



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DAN LOGOTERAPI
TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS, DEPRESI, KEMAMPUAN
RELAKSASI DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN
KANKER DI RS DHARMAIS JAKARTA**

Tesis

Duma Lumban Tobing

1006800806

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DAN LOGOTERAPI
TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS , DEPRESI, KEMAMPUAN
RELAKSASI DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN
KANKER DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA**

Tesis

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

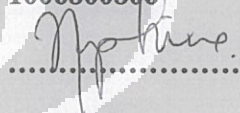
Duma Lumban Tobing

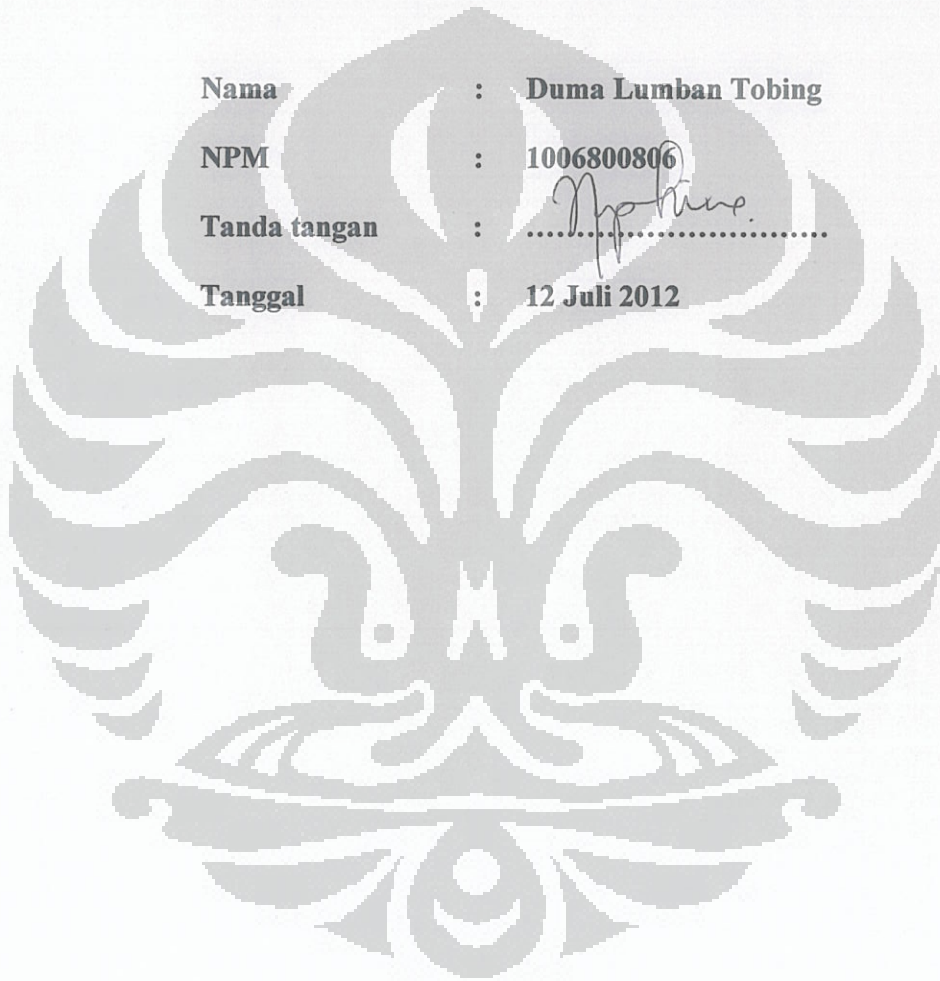
1006800806

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : **Duma Lumban Tobing**
NPM : **1006800806**
Tanda tangan : 
Tanggal : **12 Juli 2012**



PERSETUJUAN PEMBIMBING


Penelitian dengan Judul :

PENGARUH *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DAN LOGOTERAPI TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS, DEPRESI, KEMAMPUAN RELAKSASI DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN KANKER DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Sidang Tesis
Pada Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Depok, Juli 2012

Pembimbing I



Prof. Dr. Budi Anna Keliat,SKp.M.App.Sc

Pembimbing II



Ns. Ice Yulia Wardhani.M.Kep. Sp.KepJ

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Duma Lumban Tobing
NPM : 106800806
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tesis : Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi Dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta

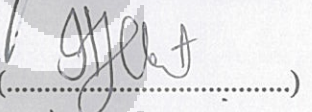
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

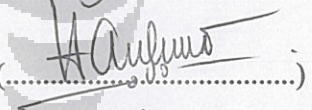
Pembimbing : Prof.Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc

()


Pembimbing : Ns. Ice Yulia Wardhani ,M.Kep. Sp KepJ .

()

Penguji : Novy Helena C.D. SKp., M.Sc

()

Penguji : Ns. Carolina M.Kep.Sp.KepJ

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

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

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

Nama : Duma Lumban Tobing
NPM : 1006800806
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi Dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta

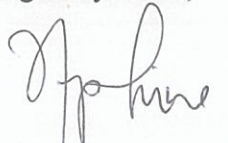
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, maka Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 12 Juli 2012

Yang menyatakan,



(Duma Lumban Tobing)

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

Tesis, Juli 2012

Duma Lumban Tobing

Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Ansietas Dan Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker di RS Kanker Dharmais, Jakarta

xvi + 165 hal + 25 tabel + 3 bagan + 1 skema + 18 lampiran

Abstrak

Masalah psikologis yang paling banyak dirasakan oleh klien kanker adalah ansietas dan depresi. Ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dan Logoterapi terhadap ansietas dan depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker di RS Dharmais Jakarta. Desain penelitian quasi eksperimental *pre test-post test with control group*. Sampel penelitian 90 orang klien kanker, 30 kelompok intervensi yang diberikan PMR dan Logoterapi, 30 kelompok intervensi 2 yang diberikan logoterapi dan 30 kelompok kontrol. Hasil penelitian ditemukan penurunan ansietas dan depresi serta peningkatan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan hanya logoterapi (p value < 0,05). Terapi PMR dan logoterapi direkomendasikan sebagai terapi keperawatan lanjutan dalam merawat klien kanker dengan ansietas dan depresi

Kata Kunci : Kanker, Ansietas, Depresi, *Progressive Muscle Relaxation*, Logoterapi, Kemampuan Relaksasi, Kemampuan Memaknai Hidup

Daftar Pustaka : 76 (2000-2012)

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

Tesis, July 2012

Duma Lumban Tobing

The Influence of Progressive Muscle Relaxation And Logotherapy For Anxiety, Depression, Relaxation Ability, Life Meaning Ability of Client's Cancer In Dharmais Hospital Jakarta

xvi + 165 page + 25 tables + 3 charts + 1 scheme + 18 appendixs

Abstract

Most psychological problems experienced by cancer clients are anxiety and depression. Anxiety and depression experienced by clients of cancer not only affects the quality of life, also made an impact on treatment, hospitalization and prolong a negative effect on prognosis and survival of the client. This study aims to obtain the effects of Progressive Muscle Relaxation Therapy (PMR) and Logotherapy to decrease anxiety and depression, increase the ability relaxation skills and life meaning ability of the client's cancer life in Dharmais Hospital Jakarta. Quasi-experimental research design pre test-post test with control group. Sample from 90 the client's cancer, consisting of 30 intervention group 1, 30 intervention group 2 and 30 control group. The result showed decrease the condition anxiety, depression and increase relaxation capability and life meaning ability of the client's cancer life, who get PMR and logotherapy greater than the group who received only logotherapy (p value <0.05). PMR and logotherapy recommended in the treatment of advanced nursing in cancer care for clients with anxiety and depression

Keywords: Cancer, Anxiety, Depression, Progressive Muscle Relaxation, Logotherapy, Relaxation Ability, Life Meaning Ability

Bibliography : 76 (2000-2012)

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

Tesis, Juli 2012

Duma Lumban Tobing

Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Ansietas Dan Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker di RS Kanker Dharmais, Jakarta

xvi + 165 hal + 25 tabel + 3 bagan + 1 skema + 18 lampiran

Abstrak

Masalah psikologis yang paling banyak dirasakan oleh klien kanker adalah ansietas dan depresi. Ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dan Logoterapi terhadap ansietas dan depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker di RS Dharmais Jakarta. Desain penelitian quasi eksperimental *pre test-post test with control group*. Sampel penelitian 90 orang klien kanker, 30 kelompok intervensi yang diberikan PMR dan Logoterapi, 30 kelompok intervensi 2 yang diberikan logoterapi dan 30 kelompok kontrol. Hasil penelitian ditemukan penurunan ansietas dan depresi serta peningkatan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan hanya logoterapi (p value < 0,05). Terapi PMR dan logoterapi direkomendasikan sebagai terapi keperawatan lanjutan dalam merawat klien kanker dengan ansietas dan depresi

Kata Kunci : Kanker, Ansietas, Depresi, *Progressive Muscle Relaxation*, Logoterapi, Kemampuan Relaksasi, Kemampuan Memaknai Hidup

Daftar Pustaka : 76 (2000-2012)

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

Tesis, July 2012

Duma Lumban Tobing

The Influence of Progressive Muscle Relaxation And Logotherapy For Anxiety, Depression, Relaxation Ability, Life Meaning Ability of Client's Cancer In Dharmais Hospital Jakarta

xvi + 165 page + 25 tables + 3 charts + 1 scheme + 18 appendixs

Abstract

Most psychological problems experienced by cancer clients are anxiety and depression. Anxiety and depression experienced by clients of cancer not only affects the quality of life, also made an impact on treatment, hospitalization and prolong a negative effect on prognosis and survival of the client. This study aims to obtain the effects of Progressive Muscle Relaxation Therapy (PMR) and Logotherapy to decrease anxiety and depression, increase the ability relaxation skills and life meaning ability of the client's cancer life in Dharmais Hospital Jakarta. Quasi-experimental research design pre test-post test with control group. Sample from 90 the client's cancer, consisting of 30 intervention group 1, 30 intervention group 2 and 30 control group. The result showed decrease the condition anxiety, depression and increase relaxation capability and life meaning ability of the client's cancer life, who get PMR and logotherapy greater than the group who received only logotherapy (p value <0.05). PMR and logotherapy recommended in the treatment of advanced nursing in cancer care for clients with anxiety and depression

Keywords: Cancer, Anxiety, Depression, Progressive Muscle Relaxation, Logotherapy, Relaxation Ability, Life Meaning Ability

Bibliography : 76 (2000-2012)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga proposal tesis dengan judul **“Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta ”** ini dapat diselesaikan.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga proposal tesis ini dapat disusun. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sekaligus koordinator mata ajar tesis.
3. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi kepada penulis dengan sabar, tekun, bijaksana penyelesaian proposal ini.
4. Ibu Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep, Sp.Kep.J, selaku pembimbing II, yang dengan sabar membimbing penulis, bijaksana, senantiasa meluangkan waktu di tengah kesibukan memberikan masukan untuk perbaikan proposal tesis ini.
5. Ibu Novy Helena C.D.M.Sc Selaku Penguji I yang atas bantuan dan kesempatan yang diberikan.
6. Ibu Ns. Carolina, M.Kep.Sp.KepJ Selaku Penguji II yang telah memberikan motivasi, masukan dan arahan selama proses penyusunan tesis ini
7. Direktur RS Kanker Dharmais Jakarta atas bantuan dan kesempatan yang diberikan.
8. Ka.RumKit RSPAD Gatot Soebroto Jakarta atas bantuan dan kesempatan yang diberikan.

9. Ibu Ns. Kemala Rita Wahidi, Skp. MARS, ETN selaku pembimbing dari RS Kanker Dharmais , Jakarta yang telah memberikan motivasi, masukan dan arahan selama proses penyusunan tesis ini
10. Kepala Ruangan Melati, Cempaka dan Teratai RS Kanker Dharmais Jakarta atas bantuan, kerjasama dan kesempatan yang diberikan.
11. Kepala Ruangan Bedah, Perawatan Umum, Paru dan Kebidanan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta atas bantuan, kerjasama dan kesempatan yang diberikan
12. Perawat ruangan Melati ,Cempaka dan Teratai RS Kanker Dharmais Jakarta atas bantuan, kerjasama dan kesempatan yang diberikan.
13. Keluarga tercinta suami dan anak-anakku yang senantiasa memberikan dukungan secara moril, material, doa dan motivasi yang luar biasa.
14. Ibu dan adik-adikku atas dukungan , motivasi dan doa yang tiada henti.
15. Rekan-rekan angkatan VI Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian proposal tesis ini.
16. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu .

Depok , Juli 2012

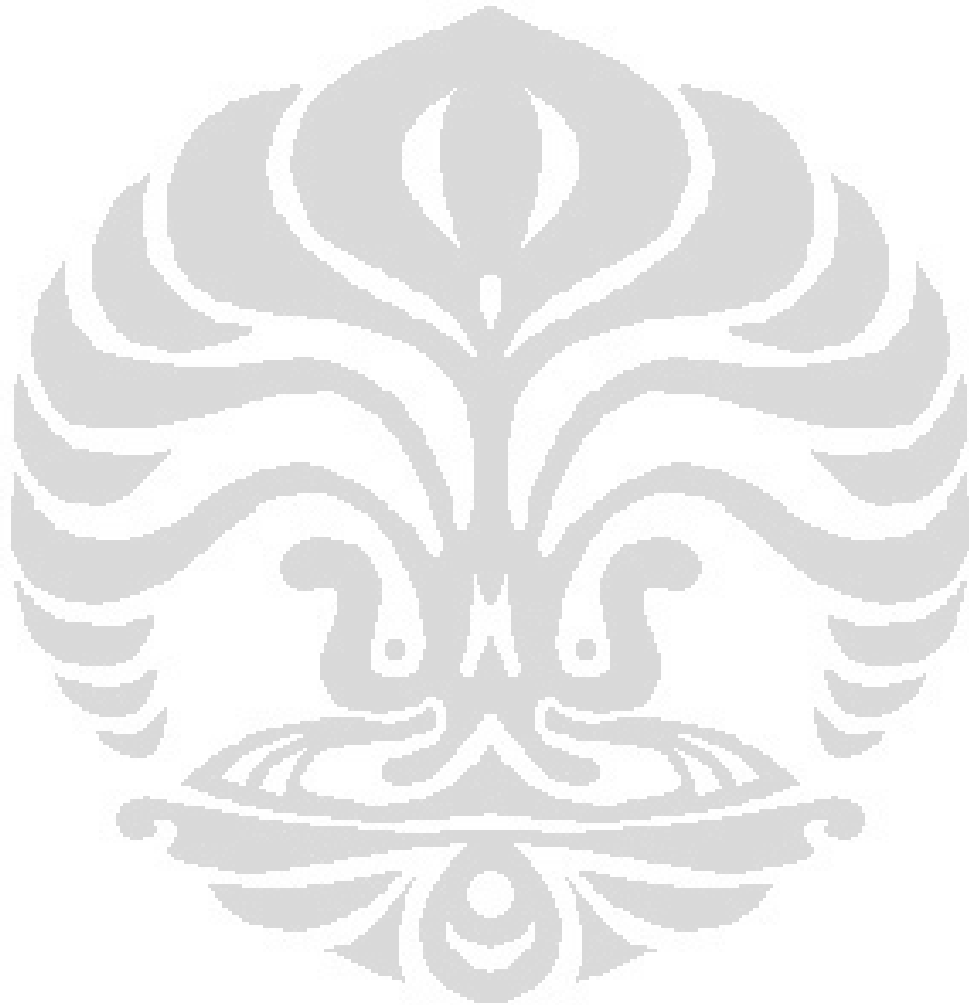
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	13
1.4 Manfaat Penelitian.....	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
2.1 Kanker.....	16
2.2 Konsep Ansietas dan Depresi Pada Klien Kanker.....	25
2.3 <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	52
2.4 Logoterapi.....	60

BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	77
3.1 Kerangka Teori	77
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	81
3.3 Hipotesis.....	83
3.4 Definisi Operasional.....	83
 BAB IV METODE PENELITIAN	 87
4.1 Desain Penelitian.....	87
4.2 Populasi dan sampel	89
4.3 Tehnik Pengambilan Sampel Tempat Penelitian.....	91
4.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	92
4.5 Penerapan Prinsip Etik Dalam Penelitian Etika Penelitian.....	93
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	94
4.7 Uji coba instrumen.....	96
4.8 Prosedur pengumpulan data.....	98
4.9 Analisa Data.....	106
 BAB V HASIL PENELITIAN	 112
5.1 Karakteristik Klien.....	112
5.2 Pengaruh Progressive Muscle Relaxation dan Logoterapi Terhadap Ansietas dan Depresi Klien Kanker.....	115
5.3 Kemampuan Relaksasi	121
5.4 Kemampuan Memaknai Hidup.....	125
5.5 Hubungan Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Perubahan Ansietas dan Depresi.....	130
5.6 Faktor-Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas dan Depresi Klien Kanker.....	132

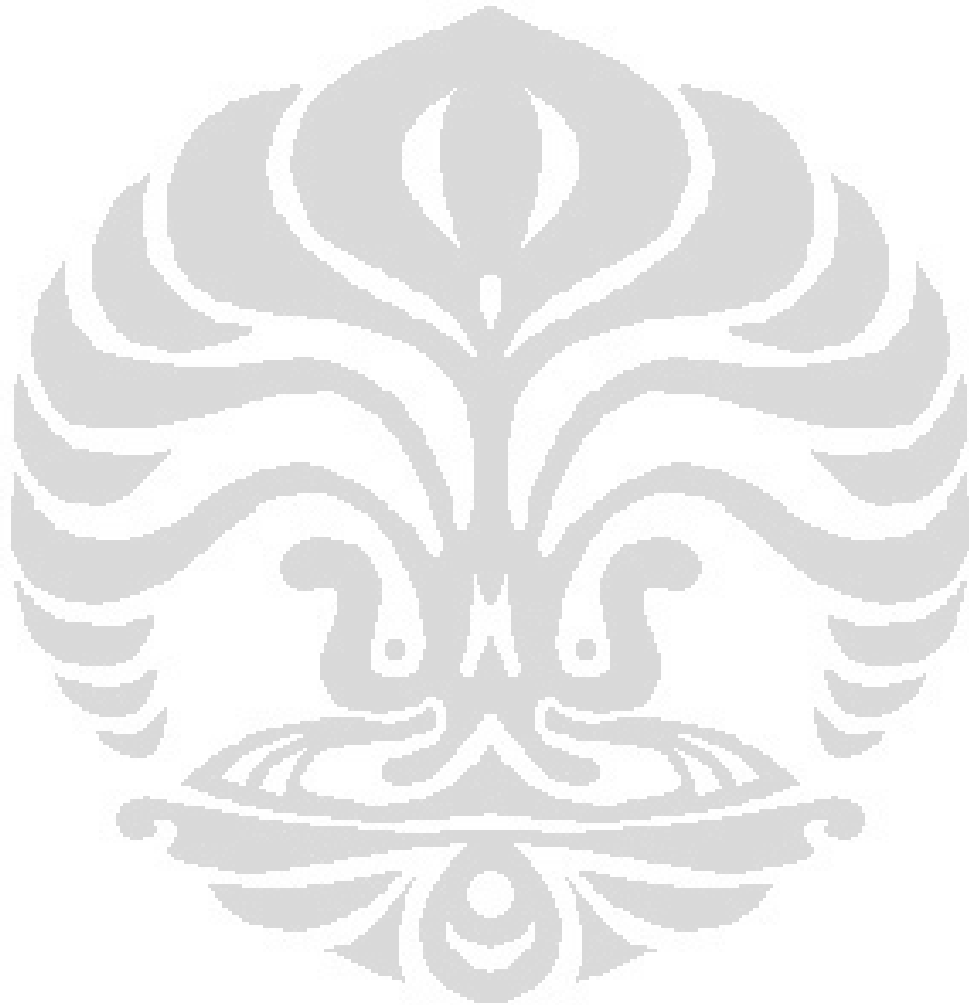
5.7 Faktor-faktor yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Relaksasi Klien Kanker.....	133
5.8 Faktor-Faktor yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker.....	134
 BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Relaksasi Klien Kanker.....	136
6.2 Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker.....	141
6.3 Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Ansietas dan Depresi Klien Kanker.....	149
6.4 Hubungan Kemampuan Relaksasi Dengan Ansietas dan Depresi Klien Kanker.....	157
6.5 Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Ansietas dan Depresi Klien Kanker.....	158
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	160
6.7 Implikasi hasil penelitian.....	161
 BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	163
7.2 Saran.....	164
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

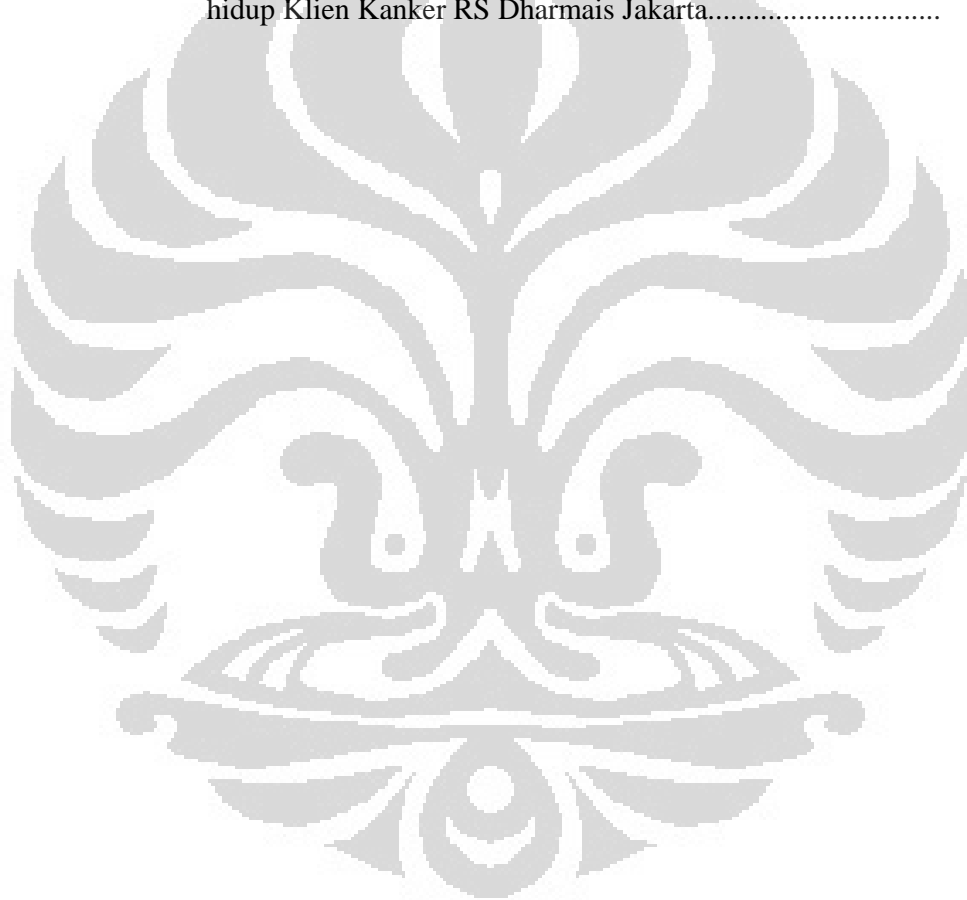
		Hal
Tabel 2,1	Tingkat Respon Ansietas.....	40
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel Variabel Penelitian.....	84
Tabel 4.1	Tehnik Analisis Kesetaraan Karakterisrik dan Variabel Penelitian Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup	109
Tabel 4.2	Analisis Bivariat Penelitian Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup	110
Tabel 4.3	Teknik analisa Multivariat Penelitian Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup	111
Tabel 5.1	Distribusi dan Analisis Kesetaraan Karakteristik klien berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status perkawinan, Penghasilan Keluarga, Jenis Kanker dan Pengobatan Klien Kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012.....	113
Tabel 5.2	Distribusi dan Analisis Kesetaraan Usia dan Lama Sakit Klien Kanker di RS RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012.....	115
Tabel 5.3	Analisis dan Kesetaraan Ansietas dan Depresi Klien Kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012.....	116
Tabel 5.4	Analisis Perubahan Ansietas dan Depresi Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi	118
Tabel 5.5	Analisis Perbandingan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	119
Tabel 5.6	Analisis Perbedaan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	120
Tabel 5.7	Analisis Kemampuan Relaksasi Dan Kesetaraan Klien Kanker Sebelum Diberikan Terapi PMR dan Logoterapi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012.....	122

Tabel 5.8	Analisis Perubahan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Sebelum dan Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	123
Tabel 5.9	Analisis Perbandingan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012	124
Tabel 5.10	Analisis Perbandingan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012	125
Tabel 5.11	Analisis Kemampuan Memaknai Hidup dan Kesetaraan Sebelum Intervensi Di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012	126
Tabel 5.12	Analisis Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Sebelum dan Sesudah Intervensi Di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	127
Tabel 5.13	Analisis Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Sesudah Intervensi Di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	129
Tabel 5.14	Analisis Perbedaan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.....	129
Tabel 5.15	Analisis Hubungan Kemampuan Relaksasi Dengan Perubahan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012	130
Tabel 5.16	Analisis Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012.....	131
Tabel 5.17	Analisis Penentuan Kandidat Multivariat Setelah Dilakukan Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012.....	132
Tabel 5.18	Model Akhir Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Dan Depresi Setelah Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012.....	133
Tabel 5.19	Analisis karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Relaksasi Setelah Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012.....	134
Tabel 5.20	Analisis karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Relaksasi Setelah Intervensi Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012.....	135



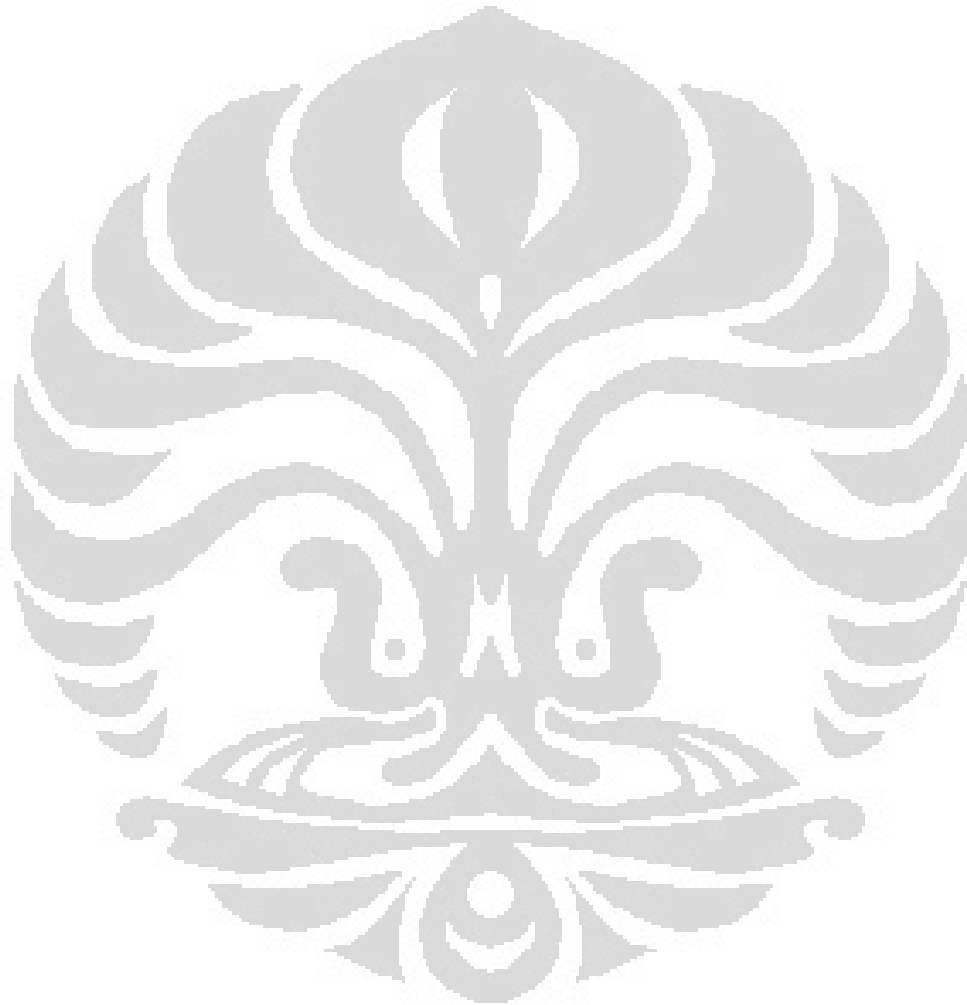
DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1.	Kerangka Teori Penelitian	80
Bagan 3.2.	Kerangka Konsep Penelitian	82
Bagan 4.1.	Kerangka Kerja Pengaruh Terapi <i>Progressive Muscle Relaxation</i> dan Logoterapi Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan memaknai hidup Klien Kanker RS Dharmais Jakarta.....	103



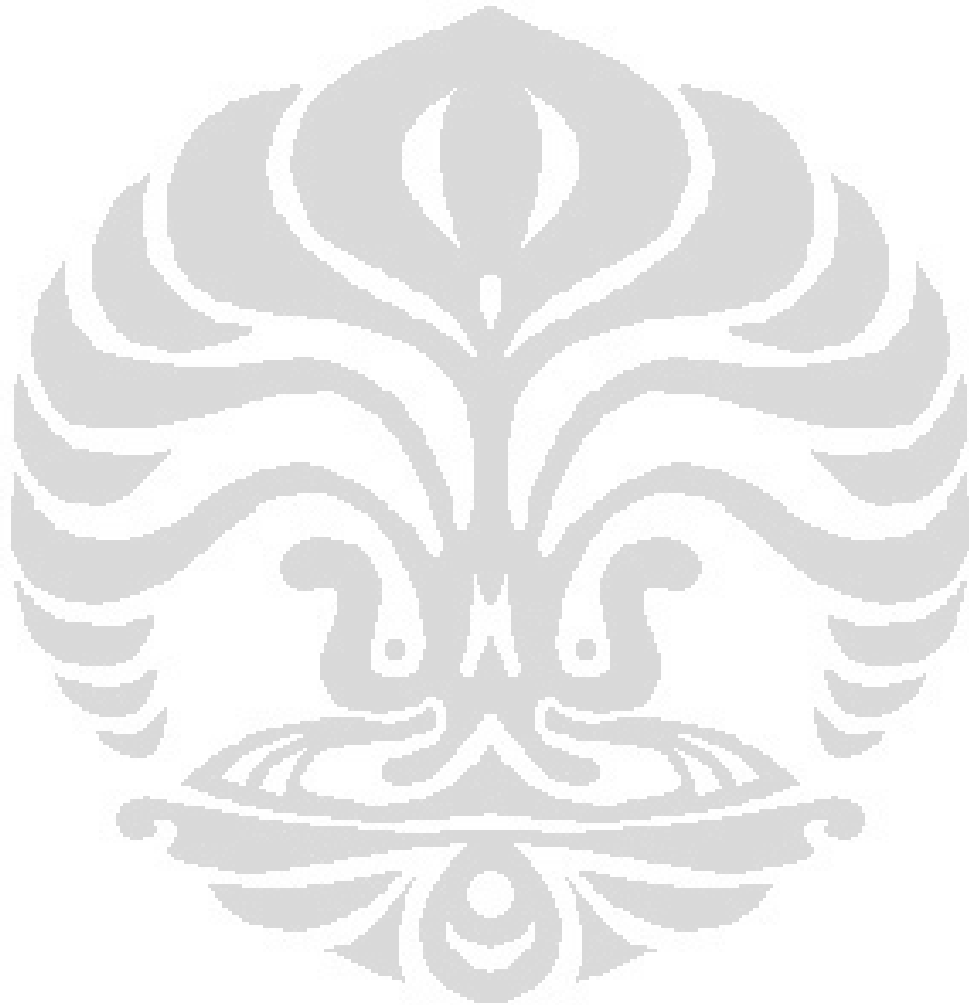
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 4.1 Desain penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i>	87



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4. Kuesioner A (Data Demografi)
- Lampiran 5. Kuesioner B (HADS)
- Lampiran 6. Kuesioner C (Kemampuan Relaksasi)
- Lampiran 7. Kuesioner D (Kemampuan Memaknai Hidup)
- Lampiran 8. Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 9. Keterangan Lulus *Expert Validity*
- Lampiran 10. Keterangan Lulus Uji Kompetensi PMR dan Logoterapi
- Lampiran 11. Surat Permohonan Izin Penelitian FIK-UI ke RS Kanker Dharmais
- Lampiran 12. Surat Permohonan Izin Penelitian FIK-UI ke RSPAD Gatot Soebroto
- Lampiran 13. Surat Ijin Penelitian RS Kanker Dharmais Jakarta
- Lampiran 14. Surat Ijin Penelitian RSPAD Gatot Soebroto
- Lampiran 15. Modul Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Buku Kerja
- Lampiran 16. Modul Logoterapi dan Buku Kerja
- Lampiran 17. Buku Evaluasi Terapi PMR dan Logoterapi
- Lampiran 18. Daftar Riwayat Hidup Peneliti



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini akan menguraikan tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Globalisasi di semua sektor berdampak pada perubahan perilaku gaya hidup individu, pola konsumsi makanan, penurunan aktivitas fisik, dan meningkatnya polusi. Seiring dengan cepatnya perkembangan dalam era globalisasi, serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit, maka masalah penyakit akibat perilaku dan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan perilaku dan sosial budaya cenderung akan semakin kompleks. Hal tersebut secara tidak sadar berpengaruh pada transisi epidemiologi pola penyakit di masyarakat dari penyebab kematian yang semula didominasi oleh penyakit menular bergeser ke penyakit tidak menular (PTM).

Kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia. Di dunia, 12% seluruh kematian disebabkan oleh kanker dan pembunuh nomor dua setelah penyakit kardiovaskular (WHO, 2005). Setiap tahun jumlah pasien kanker di dunia bertambah 6,25 juta orang dan terdapat sekitar enam juta pasien kanker baru pertahun. WHO memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang di seluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Jika tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Kondisi diatas menunjukkan bahwa kanker hampir selalu menyebabkan kematian.

Riskesdas (2007) menyatakan kanker merupakan penyebab kematian ketujuh (5,7%) setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal, dan diabetes mellitus. Jumlah pasien kanker di Indonesia mencapai 6% dari populasi. Prevalensi tumor/kanker di Indonesia mencapai 4,3 per 1000 penduduk, yang

artinya kira-kira 4 orang menderita kanker pada 1000 penduduk. Prevalensi angka kejadian kanker meningkat seiring bertambahnya usia dimana kelompok usia 44-54 tahun adalah kelompok yang tertinggi yaitu sebanyak 1,5% dan paling banyak terjadi pada perempuan (Depkes, 2006). Data ini menunjukkan bahwa kanker walaupun saat ini berada pada urutan ketujuh merupakan acaman yang serius terhadap kesehatan karena insiden dan angka kematiannya terus meningkat dari tahun ke tahun.

Hasil riset epidemiologi menunjukkan, lebih dari sepertiga kematian karena kanker di seluruh dunia disebabkan *modifiable risk factors* meliputi merokok, minuman beralkohol, diet rendah buah dan sayur, kurang aktivitas fisik, obesitas dan transmisi seksual. Di Indonesia faktor risiko yang menyebabkan tingginya kejadian kanker di Indonesia yaitu prevalensi merokok 23,7%, obesitas pada penduduk berusia ≥ 15 tahun pada laki-laki 13,9% dan pada perempuan 23,8%. konsumsi buah dan sayur yang kurang 93,6%, konsumsi makanan diawetkan 6,3%, makanan berlemak 12,8%, dan makanan dengan penyedap 77,8%. serta prevalensi kurang aktivitas fisik sebesar 48,2% (Risesdas, 2007). Data diatas menunjukkan faktor resiko yang dapat diubah berkontribusi terhadap tingginya angka kejadian kanker.

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang disebabkan oleh pertumbuhan sel jaringan tubuh yang tidak normal dimana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya sehingga sel mengalami pertumbuhan yang tidak normal dan tidak terkendali. Sel kanker bersifat ganas, tumbuh cepat serta dapat menyebar ke tempat lain dan menyebabkan kematian bila tidak segera dicegah. Kanker terjadi karena adanya perubahan mutasi DNA yang bertanggung jawab terhadap pertumbuhan dan pemulihan sel (LeMone & Burke, 2008). Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangannya, sel-sel kanker membentuk suatu massa dari jaringan ganas menyusup ke jaringan di dekatnya dan bisa menyebar ke seluruh tubuh. Penyakit ini sangat kompleks dengan berbagai manifestasi tergantung pada sistem tubuh yang dipengaruhi, dan jenis sel kanker yang terlibat.

Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal melalui proses transformasi maligna, yang terdiri dari tahap inisiasi, promosi dan progresif (Smeltzer & Bare, 2002; LeMone & Burke, 2008; Ignatovicus & Workman, 2005). Inisiasi adalah tahap awal dimana inisiator seperti zat kimia, faktor fisik dan agen biologis melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetik asam deoksiribonukleat seluler (DNA). Perubahan ini mungkin dipulihkan melalui mekanisme perbaikan DNA atau dapat mengakibatkan mutasi seluler permanen. Mutasi biasanya tidak signifikan bagi sel sampai terjadi karsinogenesis tahap kedua (Smeltzer & Bare, 2002). Pada tahap promosi, pemaparan berulang dari agen inisiator menyebabkan ekspresi informasi abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama. Lamanya periode laten ini tergantung pada tipe agens dan dosis promoter serta karakteristik sifat sel target.

Tahap selanjutnya adalah tahap progresif dimana sel-sel yang mengalami perubahan bentuk selama tahap inisiasi dan promosi menunjukkan perilaku maligna. Sel-sel tersebut menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastasis. Metastasis adalah deseminasi atau penyebaran sel maligna dari tumor primer ke tempat yang jauh dengan menyebarkan langsung sel-sel tumor ke kavitas tubuh melalui sirkulasi darah atau sirkulasi limfatik. Organ yang sering terjadi metastase adalah paru-paru, otak, tulang, hati dan kelenjar adrenal. (Smeltzer & Bare, 2002; LeMone & Burke, 2008; Ignatovicus & Workman, 2005).

Klien kanker pada umumnya mengalami gejala fisik, psikologis dan gangguan fungsional. Brem dan Kumar (2011) menyatakan gejala fisik yang muncul pada klien kanker meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer. Gejala psikologis yang muncul dapat berupa marah, mengingkari, takut akan kematian, ansietas, depresi, kesepian, isolasi, keputusasaan (Badger, *et al*, 2007; Oh & Kim, 2010). Gejala yang dapat terjadi secara bersamaan meliputi

gejala kelelahan, anoreksia, kurang tenaga, nyeri, insomnia, gelisah, depresi, ketegangan dan ketakutan (Ogce & Ozan, 2008 dalam Haryati 2009). Hal ini menunjukkan dampak kanker yang muncul dapat menurunkan kualitas hidup penderitanya.

Diagnosis kanker bagi klien merupakan stressor yang besar yang dapat menimbulkan respon psikologis dan emosional bagi klien dan keluarganya. Respon psikologis muncul bervariasi dari rasa takut terutama akan kematian, cemas, depresi, marah, tidak percaya, penyangkalan, iritabel, anoreksia, insomnia, lelah, putus asa sampai dengan keinginan untuk bunuh diri (Shatri & Djoerban, 2007). Respon tersebut awalnya dapat berupa gangguan adaptasi namun pada perjalanan penyakitnya dapat menetap menjadi sindrom depresi, ansietas atau bentuk gangguan mental emosional lainnya.

Ansietas muncul berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada pasien-pasien kanker terutama stadium lanjut (Otto, 2007). Mynatt dan Cunningham (2007) menyatakan penyebab ansietas berkaitan dengan diagnosis kanker, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dan pengobatan yang dijalani. Shatri dan Djoerban (2007) menyatakan fase diagnostik dan pengobatan, stadium dari penyakit, kepribadian, coping klien serta keadaan sosial dan spiritual dari klien dan keluarganya adalah faktor yang dapat mempengaruhi besarnya respon psikologis dan emosional yang dialami.

Selain itu persepsi klien dan keluarga tentang kanker yang selalu dikaitkan dengan kematian, masalah ketidakpastian setelah pengobatan yang dilakukan dan ketakutan akan kanker menjadi progresif atau kambuh kembali dapat meningkatkan ansietas. Ansietas dapat muncul pada klien yang memiliki riwayat keluarga atau teman dengan kanker. Masalah yang lebih serius dapat muncul bila keluarga atau teman tersebut pernah dinyatakan “sembuh” namun kemudian kambuh dan meninggal setelah pengobatan karena kanker yang

diderita. Spiegel dan Davis (2002) menyatakan ansietas dan depresi meningkat sejalan dengan keparahan penyakitnya gejala yang muncul seperti nyeri kronis dan kelelahan. Hal ini menunjukkan bahwa ansietas dapat dialami klien sepanjang perjalanan penyakitnya.

Prevalensi ansietas dan depresi meningkat sejalan dengan perjalanan penyakit dan gejala seperti nyeri dan kelelahan (Spiegel & Davis, 2003). Studi penelitian yang dilakukan Boehmer, Glickman dan Winter (2012) pada penderita kanker payudara menunjukkan ansietas muncul ketika klien di diagnosa menderita kanker dan harus menjalani terapi. Penelitian yang dilakukan Jadoon, *et al* (2010) menunjukkan bahwa klien dengan kanker akan mengalami gangguan ansietas sebesar 66% pada kelompok intervensi dan 40 % pada kelompok kontrol. Connor, *et al*, (2010) mengatakan prevalensi terjadinya ansietas pada klien dengan kanker sebesar 36,9% dan kemungkinan akan mengalami ansietas sebesar 19,18% serta yang mengalami ansietas dan depresi sebanyak 25%. Studi penelitian yang dilakukan Burgess, *et al* (2005) pada klien kanker payudara menunjukkan 33% klien mengalami ansietas dan depresi setelah di diagnosa kanker, 15% setelah satu tahun dan 45% pada klien yang mengalami kekambuhan setelah pengobatan. Hal tersebut menunjukkan ansietas dan depresi merupakan masalah psikologis yang paling banyak dialami oleh klien kanker.

Ansietas yang dialami oleh klien kanker digolongkan dalam gangguan penyesuaian dengan *anxious mood* (dengan atau tanpa depresi), *generalized anxiety disorder*, *panic disorder*, *phobia*, *post traumatic stres disorder* dan ansietas yang berhubungan dengan kondisi fisik (Otto, 2007). Stuart (2009) mengatakan gangguan fisik dapat menyebabkan ansietas karena dapat menjadi ancaman bagi integritas fisik. Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik dan dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Videback, 2008 ; Stuart, 2009). Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar

disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Nanda, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa peristiwa akut maupun penyakit kronis (kanker) serta proses adaptasinya dapat menjadi stimulus yang menyebabkan munculnya ansietas. Ansietas merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.

Depresi merupakan masalah psikologis lainnya yang banyak terjadi pada klien kanker. Depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi individu yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri. (Kaplan, 2010).

Diagnosis depresi ditegakkan bila selama 2 minggu klien menunjukkan gejala anoreksia, kelelahan, penurunan berat badan dan insomnia. Selain itu klien mengatakan perasaan sedih, kehilangan minat terhadap segala sesuatu, murung, tidak memiliki harapan, merasa terbuang dan tidak berharga (Fisch, 2004). Berdasarkan hal di atas dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan respon perasaan yang dapat menyebabkan klien mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari dan bahkan dalam aktivitas sosialnya.

Depresi pada klien kanker berkaitan dengan ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri, percaya diri, perubahan peran sosial dan gaya hidup serta masalah – masalah terkait finansial dan dampak fisik yang dialami akibat penyakit dan pengobatan yang dilakukan (Konginan, 2008). Selain itu diagnosis, stadium, jenis kanker (Mhaidat, et al, 2009); penatalaksanaan pengobatan yang dilakukan (Jim, et al, 2007; So, et al, 2011) dapat menyebabkan depresi.

Gejala depresi pada klien kanker dapat terjadi berupa: a) Respon yang normal ketika seseorang mendengar diagnosis penyakit kanker adalah rasa sedih yang mendalam karena merasa kehilangan kesehatannya. Respons normal ini adalah bagian dari spektrum gejala depresi yang batasannya mulai rasa sedih normal sampai akan menjadi gangguan penyesuaian. Pada keadaan ini gejalanya biasanya hanya berlangsung satu atau dua minggu saja, setelah itu membaik sendiri dengan berlalunya waktu dan dukungan yang baik dari keluarga, teman dan tim yang merawat; b) Gangguan penyesuaian yakni bila gejala depresinya tidak membaik berlanjut sampai lebih dari dua minggu dan gejala depresinya juga lebih berat, serta fungsi sehari-hari, aktivitas sosial dan relationship dengan orang lain sudah terganggu. Gangguan ini biasanya bercampur dengan ansietas bahkan mungkin menunjukkan obsesi terhadap gejalanya; c) Depresi major dimana gejala depresinya lebih berat dari gangguan penyesuaian dan biasanya tidak berespon dengan *support* dan perawatan yang diberikan. Gejala depresi dapat berkaitan dengan gangguan mental organik berupa delirium, demensia dan efek samping obat (Konginan, 2008). Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa gejala depresi yang muncul bervariasi dari gejala yang ringan hingga berat dan akan memunculkan dampak yang negatif bila tidak ditangani dengan baik serta akan mempengaruhi kualitas hidup klien.

Dampak depresi pada penderita kanker berupa percobaan bunuh diri yang dijumpai pada hampir 1/3 dari penderita kanker yang mengalami depresi major dan > 50% dengan gangguan penyesuaian, penelantaran diri dimana penderita menjadi tidak kooperatif, baik dalam hal pengobatan maupun menjaga stamina dan munculnya distress pada keluarga. Kondisi ini akan semakin memperparah penyakitnya dan pada akhirnya akan menurunkan kualitas hidup penderita.

Studi penelitian yang dilakukan Permatahati dan Yusuf (2006) menunjukkan prevalensi depresi pada kanker serviks uteri 31,8% penderita mengalami depresi, terdiri dari 22,7% depresi ringan, 6,8% depresi sedang dan 2,2%

depresi berat. Pada kanker payudara 40,9% penderita mengalami depresi, terdiri dari 23,9% depresi ringan, 12,5% depresi sedang, dan 4,5% depresi berat. Vahdaninia dan Omidvari (2010) dalam penelitiannya menunjukkan 22,2 % klien dengan kanker payudara mengalami depresi berat. Studi penelitian yang dilakukan oleh Celik, *et al* (2010) juga menunjukkan hasil klien kanker yang mengalami depresi ringan 64,2%, depresi sedang sebanyak 17,6% dan depresi berat 19,2%. Studi penelitian cohort yang dilakukan oleh Szoc, *et al* (2009) menunjukkan hasil klien yang mengalami ansietas dengan depresi sebanyak 12,45%, ansietas 35,7% dan depresi 24,3%. Berdasarkan studi-studi penelitian diatas dapat disimpulkan depresi merupakan respon psikologis yang sangat banyak terjadi pada klien kanker setelah ansietas.

Pada klien kanker dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa yang sesuai. Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Otto, 2007). Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan yang muncul berupa intervensi keperawatan generalis dan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart, 2009). Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien mengurangi tingkat ansietas dan ketidakberdayaan. Sedangkan intervensi keperawatan spesialis diberikan bila intervensi generalis tidak mampu mengatasi masalah ketidakberdayaannya, khususnya pada pasien kanker yang selalu memandang dirinya seorang yang lemah, tidak berdaya, putus asa dan sering mengalami kondisi depresi bila mengingat kematian yang akan dialaminya.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada klien dengan ansietas adalah terapi individu seperti terapi kognitif, terapi perilaku, *thought stopping*, *Progressive muscle relaxation* (PMR) dan terapi kognitif perilaku serta Logoterapi individu. Terapi kelompok berupa terapi suportif dan Logoterapi ; terapi keluarga berupa psikoedukasi keluarga (Issacs, 2005 ; Varcolis, 2006 ; Stuart, 2009). Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada

klien depresi dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan keputusan adalah Terapi Individu seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan terapi Kognitif – Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); Terapi Kelompok, seperti terapi Suportif dan Logoterapi (*Logotherapy*); Terapi Keluarga, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga; dan terapi Komunitas, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertif Community Therapy (ACT)* (Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007; Stuart, 2009). Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa PMR dan Logoterapi merupakan bentuk terapi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien kanker untuk mengurangi ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial.

PMR merupakan satu bentuk terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot –otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut pada kelompok otot utama (Synder & Lindquist, 2002; Kondo,*et al*, 2009; Supriati, 2010; Alini, 2012). Latihan relaksasi ini bertujuan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka klien dapat merasakan hilangnya ketegangan sebagai salah satu respon ansietas dengan lebih jelas di mana terapi PMR dapat merangsang pengeluaran zat kimia endorphin dan enkefalin serta merangsang signal otak yang menyebabkan otot rileks dan meningkatkan aliran darah ke otak.

Ketegangan otot adalah salah satu respon dari ansietas yang dialami oleh klien dengan penyakit fisik termasuk kanker. Penelitian yg dilakukan Yildirim dan Fadilogu (2006) mengatakan bahwa PMR dapat menurunkan tingkat ansietas dan meningkatkan kualitas hidup pada penderita gagal ginjal yang menjalani dialisa. Studi penelitian yang dilakukan Supriati (2010) menunjukkan klien dengan penyakit fisik yang mendapatkan terapi PMR dan *Thought stopping*

mengalami penurunan tingkat ansietas yang ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala ansietas yang meliputi gejala fisiologis, kognitif dan emosi serta komposit ansietas yang bermakna. Brem dan Kumar (2011) menyatakan PMR adalah suatu bentuk terapi relaksasi yang dapat diberikan pada klien kanker untuk mengurangi ansietas dan depresi. Studi penelitian yang dilakukan Kondo *et.al*, (2009) menunjukkan hasil bahwa terapi PMR memberikan efek relaksasi pada klien kanker yang mengalami kecemasan. Studi penelitian yang dilakukan Cheung *et al* (2003) juga menunjukkan hasil PMR dapat menurunkan tingkat ansietas dan meningkatkan kualitas hidup pada klien kanker kolorektal dengan pemasangan stoma. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa PMR adalah salah satu terapi relaksasi yang dapat digunakan untuk mengatasi ansietas pada klien dengan kanker dan penyakit kronis lainnya.

Logoterapi adalah suatu jenis psikoterapi yang pertama kali dikembangkan oleh Viktor Frankl (1938 dalam Bastaman, 2007). Terapi ini dapat melihat individu secara holistik yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri, kemampuan individu dalam mengatasi stres dan menemukan makna hidup (Marshall, 2011). Logoterapi membuat klien menyadari tanggung jawabnya, pilihan pada dirinya, untuk apa dan siapa dia memahami dirinya untuk bertanggung jawab (Frank, 2003). Terapi ini dapat diberikan pada klien dengan kondisi penyakit terminal, penyakit kronik, *post trauma syndrome distress*, kergantungan alkohol, berduka, depresi, gangguan kepribadian, *obsessive compulsive disorder* dan *phobia* (Bastaman, 2007; Lantz, 1998). Berdasarkan hal tersebut maka logoterapi dapat digunakan sebagai terapi bagi klien yang memiliki masalah psikososial.

Lantz (1998) menyatakan logoterapi dapat diberikan pada klien dengan penyakit kronis untuk membantu klien menemukan makna dan tujuan hidup dalam penderitaan yang dialaminya. Jahoda (200) menyatakan logoterapi adalah bentuk psikoterapi yang digunakan pada klien kanker untuk menemukan makna hidup dalam penderitaan yang dialaminya. Studi

penelitian yang dilakukan Kanine (2011) menunjukkan logoterapi berpengaruh terhadap penurunan respon ketidakberdayaan klien diabetes mellitus. Selain itu studi penelitian yang dilakukan oleh Kyung *et al* (2009) menunjukkan hasil logoterapi sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker terminal. Hal ini menunjukkan bahwa logoterapi dapat digunakan sebagai satu terapi spesialis pada pasien dengan penyakit kronis termasuk kanker.

Penelitian ini menggunakan kombinasi terapi PMR dan logoterapi dengan *tehnik medical ministry* untuk menurunkan ansietas dan depresi yang dialami oleh klien dengan kanker. Studi penelitian yang dilakukan oleh Kanine (2011) menyatakan bahwa logoterapi dengan *tehnik medical ministry* efektif dalam menurunkan respon ketidakberdayaan klien dengan penyakit kronis tapi belum secara optimal terhadap penurunan kecemasan, gangguan pola tidur, respon emosional, pikiran negatif dan keputusasaan yang merupakan akibat dari respon ketidakberdayaan sehingga peneliti mengasumsikan bahwa perlu adanya terapi lain seperti PMR yang dapat dikombinasikan dengan logoterapi untuk menurunkan masalah ansietas dan depresi yang timbul sebagai akibat dari penyakit kanker yang dialami klien. Hal tersebut diatas menjadi alasan peneliti tertarik mengkombinasikan PMR dan logoterapi. Penelitian dilakukan di RS Dharmais Jakarta.

Rumah Sakit Dharmais didirikan pada tahun 1991-1993 oleh yayasan Dharmais dan diresmikan pada tanggal 30 Oktober 1993. Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 72/Menkes/SKI/I/1993 tanggal 25 Januari 1993 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Dharmais adalah rumah sakit milik pemerintah yang pengelolaannya diserahkan kepada yayasan Dharmais diselenggarakan oleh dewan penyantun dan sehari-harinya dilaksanakan oleh badan pelaksana harian badan penyantun yayasan Dharmais Sesuai dengan surat keputusan di atas ditetapkan pula bahwa Rumah Sakit Dharmais sebagai pusat kanker nasional yang merupakan pusat rujukan tertinggi jaringan pelayanan kanker di Indonesia. Rumah Sakit Dharmais

merupakan salah satu rumah sakit rujukan nasional di bidang penanggulangan kanker di Indonesia dan menyelenggarakan pelayanan penyembuhan dan perawatan penderita secara paripurna, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan kanker secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dengan berorientasi kepada kepentingan masyarakat serta upaya-upaya peningkatan status kesehatan lainnya. Adapun 10 besar kanker terbanyak pada kasus baru di RS Kanker Dharmais terdiri dari kanker payudara (711 kasus), kanker servix (296 kasus), kanker paru (117 kasus), kanker ovarium (113 kasus), kanker nasofaring (101 kasus), kanker rekti (86 kasus), kanker usus besar (82 kasus), hepatoma (75 kasus) dan lymphoma non hodgkin's (56 kasus)

Kinerja RS Dharmais dapat dilihat dari efisiensi pelayanannya. Penilaian efisiensi pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari indikator *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Turn Over Interval (TOI)*, *Length of Stay (LOS)*. BOR pada tahun 2010 sebesar 76,1 % dan mengalami peningkatan menjadi 78,0% pada tahun 2011. Angka TOI kira-kira 3 hari . Hal ini disebabkan RS Dharmais adalah rumah sakit kanker rujukan nasional. Rata-rata LOS berkisar dari 9 sampai 10 hari. Hal ini terjadi karena klien kanker membutuhkan waktu perawatan yang lebih panjang untuk diagnosis dan pengobatan. Selain itu kunjungan pasien baru pada tahun 2010 sebesar 12.301 meningkat menjadi 12.957 pada tahun 2011. Kunjungan pasien lama sebesar 104.557 pada tahun 2010 meningkat menjadi 114.468 kunjungan pada tahun 2011. (Laporan Kinerja RS Kanker Dharmais, 2011). Data di atas terlihat terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien baru dan pasien lama.

Berdasarkan uraian dan hasil temuan penelitian yang ada dan belum adanya kombinasi terapi individu PMR dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker maka peneliti tertarik untuk menerapkan terapi PMR yang merupakan bagian dari terapi relaksasi dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.2 Rumusan Masalah

Setelah membahas tentang kanker dan terapi yang dapat diberikan pada klien kanker untuk mengatasi masalah ansietas dan depresi, maka dapat dirumuskan masalah penelitian adalah :

- 1.2.1 Ansietas dan depresi adalah masalah psikologis yang paling banyak ditemukan pada klien kanker.
- 1.2.2 Belum adanya deteksi terhadap masalah psikososial ansietas dan depresi pada klien kanker dan belum optimalnya asuhan keperawatan pada masalah ansietas dan depresi pada klien dengan kanker.
- 1.2.3 Belum adanya pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi untuk klien ansietas dan depresi.

Penelitian ini melakukan kombinasi terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker. Adapun pertanyaan penelitian ini adalah :

- 1.2.1 Bagaimana pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.2.2 Bagaimana pengaruh terhadap terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup dalam mengatasi ansietas dan depresi pada klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.2.3 Adakah karakteristik klien berkontribusi terhadap kejadian ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Diketahui karakteristik klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta
- 1.3.2.2 Diketuainya pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.3.2.3 Diketuainya pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap depresi klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta
- 1.3.2.4 Diketuainya pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.3.2.5 Diketuainya pengaruh logoterapi terhadap kemampuan memaknai hidup pada klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.3.2.6 Diketuainya hubungan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup dengan ansietas klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta.
- 1.3.2.7 Diketuainya hubungan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup dengan depresi klien kanker RS Kanker Dharmais Jakarta
- 1.3.2.8 Diketahui perbedaan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker yang mendapat terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi dengan klien kanker yang hanya mendapat logoterapi.
- 1.3.2.9 Diketuainya karakteristik klien yang berkontribusi pada kemampuan ansietas dan depresi, kemampuan relaksasi serta kemampuan memaknai hidup pada klien kanker di di RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Pemberian terapi *progressive muscle relaxation* dan Logoterapi pada klien kanker dengan ansietas dan depresi di RS Kanker Dharmais Jakarta diharapkan bermanfaat sebagai :

- 1.4.1.1 Panduan perawat spesialis jiwa dalam melaksanakan terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker.
- 1.4.1.2 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya kesehatan jiwa klien kanker sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
- 1.4.1.3 *Evidence based* bagi perawat spesialis jiwa dalam memberikan alternatif terapi spesialis pada klien dengan kanker.
- 1.4.1.4 Dasar bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam melakukan praktik mandiri keperawatan jiwa.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

- 1.4.2.1 Perbandingan keefektifan berbagai terapi yang dapat diberikan pada klien kanker dengan ansietas dan depresi yaitu terapi generalis dan terapi spesialis yang meliputi *thought stopping, cognitive therapy, cognitive behaviour therapy, progressive muscle relaxation* dan logoterapi.
- 1.4.2.2 Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan konsep terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi.

