan akan melalui 5 tahapan, yaitu pre-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan (Prochaska, dalam Arkowitz dkk., 2008). Kesiapan subjek untuk mengalami perubahan mengalami hambatan yaitu adanya ambivalensi yang terjadi dalam diri subjek antara menginginkan kesembuhan dan memiliki gaya hidup lebih sehat, dengan kecenderungan denial terhadap sakit yang diderita sehingga cenderung tidak patuh meskipun menyadari konsekuensinya. Upaya mengatasi hal ini adalah dengan mengkombinasikan terapi pemaafan dengan wawancara motivasional sebagaimana yang dilakukan oleh terapis. Wawancara motivasional (*motivational interviewing/ motivational enhancement*) adalah wawancara untuk meningkatkan motivasi intrinsik untuk berubah dengan cara mengeksplorasi dan mengatasi ambivalensi (Arkowitz dkk., 2008). Teknik ini sangat potensial untuk meningkatkan efektivitas berbagai terapi. Empat prinsip dasar dari wawancara motivasional adalah mengekspresikan empati, menyadarkan adanya ketidaksesuaian (*awareness*), mengatasi resistensi, dan memberi dukungan terhadap efikasi diri.

Keberhasilan penggunaan teknik dalam terapi sangat tergantung pada kesesuaian dengan kondisi subjek. Minat dan ketersediaan waktu yang terbatas mengakibatkan teknik terapi seperti buku harian sebagai upaya memantau pikiran, perasaan, dan perilaku dalam menghadapi peristiwa tertentu menjadi tidak dapat berfungsi optimal. Padahal buku harian merupakan salah satu media penting yang membantu tercapainya kesadaran dalam diri (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003). Meski minat subjek terhadap latihan *imagery* dapat menjadi kekuatan terapi, teknik tersebut tanpa dipadukan dengan teknik lain seperti buku harian tidak akan berfungsi optimal sebagai teknik pemaafan. Karenanya keterbukaan subjek secara verbal

dengan *reviu* dan *sharing* menjadi sangat penting untuk menggantikan peran buku harian.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan variabel dependen pemaafan dan penerimaan diri ke arah yang lebih baik meski tidak signifikan, terlihat dari hasil pengukuran kuantitatif yang tidak menunjukkan perubahan ekstrim. Subjek sendiri mengaku bahwa perubahan yang dialami tidak sangat maksimal, namun ia merasa terapi pemaafan sudah memberikan perubahan yang cukup besar. Kesulitan untuk mencapai perubahan yang signifikan disebabkan proses pemaafan yang tidak mudah. Meski demikian perubahan yang telah diperoleh tidak bisa diabaikan, bahkan merupakan titik awal bagi subjek menjalani proses pemaafan yang lebih optimal. Adapun perubahan tersebut dapat dilihat dari indikator-indikator sebagai berikut:

Fisik. Artinya subjek dapat memberdayakan diri dengan cara pengatasan masalah yang baru sehingga tidak memperparah kondisi fisik yang pada dasarnya sudah rentan sejak kecil. Munculnya sakit disadari lebih karena lelah fisik dan kondisi cuaca. Worthington dan Scherer (2004) menjelaskan bahwa pemaafan dapat mempengaruhi ketahanan dan kesehatan fisik dengan mengurangi tingkat permusuhan, meningkatkan sistem kekebalan pada sel dan neuro-endokrin, membebaskan antibodi, dan mempengaruhi proses dalam sistem saraf pusat.

Psikologis. Pemaafan membawa subjek pada berbagai pengertian baru, penerimaan, kreativitas, dan pertumbuhan, sehingga rasa sakit akibat peristiwa yang dialami berkurang atau tidak lagi dirasakan (Enright, 2002). Pemaafan dihubungkan secara signifikan dan positif dengan strategi penanggulangan penerimaan, penginterpretasian kembali secara positif, dan penanggulangan aktif (Rasmussen & Lopez dalam Thompson dkk., 2005), kemudian memungkinkan subjek mengalihkan perhatiannya dari pengalaman hidup yang merugikan dan kepada aspek dalam kehidupan yang lebih memuaskan (Thompson dkk., 2005).