1.4.3 Manfaat Metodologi

- 1.4.3.1 Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam mengatasi kondisi ansietas dan depresi klien kanker.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini dapat sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menurunkan ansietas dan kondisi depresi pada klien kanker dengan menggunakan desain penelitian lainnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan serta rujukan dalam penelitian, maka dalam bab ini akan dipaparkan tinjauan teoritis yang berkaitan dengan ansietas, depresi, Terapi *Progressive muscle relaxation* dan *Logoterapi* pada klien dengan kanker serta pedoman pelaksanaan Terapi *Progressive muscle relaxation* dan *Logoterapi* pada klien dengan kanker.

2.1 Kanker

Kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia. Di dunia, 12% seluruh kematian disebabkan oleh kanker dan pembunuh nomor dua setelah penyakit kardiovaskular. WHO (2005) memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang di seluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Jika tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Ironisnya, kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang (*International Union Against Cancer /UICC, 2009*).

2.1.1 Pengertian

Kanker merupakan penyakit yang kompleks dengan manifestasi yang bervariasi yang tergantung dari jenis sel kanker dan sistem yang dipengaruhi di tubuh. Kanker terjadi karena adanya perubahan mutasi DNA yang bertanggung jawab terhadap pertumbuhan dan pemulihan sel. Sel kanker bersifat ganas, tumbuh cepat serta dapat menyebar ke tempat lain dan menyebabkan kematian bila tidak segera dicegah (LeMone & Burke, 2008). Smeltzre dan Bare (2002) menyatakan kanker adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal diubah oleh mutasi sel genetic dari DNA seluler. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kanker terjadi disebabkan oleh pertumbuhan sel jaringan tubuh yang tidak normal dimana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya sehingga sel mengalami pertumbuhan yang tidak normal dan tidak terkendali.

2.1.2 Etiologi

Kanker terjadi disebabkan oleh tiga faktor saling berinteraksi mempengaruhi perkembangan sel kanker. Ketiga faktor tersebut adalah aktivasi onkogen, faktor eksternal dan faktor lain.

2.1.2.1 Aktivasi onkogen.

Mekanisme karsinogenesis terjadi melalui aktivasi proto-onkogen menjadi onkogen. Ketika sel yang normal terpapar pada karsinogen, DNA sel yang normal tersebut akan mengalami kerusakan atau mutasi. Onkogen ini akan menimbulkan banyak masalah jika teraktivasi oleh agen karsinogen. Aktivasi oleh beberapa agen onkogenik yang spesifik akan menyebabkan jenis kanker yang spesifik.

2.1.2.2 Faktor eksternal

a. Karsinogen kimia.

Banyak bahan kimia, obat-obatan dan produk lainnya yang digunakan sehari-hari merupakan bahan karsinogen atau yang diduga merupakan karsinogen. Beberapa diantaranya adalah karsinogen murni yang dapat menginisiasi dan membantu perkembangan sel kanker (LeMone dan Burke, 2008). Tembakau merupakan salah karsinogen kimia yang menyebabkan kematian lebih dari 30% penderita kanker di Amerika Serikat (*American Cancer Society*, 2005 dalam Ignativikus dan Workman, 2005). Selain itu *polycyclic hydrocarbons*, *benzopyrene arsenic*, *polymerester*, *carbon tetrachloride*, *asbestos* dan *phenol* merupakan zat kimia yang dapat menyebabkan kanker (LeMone dan Burke, 2008). Zat kimia ini akan mengganggu struktur DNA pada bagian tubuh yang terpajan. Hepar, paru-paru dan ginjal adalah organ yang paling sering terkena. Hal ini diduga karena peran organ-organ tersebut dalam mendetoksifikasi zat-zat kimia.

b. Karsinogen fisik

Radiasi *ultra violet* (UV) merupakan salah satu faktor yang kontribusi terhadap kejadian kanker kulit. Radiasi UV dengan panjang gelombang 280 - 320 nm dapat menimbulkan *pyrimidine dimmer* yang padat merusak *fosfodiester* DNA (Ignativikus dan Workman,2005). Smeltzre dan Bare (2002) menyatakan faktor-faktor seperti gaya berpakaian, penggunaan tabir surya, pekerjaan, kebiasaan rekreasi dan lingkungan seperti kelembaban, ketinggian serta tempat yang luas semuanya berperan dalam resiko pemajanan terhadap sinar ultra violet. Selain itu Smeltzre dan Bare (2002); Ignativikus dan Workman, (2005) menyatakan bahwa iritasi/inflamasi kronik dan trauma jaringan diduga dapat menyebabkan kanker karena dapat menyebabkan diferensiasi sel abnormal. Lesi dan tumor benigna memiliki kecenderungan untuk menjadi maligna. Oleh sebab itu penanganan inflamasi dan trauma jaringan harus dilakukan dengan baik.

c. Karsinogen Virus

LeMone dan Burke (2008) menyatakan faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kanker terdiri dari golongan virus seperti herpes simplex virus tipe I dan II, *Human Cytomegalovirus* (HCMV), *Epstein-Barr virus* (EBV), *Human Herpesvirus -6* (HHV-6), Hepatitis B virus, *Papilomavirus Human* (HPV) dan *Human T- Lymphotropic viruses*. Ketika virus menginfeksi sel tubuh maka virus akan merusak rantai DNA dan akan mengakibatkan mutasi pada DNA sel normal dan mengaktivasi onkogen serta merusak gen supresor.

d. Faktor diet/makanan

Faktor makanan diduga berkaitan dengan 40%-60% dari semua kanker. Substansi makanan dapat bersifat proaktif (protektif), karsinogenik dan ko-karsinogenik. Resiko kanker akan meningkat

sejalan dengan konsumsi jangka panjang karsinogenik dan ko-karsinogenik dan tidak adanya substansi protektif terhadap karsinogenik dan ko-karsinogenik dalam diit (Smeltzre & Bare, 2002). Faktor makanan/diet berupa diet rendah serat, mengkomsumsi daging merah dan lemak hewan yang berlebihan, metode penyajian, makanan yang terkontaminasi, dan penggunaan zat-zat makanan tambahan (penyedap rasa, pemanis buatan) dapat mendukung perkembangan sel kanker (Ignativicus & Workman, 2005). Menurut Smeltzre dan Bare (2002) substansi diit yang berkaitan dengan peningkatan resiko kanker mencakup tingginya konsumsi lemak, penggunaan alkohol, daging yang diasinkan atau diasap, makanan yang mengandung nitrit. Hal tersebut didukung oleh hasil Riskesdas (2007) yang menunjukkan prevalensi kurang konsumsi buah dan sayur 93,6%, konsumsi makanan diawetkan 6,3%, makanan berlemak 12,8%, dan makanan dengan penyedap 77,8%. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan faktor resiko berkontribusi terhadap tingginya angka kejadian kanker.

2.1.2.3 Faktor lain

Faktor lain yang diduga terkait dengan kanker adalah usia, jenis kelamin, riwayat genetik, dan etnik/ras (Black & Hawks, 2005). Usia menjadi salah satu faktor yang beresiko karena peningkatan masa hidup memungkinkan memanjangnya pemaparan terhadap karsinogen. Wanita memiliki resiko yang lebih rendah terkena kanker dibandingkan pria. Faktor genetik juga memainkan peran dalam pembentukan sel kanker. Jika kerusakan DNA terjadi pada sel dimana pola kromosomnya abnormal, dapat terbentuk sel-sel mutan. Selain itu proto-onkogen dan prekursor onkogen juga diturunkan secara genetik.

2.1.3 Patofisiologi

Perkembangan sel kanker dikenal dengan karsinogenesis. Proses perubahan sel normal menjadi sel kanker disebut dengan transformasi. Transformasi berlangsung dalam 4 tahapan yang diawali oleh tahap inisiasi. Tahap inisiasi adalah tahap awal proses transformasi maligna, dimana inisiator seperti zat kimia, faktor fisik dan agen biologis melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetic asam deoksoribonukleat seluler (Smeltzre & Bare, 2002). Kerusakan yang terjadi pada tahap ini mungkin dapat dipulihkan melalui mekanisme perbaikan DNA atau dapat mengakibatkan terjadinya mutasi seluler permanen.

Tahap selanjutnya adalah tahap promosi. Pada tahap ini sel yang telah mengalami mutasi akan berlanjut menjadi ganas (Smeltzre & Bare, 2002; Ignativicus & Workman, 2005). Kelainan genetik dalam sel atau bahan lainnya yang disebut promotor, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Pemajanan berulang-ulang oleh inisiator agen akan menyebabkan terjadinya hasil interaksi antara faktor kedua dengan sel yang sudah terinisiasi sebelumnya. Agen promosi bekerja dengan mengubah informasi genetik dalam sel, meningkatkan sintesis DNA, meningkatkan salinan pasangan gen dan mengubah pola komunikasi antar sel sehingga terbentuk sel yang telah mengalami mutasi. Tahap ini disebut juga dengan periode laten. Periode laten ini dapat berjalan dalam bulan sampai hitungan tahun.

Sel-sel yang sudah mengalami mutasi tersebut akan memproduksi sel-sel mutan yang berbeda dengan sel induknya. Kemudian sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama tahap inisiasi dan promosi, mulai memperlihatkan perilaku keganasan pada tahap progresi. Tahap ini melibatkan morfologi dan fenotif dalam sel yang menunjukkan perilaku keganasan seperti invasi ke jaringan sekitarnya dan melakukan metastase (Smeltzre & Bare, 2002). Lewis, Heitkemper dan Dirksen (2007) dan

LeMone dan Burke (2008) menyatakan tahap metastase adalah tahap keempat yang dilalui oleh sel kanker tersebut . Metastase merupakan kemampuan sel yang menyebar ke organ lain yang jauh dari tempat asalnya yang dapat terjadi melalui perluasan sel ke jaringan sekitarnya melalui penetrasi ke dalam pembuluh darah, melepaskan sel tumor dan menginvasi jaringan sekitar. Berdasarkan patofisiologi diatas dapat disimpulkan pemajanan berulang-ulang sel dengan karsinogen dapat menyebabkan sel mengalami mutasi. Sel yang mengalami mutasi tersebut yang akan berkembang menjadi sel kanker.

2.1.4 **Grading dan Stadium Kanker**

Ignativicus dan Workman (2008) menyatakan *grading* pada klien kanker terdiri dari :

G0 : *grade* tidak dapat ditentukan dimana jaringan masih normal

G1: sel tumor berdiferensiasi dengan baik, hanya sedikit penyimpangan dari sel normal

G2 : sel tumor berdiferensiasi sedang dimana tampak perubahan struktur dari sel namun sel masih memiliki beberapa karakteristik sel normal

G3 : sel tumor berdiferensiasi buruk dimana tampak perubahan struktur yang sangat besar dibandingkan jaringan induknya namun jaringan induk masih dapat dibedakan.

G4 : sel tumor berdiferensiasi sangat buruk dan anaplasti dimana sel tidak memiliki kesamaan dengan sel induknya sehingga sangat sulit untuk menentukan jaringan induknya

Sementara stadium kanker dapat diklasifikasikan dengan menggunakan sistim TNT yang terdiri dari tiga hal yaitu tumor size (T), node (N) dan metastase (M). Adapun klasifikasinya adalah :

Tx : tumor primer yang tidak dapat diukur

T0 : tidak ditemukan tumor primer

Tis : tumor in situ

T1-T4 : tumor primer semakin besar dan semakin jauh menginfiltrasi jaringan dan organ sekitarnya

Nx : kelenjar limfe regional tidak diperiksa

N0 : tidak terdapat metastase pada kelenjar limfe regional

N1-N3 : menunjukkan banyaknya kelenjar limfe regional yang terlibat, ada atau tidaknya filtrasi di alat dan organ yang berdekatan

M0 : metastase belum dapat dinilai

M1 : tidak terdapat metastase jauh

M2 : terdapat metastase jauh.

2.1.5 Penatalaksanaan Kanker

Penatalaksanaan kanker secara umum dapat dilakukan dengan radioterapi/radiasi, kemoterapi dan pembedahan, (Smeltzre & Bare, 2002 ; Black & Hawk, 2005 ; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007; LeMone & Burke, 2008).

Radiasi merupakan suatu pengobatan yang berfokus pada penyinaran terhadap sel kanker melalui ionisasi dan radiasi. 60% klien dengan kanker mendapatkan terapi radiasi (Otto, 2007). Radiasi ionisasi digunakan untuk menghambat pertumbuhan sel kanker. Ada dua tipe radiasi ionisasi yang digunakan yaitu sinar elektromagnetik (sinar X dan sinar gamma) dan radiasi partikel (sinar alfa, beta dan gamma). Frekuensi dan lama radiasi pada klien kanker tergantung dari tipe dan tahap kanker. Ada dua jenis terapi radiasi yaitu terapi radiasi internal dan terapi radiasi eksternal. Penggunaan terapi radiasi sering diberikan bersamaan dengan pembedahan. Radiasi dapat diberikan sebelum pembedahan untuk mengurangi ukuran kanker atau dilakukan setelah pembedahan untuk membunuh sel kanker.

Ignatovicus dan Workman (2006) efek samping radiasi adalah mual, muntah, penurunan jumlah sel darah putih, infeksi/peradangan, reaksi pada kulit seperti terbakar sinar matahari, rasa lelah, sakit pada mulut dan tenggorokan, diare dan kebotakan. Otto (2007) menyatakan 90% klien kanker yang menjalani terapi ini mengalami kelelahan, 15% mengalami supresi sumsum tulang. Semakin sering terapi radiasi ini dilakukan maka semakin sering klien merasakan efek samping terapi. Kondisi ini dapat menyebabkan munculnya ansietas, perasaan tidak nyaman.

Kemoterapi adalah terapi yang dilakukan dengan menggunakan preparat antineoplastik (sitostatika) sebagai upaya untuk membunuh sel kanker dengan mengganggu fungsi dan reproduksi selular. Namun obat-obatan anti kanker tidak dapat mengenali sel-sel kanker secara spesifik, dan akan membunuh sel-sel lain yang membelah secara aktif. Kemoterapi diberikan melalui infus atau dapat juga melalui oral. Pelaksanaan kemoterapi sangat bervariasi tergantung pada tipe, stadium kanker dan tipe kemoterapi serta tujuan pengobatan (Smeltzer & Bare, 2002)..

LeMone dan Burke (2008) menyatakan efek samping kemoterapi yang sering ditemukan pada klien kanker yang menjalani kemoterapi adalah nyeri, supresi sumsum tulang yang menyebabkan trombositopenia, anemia, dan leucopenia, mual muntah, alopesia. Mukositis dapat terjadi pada rongga mulut (*stomatitis*), lidah (*glositis*), tenggorok (*esofagitis*), usus (*enteritis*), rectum (*proktitis*) dan mual, muntah. Efek samping yang ditimbulkan oleh penggunaan obat-obat sitostatika diatas akan memberikan rasa tidak nyaman pada klien oleh sebab itu perlu dipertimbangkan upaya untuk meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi efek samping kemoterapi tersebut. Pelaksanaan program kemoterapi yang kadang membutuhkan waktu yang lama, serta dampak efek samping yang dirasakan dapat memunculkan reaksi psikologis seperti kelelahan, ansietas dan depresi.

Tindakan pembedahan hingga saat ini masih merupakan pengobatan yang terbaik dan sering digunakan. Pembedahan dilakukan sebagai metode pengobatan primer, metode diagnostik, profilaktik, paliatif dan rekonstruktif (Smeltzer & Bare, 2002). Pembedahan primer bertujuan untuk mengangkat seluruh tumor dan jaringan sekitarnya yang terkena termasuk nodus limfe regional. Pembedahan diagnostik dilakukan melalui biopsy untuk menganalisa jaringan dan sel-sel yang diduga ganas. Pembedahan profilaktik adalah pengangkatan jaringan atau organ non vital yang memungkinkan untuk menjadi sel kanker. Kolektomi dan mastektomi adalah prosedur bedah yang paling umum dilakukan secara profilaksis pada individu yang secara signifikan beresiko tinggi karena riwayat keluarga. Bedah paliatif dilakukan dengan tujuan untuk menghilangkan komplikasi dari kanker seperti ulserasi, obstruksi, pendarahan, nyeri dan infeksi. Bedah rekonstruksi dilakukan sebagai upaya untuk memperbaiki fungsi atau memperoleh efek kosmetik yang dikehendaki. Dampak dari pembedahan adalah nyeri, intoleransi aktifitas, resiko infeksi. (Smeltzer & Bare, 2002).

Perubahan *body image* akan berdampak pada fungsi psikologis klien. Pembedahan dapat mengakibatkan perubahan bentuk dan ukuran tubuh. Pada klien kanker payudara yang menjalani mastektomi akan mengalami stres karena tindakan tersebut sehingga mereka akan mulai memakai baju yang sangat longgar untuk menyamarkan bentuk payudara mereka atau menjadi pobia sosial dan menarik diri dari interaksi dengan orang lain (Tavistock & Routledge, 2002).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pilihan penatalaksanaan pengobatan pada klien kanker harus berdasarkan pada tujuan yang realistis dan dapat dicapai untuk setiap tipe kanker yang spesifik. Tidak ada pengobatan yang secara langsung mengatasi kanker, kombinasi beberapa terapi diperlukan tergantung dari tipe, stadium

kanker dan tujuan dari pengobatan. Tindakan pengobatan yang dilakukan akan berdampak pada respon psikologis seperti kelelahan, ansietas dan depresi.

2.2 Konsep Ansietas dan Depresi Pada Klien kanker.

Kanker merupakan penyakit kronis yang mengancam kehidupan. Kanker dianggap sebagai satu stresor yang dapat menimbulkan masalah psikologis. Masalah psikologis yang paling banyak ditemukan pada klien kanker adalah ansietas dan depresi.

2.2.1 Pengertian Ansietas dan Depresi

Ansietas dan depresi merupakan masalah psikososial yang paling banyak terjadi pada klien kanker. Stuart (2009) mendefinisikan ansietas sebagai suatu reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak pasti dan tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam. NANDA (2010) menyatakan bahwa ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Varcarolis (2010) mendefinisikan ansietas sebagai perasaan takut, ketidakpastian, gelisah atau ketakutan akibat ancaman nyata atau dirasakan Berdasarkan pengertian diatas dapat didefinisikan ansietas pada klien kanker adalah suatu pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan, ketidakpastian atau ketakutan yang berhubungan dengan persepsi dari ancaman yang nyata maupun yang tidak nyata terhadap kanker yang dideritanya.

Ansietas dapat dialami oleh klien kanker sepanjang masa sakitnya seperti sebelum dan sesudah diagnosa ditegakkan dan saat menjalani pengobatan (Otto,2007). Hal ini berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada klien-klien kanker terutama stadium lanjut (Shaha, 2008). Otto (2007) menggolongkan

ansietas yang dialami oleh klien kanker ke dalam gangguan penyesuaian dengan *anxious mood* (dengan atau tanpa depresi), *generalized anxiety disorder*, *panic disorder*, *phobia*, *post traumatic stres disorder* dan ansietas yang berhubungan dengan kondisi fisik.

Berbagai studi epidemiologi menunjukkan bahwa masalah psikososial pada klien kanker paling banyak ditemukan adalah ansietas (dengan atau tanpa depresi). Studi penelitian yang dilakukan Jadoon *et all* (2010) menunjukkan bahwa klien dengan kanker akan mengalami gangguan kecemasan sebesar 66 % pada kelompok intervensi dan 40 % pada kelompok kontrol. Connor *et all*, (2010) menyatakan prevalensi terjadinya ansietas pada klien dengan kanker sebesar 36,9 % dan kemungkinan akan mengalami ansietas sebesar 19,18% serta yang mengalami ansietas dan depresi sebanyak 25%. Studi penelitian yang dilakukan Karabulutlu, *et al* (2010) menyatakan 61,5 % klien kanker di Turki mengalami ansietas. Jadi dapat disimpulkan kanker adalah stresor yang dapat menimbulkan respon psikologis berupa ansietas yang muncul akibat dari ketidakpastian diagnosa penyakit, efektifitas pengobatan yang dilakukan dan persepsi klien terhadap kanker itu sendiri.

Masalah psikologis lainnya yang banyak terjadi pada klien kanker adalah depresi. Videbeck (2008) menyatakan depresi merupakan salah satu gangguan *mood* atau gangguan alam perasaan. Kondisi tersebut dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain.

Depresi dapat terjadi pada setiap orang. Orang dewasa yang berusia 25 – 44 tahun beresiko lebih tinggi mengalami depresi. Depresi kebanyakan juga dialami pada wanita. Wanita mengalami depresi satu setengah kali

sampai dua kali dibandingkan pria. Penelitian terhadap epidemiologi menunjukkan bahwa insiden depresi pada pria berkisar pada 7 – 12 %, sedangkan pada wanita pada 20 – 25 % (Frisch & Frisch, 2006). Townsend (2009) juga menyatakan wanita memiliki kecenderungan 10-25% mengalami depresi dan pria 5-12%. Hal tersebut didukung oleh Kaplan dan Sadock (2010) yang menyatakan wanita memiliki kecenderungan mengalami depresi dua kali lebih besar dari pria. Depresi lebih banyak terjadi pada rentang usia 20-50 tahun. Gangguan depresi berat terjadi sebesar 10% pada klien yang berobat di fasilitas kesehatan primer dan 15% di tempat rawat inap.

Individu yang beresiko tinggi terjadinya depresi adalah individu yang mengalami masalah/gangguan kesehatan fisik yang kronis seperti penyakit neurologi, endokrin, metabolisme/ nutrisi, infeksi kronis, dan penyakit kronis lainnya (Varcarolis, 2009) termasuk kanker. Depresi merupakan gangguan psikiatrik yang sering dialami penderita kanker dengan prevalensi 15-25% atau lebih, tergantung jenis dan stadium kankernya (*National Cancer Institute*, 2011), kira-kira 15-25% pasien kanker mengalami depresi. Depresi dapat sangat mempengaruhi proses pengobatan dan penyembuhan kanker, melalui dampak gejala depresi, dampak tak langsung pada sistem imun, dan pengaruh disregulasi pada HPA aksis. Bila tidak ditangani dengan adekuat, akan memperburuk prognosis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan kualitas hidup.

Wibisono (2011) menyatakan kriteria diagnosis depresi pada penderita kanker sama dengan kriteria DSM-IV ataupun ICD-10, namun secara klinis tidak mudah, karena banyaknya keluhan/gejala lain yang menyatu, seperti gejala depresi, baik dari gejala kanker, efek samping obat, ataupun komplikasi komorbid lain. Selain penyebabnya yang dibebani dengan stres dari kondisi kanker yang memiliki aspek yang tidak mudah diadaptasi, juga dampak berbagai pengobatan kanker yang dapat

memperberat kondisi depresi, interaksi obat, komorbiditas yang sering terjadi, dan dampak lingkungan yang kompleks.

Studi penelitian yang dilakukan Permatahati dan Yusuf (2006) menunjukkan prevalensi depresi pada kanker serviks uteri 31,8% penderita mengalami depresi, terdiri dari 22,7% depresi ringan, 6,8% depresi sedang dan 2,2% depresi berat. Pada kanker payudara 40,9% penderita mengalami depresi, terdiri dari 23,9% depresi ringan, 12,5% depresi sedang, dan 4,5% depresi berat. Vahdaninia dan Omidvari (2010) dalam penelitiannya menunjukkan 22, 2 % klien dengan kanker payudara mengalami depresi berat. Studi penelitian yang dilakukan oleh Celik, *et al* (2010) juga menunjukkan hasil klien kanker yang mengalami depresi ringan 64, 2%, depresi sedang sebanyak 17,6% dan depresi berat 19,2%. Studi penelitian cohort yang dilakukan oleh Szoc, *et al* (2009) menunjukkan hasil klien yang mengalami ansietas dengan depresi sebanyak 12,45%, ansietas 35,7% dan depresi 24,3%. Berdasarkan studi-studi penelitian diatas dapat disimpulkan depresi merupakan respon psikologis yang sangat banyak terjadi pada klien kanker setelah ansietas.

2.2.2 Proses Terjadinya Ansietas dan Depresi Pada Klien Kanker

Proses terjadinya ansietas dan depresi pada klien kanker akan diuraikan berdasarkan model Stres dan Adaptasi (Stuart, 2009) yang meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping yang dilakukan.

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan klien untuk mengatasi stres (Stuart, 2009). Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan proses terjadinya ansietas dan depresi antara lain :

a. Biologi

Teori biologis tentang kecemasan telah dikembangkan dari penelitian pra klinis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peristiwa biologis dapat mendahului konflik psikologis namun dapat juga sebagai akibat dari suatu konflik psikologis. Salah satu faktor penyebab secara fisik yaitu adanya gangguan atau ketidakseimbangan pada fisik seseorang.

Agustarika (2009) menjelaskan bahwa gangguan fisik yang dapat menyebabkan ansietas adalah gangguan otak dan saraf seperti cedera kepala, gangguan jantung, gangguan hormonal, gangguan pernafasan berupa asma, paru-paru obstruktif kronis atau COPD, operasi, aborsi, cacat badan, kanker, penyakit jantung, nyeri kronik dan gangguan syaraf. Pengalaman hospitalisasi dan prosedur medis dapat meningkatkan ansietas bahkan trauma bagi sebagian individu

Kanker merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah psikologis. Ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri dan harga diri, perubahan peran sosial dan gaya hidup, serta masalah finansial, merupakan hal-hal yang mempengaruhi kehidupan penderita kanker sehingga bisa menyebabkan stres yang dapat memunculkan respon psikologis seperti ansietas dan depresi.

Shatri dan Djoerban (2007) menyatakan ansietas pada klien kanker disebabkan persepsi tentang kanker yang selalu dikaitkan dengan kematian dan ketidakpastian setelah pengobatan. Ansietas akan lebih meningkat bagi klien yang memiliki anggota keluarga atau teman yang menderita kanker. Ansietas akan menjadi masalah yang berat bila keluarga atau teman yang menderita kanker pernah dinyatakan “sembuh” namun kemudian kambuh dan meninggal. Selain itu pemeriksaan berkala sewaktu pengobatan dan sesudah

pengobatan, nyeri yang dirasakan, dampak terapi yang dilakukan, ketakutan akan sel kanker menjadi progresif dan menyebab ke bagian tubuh yang lain atau kambuh kembali dapat menyebabkan ansietas yang berkepanjangan.

Mekanisme terjadinya ansietas pada klien kanker berhubungan dengan kinerja sistim saraf otonom dan neurotransmitter. Stresor yang muncul dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal melalui mekanisme berikut ini : ancaman dipersepsi oleh panca indera, diteruskan ke korteks serebri, kemudian ke sistem limbik dan RAS (*Reticular Activating System*), lalu ke hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadilah stimulasi saraf otonom. Hiperaktivitas sistem saraf otonom akan mempengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya takikardi, peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, diare dan nafas cepat.

Ansietas pada klien kanker dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologis, sosial dan emosional. Ketidakseimbangan fisik yang mungkin ditemukan: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, berkeringat, tremor, sakit kepala, sulit tidur. Respon kognitif yang muncul berupa lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangsang luar, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Selain itu respons perilaku dan emosi yang dapat terjadi seperti gerakan tersentak-sentak, bicara berlebihan dan cepat dan perasaan tidak aman (Keliat, Wiyono & Susanti, 2011). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa keluhan-keluhan yang muncul dari ansietas meliputi respon fisik, kognitif, perilaku dan emosi.

Ansietas yang berkepanjangan beresiko memunculkan depresi. Faktor biologi, seperti hormon dan neurotransmitter berkontribusi terhadap terjadinya depresi. Bila terdapat gangguan neurotransmitter otak dapat menyebabkan seseorang kehilangan mood sehingga timbul depresi yang akan mempengaruhi perasaan, emosi, dan pikiran klien. Kaplan dan Sadock (2010); Varcarolis (2009) menjelaskan penurunan relatif dari katekolamin otak atau aktifitas sistem katekolamin menyebabkan timbulnya depresi. Peningkatan aktifitas kolinergik (asetikolin) dan defisit pada sistem serotoninergik (serotonin) dapat menjadi faktor penyebab depresi. Stres yang dialami oleh klien kanker dapat mengakibatkan peningkatan pemecahan glukokortikoid untuk pemenuhan glukosa. Semakin sering terpapar dengan stres, glukokortikoid yang dipecah akan semakin banyak. Sekresi glukokortikoid yang berlebihan dapat mengakibatkan rusaknya pompa kalsium pada sel hipocampus sehingga sel mengalami kelebihan kalsium dan defisit glukosa. Defisit glukosa dan kalsium intrasel akan menyebabkan kematian sel yang dapat menyebabkan defisit serotonin. Defisit serotonin mengakibatkan penurunan sekresi hormon pertumbuhan, sekresi prolaktin, peningkatan TSH, dan peningkatan kortisol. Akibatnya klien kanker akan mengalami distress gastrointestinal, nyeri kronis atau intermitten, iritabel, palpitasi, pusing, kehilangan energi, perubahan dorongan seksual, penurunan nafsu makan atau gangguan tidur yang merupakan gejala dari depresi.