Munculnya kepatuhan termasuk pula ke dalam indikator psikologis. Menerima kondisi yang pada dasarnya lemah secara fisik, lebih paham tentang arti kesehatan dan berupaya mencapai dan mempertahankannya (tidak lagi menyelepekan makan dan minum), menjadikan "sehat" sebagai tujuan hidup dan melakukan *coping imagery* tentang hambatan yang akan dihadapi, kemudian menerapkannya dalam kenyataan. Kepatuhan ini memang terlihat tidak ekstrim karena subjek masih menolak memeriksakan diri kembali untuk mendapatkan arahan dan pengobatan apabila diperlukan. Beban emosional dan finansial yang selanjutnya berimbas bagi

kondisi subjek dan keluarganya, menjadi pertimbangan tersendiri untuk menolak menjalani hal ini (telah dijelaskan sebelumnya).

Sosial. Meski masih mengalami kesulitan memaafkan orang lain, subjek tidak bertahan dengan rasa kesal atau dendamnya melainkan bersikap optimis bahwa dirinya pasti suatu saat mampu menunjukkan bahwa dirinya mampu. Perubahan lain, merasakan dukungan sosial dari keluarga dengan penilaian yang berbeda, lebih bisa mengekspresikan emosi negatif secara asertif apabila merasa tidak nyaman, sehingga memiliki resiko yang lebih kecil terhadap pertumbuhan penyakit kanker atau meninggal karenanya (Salmon, 2000).

Spiritual. Keberhasilan mengintegrasikan pengalaman menghadapi penyakit dengan keyakinan spiritual akan mempengaruhi penerimaan subjek, mampu menempatkan keyakinan spiritual secara relevan dan sensitif terhadap kebutuhannya, sehingga dapat membuatnya merasakan kedekatan dengan Tuhan (Pargament dalam Banner, 2009).

Penelitian ini tidak dapat dilepaskan dari keterbatasan terkait metodologi:

1. Asesmen dalam penelusuran subjek kurang cermat dilakukan sehingga stadium kanker tidak dipastikan terlebih dahulu ketika penelitian dimulai.
2. Keterbatasan yang paling nyata dalam melakukan penelitian menggunakan desain *single-case* (jumlah subjek yang terbatas) adalah tidak dapat dilakukan generalisasi, meliputi generalitas klien, generalitas terapis, dan generalitas *setting* (Barlow & Hersen, 1984).
3. Pengukuran berulang dalam penelitian ini hanya menggunakan *self-report* berupa skala yang sangat rentan terhadap bias dan mengancam validitas internal hasil penelitian karena efek *testing* (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Meski peneliti sudah mencoba mengantisipasi kelemahan ini, efek *testing* tetap tidak dapat diabaikan sehingga memerlukan perbaikan dalam penelitian selanjutnya.
4. Ketetapan jeda antar sesi dalam penelitian ini tidak dapat dipertahankan sebagaimana modul mengingat keterbatasan subjek. Keadaan ini dikhawatirkan mempengaruhi hasil penelitian meskipun pada banyak kesempatan, penelitian terapi individual dapat berlangsung lebih fleksibel daripada penelitian dalam setting kelompok.
5. Pengukuran tindak lanjut tidak dilakukan untuk melihat efek terapi pemaafan dalam jangka panjang karena hanya dilakukan 2 minggu setelah intervensi. Di sisi lain, ancaman terhadap validitas internal berupa *history* atau *maturity* tetap ada

apabila pengukuran tindak lanjut dilakukan dalam jangka yang lebih panjang.