Dari sisi genetik, orang yang mempunyai bakat depresi akan lebih gampang menderita depresi bila ada stimulus. Jika faktor lingkungan muncul, misalnya, stres, kehilangan orang yang disayangi, penyalahgunaan obat, penyakit fisik (kronis), kehilangan pekerjaan, dan latar belakang sosial yang buruk, maka depresi lebih mudah muncul pada orang yang memiliki

bakat depresi. Faktor risiko lain bagi seseorang menderita depresi bila kedua orangtuanya menderita depresi bila dibandingkan bila orangtua tidak menderita depresi. Hasil penelitian dan survei pada orang yang mengalami depresi memperlihatkan bahwa anak-anak yang berasal dari orangtua yang menderita depresi berisiko berkisar 50-75 % menderita depresi.

b. Psikologis

Freud (1936 dalam Videback, 2008) memandang ansietas ssebagai stimulus untuk berperilaku. Dalam pandangan psikoanaltik ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian; id dan super ego. Id mewakili dorongan *insting* dan *impuls primitive* sedangkan super ego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart, 2009). Hal ini menunjukkan adanya ansietas menjadi alarm bagi individu akan adanya ancaman.

Ancaman menurut Stuart (2009) dapat berupa ketegangan dalam kehidupan diantaranya adalah peristiwa traumatik individu baik krisis perkembangan maupun situasional seperti peristiwa bencana, konflik emosional individu yang tidak terselesaikan dengan baik, konsep diri terganggu yang akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realitas, frustrasi atau rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego serta pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stres yang akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik. Varcarolis (2010) menyatakan individu yang dalam rentang kehidupannya memiliki pikiran positif terhadap kejadian dalam hidupnya akan mengembangkan respon emosi yang positif. Begitu juga sebaliknya, individu yang memiliki pikiran negatif

terhadap kejadian yang menyebabkan depresi dalam hidupnya akan menggunakan pikiran negatif, pikiran yg irasional bila stresor depresi muncul.

Baradero, Dayrit dan Siswadi (2007) menyatakan faktor psikologis pada klien kanker dapat dikaitkan dengan persepsi klien tentang ancaman dan stres yang disebabkan oleh penyakit kanker itu sendiri, dimana persepsi akan berbeda pada klien. Ada tiga hal yang dapat memunculkan reaksi psikologis yaitu ancaman dari penyakit kanker itu sendiri, hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh dan frustrasi dalam memenuhi kebutuhan biologis karena ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit kanker atau efek-efek dari pengobatan.

Ketika seseorang didiagnosa menderita kanker muncul ketegangan seperti dalam diri yang memunculkan respon ansietas. Shatri dan Djoerban (2007) menyatakan penyebab ansietas pada klien kanker dapat diakibatkan oleh persepsi tentang kanker yang selalu dikaitkan dengan kematian dan masalah ketidakpastian setelah pengobatan. Ansietas akan lebih meningkat bagi klien yang memiliki anggota keluarga atau teman yang menderita kanker. Ansietas akan menjadi masalah yang berat bila keluarga atau teman yang menderita kanker pernah dinyatakan “sembuh” namun kemudian kambuh dan meninggal. Selain itu pemeriksaan berkala sewaktu pengobatan dan sesudah pengobatan dapat meningkatkan ansietas karena rasa cemas akan kanker menjadi progresif, metastase ke bagian tubuh yang lain atau kambuh kembali. Kondisi diatas memunculkan perasaan ketidakberdayaan dalam menyelesaikan ancaman, kehilangan kemampuan mengendalikan keadaan, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, gagal membentuk pertahanan dari ancaman, perasaan terisolasi, takut akan kematian, rasa tidak berdaya, dan rasa tidak aman.

Tarwoto dan Wartonah (2003) menjelaskan tipe kepribadian, maturitas individu dan tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat ansietas individu. Maturitas individu dapat menunjukkan kemampuan adaptasi terhadap stres yang ada. Semakin matang kepribadian seseorang akan lebih gampang untuk melakukan adaptasi terhadap stres. Tipe kepribadian A akan lebih mudah mengalami gangguan ansietas daripada kepribadian B.

c. Sosial budaya

Manusia yang sudah terekspose ansietas pada awal-awal kehidupannya akan lebih mudah mengalami ansietas di kemudian hari (Stuart & Laraia, 2005). Suliswati, dkk (2005) menjelaskan bahwa riwayat gangguan ansietas dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan cara mengatasi ansietas. Jadi pengaruh orang tua dan keluarga serta lingkungan di mana anak-anak dibesarkan sangatlah penting. Anak-anak yang melihat cara orang tua mereka berespon terhadap ansietas dan anak akan mengembangkan pola yang sama bila mengalami stres. Tapi sebaliknya, bila orang tua tidak bereaksi terhadap situasi yang potensial menyebabkan stres, anak akan merasa sendiri dan merasa tidak ada support emosional dari keluarga mereka (Agustarika, 2009).

Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan orangtua berespon dengan tepat terhadap stresor akan membantu si anak mempelajari metode koping yang konstruktif. Bila orangtua cenderung menunjukkan perilaku depresi pada setiap kejadian maka anak pun akan mengadopsi perilaku tersebut. Jika faktor lingkungan muncul, misalnya, stres, kehilangan orang yang disayangi, penyalahgunaan obat, penyakit fisik (kronis), kehilangan pekerjaan, dan latar

belakang sosial yang buruk, maka depresi lebih mudah muncul pada orang yang memiliki bakat depresi.

Tarwoto dan Wartonah (2003) memaparkan jika sosial budaya, potensi stres serta lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya ansietas. Cara hidup orang di masyarakat berdampak pada timbulnya stres, dimana individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres. Orang yang berada di tempat atau lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami stres.

Stigmatisasi masyarakat akan beberapa jenis kanker dapat menyebabkan ansietas dan depresi pada klien (Shatri & Djoerban, 2007). Klien kanker serviks misalnya, sering merasa dipojokkan karena kanker serviks dihubungkan dengan perilaku seks bebas. Untuk penderita kanker yang dikaitkan dengan virus seperti leukemia, kanker nasofaring atau kanker hati, klien merasa disingkirkan dari pergaulan karena takut tertular. Klien kanker paru yang perokok merasa terus menerus disalahkan oleh keluarga, teman atau petugas kesehatan.

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Stuart dan Laraia (2005); Suliswati (2005) menggambarkan stresor pencetus sebagai stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Stresor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu :

a. Biologi

Stuart (2009) menyatakan gangguan fisik dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman secara eksternal maupun internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman,

virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, pakaian, makanan atau trauma injuri. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu dan kehamilan. Nyeri merupakan indikasi awal adanya ancaman terhadap integritas fisik. Tarwoto dan Wartona (2003) menyatakan individu yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit badan, operasi, aborsi, cacat badan lebih mudah mengalami stres

Kanker adalah penyakit kronis yang dapat mengancam integritas klien. Perjalanan proses penyakit kanker dapat menimbulkan berbagai respon terhadap mekanisme fisiologis tubuh. Salah satu respon yang paling banyak dirasakan klien kanker adalah nyeri. Nyeri dapat menyertai klien kanker sebelum atau sesudah menjalani terapi pengobatan. Nyeri kronis yang dialami akan memunculkan. Selain itu hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh yang terkait dengan pembedahan pada klien kanker dapat meningkatkan ansietas dan depresi.

b. Psikologi

Penanganan terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan aktivitas sehari-hari seseorang. Apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri dan harga diri seseorang maka dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. (Stuart & Laraia, 2005). Pada klien kanker hal di atas dapat dikaitkan dengan dampak dari terapi pengobatan yang dilakukan seperti pengangkatan anggota tubuh, terapi radiasi dan kemoterapi. Stres yang berkepanjangan akibat perubahan kondisi fisik yang dialami mengakibatkan timbulnya perasaan malu, minder dan tidak berdaya.

c. Sosial budaya

Tarwoto dan Wartonah (2003) menjelaskan bahwa status ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya ansietas. Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Pada klien kanker status ekonomi dan pekerjaan dapat memicu terjadinya ansietas. Biaya yang cukup mahal untuk pengobatan menuntut klien memiliki penghasilan ataupun tabungan yang cukup. Jika kedua hal tersebut tidak dimiliki oleh klien dan keluarga tingkat ansietas akan meningkat bahkan klien dapat mengalami ketidakberdayaan bahkan keputusan.

2.2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ansietas dan depresi yang dirasakan termasuk dalam penilaian stresor

a. Tanda dan Gejala Ansietas

Setiap orang memiliki kemampuan yang berbeda dalam menilai stresor yang muncul pada setiap kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya ansietas dan depresi. Stuart (2009) menyatakan penilaian stressor pada tiap individu adalah evaluasi bagi kesejahteraan individu, dimana didalamnya stressor memiliki arti, intensitas dan kepentingan. Penilaian stressor ini dapat dilihat dari tanda gejala. Tingkatan ansietas meliputi :

a) Ansietas ringan

Stuart (2009) menyatakan kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk

belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Perilaku adaptif yang dilakukan individu dapat menjadi hal yang positif dan membantu individu beradaptasi dan belajar (Videbeck, 2008). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan ansietas ringan dapat memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku seseorang.

b) Ansietas Sedang

Ansietas ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu (Stuart, 2009). Individu hanya berfokus hanya pada hal yang selektif namun masih dapat melakukan sesuatu dengan terarah (Keliat, Wiyono dan Susanti, 2011). Hal tersebut menunjukkan bahwa ansietas sedang masih dapat digunakan untuk memotivasi pembelajaran dan perubahan tingkah laku. Keterampilan kognitif mendominasi tingkat ansietas ini.

c) Ansietas Berat

Ansietas berat terjadi bila individu mengalami pengurangan lapang persepsi sehingga cenderung memusatkan segala sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi kecemasan (Keliat, Wiyono dan Susanti, 2011). Stuart (2009) menyatakan pada ansietas berat lapang persepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Videbeck (2008) menyatakan individu yang mengalami ansietas berat sulit untuk berpikir

dan melakukan pertimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, memperlihatkan kegelisahan, iritabilitas dan kemarahan atau menggunakan cara psikomotor emosional lainnya untuk melepas ketegangan. Hal tersebut menunjukkan individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d) Panik

Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian. Keadaan panik akan membuat alam psikomotor emosional individu akan mendominasi, disertai respon *fight*, *flight*, atau *freeze*. Peningkatan adrenalin menyebabkan peningkatan tanda-tanda vital, pupil membesar untuk memungkinkan lebih banyak cahaya yang masuk dan satu satunya proses kognitif berfokus pada pertahanan diri individu. Tingkatan ansietas yang dialami klien kanker berada dalam rentang ringan sampai panik.

Tabel dibawah ini adalah hasil respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional yakni yang telah dimodifikasi dari Supriati (2010), Sutejo (2009) berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Peplau (1963), Issacs (2005), Videback (2008) dan (Stuart, 2009),

Tabel .2.1
Tingkat Respon Ansietas dimodifikasi dari Supriati (2010), Sutejo (2009)
berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Peplau (1963), Issacs (2005) , Videback
(2008) dan (Stuart, 2009),

Tingkat Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Panik
Fisiologis				
TTV				
Tekanan darah	Tekanan darah tidak ada perubahan	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak ada perubahan	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks	Wajah tampak tegang	Rahang menegang Menggertakan gigi	Wajah menyeringai Mulut terganggu
Pola makan	Masih ada nafsu makan	Meningkat/ menurun	Kehilangan nafsu makan	Mual atau muntah
Pola tidur	Pola tidur teratur	Sulit untuk mengawali tidur	Sering terjaga	Insomnia Mimpi buruk
Pola eliminasi	Pola eliminasi teratur	Frekuensi BAK dan BAB meningkat	Frekuensi dan BAB meningkat	Retensi urin Konstipasi
Kulit	Tidak ada keluhan	Mulai brkeringat Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan Kulit teraba panas dingin
Kognitif				
Fokus perhatian	Cepat berespon terhadap stimulus	Fokus pada hal yang penting	Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik	Fokus perhatian terpecah
Proses belajar	Motivasi belajar tinggi	Perlu arahan	Perlu banyak arahan	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi Waham dan ilusi
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik	Rileks	Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar meningkat
Komunikasi	Koheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Bicara cepat	Tidak produktif
Interaksi sosial	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial kurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa-gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Derajat ansietas seseorang dapat diukur dengan menggunakan alat ukur instrument. *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) adalah salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur skala kecemasan bagi klien kanker yang menjalani hospitalisasi (Hinz, *et al*, 2009). HADS dikembangkan oleh Zigmond & Snaith pada tahun 1983. Skala ini dinilai cukup spesifik dan memiliki sensitifitas yang baik karena tidak memasukkan gejala somatik yang berhubungan dengan ansietas dan depresi dalam mengukur kedua kondisi tersebut (Midtgaard, *et al*, 2005). HADS memiliki 7 pertanyaan yang terkait dengan ansietas. Zigmond dan Snaith (1983 dalam Ballenger, *et al*, 2001) 7 item pertanyaan pada skala ansietas terkait dengan aspek kognisi dan emosi yaitu 3 item terkait dengan panik dan 4 item terkait dengan kecemasan secara menyeluruh.

b. Tanda dan gejala depresi pada klien kanker

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain. Individu yang terkena depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik & 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 tubuh (Kaplan dan Sadock, 2010).

Tanda dan gejala depresi berdasarkan kriteria DSM-IV adalah : perasaan depresi, hilangnya minat atau rasa senang, berat badan berkurang atau bertambah, gangguan tidur, kelelahan, agitasi atau retardasi psikomotor, sulit konsentrasi, pikiran berulang

tentang kematian. Gejala depresi pada penderita kanker dapat terjadi berupa

- a) Respon yang normal ketika seseorang mendengar diagnosis penyakit kanker adalah rasa sedih yang mendalam karena merasa kehilangan kesehatannya. Respons normal ini adalah bagian dari spektrum gejala depresi yang batasannya mulai rasa sedih normal sampai akan menjadi gangguan penyesuaian. Pada keadaan ini gejalanya biasanya hanya berlangsung 1 atau 2 minggu saja, setelah itu membaik sendiri dengan berlalunya waktu dan dukungan yang baik dari keluarga, teman dan tim yang merawat.
- b) Gangguan Penyesuaian yakni bila gejala depresinya tidak membaik berlanjut sampai lebih dari 2 minggu dan gejala depresinya juga lebih berat, serta fungsi sehari-hari, aktivitas sosial dan relationship dengan orang lain sudah terganggu. Gangguan ini biasanya bercampur dengan ansietas bahkan mungkin menunjukkan obsesi terhadap gejalanya.
- c) Depresi major dimana gejala depresinya lebih berat dari gangguan penyesuaian dan biasanya tidak berespon dengan suport dan perawatan yang diberikan.
- d) Gejala depresi dapat berkaitan dengan Gangguan mental organik berupa Delirium, Demensia dan efek samping obat. Dibutuhkan pemeriksaan status mental meliputi daya ingat, konsentrasi dan perhatian, orientasi, daya pikir dan pemahaman, yang menunjang bukti-bukti adanya gangguan mental organik. (Konginan, 2008). Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa gejala depresi yang muncul bervariasi dari gejala yang ringan hingga berat.

Maramis (2011) menyatakan gejala depresi mempunyai rentang dan bervariasi variasi secara luas sesuai dengan berat atau

ringannya depresi yang dialami oleh penderita. Beberapa gejala fisik yang umum dan relatif mudah dideteksi adalah:

- a) Kesedihan atau murung yang berkepanjangan yang umumnya disertai dengan ide bunuh diri
- b) Gangguan pola tidur (sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit)
- c) Penurunan tingkat aktivitas. Pada umumnya, orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti nonton televisi, makan, tidur sendiri
- d) Penurunan efisiensi dalam pekerjaan. Penderita depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal seperti pekerjaan sehingga, mereka juga akan sulit memfokuskan energi pada hal-hal prioritas. Kebanyakan yang dilakukan justru hal-hal yang tidak efisien dan tidak berguna, seperti misalnya makan, melamun, merokok terus menerus.
- e) Penurunan produktivitas kerja. Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula. Oleh karena itu, keharusan untuk tetap beraktivitas membuatnya semakin kehilangan energi karena energi yang ada sudah banyak terpakai untuk mempertahankan diri agar tetap dapat berfungsi seperti biasanya. Mereka mudah sekali lelah, capai padahal belum melakukan aktivitas yang berarti
- f) Mudah letih dan rentan terhadap rasa nyeri. Seperti diketahui bahwa depresi adalah suatu perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan. Selain itu persepsi rasa nyeri akan mudah dirasakan.

Tanda dan gejala psikologis penderita depresi yaitu :

- a) Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan. Banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut
- b) Kurang rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Pasti mereka senang sekali membandingkan antara dirinya dengan orang lain. Orang lain dinilai lebih sukses, pandai, beruntung, kaya, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, lebih diperhatikan oleh atasan, dan pikiran negatif lainnya.
- c) Perasaan yang sangat Sensitif. Orang yang mengalami depresi senang sekali mengkaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan. Akibatnya, mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri
- d) Perasaan terbebani oleh orang lain. Klien kadang menyalahkan orang lain atas masalah yang dialaminya. Mereka merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat
- e) Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungannya. Hal itu disebabkan ketidakmampuannya dalam bekerja dan memberikan kontribusi sesuai dengan yang diharapkan dari dirinya.

Gejala Sosial Depresi berupa :

- a) Terdapat perasaan negatif antara lain mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih dan mudah sakit akan memengaruhi kehidupan sosial klien depresi
- b) Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan orang lain
- c) Masalah-masalah tersebut tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal dengan orang-orang di lingkungan sosial
- d) Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan social sekalipun ada kesempatan untuk melakukannya.

Pengukuran kondisi depresi menggunakan *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). HADS adalah salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur skala ansietas dan depresi bagi klien kanker yang menjalani hospitalisasi. HADS memiliki 14 pertanyaan yang terdiri dari 7 pertanyaan yang terkait dengan ansietas dan 7 pertanyaan yang terkait dengan depresi. Zigmond & Snaith (1983 dalam Ballenger, 2001) menyatakan 7 item pertanyaan pada skala depresi terkait konsep ahedonia.

2.2.2.4 Sumber Koping.

Stuart (2009) menyatakan sumber koping yang dimiliki individu terkait dengan kemampuan yang dimiliki, dukungan sosial, material asset dan keyakinan positif. Setelah individu menilai stresor yang ada, individu akan menggunakan sumber koping yang dimiliki. mengalami kebimbangan apakah masalah tersebut bisa diselesaikan

Klien dengan kanker memerlukan sumber koping yang adekuat dalam menghadapi kondisi penyakitnya. Dukungan sosial keluarga /pasangan terhadap masalah yang dihadapi klien sangat diperlukan. Material aset seperti adanya tabungan atau asuransi kesehatan dapat mengurangi ansietas dan depresi pada klien kanker. Studi penelitian yang dilakukan Brintzenhofe, *et al* (2009) menunjukkan klien yang memiliki asuransi dan penghasilan memiliki tingkat ansietas dan depresi yang lebih rendah dibandingkan yang tidak memiliki asuransi.

2.2.3 Dampak ansietas dan depresi pada klien kanker

Kanker adalah penyakit kronis yang dapat mengancam integritas klien. Perjalanan proses penyakit kanker dapat menimbulkan berbagai respon salah satunya adalah respon psikologis. Masalah psikologis yang paling banyak dirasakan oleh klien kanker adalah ansietas dan depresi. Ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien (Ballenger, *et al*, 2001).

Dampak depresi pada klien kanker berupa percobaan bunuh diri. Percobaan bunuh diri dijumpai pada hampir 1/3 dari penderita kanker yang mengalami depresi major dan >50% dengan gangguan penyesuaian. Pada penderita terminal, sering kali kesulitan mengevaluasi pernyataan bunuh diri (Konginan, 2008). Diperlukan pengkajian yang adekuat apakah pikiran bunuh diri yang muncul adalah gejala dari depresi ataukah merupakan suatu cara penderita mengekspresikan keinginannya mengakhiri hidup karena tidak kuat menahan gejala – gejala penyakitnya terutama rasa nyeri (Spiegel & Davis, 2003). Hal lain yang muncul akibat dari depresi adalah penelantaran diri. Pada penelantaran diri klien menjadi tidak kooperatif baik dalam hal pengobatan maupun menjaga stamina. Kondisi ini tentu akan semakin

memperparah penyakitnya dan pada akhirnya akan menurunkan kualitas hidup penderita.

Distress pada keluarga merupakan dampak lain yang muncul akibat dari depresi yang dialami klien kanker. Ketakutan akan kehilangan orang yang mereka cintai, perasaan marah karena anggota keluarga mereka menderita kanker, frustrasi melihat kenyataan bahwa mereka tidak bisa berbuat banyak pada anggota keluarga yang sakit dan stres karena bingung bagaimana merawat klien di rumah adalah respon yang dapat muncul pada keluarga (*American Cancer Society*, 2011) selain itu kelehan, gangguan tidur, perubahan pola aktifitas keluarga dapat menyebabkan depresi pada keluarga (Fletcher, *et al*, 2009). Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa diagnosis kanker bukan hanya memunculkan masalah yang sangat kompleks yang meliputi biologis, psikologis/emosi, sosial dan spiritual pada klien juga pada keluarganya.

2.2.4 Diagnosa Medis dan Diagnosa Keperawatan

2.2.4.1 Diagnosa Medis

Terdapat enam tipe depresi yaitu gangguan depresi berulang, episode depresi, episode depresi ringan, episode depresi sedang, episode depresi berat tanpa gejala psikotik dan episode depresi berat dengan gejala psikotik (Kaplan & Saddock, 2010).

Episode depresi adalah suatu kondisi depresi yang ditandai dengan perasaan tertekan, kehilangan minat, dan kelelahan. Gejala lainnya berupa penurunan konsentrasi, perhatian, penurunan harga diri dan keyakinan diri, merasa bersalah, tidak berguna. Pesimis terhadap masa ddepan, ide bunuh diri dan gangguan tidur (Kaplan & Saddock, 2010)

Depresi ringan ditandai afek depresi, kehilangan minat terhadap kesenangan dan merasa lelah. Penetapan depresi ringan sedikitnya

terdapat dua gejala yang dialami klien minimal dua minggu. Depresi sedang sedikitnya ada dua dari tiga gejala depresi ditambah minimal 3 gejala lain dari depresi minimal 2 minggu. Gejala depresi berat tanpa psikotik ditandai adanya distres, agitasi, harga diri rendah, perasaan tidak berguna, bersalah, munculnya ide bunuh diri. Kriteria ini minimal terdapat 3 gejala depresi ringan dan sedang ditambah minimal 4 gejala lain dalam waktu minimal 2 minggu. Depresi berat dengan psikotik memiliki gejala yang sama dengan gejala berat non psikotik ditambah adanya gejala waham, halusinasi.

2.2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan pada klien kanker maka diagnosa keperawatan yang terkait untuk depresi adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (NANDA, 2009).

Harga diri rendah adalah penilaian diri yang negatif dan dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, tidak ada harapan, takut bahaya, lemah, rapuh, tidak sempurna, tidak berharga dan tidak adekuat (Stuart, 2009). Gejala yang muncul pada harga diri rendah terdiri dari gejala fisik, psikis dan sosial. Gejala fisik meliputi penurunan aktivitas, kesulitan berkonsentrasi. Gejala psikis meliputi penilaian diri yang negatif, perasaan tidak berharga, merasa bersalah dan kehilangan percaya diri. Gejala sosial yang muncul adanya perasaan malu, bergantung pada orang lain dan menghindari kontak dengan orang lain (NANDA, 2009; Stuart, 2009; Varcarolis, 2010)

Ketidakberdayaan adalah persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna; suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan (NANDA, 2009). Gejala fisik yang ditemukan berupa rasa lelah, menurunnya aktifitas, merasa bersalah

dan tidak mampu membuat keputusan. Gejala psikis yang muncul seperti perasaan tidak berguna, perasaan bersalah, perasaan yang sensitif. Gejala sosial berupa penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain (NANDA, 2009)

Keputusaasan merupakan keadaan subyektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimikinya (NANDA, 2009). Tanda dan Gejala yang muncul meliputi : ungkapan klien tentang situasi kehidupan tanpa harapan dan terasa hampa ("Saya tidak dapat melakukan sesuatu"), sering mengeluh dan nampak murung, nampak kurang bicara atau tidak mau berbicara sama sekali, menunjukkan kesedihan, afek datar atau tumpul, menarik diri dari lingkungan, kontak mata kurang, mengangkat bahu tanda masa bodoh, nampak selalu murung atau *blue mood*, menunjukkan gejala fisik kecemasan (takikardia, takipneu), menurun atau tidak adanya selera makan, peningkatan waktu tidur, penurunan keterlibatan dalam perawatan, bersikap pasif dalam menerima perawatan, penurunan keterlibatan atau perhatian pada orang lain yang bermakna.

Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (Nanda, 2009). Dengan kata lain kita dapat katakan bahwa isolasi sosial adalah kegagalan individu dalam melakukan interaksi dengan orang lain yang disebabkan oleh pikiran negatif atau mengancam. Faktor yang berhubungan dengan kondisi isolasi sosial adalah perubahan status mental, ketidakmampuan terlibat dalam hubungan personal, tidak menerima nilai sosial, tidak menerima perilaku sosial, tidak adekuatnya sumber pribadi dan kurang minat. Karakteristik isolasi sosial menurut NANDA (2009) meliputi: menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri,

asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri/ autistik, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyetakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain, mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain.

2.2.5 Penatalaksanaan medik ansietas dan depresi pada klien kanker

Terapi obat untuk gangguan ansietas diklasifikasikan menjadi antiansietas yang terdiri dari ansiolitik, transquilizer minor, sedatif, hipnotik dan antikonfulsan. Mekanisme kerja dari obat ini adalah mendepresi susunan saraf pusat (SSP), kecuali buspiron (buspar). Meskipun mekanisme kerja yang tepat tidak diketahui, obat ini diduga menimbulkan efek yang diinginkan melalui interaksi dengan serotonin, dopamin dan reseptor neurotransmitter lain. Obat antiansietas digunakan dalam penatalaksanaan gangguan ansietas, gangguan somatoform, gangguan disosiatif, gangguan kejang, dan untuk pemulihan sementara gejala insomnia dan ansietas.

Penatalaksanaan medis yang diberikan pada klien depresi berupa obat-obatan antidepresan. Antidepresan tersebut dapat digolongkan menjadi: antidepresan trisiklik (TCA) misalnya: Amitriptilin, Imipramin, Klonipramin, Antidepresan tetrasiklik (Mianserin, Maproptilin) dan SSRI atau *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (Fluoxetin dan Sertralin) serta golongan lainnya seperti Mirtazapin, Trazodon, Stablon (Kaplan & Sadock, 2010)

Efek samping yang umum dari penggunaan obat antiansietas dan antidepresan yakni pada SSP (pelambatan mental, mengantuk, vertigo, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, ansietas, insomnia, kejang, delirium, kaki lemas, ataksia, bicara tidak jelas); kardiovaskuler (hipotensi ortostatik, takikardia, perubahan elektrokardiogram/ EKG); mata dan THT (pandangan kabur, midriasis, tinnitus); gastro intestinal

(anoreksia, mual, mulut kering, muntah, diare, konstipasi); kulit (kemerahan, dermatitis, gatal-gatal). Kontra indikasinya yaitu penyakit hati, klien lansia, penyakit ginjal, glaukoma, kehamilan atau menyusui, psikosis, penyakit pernafasan yang telah ada serta reaksi hipersensitivitas (Kaplan & Sadock 2010; Stuart, 2009; Videback, 2008)

Ada 3 hal yang perlu diperhatikan dalam mengatasi depresi yaitu keselamatan klien harus didahulukan, diagnosis harus ditegakkan dengan benar, dan rencana terapi tidak hanya menghilangkan gejala, juga memperhatikan aspek pemulihan kedepan. Perawatan di rumah sakit meliputi indikasi rawat adalah untuk penegakkan diagnosis, menghindari resiko bunuh diri atau perilaku kekerasan pada orang lain, dan untuk mengatasi perawatan diri yang terabaikan.

2.2.6 Tindakan Keperawatan

Kombinasi obat-obatan psikoterapeutik dan psikoterapi dianggap sebagai terapi yang efektif untuk mengatasi gangguan depresi. Tidak ada satu tipe terapi tertentu yang lebih baik untuk mengatasi depresi, kombinasi dari beberapa terapi perlu dipertimbangkan (Videbeck, 2008).

Penatalaksanaan keperawatan pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi dilakukan dengan menegakkan diagnosa keperawatan ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial. Tindakan keperawatan meliputi tindakan generalis dan tindakan spesialis. Tindakan generalis merupakan tindakan keperawatan awal yang sesuai standar penatalaksanaan asuhan keperawatan. Sedangkan tindakan spesialis merupakan tindakan keperawatan pada tahap lanjut bila tindakan generalis belum mampu menyelesaikan masalah keperawatan.