Simpulan dan Saran

Simpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan variabel dependen pemaafan dan penerimaan diri ke arah yang lebih baik meski tidak signifikan, terlihat dari hasil pengukuran kuantitatif yang tidak menunjukkan perubahan ekstrim. Subjek sendiri mengaku bahwa perubahan yang dialami tidak sangat maksimal, namun ia merasa terapi pemaafan sudah memberikan perubahan yang cukup besar. Kesulitan untuk mencapai perubahan yang signifikan disebabkan proses pemaafan yang tidak mudah. Meski demikian perubahan yang telah diperoleh tidak bisa diabaikan, bahkan merupakan titik awal bagi subjek menjalani proses pemaafan yang lebih optimal. Pemahaman subjek bahwa segala sesuatu tidak membutuhkan proses yang instan dan keyakinan bahwa ia mampu mencapai proses pemaafan secara menyeluruh tanpa harus memaksakan dirinya, akan memperkuat proses yang dilalui selanjutnya dengan mempertimbangkan saran yang diberikan.

Beberapa keterbatasan penelitian terkait metodologi telah didiskusikan sebelumnya terkait dengan asesmen, keterbatasan jumlah subjek, pengukuran berulang menggunakan skala, ketetapan jeda antar sesi intervensi, dan jeda pengukuran tindak lanjut. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pelatihan, meliputi kondisi subjek, terapis, serta *setting* dan penyajian terapi.

Saran

Ada beberapa saran bagi peneliti selanjutnya :

1. Asesmen dalam penelusuran subjek perlu diperhatikan dengan cermat sehingga stadium kanker sudah dipastikan ketika penelitian dimulai.
2. Sebagai pengujian efektivitas dan upaya generalisasi hasil penelitian, maka peneliti selanjutnya dapat menggunakan jumlah individu yang lebih banyak, dengan mempertimbangkan konteks penelitian seperti dalam hal persiapan, pelaksanaan, dan hasil.

3. Untuk mengatasi efek *testing* yang mengancam validitas internal, penelitian selanjutnya dapat menambahkan *checklist* perilaku untuk mengetahui efek intervensi bagi peningkatan variabel tergantung melalui perilaku yang dapat diamati
4. Sebagai upaya mempertahankan ketetapan jeda antar sesi/pengukuran, pengatasan yang masih bisa dilakukan oleh peneliti pada penelitian selanjutnya adalah berpegang pada kontrak, bagaimana seharusnya penelitian ini berlangsung tanpa mengesampingkan pertanggungjawaban etik terhadap subjek untuk menjaga kenyamanan subjek.
5. Dilakukan pengukuran tindak lanjut dalam jeda yang lebih panjang, atau dilakukan lebih dari 1 pengukuran tindak lanjut. Apakah *history* atau *maturity* mempengaruhi hasil pengukuran, dapat didukung dengan data kualitatif.
Selanjutnya, akan disampaikan saran bagi praktisi :
 1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan psikologi.
 2. Kalangan profesional yang ingin menerapkan intervensi ini dapat melakukan terapi pemaafan pada konteks yang sesuai dengan penelitian.
 3. Terapis perlu membekali diri dengan konsep pemaafan secara menyeluruh, mengikuti tahapan terapi secara runtut sehingga dapat menjaga kesinambungan antar sesi yang mewakili proses pemaafan.
 4. Kontrak waktu pelaksanaan setiap pertemuan perlu dilakukan untuk menjaga stabilitas jeda pelaksanaan antar sesi. Hal ini berimplikasi pada kesempatan refleksi, pengisian buku harian, dan pengerjaan tugas yang diberikan pada akhir sesi setiap minggunya.
 5. Terapi dapat dilakukan dengan jumlah sesi yang fleksibel sesuai dengan proses pemaafan yang dijalani klien karena proses pemaafan bukanlah suatu hal yang mudah bagi sebagian orang.
 6. Melakukan intervensi dalam kondisi fisik yang mendukung.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. 2010. *Coping With Physical & Emotional Changes*. Diunduh Pada Tanggal 24 Januari 2009 Dari [Http://www.cancer.org](http://www.cancer.org).
- American Cancer Society. 2010. *Treatment Topics and Resources: General Questions and Answers; Ways to Respond*. Diunduh Pada Tanggal 24 Januari 2009 Dari [Http://www.cancer.org](http://www.cancer.org).

- Ariestanie, R.a. 2008. *Dinamika Emosi Penderita Kanker Payudara*. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta: Tidak Diterbitkan.
- Arkowitz, H., Westra, H.a., Miller, W.r., & Rollnick, S. 2008. *Motivational Interviewing In The Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.
- Aziz, M.f. 2009. Gynecological Cancer In Indonesia. *Journal Gynecology Oncology* 20 (1), 8-10.
- Backer, B., Hannon, N., & Russel, N.1982. *Death and Dying: Individuals and Institutions*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Banner, A. T. 2009. The Effects of Spirituality on Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients: The Moderating Effects of Alexithymia and Mindfulness. *Dissertation*. Greensboro: The University of North Carolina.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. 1984. *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change, 2nd Ed*. New York: Pergamon Press.
- Chaplin, J.p. 2000. *Kamus Lengkap Psikologi*. Terjemahan: Kartini Kartono. Jakarta: Pt Raja Grafindo Persada.
- Charmaz, K. 1983. Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health and Illness*, 5 (2), 168-195.
- Corner, J. 2008. Addressing The Needs of Cancer Survivors: Issues And Challenges. *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 8 (5), 443-451.
- Creswell, J.w. 2002. *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative & Qualitative Research*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cunningham, K., Wolbert, R., Graziano, A., & Slocum, J. 2005. Acceptance and Change: The Dialectic Of Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (20), 146-48.
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. 2008. *Brief Cognitive Behaviour Therapy*. London: Sage Publications, Ltd.
- Enright, R.d. 2002. *Forgiveness Is A Choice: A Step-by-step Process For Resolving Anger And Restoring Hope*. Washington Dc: American Psychological Association.
- Falagas, M.e., Zarkadoulia, E.a., Ioannidou, E.n., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P.I. 2007. the Effect of Psychosocial Factors on Breast Cancer Outcome: A Systematic Review. *Breast Cancer Research*, 9 (4), 1-23.
- Froggatt, W. 2006. A Brief Introduction to Cognitive-behaviour Therapy. Wayne Froggatt, Po Box 2292, Stortford Lodge, New Zealand. Fax 64-6-870-9964. E-mail: Wayne@rational.org.nz
- Gabriel, P. 200). The Frozen Soul: Sin And Forgiveness in Miura Ayako's *Freezing Point*. *Japan Forum*, 17 (3), 407-429.

- Gassin, E.A., Enright, R.D., & Knutson, J.A. 2005. Bringing peace to the central city: forgiveness education in Milwaukee. *Theory Into Practice*, 44 (4), 319-328.
- Greenberg, L.S. 2003. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harris, A.H.S., Luskin, F., Norman, S.B., Standard, S., Bruning, J., Evans, S., Thoresen, C.E. 2006. Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal Of Clinical Psychology*, 62 (6), 715-733.
- Harris, A.H.S., Thoresen, C.E., & Lopez, S.J. 2007. Integrating positive psychology into counseling: why and (when appropriate) how. *Journal of Counseling & Development*, 85 (Winter), 3-13.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. 2003. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hill, E.W. 2001. Understanding forgiveness as discovery: implications for marital and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 23 (4), 369-384.
- Hui, E.K.P., & Ho, D.K.Y. 2004. Forgiveness in the context of developmental guidance: implementation and evaluation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (4), 477-492.
- Johnson, D.W. 1993. *Reaching out: interpersonal effectiveness and self-actualization*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kaplan, R.J., & Van Zandt, J.E. 2009. *Cancer and rehabilitation*. Diunduh pada tanggal 24 Januari 2009 dari <http://emedicine.medscape.com/article/320261-overview>.
- Kaposy, C. 2005. 'Analytic' reading, 'continental' text: the case of Derrida's 'on forgiveness'. *International Journal of Philosophical Studies*, 13 (2), 203-226.
- Lamb, S. 2006. Forgiveness, women, and responsibility to the group. *Journal of Human Rights*, 5, 45-60.
- Maltby, J., & Day, L. 2004. Forgiveness and defense style. *The Journal of Genetic Psychology*, 165 (1), 99-109.
- McCullough, M.E. 2000. Forgiveness as human strength: theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (1), 43-55.
- O'shea, E.M., Lintz, K.C., Penson, R.T., Seiden, M.V., Chabner, B.A., & Lynch, T.J.Jr. 2002. A staff dialogue on caring for a cancer patient who commits suicide: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. *The Oncologist*, 7(Suppl 2), 30-35.
- Rogers, K.A. 2007. Retribution, forgiveness, and the character creation theory of punishment. *Social Theory and Practice*, 33 (1), 75-103.
- Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K.R., & Friedman, L.C. 2006. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1), 29-36.