American cancer society mengatakan psikoterapi yang dapat dilakukan untuk klien dengan masalah ansietas, yaitu : *cognitive behavior therapy*,

behavior therapy, client –centered therapy, body oriented therapy, family/couples therapy, group therapy, psychodynamic therapy. Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada klien dengan ansietas dan depresi adalah terapi individu seperti terapi kognitif, terapi perilaku, *thought stopping*, *Progressive muscle relaxation* (PMR) dan terapi kognitif perilaku serta logoterapi individu. Terapi kelompok, berupa terapi suportif dan logoterapi; terapi keluarga berupa psikoedukasi keluarga. (Varcolis: 2006; Videbeck, 2008; Stuart, 2009)

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan ansietas dengan terapi spesialis telah dilakukan. Agustarika (2009) telah membuktikan bahwa terapi *Thought Stopping* yang diberikan pada klien gangguan fisik dengan ansietas dapat menurunkan tingkat ansietas. Sedangkan hasil penelitian Supriati (2010) menunjukkan kombinasi terapi *Progressive muscle relaxation* dan *Thought Stopping* dapat menurunkan respon ansietas dan meningkatkan kemampuan klien mengatasi ansietas pada klien penyakit fisik. Penelitian yang dilakukan Sutejo (2009) pada klien pasca gempa bumi yang mengalami ansietas menunjukkan hasil adanya penurunan tingkat ansietas pada klien yang mendapatkan logoterapi. Kanine (2011) dalam penelitiannya juga menunjukkan adanya pengaruh Logoterapi terhadap respon ketidakberdayaan pada klien DM yang menjalani hospitalisasi. Penelitian ini akan mengkombinasikan pemberian terapi *Progressive muscle relaxation* (PMR) dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker.

2.3 Progressive muscle relaxation

2.3.1 Definisi

Istilah relaksasi sering digunakan untuk menjelaskan aktivitas yang menyenangkan. Relaksasi menghasilkan efek perasaan senang, mengurangi ketegangan, terutama ketegangan psikis yang berkaitan dengan kehidupan (Ramdhani & Putra, 2009). Definisi relaksasi yang dikemukakan oleh (McCaffery & Beebe, 1989 dalam Kwekkboom &

Gretarsdottir, 2006) menyatakan relaksasi adalah kondisi bebas secara relatif dari kecemasan dan ketegangan otot skeletal yang dimanifestasikan dengan ketenangan, kedamaian dan perasaan ringan. Pada saat tubuh dan pikiran rileks, secara otomatis ketegangan yang seringkali membuat otot-otot mengencang akan diabaikan (Zalaquet & mcCraw, 2000; Conrad & Roth, 2007).

Progressive muscle relaxation (PMR) adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Pada saat melakukan PMR perhatian klien diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Berdasarkan uraian diatas dapat dikatakan bahwa PMR yang merupakan salah satu bentuk dari terapi relaksasi dapat digunakan sebagai terapi pilihan pada pasien yang mengalami ansietas yang sering bermanifestasi adanya ketegangan otot.

PMR dilakukan dengan mengencangkan dan melemaskan sekelompok otot. Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 14 kelompok otot, termasuk tangan dan lengan dominan dan bukan lengan dominan, bisep dominan dan non dominan, dahi, pipi atas dan hidung, pipi bawah dan rahang, leher dan tenggorokan. Dada dengan bahu dan punggung atas, perut, paha dominan dan non dominan, betis dominan dan non dominan dan kaki dominan dan non dominan (Berstein & Borkovec, 1973 dalam Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006 ; Conrad & Roth, 2007; Supriati, 2010, Alini, 2012)

2.3.2 Indikasi *Progressive muscle relaxation*

PMR merupakan teknik manajemen stress dan ansietas telah digunakan pada berbagai tatanan pada berbagai populasi dan telah dibuktikan

menjadi terapi yang efektif untuk digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ansietas. PMR telah menunjukkan manfaat dalam mengurangi ansietas yang akan mempengaruhi berbagai gejala fisiologis dan psikologis karena kondisi medis (Jacobson, 1970 dalam Conrad & Roth, 2007). Teknik ini dianjurkan untuk orang-orang dengan gangguan kecemasan, insomnia dan nyeri. Synder dan Lynquist (2002) mengatakan PMR dapat digunakan sebagai terapi dalam manajemen stress dan kecemasan dan nyeri pada gangguan fisik seperti pasien asma, hipertensi, COPD (*chronic obstructive pulmonary diseases*), klien dengan gangguan jiwa (*psychiatric*), klien dengan pemulihan memori/ingatan, pasien kanker, *postoperative*, sakit kepala, pasien mual muntah, HIV, penyakit herpes dan klien yang akan mendapat prosedur medik tertentu.

Banyak penelitian yang telah dilakukan yang hasilnya menunjukkan terapi PMR dapat menurunkan kecemasan seperti penelitian yang dilakukan oleh Sermasak Lolak *et all* (2008) mengemukakan bahwa PMR ini efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pada klien dengan gangguan pernapasan yang sedang melakukan program rehabilitasi. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ozdemir F (2009) mengatakan bahwa terapi relaksasi otot progresif juga efektif dalam menurunkan tingkat ansietas pada klien post histerektomi. Penelitian yang dilakukan Chen, *et all* (2009) menunjukkan terapi PMR efektif dalam menurunkan ansietas pada pasien skizoprenia akut, serta penelitian yang dilakukan oleh Maryani (2009) yang menjelaskan bahwa terapi PMR ini memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada klien dengan kanker payudara. Penelitian yang dilakukan Supriati (2010) tentang PMR pada klien dengan gangguan fisik menunjukkan bahwa adanya penurunan tingkat ansietas setelah diberikan terapi PMR. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan terapi PMR dapat diberikan pada klien dengan cemas termasuk pada klien kanker yang mengalami ansietas.

2.3.3 Kontra indikasi *Progressive muscle relaxation*.

Beberapa hal yang dapat menjadi kontraindikasi PMR antara lain cedera akut atau ketidaknyamanan musculoskeletal, infeksi atau inflamasi, dan penyakit jantung berat atau akut. Latihan PMR juga tidak dilakukan pada sisi otot yang sakit (Fritz, 2005). Synder dan Lynquist (2002) menjelaskan bahwa selama melakukan latihan PMR terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain jika pasien mengalami distress emosional selama melakukan PMR maka dianjurkan untuk menghentikan dan mengkonsultasikannya kepada perawat atau dokter. Selain itu pemberian terapi ini pada klien kanker harus memperhatikan tingkat kelelahan klien,

2.3.4 Manfaat terapi *Progressive muscle relaxation*

Stuart & Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. *Center for clinical intervention* (2008) mengatakan bahwa ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stress dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa pada kondisi ansietas, individu akan memerlukan banyak energi untuk mengembalikan ketidakseimbangan yang terjadi akibat respon ansietas yang dialami.

Jacobson (1938, dalam Synder & Lindquist, 2002; Conrad & Roth, 2007) menyatakan tujuan PMR adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventricular prematur dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak serta dapat meningkatkan beta endorphin dan

berfungsi meningkatkan imun seluler. Relaksasi dapat digunakan untuk sebagai keterampilan coping yang aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dibawah kondisi yang menimbulkan kecemasan

2.3.5 Pelaksanaan terapi *Progressive muscle relaxation*

PMR atau relaksasi otot progresif melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot . Selama melakukan latihan, pasien berfokus pada ketegangan dan relaksasi kelompok otot pada wajah, leher, bahu, dada, tangan, lengan, punggung, perut dan kaki. Meregangkan otot secara progresif dimulai dengan menegangkan dan meregangkan kumpulan otot utama tubuh, dengan cara ini, maka akan disadari dimana otot itu berada dan hal ini akan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh terhadap kecemasan dan ketegangan.

Pelaksanaan terapi ini harus memperhatikan elemen penting yang diperlukan untuk rileks yaitu lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman, sikap yang baik. Lingkungan yang tenang diperlukan sehingga pasien dapat berkonsentrasi pada relaksasi otot termasuk membatasi interupsi/gangguan, suara-suara dan pencahayaan. Posisi yang nyaman memberikan dukungan bagi tubuh atau berbaring di tempat tidur pada posisi yang nyaman. Pelaksanaan PMR relaksasi otot progresif untuk hasil yang maksimal dianjurkan dilakukan secara rutin selama 25- 30 menit setiap sesi. Latihan dianjurkan dilakukan 2 kali sehari dan dilakukan 2 jam setelah makan untuk mencegah rasa mengantuk setelah makan. Jadwal latihan biasanya memerlukan waktu minimal satu minggu untuk hasil yang lebih maksimal. Berstein dan Borkovec menganjurkan menggunakan 10 sesi untuk latihan *Progressive muscle relaxation*. Namun beberapa penelitian mengatakan bahwa dengan sedikitnya 4 sesi latihan sudah menunjukkan efek positif dari terapi (Gift, 1992; Peck 1997 dalam Synder & Lynquist, 2002).

2.3.6 Langkah – langkah *Progressive muscle relaxation (PMR)*

Pelaksanaan PMR dilakukan dalam 4 sesi dengan 14 gerakan (Modifikasi Alini, 2012; Supriati, 2010). 14 gerakan yang dilakukan dalam 4 sesi akan memudahkan klien untuk mengingat gerakan-gerakan yang telah dilatih oleh terapis. Sesi-sesi dalam latihan PMR yaitu :

2.3.6.1 Sesi satu : pelaksanaan tehnik relaksasi yang meliputi dahi, mata, rahang, mulut, leher dimana masing-masing gerakan dilakukan sebanyak 2 kali. Pelaksanaan PMR yaitu :

- a. Gerakan pertama ditujukan untuk otot dahi yang dilakukan dengan cara mengerutkan dahi dan alis sekencang-kencangnya hingga kulit terasa mengerut kemudian dilemaskan perlahan-lahan hingga sepuluh detik kemudian lakukan satu kali lagi
- b. Gerakan kedua merupakan gerakan yang ditujukan untuk mengendurkan otot-otot mata yang diawali dengan memejamkan sekuat-kuatnya hingga ketegangan otot-otot di daerah mata dirasakan menegang. Lemaskan perlahan – lahan hingga 10 detik dan ulangi kembali sekali lagi
- c. Gerakan ketiga bertujuan untuk merelaksasikan ketegangan otot-otot rahang dengan cara mengatupkan mulut sambil merapatkan gigi sekuat- kuatnya sejingga klien merasakan ketegangan di sekitar otot–otot rahang. Lemaskan perlahan-lahan sampai 10 detik dan ulangi sekali lagi.
- d. Gerakan keempat dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Moncongkan bibir sekuat- kuatnya ke depan hingga terasa ketegangan di otot–otot daerah bibir. Lemaskan mulut dan bibir perlahan – lahan selama 10 detik kemudian lakukan sekali lagi.
- e. Gerakan kelima ditujukan untuk otot-otot leher belakang. Klien diminta untuk menekankan kepala kearah punggung sedemikian rupa sehingga terasa tegang pada otot leher

bagian belakang. Lemaskan leher perlahan-lahan selama 10 detik dan ulangi sekali lagi.

- f. Gerakan keenam bertujuan melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini dilakukan dengan cara menekukkan atau turunkan dagu hingga menyentuh dada hingga merasakan ketegangan otot di daerah leher bagian depan. Lemaskan perlahan-lahan hingga 10 detik lakukan kembali ssekali lagi.

2.3.6.2 Sesi dua : pelaksanaan tehnik relaksasi meliputi tangan, lengan dan bahu serta masing-masing gerakan dilakukan sebanyak dua kali .Pelaksanaan latihan PMR terdiri dari :

- a. Gerakan ketujuh ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan. Selanjutnya minta klien untuk mengepalkan sekuat-kuatnya otot-otot tangan hingga merasakan ketegangan otot-otot daerah tangan. Relaksasikan otot dengan cara membuka perlahan-lahan kepalan tangan selama 10 detik. Lakukan sebanyak dua kali pada masing –masing tangan.
- b. Gerakan kedelapan adalah gerakan yang ditujukan untuk melatih otot-otot tangan bagian belakang. Gerakan dilakukan dengan cara menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang secara perlahan-lahan hingga terasa ketegangan pada otot-otot tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit. Lemaskan perlahan-lahan hingga 10 detik dan lakukan sekali lagi.
- c. Gerakan kesembilan adalah gerakan untuk melatih otot-otot lengan arau biceps. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan hingga menjadi keepalan dan membawa kepalan tersebut ke pundak sehingga otot-otot

lengan bagian dalam menegang. Lemaskan perlahan-lahan selama 10 detik dan lakukan sekali lagi.

- d. Gerakan kesepuluh ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Relaksasi ini dilakukan dengan mengendurkan bagian otot-otot bahu dengan cara mengangkat kedua bahu ke arah telinga setinggi-tingginya. Lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan-lahan hingga 10 detik dan lakukan sekali lagi. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas dan leher.

2.3.6.3 Sesi tiga : pelaksanaan tehnik relaksasi yang meliputi punggung, dada, perut, tungkai dan kaki dimana masing-masing gerakan dilakukan sebanyak dua kali. Pelaksanaan latihan PMR meliputi :

- a. Gerakan kesebelas bertujuan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan ini dapat dilakukan dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, lalu busungkan dada dan pertahankan selama 10 detk lalu lemaskan perlahan-lahan. Lakukan gerakan sekali lagi.
- b. Gerakan keduabelas ditujukan untuk melatih otot-otot dada. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik nafas dalam sedalam-dalamnya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan pada bagian dada dan daerah perut. Hembuskan nafas perlahan-lahan melalui bibir . Lakukan gerakan ini sekali lagi.
- c. Gerakan ketigabelas ditujukan untuk melatih otot-otot perut. Gerakan ini dilakukan dengan menarik perut ke arah dalam sekuat-kuatnya. Tahan selama 10 menit hingga perut terasa kencang dan tegang. Lemaskan perlahan-lahan hingga 10 detik dan lakukan sekali lagi.
- d. Gerakan keempat belas adalah gerakan yang ditujukan untuk merelaksasikan otot-otot kaki. Gerakan ini dilakukan

dengan meluruskan kedua telapak kaki selama 10 detik hingga terasa tegang pada daerah paha. Lemaskan kedua kaki secara perlahan hingga 10 detik, lakukan sekali lagi. Kemudian gerakan selanjutnya dengan cara menarik kedua telapak kaki kearah dalam sekuat-kuatnya hingga klien merasakan ketegangan di kedua betis selama 10 detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan-lahan hingga 10 detik , lakukan kembali sekali lagi.

2.3.6.4 Sesi empat merupakan sesi evaluasi kemampuan klien melakukan latihan relaksasi progresif gerakan pertama hingga keempatbelas yang meliputi dahi, mata, rahang, mulut, leher, tangan, telapak tangan, lengan, bahu, punggung, dada, perut tungkai dan kaki.

2.4 Logoterapi

2.4.1 Konsep Logoterapi

Kebutuhan manusia yang lebih mendasar adalah kebutuhan untuk hidup bermakna atau berarti. Makna hidup adalah hal-hal khusus yang dirasakan penting dan diyakini sebagai sesuatu yang benar serta layak dijadikan sebagai tujuan hidup yang harus diraih. Keinginan untuk mempunyai makna merupakan salah satu kekuatan motivasi yang ada dalam diri manusia. Individu akan merasa bermakna dalam kehidupan jika mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimilikinya. Jika individu tersebut tidak mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimiliki maka akan menimbulkan kehampaan eksistensial yang ditandai dengan kecemasan, kesepian, rasa hampa, kebosanan, merasa tidak berguna yang akan mengarah kepada kondisi depresi.

Logoterapi adalah salah satu bentuk psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup. Logoterapi ini mulai dikembangkan oleh Victor Emille Frankl, seorang neuro-psikiater kelahiran Wina,

Austria . Pada tahun 1942 dimana ia beserta tahanan yahudi lainnya menjadi tahanan kamp konsentrasi maut Nazi di Auschwitz, Dachau, Treblinka dan Maidanek. Pengalaman penuh penderitaan pada kamp konsentrasi nazi ini dijadikan Frankl sebagai “laboratorium hidup” Frankl berhasil selamat keluar dari kamp konsentrasi maut Nazi melalui usahanya untuk tetap mempertahankan dan mengembangkan hidup bermakna (*the will to meaning*).

Pengalaman hidupnya mengajarkan bahwa manusia dapat kehilangan segala sesuatu yang dihargainya kecuali kebebasan manusia yang sangat fundamental yaitu kebebasan untuk memilih suatu sikap atau cara bereaksi terhadap nasib kita, kebebasan untuk memilih cara kita sendiri. Apa yang berarti dalam eksistensi manusia, bukan semata-mata nasib yang menantikan kita, tetapi bagaimana cara kita menerima nasib itu. Frankl percaya bahwa arti dapat ditemukan dalam semua situasi, termasuk penderitaan dan kematian. Ternyata harapan untuk hidup bermakna dapat dikembangkan dalam berbagai kondisi, baik dalam keadaan normal, maupun dalam penderitaan (*suffering*), misalnya dalam kondisi sakit (*pain*), salah (*guilt*), dan bahkan menjelang kematian sekalipun (Frankl, 2003). Hal diatas menunjukkan hidup adalah penderitaan, tetapi untuk menemukan sebuah arti dalam penderitaan maka kita harus terus menjalani dan bertahan untuk tetap hidup.

Kata *logos* dalam bahasa Yunani berarti makna (*meaning*) dan juga rohani (*spirituality*) sedangkan terapi adalah penyembuhan atau pengobatan. Logoterapi secara umum dapat digambarkan sebagai psikoterapi yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia di samping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang didambkannya (Bastaman, 2007). Logoterapi berusaha membuat klien menyadari

secara tanggungjawab dirinya dan memberinya kesempatan untuk memilih, untuk apa, atau kepada siapa dia merasa bertanggungjawab. Logoterapi tidak menggurui melainkan klien sendiri yang harus memutuskan apakah tugas hidupnya bertanggung jawab terhadap masyarakat, atau terhadap hati nuraninya sendiri.

2.4.2 Asas-asas Logoterapi

Bastaman (2007) menjelaskan jika logoterapi mengungkapkan asas-asas yang telah teruji kebenarannya sendiri dalam “laboratorium hidup” kamp konsentrasi. Ada tiga asas utama logoterapi, yakni :

- 2.4.2.1 Hidup itu tetap memiliki makna atau arti dalam setiap situasi, bahkan dalam penderitaan dan kepedihan sekalipun. Makna adalah sesuatu yang dirasakan penting, benar, berharga dan didambakan serta memberikan nilai khusus bagi seseorang dan layak dijadikan tujuan hidup. Setiap manusia selalu mendambakan hidupnya bermakna, dan menemukannya. Apabila makna hidup berhasil ditemukan dan dipenuhi, maka akan menyebabkan kehidupan ini berarti dan mereka yang berhasil menemukan dan mengembangkannya akan merasakan kebahagiaan sebagai ganjarannya sekaligus terhindar dari keputusasaan.
- 2.4.2.2 Setiap manusia memiliki kebebasan yang hampir tak terbatas untuk menemukan sendiri makna hidupnya. Makna hidup dan sumber-sumbernya dapat ditemukan dalam kehidupan itu sendiri, khususnya pada pekerjaan dan karya-karya bakti yang dilakukan, serta dalam keyakinan terhadap harapan dan kebenaran, serta penghayatan atas keindahan, iman dan cinta kasih. Selain itu, sikap tepat yang kita ambil atas penderitaan yang tidak dapat diubah lagi merupakan sumber makna hidup.
- 2.4.2.3 Setiap manusia memiliki kemampuan untuk mengambil sikap terhadap penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat dielakkan

lagi yang menimpa diri sendiri dan lingkungan sekitar, setelah upaya mengatasinya telah dilakukan secara optimal tetap tak berhasil.

2.4.3 Landasan Filsafat *Logoterapi*

Bastaman (2007); Marshall (2011) menyatakan setiap aliran dalam psikologi memiliki landasan filsafat kemanusiaan yang mendasari seluruh ajaran, teori dan penerapannya. Dalam hal ini logoterapi juga memiliki filsafat manusia yang merangkum dan melandasi asas-asas, ajaran dan tujuan logoterapi yaitu *the freedom of will, the will to meaning dan the meaning of life*.

2.4.3.1 *The Freedom of Will* (Kebebasan Berkehendak)

Kebebasan ini sifatnya bukan tak terbatas karena individu adalah makhluk serba terbatas. Individu sekalipun dianggap sebagai makhluk yang memiliki berbagai potensi luar biasa, tetapi sekaligus memiliki juga keterbatasan dalam aspek ragawi, aspek kejiwaan, aspek sosial budaya.

2.4.3.2 *The Will to Meaning* (Hasrat untuk Hidup Bermakna)

Setiap orang menginginkan dirinya menjadi orang yang bermartabat dan berguna bagi dirinya, keluarga, lingkungan kerja, masyarakat sekitar dan berharga di mata Tuhan. Keinginan untuk hidup bermakna memang benar-benar merupakan motivasi utama pada manusia. Hasrat inilah yang mendorong setiap manusia untuk melakukan berbagai kegiatan seperti kegiatan bekerja dan bekerja agar hidupnya dirasakan berarti dan berharga.

Frankl mengawali gagasannya mengenai keinginan kepada makna dengan mengkritik prinsip kesenangan dari Freud dan konsep keinginan kepada kekuasaan (*the will to power*) dari Adler sebagai konsep yang terlalu menyederhanakan fenomena keberadaan dan tingkah laku manusia. Keinginan kepada kesenangan dan keinginan kepada kekuasaan berasal dari keinginan kepada makna. Frankl

menegaskan bahwa justru makna itulah yang menjadi tujuan utama manusia. Manusia tidak merasa puas dengan keberadaannya sebelum dia menciptakan dan memberikan makna kepada keberadaannya itu. Dengan demikian orientasi atau keinginan kepada makna merupakan keinginan yang utama yang tidak pernah padam pada manusia dan penciptaan makna sebagai tanggung jawab yang harus dipikul oleh manusia secara individual.

Filosofi ini berdasarkan pemikiran dasar bahwa banyak kejadian dalam hidup yang memiliki makna. Kejadian seperti penderitaan dalam penyakit fisik yang dihadapi, nyeri, rasa bersalah, dan kematian merupakan hal yang mungkin sulit untuk dipahami. Namun individu memiliki kapasitas untuk menemukan makna dalam setiap kejadian yang dialaminya (Marshall, 2011).

2.4.3.3 *The Meaning of Life* (Makna Hidup)

Makna hidup adalah hal-hal yang dianggap sangat penting dan berharga serta memberikan nilai khusus bagi seseorang, sehingga layak dijadikan tujuan dalam kehidupan (*the purpose in life*). Bila hal ini berhasil dipenuhi akan menyebabkan seseorang merasakan kehidupan yang berarti dan pada akhirnya akan menimbulkan perasaan bahagia (*happiness*). Frankl (2003) menjelaskan bahwa makna hidup bisa berbeda antara manusia yang satu dengan yang lain dan berbeda setiap hari, bahkan setiap jam. Karena itu, yang penting bukan makna hidup secara umum melainkan, makna khusus dari hidup seseorang pada suatu saat tertentu. Frankl menyimpulkan bahwa hidup bisa dibuat bermakna melalui tiga jalan yaitu melalui apa yang kita berikan kepada hidup (kerja kreatif), melalui apa yang kita ambil dari hidup (memenuhi keindahan, kebenaran, dan cinta). dan melalui sikap yang kita berikan terhadap ketentuan atau nasib yang tidak bisa kita ubah.

2.4.4 Makna Hidup

2.4.4.1 Sumber-sumber makna hidup

Makna hidup dapat ditemukan dalam kehidupan itu sendiri, betapa pun buruknya kehidupan tersebut. Makna hidup tidak saja dapat ditemukan dalam keadaan-keadaan yang menyenangkan, tetapi juga dapat ditemukan dalam penderitaan sekalipun, selama manusia mampu melihat hikmah-hikmahnya (Bastaman, 2007).

Ada tiga sistim nilai yang mendasar yang berhubungan dengan tiga cara memberi arti kepada kehidupan yaitu nilai-nilai kreatif (*creative values*), nilai-nilai pengalaman (*experiential values*) dan nilai –nilai sikap (*attitudinal values*).

Nilai –nilai kreatif dapat diwujudkan dengan melakukan aktifitas kreatif dan produktif. Hal ini erat kaitannya dengan pekerjaan meskipun nilai-nilai tersebut dapat diungkapkan melalui semua bidang kehidupan. Individu akan berusaha melakukan sesuatu perbuatan/tindakan sesuai dengan kemampuan/potensi positif yang masih dimiliki, sehingga makna hidup dapat ditemukan dengan cara terlibat pada kegiatan yang bermanfaat dari kemampuan yang masih dimiliki.

Nilai-nilai pengalaman merupakan keyakinan dan penghayatan terhadap keyakinan dan penghayatan akan nilai-nilai kebenaran, kebajikan, keindahan, keimanan, keagamaan dan cinta kasih. Nilai-nilai bersikap merupakan suatu bentuk sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, dan keberanian segala bentuk penderitaan yang mungkin tidak terelakkan lagi (Bastaman, 2007; Steger & Kashdan, 2007) seperti sakit yang tidak dapat disembuhkan, menjelang kematian dan kematian. Selain dari ketiga hal diatas, Bastaman (2007) menambahkan harapan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam memberikan makna hidupnya. Harapan adalah keyakinan akan terjadinya hal-hal yang

baik atau perubahan yang menguntungkan di kemudian hari. Harapan sekalipun belum tentu menjadi kenyataan namun dapat memberikan sebuah peluang atau solusi serta tujuan yang positif yang dapat menimbulkan semangat dan optimism.

2.4.4.2 Karakteristik makna hidup

Bastaman (2007) menyatakan tiga karakteristik yang khusus pada makna hidup yaitu makna hidup bersifat personal, makna hidup bersifat spesifik dan makna hidup memberikan pedoman dan arah terhadap kegiatan yang dilakukan.

Makna hidup bersifat personal dan unik karena tidak ada seoranganpun yang bisa menggantikan. Apa yang dianggap berarti dan berharga belum tentu sama bermaknanya antara satu orang dengan yang lainnya. Selain itu apa yang dianggap berarti saat ini belum tentu sama berartinya di masa yang lain. Pada pengalaman dan kehidupan sehari-hari, individu dapat menemukan makna hidup dan tidak selalu dikaitkan dengan tujuan idealistic, prestasi akademik yang tinggi atau hasil-hasil renungan filosofis yang kreatif. Selanjutnya sifat lainnya dari makna hidup adalah member pedoman dan arah terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan sehingga makna hidup seakan menantang dan mengundang individu untuk memenuhi. Begitu makna hidup ditemukan dan tujuan hidup ditentukan, maka seseorang seakan-akan terpanggil untuk melaksanakan dan memenuhinya.

2.4.5 Penderitaan dan Makna Hidup

Kehidupan manusia tidak terlepas dari penderitaan. Namun dari berbagai penderitaan yang dialami dapat memberikan makna hidup baru pada seseorang. Frankl menyatakan inti dari logoterapi adalah mengembangkan sikap yang tepat atas penderitaan yang dialami. Sikap tersebut dapat diperoleh dengan melihat dari sudut pandang yang

berbeda dan berusaha menemukan makna hidup kembali dari berbagai makna hidup lainnya (Frankl, 1977 dalam Nuansa, 2008).

Hidup adalah sebuah kesempatan untuk sesuatu, baik membentuk nasib (melalui nilai-nilai kreatif), dengan menentukan sikap terhadap nasib (melalui nilai-nilai bersikap) berarti individu menunjukkan keberanian dan kemuliaan menghadapi penderitaannya. Penderitaan dapat membuat manusia merasakan hidup yang sesungguhnya. Dalam penderitaan dikatakan bahwa seseorang dapat menjadi matang, karena melalui penderitaan itulah seseorang belajar dan semakin memperkaya hidupnya.

Penderitaan memberikan suatu makna bila individu menghadapi situasi kehidupan yang tidak dapat dihindari. Bilamana suatu keadaan sungguh-sungguh tidak bisa diubah dan individu tidak lagi memiliki peluang untuk merealisasikan nilai-nilai kreatif, maka saatnya untuk merealisasikan nilai-nilai bersikap. Dalam penderitaan individu berada dalam ketegangan atas apa yang seharusnya terjadi dengan apa yang sebenarnya terjadi dalam kenyataan. Nilai-nilai bersikap teraktualisasi ketika individu diharapkan pada sesuatu yang sudah menjadi takdirnya. Dalam menghadapi masalah ini, individu bersikap menerima kesulitan-kesulitan hidupnya dan di sanalah teraktualisasi potensi-potensi nilai yang tidak terkira banyaknya.

Kubler Rose mengemukakan lima tahap yang dijalani seseorang untuk menemukan kebermaknaan hidup setelah mengalami peristiwa tragis, penyakit terminal, penyakit kronis sampai seseorang tersebut menerima dengan pasrah kondisi yang terjadi pada dirinya. (Bastaman, 2007) Kelima tahapan tersebut meliputi pengingkaran dan isolasi, perasaan marah, tawar menawar, depresi dan penerimaan. Kanker adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan kematian.

Ketika seseorang didiagnosa kanker lima tahapan penemuan kebermaknaan hidup diatas dapat dialami klien. Pengingkaran dan isolasi merupakan tahap awal dari fase kehilangan dimana klien tidak percaya dan menyangkal penderitaan yang terjadi. Klien akan menyangkal diagnosis kanker yang diterimanya dan mencari *second opinion*. Kondisi ini sering membuat klien mengisolasi diri dari kehidupan sosialnya. Tahap selanjutnya adalah munculnya rasa marah baik pada diri sendiri maupun orang lain ketika mendapat ketidakpastian tentang kondisi sakitnya. Klien akan berusaha melakukan tawar menawar terkait kondisi sakitnya pada Tuhan. Klien menjadi lebih giat melakukan ibadah agar diberi kesempatan untuk menikmati hidup yang lebih lama. Tahap selanjutnya adalah depresi yang terjadi ketika penyakit tidak dapat dihindari lagi dan klien harus menjalani pengobatan dan tindakan medis terutama pada klien dengan penyakit kronis/terminal seperti kanker. Ketidakpastian tentang keberhasilan pengobatan dan tindakan medis yang dilakukan serta efek sampingnya dapat membuat klien depresi. Tahap selanjutnya adalah tahap penerimaan dimana klien sudah dapat menerima kondisinya saat ini.