- Roth, D.a., Eng, W., & Heimberg, R.g. 2002. Cognitive Behavior Therapy. *Encyclopedia Of Psychotherapy Elsevier Science (usa)*, 1, 451-458.
- Rye, M.s. 2005. The Religious Path Toward Forgiveness. *Mental Health, Religion & Culture*, 8 (3), 205-215.
- Salmon, P. 2000. *Psychology of Medicine And Surgery: Guide for Psychologists, Counsellors, Nurses, & Doctors*. New York: John Wiley & Sons.
- Shadish, W.r., Cook, T.d., & Campbell, D.t. 2002. *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Smith, J.c. 2005. *Relaxation, Meditation, & Mindfulness: A Mental Health Practitioner's Guide To New And Traditional Approaches*. New York: Springer Publishing Company.
- Snyder, C.r., & Lopez, S. J. 2007. *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. California: Sage Publications, Inc.
- Sunanto, J., Takeuchi, K., & Nakata, H. 2005. *Pengantar Penelitian dengan Subjek Tunggal*. University Of Tsukuba: Centre For Research On International Cooperation In Educational Development (criced).
- Thompson, L.y., Snyder, C.r., Hoffman, L., Michael, S.t., Rasmussen, H.n., Billings, L.s., Heinze, L., Neufeld, J.e., Shorey, H.s., Roberts, J.c., & Robert, D.e., 2005. Dispositional Forgiveness of Self, Other, and Situation. *Journal of Personality*, 73 (2), 313-359.
- Tjindarbumi, D., & Mangunkusumo, R. 2002. Cancer in Indonesia, Present and Future. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 32, S17-s21.
- Tritter, J.q., & Calnan, M. 2002. Cancer As a Chronic Illness? Reconsidering Categorization and Exploring Experience. *European Journal of Cancer Care*, 11, 161-165.
- Wade, N.g., & Worthington, E.l., Jr. 2003. Overcoming Interpersonal Offenses: Is Forgiveness The Only Way to Deal With Unforgiveness?. *Journal of Counseling & Development*, 81 (summer), 343-353.
- Walton, E. 2005. Therapeutic Forgiveness: Developing A Model For Empowering Victims of Sexual Abuse. *Clinical Social Work Journal*, 33 (2), 193-207.
- Warren, J.l., Yabroff, K.r., Meekins, A., Topor, M., Lamont, E.b., & Brown, M.l. 2008. Evaluation Of Trends In The Cost Of Initial Cancer Treatment. *Journal Of The National Cancer Institute*, 100 (12), 888-897.
- Webb, M., Chickering, S.a., Colburn, T.a., Heisler, D., & Call, S. 2005. Religiosity And Dispositional Forgiveness. *Review Of Religious Research*, 46 (4), 355-370.
- Wikipedia. 2010. *Ceiling Effect*. Diunduh Pada Tanggal 9 Desember 2010 Dari [Http://www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org).
- Wilding, C., & Milne, A. 2008. *Teach yourself: Cognitive Behavioural Therapy*. US: The McGraw-Hill Companies, Inc.

- Wolfendale, J. 2005. The Hardened Heart: The Moral Dangers of not Forgiving. *Journal of Social Philosophy*, 36 (3), 344–363.
- Worthington, E.I., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is An Emotion-focused Coping Strategy that can Reduce Health Risks and Promote Health Resilience: Theory, Review, and Hypotheses. *Psychology And Health*, 19 (3), 385–405.