2.4.6 Tujuan Logoterapi

Logoterapi adalah psikoterapi yang menggunakan metode konseling dan pengobatan secara bersama-sama dengan usaha mencari makna dari suatu kejadian. (Sharp, 2004). logoterapi membantu klien untuk menemukan nilai-nilai baru dan mengembangkan filosofi konstruktif dalam kehidupannya. Oleh karena itu, seorang logoterapis tidaklah mengobati gejala-gejala yang tampak klien secara langsung, akan tetapi mengadakan perubahan sikap neurotik klien terlebih dahulu. (Frankl, 1996 dalam Marshall, 2011). Klien bertanggungjawab pada dirinya sendiri dan terapis memberikan dorongan untuk memilih, mencari dan menemukan sendiri makna konkrit dari eksistensi pribadinya. Seorang terapis membantu klien untuk menyusun 3 macam nilai yang akan

memberi arti pada eksistensi, yaitu : *attitudinal values*, *creative values* dan *experiential values*.

Dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkreativitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitaannya (Jahoda, 2000). Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitaannya. Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup. Melalui logoterapi klien dibantu untuk menemukan dan membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam yang bersifat khusus dan pribadi bagi klien dimana klien dapat bertahan dalam kondisi-kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya bila tujuan ini terpenuhi.

2.4.7 Tehnik Logoterapi meliputi :

Frankl (1979 dalam Bustaman, 2007; Sculenberg, 2004; Marshall, 2011) mengemukakan ada 3 metode logoterapi yang dapat diaplikasikan secara klinis yang meliputi :

2.4.7.1 Tehnik *Paradoxical Intention*

Tehnik ini pada dasarnya memanfaatkan kemampuan jarak jauh (*Self detachment*) dan kemampuan mengambil sikap dengan memanfaatkan rasa humor (Marshall,2011). Tehnik ini adalah tehnik yang dapat diberikan pada neurosis psikogenik, gangguan obsesi kompulsif, gangguan tidur,dan phobia sosial (Frankl,1975 dalam Nelson 201; Marshall, 2011). Teknik *Logoterapi* yang lazim dikenal

dengan *paradoxical intention* (perlawanan terhadap diri) didasarkan pada dua fakta: rasa takut tidak bisa menyebabkan terjadinya hal yang ditakutkan dan keinginan yang berlebihan bisa membuat keinginan tersebut tidak bisa terlaksana. (Schulenberg, et.al, 2008; Marshall, 2011).

Dalam *paradoxical intention*, klien diminta untuk tidak lagi menghindari atau melawan gejalanya tetapi justru berusaha sekuat-kuatnya memunculkan gejalanya atau sekurang-kurangnya mengharap agar gejala-gejala itu benar-benar terjadi (Bastaman, 2007; Marshall, 2011). Terapi ini diawali dengan pembinaan *raport* yang baik, kemudian wawancara mendalam untuk mengetahui hubungan sebab akibat yang saling memperkuat dan membentuk “lingkaran tak berakhir” antara gejala-gejala dengan ansietas.).

Penelitian yang dilakukan Sutejo (2009) pada penduduk paska gempa yang mengalami ansietas di kabupaten Klaten, Jawa tengah menggunakan pendekatan tehnik ini. Hasil penelitian menunjukkan terdapat penurunan respon fisiologis dan kognitif setelah diberikan logoterapi. Sutejo (2009) mengemukakan 4 sesi terapi yang dilakukan yang meliputi membina hubungan baik dan nyaman, mengidentifikasi reaksi klien terhadap masalah yang dirasakan, mendiskusikan pola reaksi klien dan mengajarkan cara yang sesuai dan evaluasi.

2.4.7.2 Tehnik *Dereflection*

Teknik *Logoterapi* lain adalah “*de-reflection*”, yaitu memanfaatkan kemampuan transendensi diri (*self-transcendence*) yang dimiliki setiap klien. Klien memiliki kemampuan untuk membebaskan diri dan tidak lagi memperhatikan kondisi yang tidak nyaman, tetapi mampu mengalihkan dan mencurahkan perhatiannya kepada hal-hal yang positif dan bermanfaat. Klien dibantu untuk menyadari

kemampuan atau potensinya yang tidak digunakan atau terlupakan. Hal ini akan menimbulkan perasaan berguna dan berharga serta pikiran bahwa klien adalah individu yang unik (Marshall, 2011). *De-reflection* tampaknya sangat bermanfaat bagi klien dengan pre-okupasi somatik, gangguan tidur, dan beberapa gangguan seksual, seperti impotensi dan frigiditas (Bastaman, 2007) selain itu tehnik ini juga dapat diberikan pada klien dengan harga diri rendah, ketidaknyamanan, depresi, kecanduan alkohol, penyakit fisik, dan gangguan emosi (Marshall, 2011).

Studi penelitian yang dilakukan Wijayanti (2010) tentang pengaruh logoterapi terhadap kecemasan narapidana perempuan di lembaga permasyarakatan perempuan Semarang menggunakan kombinasi tehnik *paradoxical intention* dan derefleksi. Hasil penelitian menunjukkan terdapat penurunan tingkat ansietas pada narapidana perempuan yang diberikan logoterapi. Pelaksanaan logoterapi yang dilakukan terdiri dari empat sesi yaitu membina hubungan baik dan nyaman, tehnik *paradoxical intention*, tehnik derefleksi dan evaluasi.

2.4.7.3 Kesadaran terhadap nilai (*Value Awareness Technique*)

Tujuan dari logoterapi dengan tehnik ini adalah membantu klien menyadari nilai-nilai yang dimiliki yang dapat dilakukan pada klien yang mengalami perubahan kondisi fisik dan kehilangan yang memunculkan ketidakberdayaan dan rasa hampa. Wahyuni (2010) dalam penelitiannya tentang pengaruh logoterapi pada lansia dengan harga diri rendah menggunakan tehnik *Value Awareness Technique* (VAT) ini. Hasilnya menunjukkan terdapat peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada lansia yang diberikan logoterapi. Pelaksanaan logoterapi dengan VAT dilakukan dalam empat sesi yang meliputi pengkajian, menstimulasi imajinasi yang kreatif, memproyeksikan nilai-nilai pribadi, dan evaluasi, terminasi.

2.4.7.4 Tehnik *Medical Ministry*

Pendekatan tehnik ini memanfaatkan kemampuan untuk mengambil sikap terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak mungkin di ubah (Bastaman, 2007). Tehnik ini merupakan perealisasi dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal value*) sebagai salah satu sumber makna hidup. Tujuan utama dari Tehnik *Medical Ministry* adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dalam penderitaannya (*meaning suffering*).

Frankl (1988 dalam Nelson 2011) menggunakan istilah *Medical Ministry* untuk menangani kasus-kasus somatogenik yang penyebab somatiknyanya tidak dapat dihilangkan. Ia beranggapan bahwa tanggung jawab profesi medislah untuk menenangkan dan menghibur klien dengan penyakit fisik. Penggunaan tehnik ini tepat diberikan pada klien dengan penyakit kronis atau penyakit terminal yang mengalami ansietas dan depresi . Penanganan logoterapeutik dengan tehnik ini dimaksudkan untuk menangani bagian-bagian yang tidak sakit untuk membantu klien menemukan makna dalam sikap yang diambilnya terhadap penderitaannya.

Sikap yang dikembangkan melalui tehnik *Medical Ministry* adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi, kondisi menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan dan menghadapi kematian itu sendiri.

Pendalaman nilai bersikap pada tehnik ini pada dasarnya menerima kesempatan pada klien untuk mengambil sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat terelakkan. Tehnik pendalaman itu meliputi :

a. Merenungkan penderitaan .

Klien diminta untuk mengingat kembali penderitaan yang pernah dialami pada waktu yang lalu terkait dengan gejala dan dampak dari kondisi sakit yang dialaminya sekarang, bagaimana perasaannya waktu itu, upaya yang dilakukan untuk mengatasi penderitaan yang dilakukan , bagaimana perasaan klien saat ini dengan pengalaman tersebut dan apa hikmah dan pelajaran yang diperoleh klien dibalik penderitaan yang dialami.

b. Membandingkan penderitaan

Perbandingan ini dilakukan dengan menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan yang telah berhasil mengatasinya, mendiskusikan hikmah dan pelajaran apa yang diperoleh melalui penderitaan tersebut dan membandingkannya dengan kondisi yang dialami klien saat ini (Bastaman , 2007).

Studi penelitian lainnya yang dilakukan Kyang, Kyung Ah (2009) pada remaja yang menderita kanker terminal terhadap kondisi ketidakberdayaan menunjukkan hasil logoterapi dapat mengurangi kondisi ketidakberdayaan, menemukan makna dalam penderitaan, mengatasi gangguan eksistensial, meningkatkan kualitas hidup remaja dengan kanker terminal. Hal diatas menunjukkan logoterapi adalah satu bentuk psikoterapi yang dapat dilakukan dengan berbagai tehnik dan digunakan untuk berbagai kasus psikososial.

Frankl menyatakan logoterapi sangat baik bila dikombinasikan dengan metode terapi lainnya. Kombinasi metode terapi lain dapat memperluas pandangan tentang kondisi individu dan meningkatkan konsep diri serta kualitas hidup individu tersebut (Schlueberg, *et al*, 2008).

2.4.8 Instrumen Pengukuran Makna Hidup

Instrumen pengukuran makna hidup pada klien kanker dikenal dengan nama *meaning life questionnaire for cancer client* yang diadopsi dari *meaning in life questionnaire* oleh Steger, *et al* (2006). Kuesioner pengukuran makna hidup pada klien kanker terdiri dari pengkajian makna hidup saat yang telah dicapai dan pengkajian proses terhadap makna hidup (Jim, *et al*, 2007). Kuesioner yang telah dikembangkan terdiri dari dua puluh satu pertanyaan yang dengan menggunakan skala likert yang dikategorikan 14 pertanyaan terkait dengan dampak kanker pada klien dengan menggunakan 7 skala likert dan tujuh pertanyaan terkait dengan respon psikososial dengan menggunakan lima skala likert. Kuesioner ini telah banyak digunakan pada klien kanker untuk menilai kondisi kesejahteraan dan penurunan distress dan memberikan esensi penting terkait dengan persepsi klien kanker terhadap makna hidup dalam sepanjang sakit yang dideritannya.

2.4.9 Tehnik Pelaksanaan logoterapi

Tehnik pelaksanaan logoterapi ini mengacu pada instrument yang sudah dikembangkan oleh Sutejo (2007) tentang logoterapikelompok terhadap ansietas pada klien pasca bencana dengan tehnik *paradoxical Intention* dan Kanine (2011) tentang logoterapi pada respon ketidakberdayaan pada klien diabetes mellitus dengan *tehnik medical ministry*. Peneliti menggunakan pendekatan logoterapi dengan tehnik *medical ministry* dari Kanine (2011) menjadi empat sesi :

2.4.9.1 Sesi 1 : Mengidentifikasi Kejadian dan Masalah Klien.

Sesi pertama ini bertujuan untuk mengembangkan hubungan saling percaya antara terapis dan klien serta mengidentifikasi kejadian dan masalah yang dialami klien. Terapis memperkenalkan diri, menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari pelaksanaan terapi *medical ministry*.

Klien diberi kesempatan untuk mengungkapkan ansietas dan depresi yang di alami terkait dengan penyakit kanker yang dialaminya. Terapis bersama dengan klien mengidentifikasi kejadian-kejadian yang menimbulkan masalah ansietas dan depresi terkait dengan kanker yang diderita klien seperti perasaan klien sewaktu pertama kali didiagnosa kanker, respon keluarga dengan kondisi klien, pengobatan apa yang sudah dilakukan/akan dilakukan dan dampak dari tindakan pengobatan yang dijalani saat ini.

2.4.9.2 Sesi 2 : Mengidentifikasi reaksi dan respon terhadap masalah

Pada sesi ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi terhadap masalah yang muncul. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi respon masalah yang belum teratasi.

2.4.6.3 Sesi 3 : Tehnik *Medical Ministry*

Pada sesi ini terapis membantu merealisasikan nilai - nilai bersikap menerima dengan ketabahan, kesabaran dan keberanian atas segala bentuk penderitaan yang dialami klien kanker melalui tehnik pendalaman nilai meliputi :

a. Merenungkan penderitaan

Klien diminta untuk mengingat kembali penderitaan yang pernah dialami pada waktu yang lalu terkait dengan gejala dan dampak dari kondisi sakit yang dialaminya sekarang, bagaimana perasaannya waktu itu, upaya yang dilakukan untuk mengatasi penderitaan yang dilakukan, bagaimana perasaan klien saat ini dengan pengalaman tersebut dan apa hikmah dan pelajaran yang diperoleh klien dibalik penderitaan yang dialami terkait kondisi penyakit kankernya saat ini.

b. Membandingkan penderitaan

Perbandingan ini dilakukan dengan menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan yang telah berhasil mengatasinya, mendiskusikan hikmah dan pelajaran apa yang diperoleh melalui penderitaan tersebut dan membandingkannya dengan kondisi yang dialami klien saat ini.

2.4.6.4 Sesi 4 : Evaluasi

Sesi empat ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan Logoterapi dengan teknik *medical ministry* dengan menemukan makna hidup yang klien dapat dan menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama klien mengenai makna hidup yang didapatkan setelah menggunakan teknik *medical ministry*. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari makna hidup yang sudah didapatkan dan respons masalah yang belum terselesaikan.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan uraian dari teori-teori yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori yang diuraikan meliputi, kanker, ansietas, depresi pada klien kanker, terapi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi.

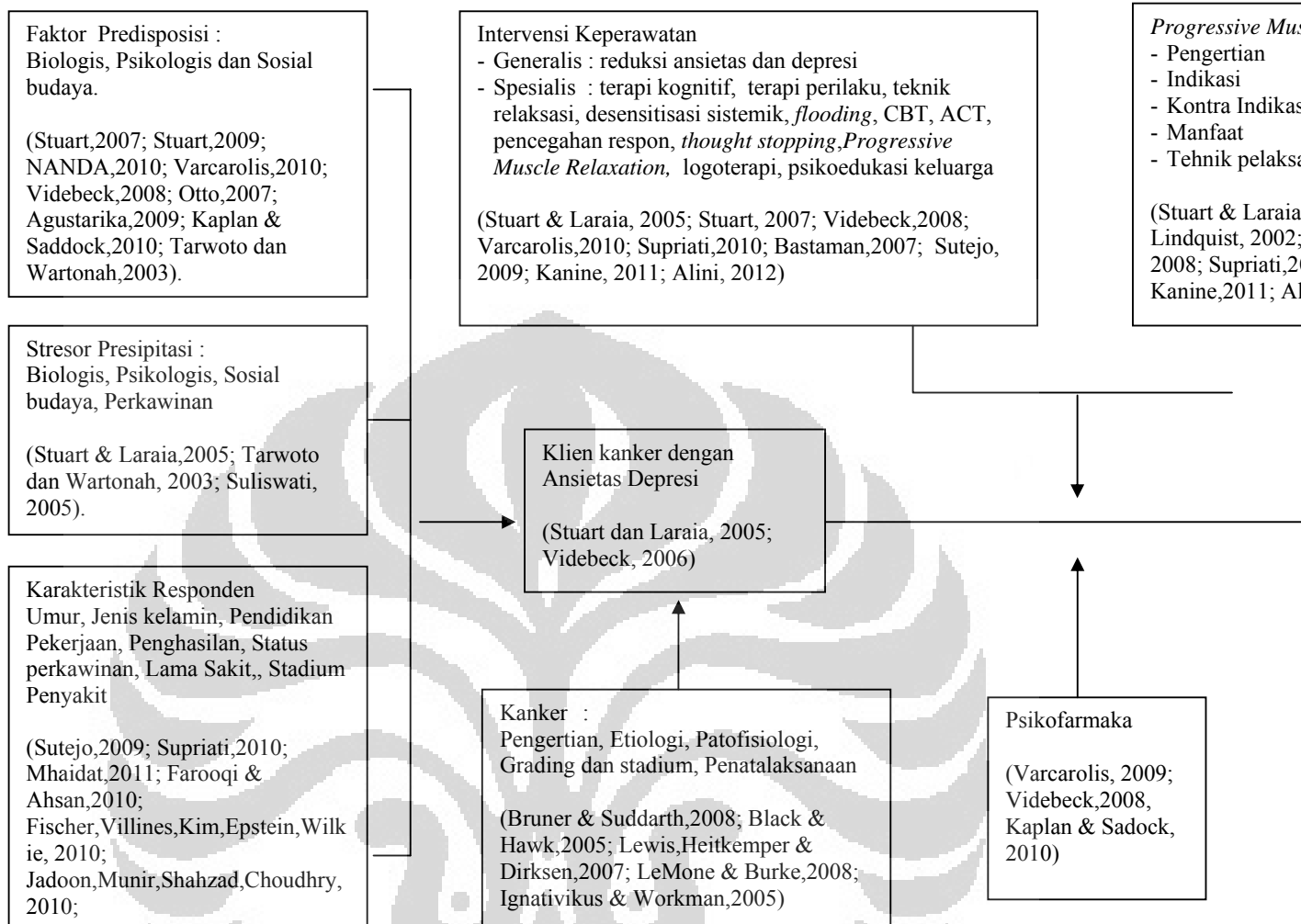
Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang kanker yang meliputi pengertian kanker (Smeltzer & Burn, 2002; LeMone & Burke 2008). Kemudian dilanjutkan dengan menguraikan etiologi kanker yang meliputi aktivasi onkogen, faktor eksternal yang meliputi karsinogen kimia, karsinogen fisik, karsinogen virus dan faktor diit (Smeltzer & Burn, 2002; LeMone & Burke, 2008; Ignatovicus & Workman, 2005). Proses patofisiologi kanker diuraikan berdasarkan empat tahapan dalam transformasi yaitu tahap inisiasi, promosi, progresi dan metastase Penatalaksanaan kanker (Smeltzer & Burn, 2002; LeMone & Burke, 2008; Ignatovicus & Workman, 2005). *Grading* kanker diuraikan berdasarkan diferensiasi dan perubahan karakteristik sel induk, stadium diklasifikasikan berdasarkan sistim TNM yaitu *tumor size*, node dan metastase (Ignatovicus & Workman, 2005). Penatalaksanaan klien dengan kanker yang dijelaskan meliputi radiasi, kemoterapi dan pembedahan (Smeltzre & Bare, 2002 ; Black & Hawk, 2005 ; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007; LeMone & Burke, 2008).

Ansietas dan depresi adalah masalah psikososial yang paling banyak dialami klien kanker. Ansietas pada klien kanker dapat didefinisikan sebagai pengalaman yang subjektif yang tidak menyenangkan, ketidakpastian, ketakutan yang berhubungan dengan persepsi dari ancaman yang nyata maupun tidak nyata terhadap kanker yang dialaminya. Ansietas dikategorikan atas 4 tingkatan yaitu ansietas ringan, sedang, berat dan panik. Ansietas ditentukan oleh respon yang ditimbulkan, baik secara fisiologis, kognitif, perilaku maupun emosional. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas sedang memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsi. Ansietas berat ditandai dengan lapang pandang yang berkurang, sedangkan pada tingkatan panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan (Videbeck, 2008; Shaha, 2008; Stuart, 2009; Nanda, 2010; Varcarolis, 2010). Depresi pada klien kanker merupakan gangguan mood yang banyak dialami klien kanker. Depresi dapat mempengaruhi proses pengobatan dan penyembuhan klien (Videbeck, 2008; Frisch & Frisch, 2006, Townsend, 2009; Kaplan & Sadock, 2010; Wibisono, 2011)

Proses terjadinya ansietas dan depresi diuraikan dengan menggunakan model stres adaptasi yang terdiri dari faktor predisposisi, stressor presipitasi, tanda dan gejala, sumber coping dan coping yang dilakukan (Stuart, 2009). Faktor predisposisi dan stressor presipitasi ansietas dan depresi meliputi biologis, psikologis dan sosial budaya (Stuart, 2009; Suliswati dkk, 2005; Stuart & Laraia, 2005; Kaplan & Sadock, 2010; Varcarolis, 2010; Sharti & Djoerban, 2007). Tarwoto dan Wartonah (2003), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi ansietas diantaranya adalah potensi stressor, maturitas, status pendidikan dan ekonomi, keadaan fisik, tipe kepribadian, sosial budaya, lingkungan dan situasi umur dan jenis kelamin.

Tindakan untuk mengatasi ansietas dan depresi dapat dilakukan melalui penggunaan mekanisme koping (Stuart, 2007; Videback, 2008), psikofarmaka (Kaplan dan Sadock, 2010) dan terapi keperawatan (Varcarolis, 2010; Stuart, 2009). Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada klien dengan ansietas adalah terapi individu seperti terapi kognitif, terapi perilaku, *thought stopping*, *Progressive muscle relaxation* (PMR) dan terapi kognitif perilaku serta Logoterapi individu. Terapi kelompok berupa terapi suportif dan Logoterapi ; terapi keluarga berupa psikoedukasi keluarga (Issacs, 2005 ; Varcolis, 2006 ; Stuart, 2009). Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien depresi dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan keputusasaan adalah Terapi Individu seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan terapi Kognitif–Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); Terapi Kelompok, seperti terapi Suportif dan Logoterapi (*Logotherapy*); Terapi Keluarga, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga; dan terapi Komunitas, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertif Community Therapy* (ACT) (Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007; Stuart, 2009).

Terapi yang digunakan untuk mengurangi ansietas dan depresi pada penelitian ini adalah dengan *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi (Bastaman, 2007; Frankl, 2008). Pada dasarnya seluruh teknik logoterapi berdasarkan personal eksistensial analisis yang terdiri dari *paradoxical intention*, direfleksi, bimbingan rohani, *logophilosophy*, kesadaran terhadap nilai (Bastaman, 2007) serta VAT atau *Value Awareness Technique* (Hutzell & Jerkins, 1990 Sutejo, 2007; Kanine, 2011). Teknik *medical ministry* digunakan untuk mengurangi ansietas dan depresi klien kanker.



Bagan 3.1
Kerangka Teori Penelitian

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan landasan berfikir dalam melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan kerangka teori. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari :

3.2.1 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat atau *dependent* adalah variabel yang dipengaruhi dan menjadi akibat karena adanya variabel bebas (*independent*). Variabel terikat dalam penelitian ini ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker.

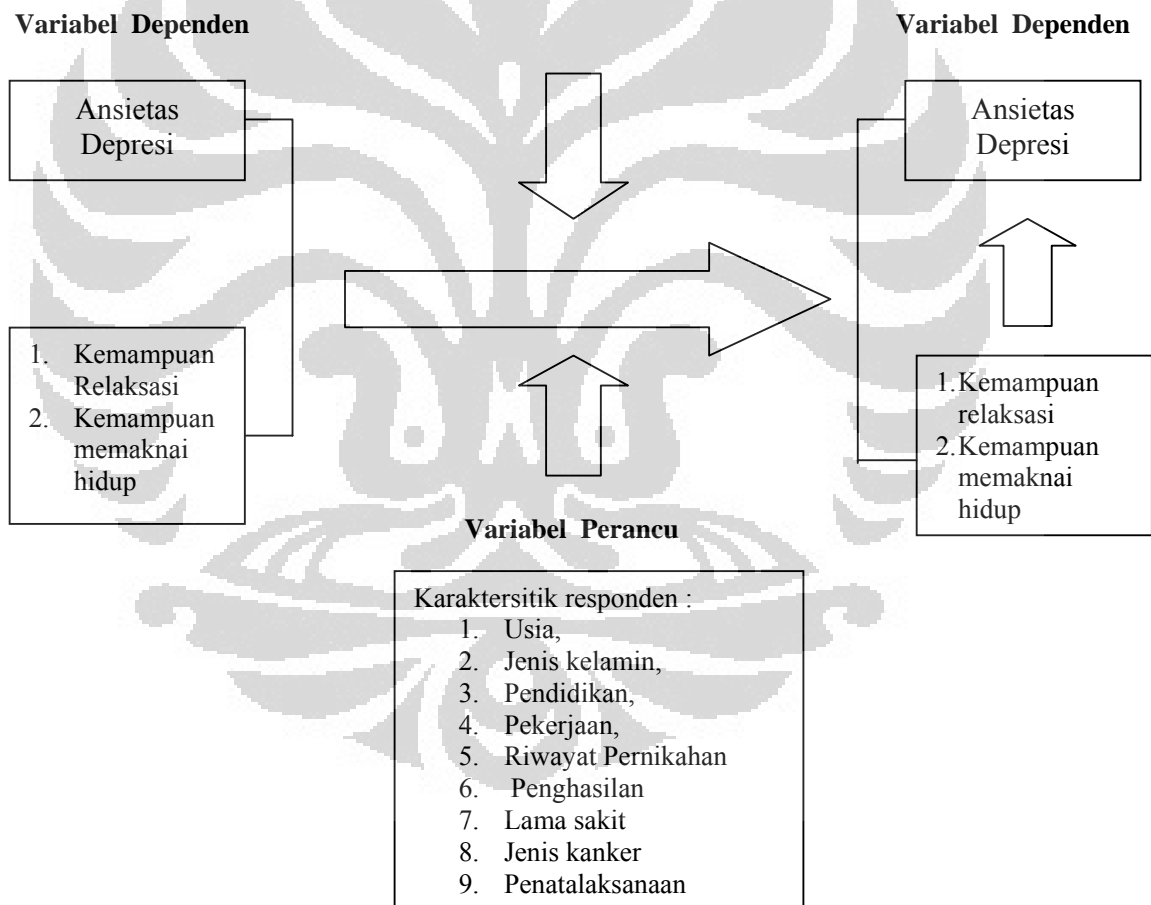
3.2.2 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas (*independent*) merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku (nursalam, 2009). Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dan Logoterapi yang diberikan pada klien kanker dengan ansietas dan depresi. Terapi PMR terdiri dari 3 sesi dimana klien akan dilatih untuk melakukan 14 gerakan secara terstruktur. Logoterapi yang diberikan 4 sesi meliputi : mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami, mengidentifikasi respon psikososial dan cara mengatasinya, logoterapi dengan teknik *medical ministry*, dan evaluasi teknik *medical ministry*

3.2.3 Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah karakteristik klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi. Variabel tersebut terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama sakit riwayat pernikahan, penghasilan, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan. Adapun kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada bagan 3.2 di bawah ini :

Variabel Independen

<i>Progressive Muscle Relaxation</i>	
Sesi 1 :	Pelaksanaan tehnik relaksasi yang meliputi otot dahi, mata, rahang, mulut, leher dan bahu
Sesi 2 :	Pelaksanaan tehnik relaksasi yang meliputi tangan, punggung, dada, perut, tungkai, kaki
Sesi 3 :	Evaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan <i>progressive muscle relaxation</i>
<i>Logoterapi Medical Ministry</i>	
Sesi 1 :	Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang terjadi
Sesi 2 :	Mengidentifikasi respon psikososial dan cara mengatasinya
Sesi 3 :	Teknik <i>Medical Ministry</i> terhadap masalah klien
Sesi 4 :	Evaluasi kemampuan memaknai hidup



Bagan 3.2
Kerangka konsep penelitian

3.3 Hipotesa

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari suatu penelitian, perkiraan, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam Penelitian (Notoatmodjo, 2002). Hastono dan Sabri (2010) menyatakan hipotesis merupakan pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya. Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- 3.3.1 Ada perbedaan ansietas dan depresi pada klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan yang hanya mendapatkan terapi logoterapi saja.
- 3.3.2 Ada perbedaan kemampuan relaksasi dan memaknai hidup pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok intervensi yang mendapatkan logoterapi saja.
- 3.3.3 Ada faktor lain yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas , dan kemampuan relaksasi serta memaknai hidup

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu defenisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefenisikan atau mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati, diuji atau ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Sarwono, 2006).

Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Variabel Pengganggu					
1.	Usia	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari ulang tahun terakhir pada saat diobservasi	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dengan Hitungan rentang umur dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Gambaran karakteristik seksual dan peran responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	0. Tinggi 1. Rendah	Ordinal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik didalam rumah maupun diluar rumah untuk mendapatkan imbalan/ penghasilan sesuai hasil usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	0. Tidak bekerja 1. Bekerja	Nominal
5.	Status Perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	0. Kawin 1. Tidak kawin (belum kawin, janda/duda)	Nominal
6	Penghasilan keluarga	Jumlah uang yang dihasilkan keluarga dari pekerjaan atau profesi	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang penghasilan keluarga responden	0. Penghasilan tinggi (\geq Rp. 1.529.000,- dan penghasilan tambahan) 1. Penghasilan Rendah ($<$ Rp. 1.529.000,- dan tidak ada penghasilan tambahan)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
8	Jenis Kanker	Jenis kanker yang diderita berdasarkan diagnosa medis Dokter	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kanker responden	1. Genekologi 2. Head and Neck 3. Ginekologi 4. Gastrointestinal 5. Hematologi 6. Paru	Nominal
9	Pengobatan	Upaya yang dilakukan untuk penyembuhan kanker	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang penatalaksanaan penyakit responden	1. Kemoterapi 2. Radiasi 3. Pembedahan 4. Kombinasi	Nominal

B. Variabel Independen

Terapi <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	.Terapi relaksasi yang diberikan pada responden dengan cara mengencangkan dan melemaskan otot pada satu bagian tubuh pada waktu tertentu untuk memberikan relaksasi secara fisik yang dilaksanakan dalam 3 sesi	Buku catatan harian pasien kanker dan buku raport terhadap hasil evaluasi pelaksanaan <i>Progressive Muscle Relaxation</i> yang dipegang peneliti.	1. Diberikan terapi <i>Progressive Muscle Relaxation</i> 2. Tidak diberikan terapi <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	Nominal
Logotherapy	Terapi individu yang diberikan kepada responden dengan menggunakan tehnik <i>medical ministry</i> untuk mengurangi ansietas dan depresi akibat kanker, terdiri dari 4 sesi	Buku catatan harian pasien kanker dan buku raport terhadap hasil evaluasi pelaksanaan Logotherapy yang dipegang peneliti	1. Diberikan logotherapy pada kelompok intervensi 2. Tidak diberikan logotherapy pada kelompok kontrol	Nominal

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
C. Varibel Dependen					
	Ansietas	Perasaan tidak nyaman yang dirasakan secara subjektif terhadap kejadian penuh stres dan mengancam yang di nilai dari respon kognitif ,perilaku dan emosi	Kuesiner/self evaluasi Terdiri dari 7 item pernyataan tentang skala skrening ansietas yang dimodifikasi dengan skala skrening HADS dengan menggunakan skala likert dalam kuesioner B. Responden diminta untuk memilih jawaban dengan skala likert	Skor dalam rentang 0-21	Interval
	Depresi	Persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya saat ini baik secara fisik, psikis dan sosial untuk mengetahui adanya gejala depresi pada klien	Kuesiner/self evaluasi Terdiri dari 7 item pernyataan tentang skala skrening ansietas yang dimodifikasi dengan skala skrening HADS dengan menggunakan skala likert dalam kuesioner B	Skor dalam rentang 0-21	Interval
	Kemampuan Relaksasi	Kemampuan yang ditunjukkan klien dalam mengikuti terapi <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	13 item pernyataan dalam kuesioner C . Responden diminta memilih jawaban dengan skala likert yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu: selalu, sering, jarang dan tidak pernah,	Skor dalam rentang 0-39	Interval
	Kemampuan memaknai hidup	Kemampuan yang ditunjukkan klien dalam mengikuti terapi logoterapi yang meliputi kemampuan memaknai hidup.	20 pernyataan dalam kuesioner D. Responden diminta memilih jawaban dengan skala likert dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, kurang setuju dan tidak setuju.	Skor dalam rentang 0-60	Interval

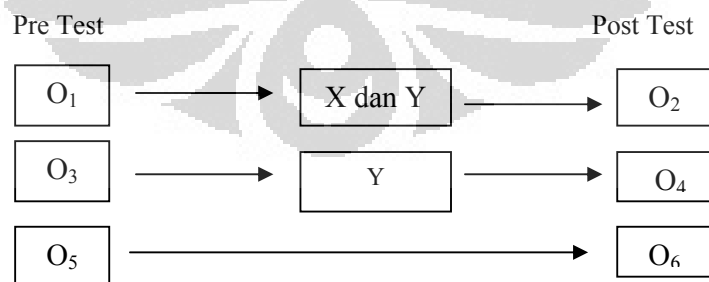
BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai metodologi penelitian yang terdiri atas : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian yaitu *Quasi experimental pre and post test with control group*” dengan intervensi Terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dan logoterapi serta logoterapi tanpa terapi PMR. Rancangan ini menggunakan kelompok kontrol (pembanding) yang memungkinkan peneliti melihat perubahan-perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup sebelum dan sesudah diberikan terapi PMR dan logoterapi. Penelitian ini menggunakan tiga kelompok yaitu kelompok intervensi I (kelompok yang diberi kombinasi terapi PMR dan logoterapi), kelompok intervensi II (kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi tanpa PMR) dan kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2011) bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) intervensi. Secara skematis desain penelitian ini digambarkan dalam skema 4.1 berikut ini :



Skema 4.1
Desain Penelitian *Pre-Post Test Control Group*

Keterangan :

X : Intervensi *Progressive Muscle Relaxation*

Y : Intervensi logoterapi

O₁ : Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sebelum mendapat intervensi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi

O₂ : Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sesudah mendapat intervensi *progressive muscle relaxation* dan logoterapi

O₃ : Ansietas, depresi kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sebelum mendapat intervensi logoterapi

O₄ : Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker setelah mendapat intervensi logoterapi

O₅ : Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol pre interaksi

O₆ : Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol post interaksi

O₂ – O₁ : Perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi I sebelum mendapatkan terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi dan sesudah mendapatkan terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi

O₄ – O₃ : Perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi II sebelum dan sesudah terapi mendapatkan logoterapi

O₆ – O₅ : Perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol

O₁ – O₃ – O₅ : Perbedaan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup antara kelompok intervensi I, kelompok intervensi II dan kontrol sebelum intervensi.

O₂ – O₄ – O₆: Perbedaan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup antara kelompok intervensi I, kelompok intervensi II dan kelompok kontrol setelah intervensi

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Sastroasmoro dan Ismail (2011) menyatakan bahwa populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu yang disesuaikan dengan ranah dan tujuan penelitian. Sugiyono (2005) menjelaskan populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien kanker yang dirawat di RS Dharmais Jakarta dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sugiyono (2005) menjelaskan bahwa sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Kriteria inklusi yang akan dilibatkan dalam penelitian ini antara lain :

1. Klien dengan diagnosa kanker
2. Usia 18 – 65 tahun
3. Dapat membaca dan menulis
4. Dapat berbahasa Indonesia dengan baik
5. Tingkat kesadaran *compos mentis*
6. Klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi dengan skor ≥ 8
7. Bersedia menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan menjadi responden

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi untuk menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2011) :

$$n = \left[\frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}] \cdot sd}{d} \right]^2$$

Keterangan:

- n** : Besar sampel
Z_α : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % (α = 0,05), maka Z_α = 1,96
Z_β : Bila α = 0,05 dan power = 0,80 maka Z_β = 0,842
sd : Selisih rerata simpangan baku dari penelitian sebelumnya (Kanine, 2011) : 4,6
d : Beda proporsi klinis (*clinical judgement*) dari penelitian sebelumnya (Kanine, 2011) = 2,5

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(2,5)^2}$$

$$n = 27$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 27 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi quasi eksperimental ini, untuk mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2011) adalah :

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

Universitas Indonesia

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

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

maka :

$$n = \frac{27}{1 - 0,1}$$

$$n = 30$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 30 responden untuk setiap kelompok (30 kelompok intervensi I, 30 kelompok intervensi II dan 30 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 90 responden.

4.3 Tehnik Pengambilan Sampel (*Sampling*)

Tehnik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Tehnik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini dengan tehnik *purposive sampling* yaitu tehnik pengambilan sampel yang didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sebelumnya (Notoatmojo, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah klien dengan kanker yang memenuhi syarat sesuai kriteria inklusi. Langkah awal peneliti mengidentifikasi klien kanker yang menjalani pengobatan di ruang rawat inap Melati, Cempaka dan Teratai RS Dharmais Jakarta, kemudian dari jumlah yang telah ditentukan akan disesuaikan dengan kriteria inklusi yang ditetapkan dengan tehnik *purposive sampling*.

Selanjutnya peneliti akan melakukan *screening* ansietas dan depresi dengan menggunakan kuesioner pengukuran ansietas dan depresi HADS (Kuesioner B). Jika terdapat skor ≥ 8 , klien akan diikutsertakan sebagai responden dalam penelitian ini. Informasi mengenai usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat pernikahan. penghasilan, lama sakit, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan diperoleh dari wawancara dan studi dokumentasi. Kesediaan klien menjadi responden dan mengikuti terapi yang diberikan dalam penelitian ini ditanyakan langsung oleh peneliti kepada klien.

Pemilihan sampel untuk kelompok intervensi yang mendapatkan kombinasi terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok intervensi yang hanya mendapatkan logoterapi dilakukan dengan cara penomoran 1-30 untuk kelompok yang mendapatkan kombinasi terapi PMR dan logoterapi sedangkan penomoran 31-60 untuk kelompok intervensi yang hanya mendapatkan logoterapi. Kelompok kontrol dalam penelitian ini tidak di RS kanker Dharmais tetapi di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta.

4.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RS Kanker Dharmais, Jakarta yang merupakan RS kanker rujukan nasional di Indonesia sehingga memiliki kasus yang bervariasi dan cukup banyak. Ruangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah ruang melati, ruang cempaka dan ruang teratai.

Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Februari sampai Juni tahun 2012 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pelaksanaan kegiatan terapi, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Alokasi waktu kegiatan penelitian dapat dilihat pada jadwal pelaksanaan kegiatan penelitian (lampiran 1)

4.5 Penerapan Prinsip Etik Dalam Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu melakukan serangkaian uji kelayakan. Uji kaji etik adalah uji kelayakan yang dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada proposal pengaruh *progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta sebagai prasyarat sebelum penelitian dilaksanakan (lampiran 8). Kemudian dilakukan uji *expert validity* (lampiran 9) dan uji kompetensi oleh para pakar keperawatan terhadap modul yang akan digunakan dalam pelaksanaan penelitian dan kemampuan peneliti dalam memberikan intervensi tersebut. (lampiran 10 dan 11).

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik. Penelitian ini diawali dengan memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian dan manfaat (*beneficience*) penelitian bagi responden kemudian peneliti meminta responden untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden atau *Informed consent* yang telah disiapkan (lampiran 2). Peneliti menjunjung tinggi hak responden dimana setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden tanpa sanksi apapun (*autonomy*). Peneliti menjelaskan bahwa responden dijaga kerahasiaannya (*confidentiality*) dimana informasi yang didapat dari mereka hanya untuk penelitian ini dan tidak dipublikasikan. Selama kegiatan, nama responden tidak dicantumkan (*anonymouse*), sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden. Semua responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*).

Responden dalam kelompok intervensi yang pertama mendapatkan terapi PMR dan logoterapi, responden dalam kelompok intervensi kedua hanya mendapatkan logoterapi sedangkan responden dalam kelompok kontrol mendapatkan *booklet* manajemen stres yang diberikan setelah dilakukan *post test*.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari :

4.6.1 Instrumen Data Demografi Responden

Data demografi responden merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan ansietas dan depresi klien kanker yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, riwayat pernikahan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan lama sakit serta pengobatan yang dilakukan. Data demografi responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 10 pertanyaan dan diisi dengan cara check list (√) pada jawaban yang dipilih oleh responden (lampiran 4). Informasi tentang diagnosa medis, pengobatan yang dilakukan diperoleh melalui studi dokumentasi.

4.6.2 Instrumen Pengukuran Tingkat Ansietas dan Depresi

Pengukuran ansietas dan depresi menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) yang berisi 14 item pertanyaan (lampiran 5) dimana 7 item pertanyaan terkait dengan ansietas (pernyataan no 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) dan 7 item pernyataan lainnya terkait dengan depresi (pernyataan no 2, 4, 6, 8, 10, 12, dan 14). Item pernyataan terdiri dari pernyataan positif (*Favorable*) dan pernyataan negatif (*Unfavorable*) hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias karena responden akan monoton menjawab pernyataan positif pada item dengan nilai tertinggi

Item *Favorable* atau pernyataan positif dengan pilihan jawaban untuk ansietas dan depresi dalam bentuk skala likert terdapat pada no 2, 4, 6, 7, 12, 14.

Item *Unfavorable* atau pernyataan negatif pemberian skoring dibalik untuk dengan pilihan jawaban untuk ansietas dan depresi dalam bentuk skala likert terdapat pada no 1, 3, 5, 8, 11, 13. Pilihan jawaban memiliki nilai terendah adalah 0 dan tertinggi 3. Penggolongan skoring dari keseluruhan item pada ansietas maupun depresi adalah normal (skor 0-7), abnormal *borderline* (skor 8-10) dan abnormal (11-21). (Kuesioner B). Untuk HADS nilai minimal 0 dan maksimal 42 dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-14, sedang 15-27 dan tinggi 28-42.

4.6.3 Instrumen pengukuran kemampuan relaksasi

Instrumen ini bertujuan untuk mengukur kemampuan melakukan relaksasi klien sebelum dan sesudah melakukan PMR (lampiran 6). Kuesioner pengukuran ini terdiri dari 13 item pernyataan yang terdiri dari 8 pernyataan positif dan 5 pernyataan negatif. Instrumen ini menggunakan skala likert (0-3). Jika tidak pernah diberi nilai 0; jika dilakukan 1 kali sehari diberi nilai 1; jika dilakukan 1-2 kali sehari diberi nilai 2; jika dilakukan 3 kali atau lebih diberi nilai 3. Kemampuan psikomotor memiliki nilai minimal 0 dan maksimal 39 dengan rentang rendah 0-13, sedang 14-25 dan tinggi 26-39.

4.6.4 Instrumen pengukuran makna hidup klien kanker menggunakan lembar kuesioner C (lampiran 7) yang diadopsi dari Instrumen pengukuran makna hidup dari penelitian yang dilakukan Jim, *et al* (2006) pada klien yang terdiri dari dua puluh pernyataan yang terdiri dari 14 pernyataan terkait makna hidup dan 6 pernyataan tentang aspek spiritual. Instrumen ini menggunakan skala likert (0-3). Kemampuan

memaknai hidup memiliki nilai minimal 0 dan maksimal 60 dengan rentang rendah : 0-21, sedang 21-39 dan tinggi 40-60.

4.7 Uji Coba Instrumen

Untuk menguji apakah instrumen penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan atau tidak, maka peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas dan reliabilitasnya.

4.7.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Suyoto, 2010).

Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi *product moment*, dengan rumus :

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan :

N : Jumlah subyek

X : Skor setiap item

Y : Skor total

$(\sum X)^2$: Kuadrat jumlah skor item

$\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total

$(\sum Y)^2$: Kuadrat jumlah skor total

r_{xy} : Koefisien korelasi

Pengujian untuk menentukan signifikan atau tidak signifikan dengan membandingkan nilai r hitung dengan r table untuk *degree of freedom* = $n-k$. jika r hitung untuk r tiap butir pertanyaan bernilai positif dan

lebih besar dari r table (lihat *corrected item-total correlation*), maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid (Sunyoto, 2010).

1. Uji Validitas Kuisisioner B

Uji validitas untuk instrument *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) dilakukan sebanyak dua kali uji yaitu di RSPAD Gatot Soebroto di Ruang Bedah Lt 3, 4 dan Ruang Paru sampai seluruh pernyataan mencapai validitas yang kuat. Instrumen pernyataan tidak ada yang dibuang, namun diubah menjadi bahasa yang lebih sederhana sehingga responden akan lebih mudah untuk memahaminya. Uji validitas diuji pada 30 responden dengan karakteristik yang sama. Hasil Uji validitas menunjukkan nilai $r > 0,361$

2. Uji Validitas Kuesioner C

Uji untuk instrumen kemampuan relaksasi sampai seluruh pernyataan mencapai validitas yang kuat. Instrumen pernyataan tidak ada yang dibuang, namun diubah menjadi bahasa yang lebih sederhana sehingga responden akan lebih mudah untuk memahaminya. Uji validitas diuji pada 30 responden dengan karakteristik yang sama. Hasil Uji validitas menunjukkan nilai $r > 0,361$

3. Uji validitas kuesioner D

Uji validitas untuk instrumen kemampuan memaknai hidup sampai seluruh pernyataan mencapai validitas yang kuat. Instrument pernyataan tidak ada yang dibuang, namun diubah menjadi bahasa yang lebih sederhana sehingga responden akan lebih mudah untuk memahaminya. Uji validitas diuji pada 30 responden dengan karakteristik yang sama. Hasil Uji validitas menunjukkan nilai $r > 0,361$

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Butir pertanyaan dikatakan reliabel atau handal apabila jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten. Untuk menguji reabilitas adalah dengan menggunakan metode *alpha cronbach'* (α). Uji reabilitas *cronbach* menurut table diatas nilai yang sangat reliabel dan layak untuk disebarkan kepada responden. Hasil uji reliabilitas pada instrumen HADS memiliki nilai α sebesar 0,908, instrumen kemampuan relaksasi dengan α sebesar 0,770 dan kemampuan memaknai hidup α sebesar 0,951

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.8.1 Persiapan Instrumen dan Administratif

Peneliti mempersiapkan instrumen – instrumen yang akan digunakan dalam pengumpulan data berupa kuesioner data demografi responden (lampiran 4), kuesioner *Hospital Anxiety Depression Scale* (lampiran 5) kuesioner kemampuan pelaksanaan terapi PMR (lampiran 6) dan kuesioner kemampuan memaknai hidup (lampiran 7), modul pelaksanaan PMR (lampiran 16), dan buku kerja terapi PMR (lampiran 17), modul pelaksanaan logoterapi (lampiran 18) dan buku kerja logoterapi (lampiran 19) dan buku evaluasi kemampuan relaksasi dan memaknai hidup (lampiran 20)

Setelah dinyatakan lolos kaji uji etik (lampiran 8), *expert validity* (lampiran 9) dan uji kompetensi (lampiran 10 dan 11), peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian dari Dekan FIK UI yang ditujukan kepada Direktur RS Kanker Dharmais Jakarta (lampiran 12) dan Direktur RSPAD Gatot Soebroto (lampiran 13) dengan

menyertakan proposal penelitian yang sudah disetujui pembimbing. Setelah mendapatkan ijin penelitian secara tertulis dari bagian diklat RS Kanker Dharmais (lampiran 14) dan Diklat RSPAD Gatot Soebroto (lampiran 15), peneliti berkoordinasi dengan pembimbing dari RS Kanker Dharmais, kepala ruangan dan perawat pelaksana di ruangan yang akan menjadi tempat penelitian.

Selain itu peneliti dibantu oleh seorang pengumpul data. Kriteria pengumpul data yang akan membantu dalam penelitian ini adalah minimal memiliki jenjang pendidikan sarjana keperawatan, bersedia membantu dan memiliki kemampuan berbahasa Indonesia baik dan benar. Kemudian kepada pengumpul data yang terpilih akan dilatih terlebih dahulu tentang petunjuk pengisian dari masing-masing kuesioner, menjelaskan isi dari masing-masing butir pertanyaan dan cara pengumpulan kuesioner. Setelah melakukan persiapan kepada pengumpul data, akan dilakukan seleksi responden sesuai kriteria inklusi kemudian dilakukan *screening* ansietas dan depresi kepada klien kanker oleh pengumpul data. Jika diperoleh skor HADS ≥ 8 , maka klien tersebut sudah dapat diambil sebagai responden

4.8.2 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ini peneliti melakukan pengumpulan data melalui tiga tahapan yaitu tahap *pre-test*, tahap intervensi dan tahap *post-test*.

4.8.2.1 *Pre-test*

Pre test merupakan suatu cara yang dilakukan untuk mengetahui kondisi awal ansietas, depresi kemampuan relaksasi dan kemampuan responden sebelum dilakukan terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi. Peneliti memandu responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam mengisi lembar kuesioner.

Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner.

Sebelum melakukan terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi kepada kelompok intervensi I, logoterapi pada kelompok intervensi II dan kelompok kontrol dilakukan *pre-test* untuk mengetahui tingkat ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker yang dirawat di RS Dharmais Jakarta untuk kelompok intervensi 1 dan 2 serta untuk kelompok kontrol di RSPAD Gatot Soebroto. Responden yang dilibatkan dalam penelitian ini terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat dari terapi yang akan diberikan. Setelah mendapatkan informasi yang jelas, jika klien bersedia menjadi responden maka klien diminta untuk menandatangani lembar persetujuan dalam bentuk *informed consent* kemudian dilakukan *pre test*. Responden dipandu dalam mengisi lembar kuesioner. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab pernyataan yang ada dalam kuesioner.

4.8.2.2 Intervensi.

Peneliti melakukan intervensi terapi spesialis pada kelompok intervensi 1 yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi pada 3 minggu pertama, selanjutnya 2 minggu berikutnya dilakukan intervensi pada kelompok 2 yang hanya diberikan logoterapi.

Kelompok intervensi 1 mendapat terapi PMR dikombinasikan dengan logoterapi. Terapi PMR terdiri dari 3 sesi yaitu : sesi satu : mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata, mulut, tengkuk dan bahu; Sesi dua : mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh yang dirasakan dan latihan kelompok tangan, punggung, perut, bokong dan kaki; Sesi

tiga : Evaluasi Kemampuan Klien Melakukan Latihan Relaksasi Progresif

Logoterapi yang diberikan terdiri dari 4 sesi yaitu : sesi 1 mengidentifikasi kejadian dan masalah klien; sesi 2 ; mengidentifikasi reaksi dan respon terhadap masalah; sesi 3 : tehnik *medical ministry*; sesi 4 : evaluasi memaknai hidup.

Terapi PMR dilakukan terlebih dahulu pada pagi hari. Sesi 1 dan 2 dilaksanakan dalam 1 kali pertemuan selama 30 menit. Pelaksanaan sesi 1 PMR dimulai dengan memperkenalkan terapi PMR dengan menjelaskan tujuan, manfaat dan cara yang akan dilakukan pada sesi 1. Klien diminta untuk mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan. Selanjutnya klien diajak untuk latihan relaksasi. Peneliti terlebih dahulu memberikan contoh latihan PMR dengan cara mengencangkan dan melemaskan kelompok otot mata, dahi, mulut, tengkuk dan bahu kemudian klien diminta untuk mengulangi apa yang telah diajarkan. Pada awalnya sebagian klien kesulitan untuk melakukan gerakan dengan alasan gerakan-gerakan tersebut masih menjadi sesuatu yang baru bagi mereka. Pada sebagian klien sudah dapat melakukan latihan secara mandiri namun ada juga yang masih dibantu.

Sesi 2 dilakukan dengan latihan menegangkan dan melemaskan otot pada kelompok otot tangan, punggung, dada, perut dan kaki. Peneliti terlebih dahulu memberikan contoh gerakan latihan selanjutnya klien diminta untuk mengulangi kembali gerakan yang diajarkan. Kesulitan yang dirasakan sebagian klien dalam sesi ini adalah keterbatasan gerakan pada tangan karena pemasangan infus, rasa mual, mudah lelah dan sulit berkonsentrasi. Rasa mual dan mudah

lelah adalah dampak yang sering muncul terkait dengan pengobatan kemoterapi yang dijalani.

Pada sesi 3 adalah evaluasi kemampuan relaksasi klien. Klien mengungkapkan rasa senang karena peneliti mengajarkan cara baru untuk mengurangi ansietas yang dirasakan. Bahkan ada juga klien yang mengungkapkan latihan yang dilakukan dua kali dalam sehari yaitu pagi dan sore bukan hanya menurunkan ketegangan otot yang dirasakan namun juga membantu klien mengatasi sulit tidur serta dapat mengurangi rasa mual. Selain itu faktor yang menghambat sebagian besar klien tidak dapat melakukan latihan mandiri adalah kondisi fisik yang mudah lelah.

Pelaksanaan logoterapi sesi 1 diawali dengan menjelaskan tujuan dan manfaat dari logoterapi. Pada sesi 1, klien diajak berdiskusi tentang perubahan dan masalah yang dialami dengan kondisi saat ini. Perubahan fisik dan psikologis adalah perubahan yang paling banyak dikeluhkan oleh klien. Masalah mual, tidak nafsu makan, kelelahan, kelemahan, sulit tidur, kulit terasa kering dan kehitaman, rasa sakit pada mulut dan tenggorokan, rambut rontok dan diare adalah keluhan yang paling banyak diungkapkan klien sebagai dampak dari proses penyakit dan efek kemoterapi. Gelisah, cemas, takut dan putus asa adalah masalah yang paling banyak dikeluhkan dari perubahan psikis yang dialami klien.

Sesi 2 dilakukan dengan mengidentifikasi respon psikososial dan cara mengatasinya. Ansietas, rasa takut dan depresi merupakan masalah psikososial yang banyak oleh klien. Respon ansietas yang muncul meliputi peningkatan denyut nadi dan tekanan darah, gelisah, sulit tidur dan ketegangan otot. Sedangkan gejala depresi yang banyak diungkapkan masalah sulit tidur, kelelahan, muncul perasaan

kurang percaya diri, perasaan yang sensitif, kadang muncul perasaan tidak berdaya, mudah tersinggung serta merasa membebani orang lain. Klien perempuan cenderung mengungkapkan masalah tidak percaya diri akibat perubahan penampilan setelah mastektomi dan dampak kemoterapi yang dijalani.

Selanjutnya sesi 3 adalah latihan tehnik *medical ministry*. Latihan ini menggunakan 2 cara yaitu cara 1 : klien diajak berdiskusi tentang pengalaman diri sendiri terhadap suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu yang lalu, bagaimana perasaannya waktu itu, upaya yang dilakukan untuk mengatasi penderitaan yang dilakukan, bagaimana perasaan klien saat ini dengan pengalaman tersebut dan apa makna yang diperoleh klien dibalik penderitaan yang dialami terkait kondisi penyakit kankernya saat ini. Sebagian besar klien mengungkapkan tidak ada penderitaan atau kondisi yang lebih berat di masa lalu jika dibandingkan dengan kondisi saat ini. Bagi klien penderitaan terbesar yang dirasakan adalah penyakit kanker yang dialaminya. Bukan hanya memberikan dampak bagi dirinya, juga bagi anggota keluarganya.

Selanjutnya peneliti mengajak klien untuk membandingkan pengalaman dirasakan dengan menghubungi kenalan atau berdiskusi dengan klien kanker yang mengalami penderitaan yang sama dan yang telah berhasil mengatasinya, mendiskusikan makna dan pelajaran apa yang diperoleh melalui penderitaan tersebut dan membandingkannya dengan kondisi yang dialami klien saat ini. Tehnik kedua adalah tehnik yang paling banyak dilakukan oleh klien dalam kelompok ini. Hasilnya sebagian besar klien mengatakan ternyata mereka tidak sendiri menghadapi masalah karena klien lainnya pun mengalami hal serupa. Makna yang paling banyak diungkapkan adalah menjalani kondisi saat ini dengan lebih banyak

bersyukur, lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan percaya bahwa penderitaan yang dihadapi tidak melebihi dari kekuatan umatNya.

Pada awalnya ada beberapa klien kesulitan untuk memulai latihan ini terutama klien yang lama sakitnya kurang dari 3 bulan dan berusia muda (produktif). Mereka lebih berfokus pada kondisi sakitnya saat ini, namun setelah dijelaskan kembali tujuan latihan ini, klien tersebut akhirnya mau berlatih. Ada juga klien antusias untuk melakukan latihan ini terutama berdiskusi pada klien kanker yang sudah mengalami kemajuan besar setelah menjalani pengobatan yang dilakukan.

Pelaksanaan sesi 4 adalah evaluasi kemampuan logoterapi *medical ministry*. Pada sesi ini peneliti melihat peningkatan kemampuan klien memaknai hidup. Klien mengungkapkan rasa senang karena peneliti mengajarkan cara baru untuk membantu memaknai hidup dan klien juga memiliki kenalan baru klien kanker yang lain yang dirawat di RS tersebut.

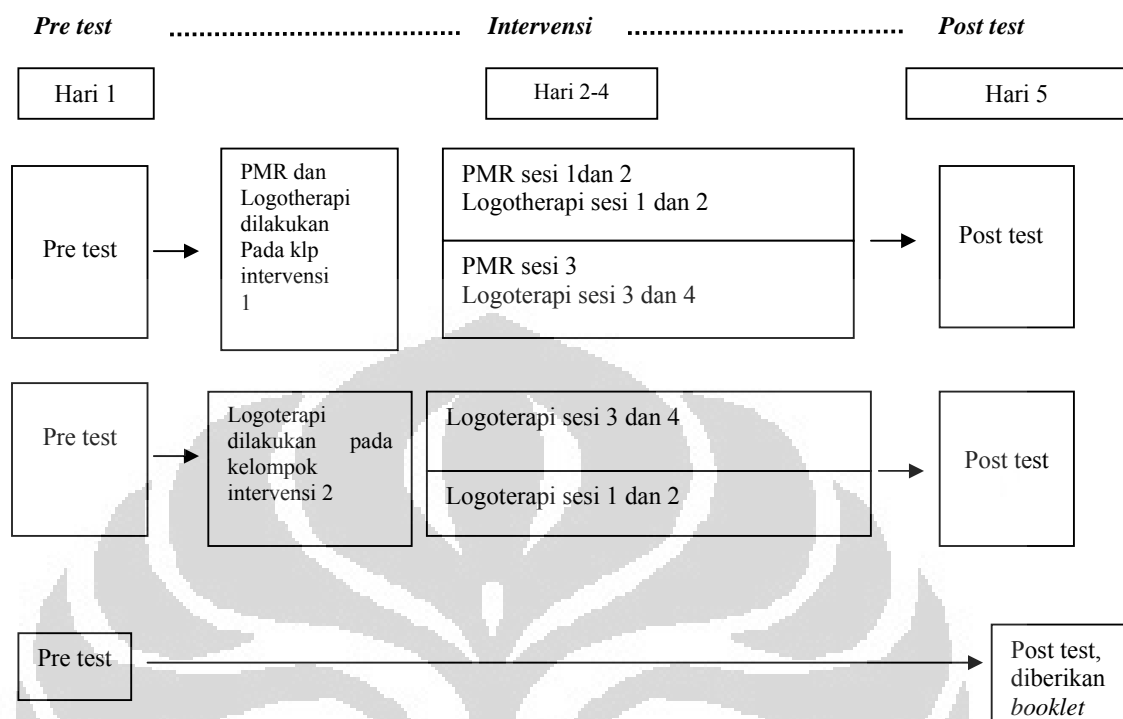
Pada kelompok intervensi 2, logoterapi tidak dikombinasikan dengan PMR. Responden hanya mendapatkan logoterapi saja. Logoterapi dilaksanakan dalam 4 sesi. Logoterapi yang diberikan terdiri dari 4 sesi yaitu : sesi 1 mengidentifikasi kejadian dan masalah klien; sesi 2 ; mengidentifikasi reaksi dan respon terhadap masalah; sesi 3 : tehnik *medical ministry*; sesi 4 : evaluasi memaknai hidup. Secara keseluruhan pelaksanaannya sama dengan kelompok intervensi 1 termasuk respon dari perubahan fisik dan psikis yang dirasakan, gejala yang dari ansietas dan depresi serta respon setelah terapi yang membedakan adalah waktu pemberian logoterapi. Dimana pada kelompok intervensi 1 logoterapi berikan pada sore hari, sedangkan pada kelompok intervensi 2 logoterapi diberikan pada pagi hari.

Selama proses pelaksanaan terapi , peneliti memberikan buku kerja dan catatan harian pada masing-masing klien sebagai panduan dalam pelaksanaan terapi. Selama pelaksanaan terapi sebagian besar klien tidak mencatat sendiri pada buku kerja dengan alasan keterbatasan gerak pada tangan akibat dari pemasangan infus untuk kemoterapi, dan tranfusi darah, rasa lelah, kaku di daerah lengan terutama pada klien yang *post* mastektomi dan rasa nyeri yang kadang muncul sehingga peneliti berinisiatif membantu untuk mencatat ungkapan klien pada buku kerja tersebut. Setelah itu peneliti menuliskan evaluasi terhadap kemampuan yang dicapai di setiap sesi pada buku evaluasi terapi

4.8.2.3 *Post Test*

Kegiatan *post test* dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan memaknai hidup pada klien setelah diberikan intervensi. Setelah kelompok intervensi selesai diberikan terapi PMR sebanyak tiga sesi dan logoterapi sebanyak empat sesi serta kelompok kontrol, maka selanjutnya dilakukan *post test*. *Post test* diberikan kepada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan instrumen yang sama. Untuk kelompok intervensi dan kontrol pemberian *booklet* dilakukan setelah *post test*.

Adapun kerangka kerja pelaksanaan penelitian dapat dilihat pada bagan 4.1 di bawah ini.



Bagan 4.1

Kerangka Kerja Pengaruh Pemberian *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap perubahan ansietas dan depresi pada klien kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

4.9 Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

3 langkah untuk pengolahan data yaitu : persiapan, tabulasi, penerapan data sesuai dengan pendekatan (Arikunto, 2006). Sedangkan menurut Sugiyono (2005) membagi proses pengolahan data menjadi 4 tahap :

- Editing Data* yaitu penyuntingan data yang dilakukan peneliti untuk menghindari terjadinya kesalahan atau kemungkinan kesalahan, kuesioner belum terisi atau tidak lengkap dan lain-lain. Hasil *editing* ditemukan instrumen telah diisi dengan lengkap oleh seluruh responden sehingga tidak perlu dilakukan pengumpulan data ulang.

b. *Coding Data.*

Untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data, peneliti memberi kode pada setiap responden terutama untuk membedakan dua kelompok intervensi yaitu kelompok yang diberikan dua terapi spesialis dan kelompok intervensi yang diberi satu terapi spesialis. Kelompok yang diberi terapi PMR dan logoterapi diberi penomoran 1-30 dan kelompok yang mendapat logoterapi diberikan 31-60.

c. *Processing dan entry data.*

Setelah proses pengkodean dilakukan dan seluruh kuesioner terisi lengkap, peneliti selanjutnya melakukan *entry* data dengan cara memasukkan kode dari masing-masing pertanyaan ke dalam program computer agar dapat diproses untuk dianalisa.

d. *Cleaning Data*

Pada tahap ini dilakukan pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan dalam proses pengkodean, kesalahan pembacaan kode dan kesalahan memasukkan data ke komputer. Tujuannya agar data yang salah dapat diperbaiki dan dilakukan analisis.

4.9.2 Analisis Data

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis variabel yang ada secara deskriptif. Data kategorik yang meliputi, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan dianalisis dengan menghitung distribusi frekuensinya, sedangkan karakteristik umur dan lama sakit merupakan data numerik maka dianalisis dengan menghitung *central tendency* yang meliputi *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal.

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum melakukan analisis bivariat, maka terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan untuk melihat varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan peneliti untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien, dan kemampuan klien antara dua kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Uji kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan menggunakan uji *chisquare*, karakteristik umur dan lama sakit dirawat menggunakan *independent t-test*. Sedangkan uji kesetaraan kemampuan klien antara dua kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menggunakan uji anova. Bila nilai *p-value* lebih besar dari pada nilai *alpha* (0,05) maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol disimpulkan setara atau homogen.

Table 4.1
Analisis Kesetaraan Karakteristik Variabel Penelitian Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker RS Dharmais Jakarta

No	Kelompok			Uji Statistik Cara Analisis
	Intervensi I	Intervensi II	Kontrol	
1	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>Anova</i>
2	Jenis kelamin (data katagorik)	Jenis kelamin (data katagorik)	Jenis kelamin (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
3	Tingkat pendidikan (data katagorik)	Tingkat pendidikan (data katagorik)	Tingkat pendidikan (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
4	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
5	Riwayat perkawinan (data katagorik)	Riwayat perkawinan (data katagorik)	Riwayat perkawinan (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
6	Lama sakit (data numerik)	Lama sakit (data numerik)	Lama sakit (data numerik)	<i>Anova</i>
7	Pendapatan (data katagorik)	Pendapatan (data katagorik)	Pendapatan (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
8	Jenis kanker (data katagorik)	Jenis kanker (data katagorik)	Jenis kanker (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
9	Pengobatan (data katagorik)	Pengobatan (data katagorik)	Pengobatan (data katagorik)	<i>Chi-square</i>
10	Kondisi ansietas dan depresi (data numerik)	Kondisi ansietas dan depresi (data numerik)	Kondisi ansietas dan depresi (data numerik)	<i>Anova</i>
11	Kemampuan memaknai hidup (data numerik)	Kemampuan memaknai hidup (data numerik)	Kemampuan memaknai hidup (data numerik)	<i>Anova</i>
12	Kemampuan relaksasi (data numerik)	Kemampuan relaksasi (data numerik)	Kemampuan relaksasi (data numerik)	<i>Anova</i>

Peneliti melakukan analisis perubahan ansietas dan depresi, kemampuan memaknai hidup dan kemampuan relaksasi pada masing-masing kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan menggunakan uji *Anova*. Kondisi ansietas, depresi, kemampuan memaknai hidup dan kemampuan PMR klien sebelum dan setelah diberikan terapi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan *paired t test*.

Tabel 4.2
Analisis bivariat

Kelompok	Variabel Dependen		Cara Analisis
	Sebelum	Sesudah	
Intervensi 1	Ansietas dan depresi pada klien kanker sebelum diberikan terapi PMR dan Logoterapi	Ansietas dan depresi pada klien kanker sesudah diberikan terapi PMR dan Logoterapi	<i>Paired t-test</i>
	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sebelum diberikan PMR dan logoterapi	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sesudah diberikan PMR dan logoterapi	
	Kemampuan relaksasi pada klien kanker sebelum diberikan terapi PMR dan logoterapi	Kemampuan relaksasi pada klien kanker sesudah diberikan terapi PMR dan logoterapi	
Intervensi 2	Ansietas dan depresi pada klien kanker sebelum diberikan logoterapi	Ansietas dan depresi pada klien kanker sesudah diberikan logoterapi	<i>Paired t-test</i>
	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sebelum diberikan logoterapi	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sesudah diberikan logoterapi	
	Kemampuan relaksasi pada klien kanker sebelum diberikan logoterapi	Kemampuan relaksasi pada klien kanker sesudah diberikan terapi logoterapi	
Kontrol	Ansietas dan depresi pada klien kanker	Ansietas dan depresi pada klien kanker	<i>Paired t-test</i>
	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker	
	Kemampuan relaksasi pada klien kanker	Kemampuan relaksasi pada klien kanker	
<i>Pre test dan Post test</i>			
Variabel			Uji Statistik
Intervensi 1	Intervensi 2	Kontrol	Cara Analisis
Tingkat ansietas klien kanker	Tingkat ansietas klien kanker	Tingkat ansietas klien kanker	<i>Anova</i>
Kondisi depresi klien kanker	Kondisi depresi klien kanker	Kondisi depresi klien kanker	<i>Anova</i>
Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker	Kemampuan memaknai hidup pada klien kanker	Kemampuan memaknai hidup klien kanker	<i>Anova</i>
Kemampuan relaksasi klien kanker	Kemampuan relaksasi klien kanker	Kemampuan relaksasi klien kanker	<i>Anova</i>

4.9.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan terdapat faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ansietas dan depresi pada klien kanker. Analisis ini menggunakan regresi linier ganda.

Table 4.3
Perencanaan Teknik Analisa Multivariat Variabel Penelitian Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap ansietas ,depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidupklien kanker RS Dharmais Jakarta

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara analisis
1	Usia (numerik)		
2	Jenis kelamin (kategorik)		
3	Pendidikan (kategorik)		
4	Pekerjaan (kategorik)	Ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup	<i>Regresi Linier</i>
5	Riwayat perkawinan (kategorik)		
6	Lama Sakit (numerik)		
7	Penghasilan (Katagorik)		
8	Jenis kanker (katagorik)		
9	Pengobatan (katagorik)		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini memaparkan hasil penelitian pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker yang dirawat di ruang rawat Inap RS Kanker Dharmais Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 14 Mei sampai dengan 22 Juni 2012. Penelitian ini telah dilakukan pada 90 orang klien kanker yang terbagi menjadi tiga kelompok yaitu 30 orang klien kelompok intervensi 1 yang mendapat terapi PMR dan logoterapi, 30 orang klien kelompok intervensi 2 yang mendapat logoterapi dan 30 orang klien kelompok kontrol sesuai dengan kriteria inklusi. Penelitian dilakukan dengan memberikan terapi PMR dan logoterapi pada kelompok intervensi 1, logoterapi pada kelompok intervensi 2 dan pada kelompok kontrol tanpa diberikan terapi PMR dan logoterapi. *Pre test* dan *post test* dilakukan pada ketiga kelompok kemudian hasilnya dibandingkan. Hasil penelitian ini meliputi karakteristik klien kanker, ansietas dan depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup

5.1. Karakteristik klien kanker

Karakteristik klien kanker terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan dianalisis dengan menghitung distribusi frekuensinya, sedangkan karakteristik umur dan lama sakit merupakan data numerik maka dianalisis dengan menghitung *central tendency* yang meliputi *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Uji kesetaraan antara kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi serta kelompok kontrol juga dilakukan oleh peneliti. Hal ini bertujuan untuk mengetahui homogenitas data kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis kesetaraan untuk data kategorik menggunakan uji *Chi-square*, sedangkan untuk data numerik menggunakan *anova*. Asumsi hasil penelitian dikatakan setara atau tidak ada perbedaan secara bermakna bila $p\text{ value} \geq 0,05$.

5.1.1 Karakteristik dan Kesetaraan Klien Kanker Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan, Penghasilan Keluarga, Jenis Kanker dan Pengobatan.

Karakteristik klien kanker berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan merupakan variabel kategorik sehingga analisis yang digunakan adalah distribusi frekuensi serta dapat dilihat di tabel 5.1.

Tabel 5.1
Distribusi dan Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status perkawinan, Penghasilan Keluarga, Jenis Kanker dan Pengobatan Klien Kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012 (N=90)

Karakteristik	Kelompok Intervensi 1 (N=30)		Kelompok Intervensi 2 (N=30)		Kontrol (N=30)		Total (N=90)		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin									
a. Laki-Laki	11	36,4	12	40	19	63,3	42	46,7	0,079
b. Perempuan	19	63,3	18	60	11	36,7	48	53,3	
2. Pendidikan									
a. Tinggi	21	70,0	16	53,3	22	73,3	59	65,5	0,142
b. Rendah	9	30,0	14	46,7	8	26,7	31	34,5	
3. Pekerjaan									
a. Bekerja	12	40,0	10	33,3	13	43,3	35	38,2	0,721
b. Tidak bekerja	18	60,0	20	66,7	17	56,7	55	61,2	
4. Status Perkawinan									
a. Kawin	28	93,3	25	83,4	27	90,0	80	88,9	0,455
b. Tidak Kawin	2	6,67	5	16,6	3	10,0	10	11,1	
5. Pendapatan									
a. Tinggi	15	50,0	21	70,0	20	66,7	56	62,2	0,066
b. Rendah	15	50,0	9	30,0	10	33,3	34	37,8	
6. Jenis Kanker									
a. Payudara	7	23,3	5	16,7	8	26,7	20	22,0	0,189
b. <i>Head and Neck</i>	7	23,3	3	10,0	9	30,0	19	20,0	
c. Ginekologi	4	13,3	4	13,3	1	3,3	9	9,9	
d. Gastrointestinal	8	26,7	6	20,0	2	6,7	16	17,6	
e. Hematologi	1	3,3	5	16,7	5	16,7	11	12,1	
f. Lain-Lain	3	10,0	7	23,3	5	16,7	15	16,5	
7. Jenis Pengobatan									
a. Kemoterapi	25	83,3	18	60,0	25	83,3	68	75,5	0,242
b. Radiasi	0	0	1	3,3	0	0	1	1,1	
c. Pembedahan	0	0	1	3,3	0	0	1	1,1	
d. Kombinasi	5	16,7	10	33,3	5	16,7	20	22,2	

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa klien bahwa sebagian besar responden adalah perempuan sebanyak 42 (53,3%), pendidikan tinggi sebanyak 59 (65,5%), responden yang tidak bekerja sebanyak 55 (61,2%), responden yang kawin sebanyak 80 (88,8), responden yang tidak bekerja sebanyak 55 orang (61,2%) dan memiliki pendapatan yang tinggi sebanyak 56 orang (62,2%). Insiden kanker yang terbanyak adalah kanker payudara sebanyak 20 kasus (22%) dengan pengobatan terbanyak yang dijalani adalah kemoterapi sebanyak 68 (75,5%).

Kesetaraan karakteristik klien pada berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan menggunakan uji *chi square*. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa uji kesetaraan pada jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan keluarga, jenis kanker dan pengobatan yang dilakukan didapatkan *p value* > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara ketiga kelompok atau dapat dikatakan ketiga kelompok tersebut homogen

5.1.2 Usia dan Lama sakit

Karakteristik usia dan lama sakit merupakan variabel numerik yang akan dianalisis menggunakan *central tendency* untuk mendapatkan nilai *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Sedangkan untuk menganalisis kesetaraan karakteristik usia dan lama sakit antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *anova*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi dan Analisis Kesetaraan Usia dan Lama Sakit Klien Kanker di
RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta
Tahun 2012 (N=90)

Variabel	Kelompok terapi	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	P value
Usia	Intervensi 1	30	43,03	45,50	8,624	18-59	0,826
	Intervensi 2	30	45,60	47,00	9,775	21-61	
	Kontrol	30	44,87	48,00	12,28	19-65	
	Total	90	44,50	47,00	10,28	18-65	
Lama sakit	Intervensi 1	30	3,50	2,00	2,374	1-7	0,177
	Intervensi 2	30	14,17	10,00	13,04	2-63	
	Kontrol	30	9,23	7,50	6,08	3-36	
	Total	90	11,64	9,00	9,16	2-63	

Berdasarkan Tabel 5.2 menjelaskan bahwa rata-rata usia klien 44,5 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan usia tertua 65 tahun. Rata-rata lama sakit pada klien adalah 11,64 bulan dengan responden yang baru menderita kanker dua bulan dan yang paling lama 63 bulan. Hasil uji kesetaraan menunjukkan bahwa $p \text{ value} > 0.05$ yang artinya tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia klien kanker dan lama menderita sakit pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol. Maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia klien dan lama menderita sakit pada ketiga kelompok tersebut setara atau homogen.

5.2 Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Ansietas dan Depresi Klien Kanker

Kondisi ansietas dan depresi pada penelitian ini merupakan variabel dependen dan merupakan data numerik. Pada bagian ini akan dijelaskan rata-rata kondisi ansietas dan depresi pada klien kanker, kesetaraan antara dua kelompok intervensi dan kelompok kontrol, perbedaan ansietas, depresi sebelum dan sesudah dilakukan terapi pada kelompok intervensi dan kontrol dan selisih

ansietas dan depresi serta perubahan ansietas dan depresi setelah diberikan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol.

5.2.1 Kondisi Ansietas dan Depresi Sebelum Dilakukan Intervensi

Penggolongan skoring pada ansietas berada pada rentang 0-21 dengan penggolongan ansietas ringan dalam rentang 0-7, sedang dalam rentang skor 8-10 dan berat berada dalam rentang 11-21. Analisis kondisi ansietas sebelum dilakukan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menghitung *tendency central* yang meliputi *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Uji kesetaraan terhadap variabel ansietas dan depresi dianalisis dengan menggunakan *anova*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.3

Tabel 5.3
Analisis Kondisi dan Kesetaraan Ansietas dan Depresi Klien Kanker
Sebelum Intervensi di RS Kanker Dharmas dan RSPAD
Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min-Mak	95%CI	P value
Ansietas	Intervensi 1	30	12,47	2,474	9-20	11,54-13,39	0,315
	Intervensi 2	30	11,77	1,675	9-15	11,14-12,39	
	Kontrol	30	11,17	2,394	8-18	10,27-12,06	
	Total	90	11,80	2,250	8-20	11,33-12,27	
Depresi	Intervensi 1	30	10,00	1,339	8-13	9,50-10,50	0,062
	Intervensi 2	30	9,93	1,982	8-17	9,19-10,67	
	Kontrol	30	10,80	1,846	8-15	10,11-11,49	
	Total	90	10,24	1,769	8-17	9,8-10,52	

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa rata-rata ansietas pada ketiga kelompok klien kanker sebelum mendapatkan terapi sebesar 12,47, masuk dalam tingkat ansietas sedang. Maka dapat disimpulkan bahwa ketiga kelompok klien kanker mengalami ansietas sedang sebelum mendapatkan terapi. Pada alpha 0,05 ansietas klien kanker antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol setara atau memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,05$)

Rata-rata kondisi depresi pada ketiga kelompok klien kanker sebelum mendapatkan terapi sebesar 10,24 yang masuk dalam katagori depresi sedang. Maka dapat disimpulkan bahwa ketiga kelompok klien kanker mengalami depresi sedang. Pada alpha 0,05 kondisi depresi klien kanker antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol setara atau memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,05$)

5.2.2 Perubahan Ansietas dan Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi

Analisis perubahan kondisi ansietas dan depresi sebelum dan sesudah dilakukan terapi pada kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi serta pada kelompok yang mendapatkan logoterapi dilakukan dengan menggunakan *paired t-test*. Hasil analisa disajikan pada tabel 5.4

Tabel 5.4
Analisis Perubahan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Sebelum dan
Sesudah Diberikan Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Soebroto, Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok	Terapi	Mean	SD	SE	P Value
Ansietas	Intervensi 1	Sebelum	12,47	2,474	0,452	0,00*
		Sesudah	9,40	1,754	0,320	
		Selisih	3,07	0,72	0,132	
	Intervensi 2	Sebelum	11,77	1,675	0,306	000*
		Sesudah	9,93	1,837	0,335	
		Selisih	1,84	-0,162	-0,029	
	Kontrol	Sebelum	11,17	2,394	0,437	0,00*
		Sesudah	10,33	2,426	0,443	
		Selisih	0,84	-0,032	-0,06	
Depresi	Intervensi 1	Sebelum	10,0	1,339	0,244	0,00*
		Sesudah	6,73	1,337	0,244	
		Selisih	3,27	0,002	0,00	
	Intervensi 2	Sebelum	9,93	1,982	0,362	0,00*
		Sesudah	7,97	1,752	0,320	
		Selisih	1,96	0,23	0,042	
	Kontrol	Sebelum	10,80	1,846	0,337	0,01*
		Sesudah	8,83	1,341	0,245	
		Selisih	1,97	0,505	0,092	

Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi kondisi ansietas menurun secara bermakna (p value < 0,05) dari skor 12,47 ke skor 9,40 namun masih dalam ansietas sedang. Kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi mengalami penurunan ansietas secara bermakna (p value < 0,05) dari skor 11,77 ke skor 9,93, namun masih dalam ansietas sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol ansietas menurun secara bermakna (p value < 0,05) dari skor 11,17 ke skor 10,33 dan masuk dalam ansietas sedang.

Tabel 5.4 juga menunjukkan hasil pada klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi kondisi depresi menurun secara bermakna (p value $< 0,05$) dari skor 10,0 ke skor 6,73 menurun dari depresi sedang ke depresi ringan. Kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi mengalami penurunan depresi secara bermakna (p value $< 0,05$) dari skor 9,93 ke skor 7,97 namun masih dalam kondisi depresi sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol depresi menurun secara bermakna (p value $< 0,05$) dari skor 10,80 ke skor 8,83 dan masuk dalam depresi sedang.

5.2.3 Perbandingan Ansietas dan Depresi Setelah Diberikan Terapi
Selisih perubahan rata-rata ansietas dan depresi sebelum dan setelah terapi pada ketiga kelompok dilakukan analisis dengan menggunakan uji *Anova*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Analisis Perbandingan Ansietas dan Depresi Klien Sesudah Intervensi Kanker di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012 (N=90)

Variabel	Kelompok Terapi	N	Mean	SD	SE	P Value
Ansietas	Intervensi 1	30	3,07	1,437	0,262	0,000
	Intervensi 2	30	1,84	1,234	0,225	
	Kontrol	30	0,84	1,085	0,198	
Depresi	Intervensi 1	30	3,27	1,856	0,339	0,002
	Intervensi 2	30	1,96	1,402	0,256	
	Kontrol	30	1,97	1,542	0,282	

Tabel 5.5 menggambarkan rata-rata ansietas klien kanker pada kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi lebih besar dari kelompok klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi dan pada kelompok kontrol.

Pada alpha 0,05 perbedaan ansietas pada ketiga kelompok klien bermakna ($p \text{ value} < 0,05$)

Tabel 5.5 juga menjelaskan rata-rata klien kanker pada kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi lebih besar dari kelompok klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi dan pada kelompok kontrol. Pada alpha 0,05 perbedaan ansietas pada ketiga kelompok klien bermakna ($p \text{ value} < 0,05$)

Untuk melihat perbedaan ansietas antara kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi, kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol dianalisa menggunakan uji statistic *Post Hoc Bonferroni*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Analisis Perbedaan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Setelah
Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.
(N=90)

Variabel	Kelompok		Mean Diff	SE	P value
Ansietas	Intervensi 1	Intervensi 2	-1.233*	0,325	.001
		Kontrol	-2.233*		
	Intervensi 2	Kontrol	-1.000*		
Depresi	Intervensi 1	Intervensi 2	-1.300*	0.416	.007
		Kontrol	-1.300*		
	Intervensi 2	Kontrol	.000		

Pada tabel 5.6 dinyatakan bahwa terdapat perbedaan bermakna ($p \text{ value} 0,001 < 0,05$) ansietas pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi. Terdapat perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} 0,008 < 0,05$) ansietas pada kelompok yang mendapatkan logoterapi dengan kelompok kontrol.

Perbedaan ansietas terdapat pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol, kelompok klien yang mendapatkan logoterapi dengan kelompok kontrol.

Pada tabel 5.6 juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna ($p \text{ value } 0,007 < 0,05$) kondisi depresi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol. Perbedaan kondisi depresi hanya terjadi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol.

5.3 Kemampuan Relaksasi

Bagian ini membahas tentang kemampuan klien sebelum diberikan terapi PMR perubahan kemampuan sebelum dan sesudah dilakukan PMR, selisih perubahan kemampuan sebelum dan sesudah dilakukan terapi PMR, serta perubahan kemampuan setelah diberikan PMR pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi serta pada kelompok yang hanya mendapat logoterapi serta kelompok kontrol

5.3.1 Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Relaksasi Klien Kanker

Pengkatagorian tingkat kemampuan relaksasi terdiri dari kemampuan relaksasi rendah berada pada rentang 0-13, kemampuan relaksasi sedang dalam rentang 14-25 dan kemampuan relaksasi tinggi berat berada dalam rentang 26-39

Analisis kemampuan relaksasi PMR pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi serta pada kelompok kontrol dilakukan dengan menghitung *central tendency*

yang meliputi *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal Uji kesetaraan terhadap variabel kemampuan relaksasi PMR dianalisis dengan menggunakan uji *anova* Hasil analisis disajikan pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Analisis Kemampuan Relaksasi Dan Kesetaraan Klien Kanker
Sebelum Diberikan Terapi PMR dan Logoterapi di RS
Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto,
Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Varibel	Kelompok terapi	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	P value
Kemampuan Relaksasi	Intervensi 1	30	14,87	14,45	3,491	10-19	0,596
	Intervensi 2	30	17,97	18,10	2,157	10-12	
	Kontrol	30	16,43	15,83	2,837	11-15	
	Total	90	16,42	16,14	3,119	10-29	

Berdasarkan tabel 5.7 dapat dilihat bahwa rata-rata kemampuan relaksasi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi sebesar 14,87 (kemampuan sedang) dengan rentang nilai minimum 10 dan maksimum 19. Pada kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi rata-rata kemampuan sebesar 17,97 (kemampuan sedang) dengan nilai minimum 10 dan maksimum 12. Sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 16,43 (kemampuan sedang) dengan nilai minimum 11 dan maksimum 15. Rata-rata kemampuan relaksasi klien secara menyeluruh sebelum diberikan terapi sebesar 16,42, masuk dalam kategori kemampuan sedang dengan nilai minimum 10 dan maksimum 29.

Hasil uji kesetaraan terhadap kemampuan relaksasi ada tabel 5.7 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna kemampuan relaksasi sebelum dilakukan terapi antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi serta kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kemampuan relaksasi ketiga kelompok tersebut setara atau homogen ($p \text{ value} > 0.05$).

5.3.2 Perubahan Kemampuan Sebelum dan Sesudah Dilakukan terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi

Pada bagian ini peneliti menguraikan perubahan kemampuan relaksasi sebelum dan setelah dilakukan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan Logoterapi serta pada kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi. Analisis dilakukan dengan menggunakan *paired t-test*.

Tabel 5.8
Analisis Perubahan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Sebelum dan Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012.
(N=90)

Variabel	Kelompok Terapi	Mean	SD	P Value	
Kemampuan Relaksasi	Intervensi 1	Sebelum	14,87	3,491	0,00*
		Sesudah	22,63	2,238	
		Selisih	7,76	1,523	
	Intervensi 2	Sebelum	17,97	2,157	0,00*
		Sesudah	15,73	2,083	
		Selisih	-2,24	0,074	
	Kontrol	Sebelum	16,43	2,837	0,00*
		Sesudah	14,87	1,995	
		Selisih	-1,56	0,842	

Tabel 5.8 menjelaskan bahwa pada klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi, kemampuan relaksasi meningkat secara bermakna ($p\ value < 0,05$) dari skor 14,87 ke skor 22,63 namun masih dalam kemampuan relaksasi sedang. Dapat disimpulkan 16,37 (42%) lagi kemampuan relaksasi yang harus dicapai untuk kemampuan tinggi.

Pada klien kanker yang mendapatkan logoterapi, kemampuan relaksasi menurun bermakna ($p\ value < 0,05$) dari skor 17,97 ke skor 15,73 namun masih dalam kemampuan relaksasi sedang. Dapat disimpulkan diperlukan 23,27 (59,7%) yang dibutuhkan untuk mencapai kemampuan tinggi. Sedangkan pada kelompok kontrol kemampuan relaksasi menurun bermakna ($p\ value < 0,05$) dari skor 16,43 ke skor 14,87

namun masih dalam kemampuan relaksasi sedang. Dapat disimpulkan diperlukan kemampuan relaksasi sebesar 24,13 (61,87%) untuk mencapai kemampuan relaksasi tinggi.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada alpha 0,05 ada perbedaan yang bermakna dari kemampuan relaksasi sebelum dan setelah dilakukan terapi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang mendapatkan logoterapi maupun pada kelompok kontrol.

5.3.3 Perbandingan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Sesudah Intervensi

Kemampuan relaksasi klien kanker setelah dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Analisis Perbandingan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker
Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Sobroto Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok Terapi	N	Mean	SD	SE	P Value
Kemampuan Relaksasi	Intervensi 1	30	7,76	2,942	0,577	0,00*
	Intervensi 2	30	2,24	2,986	0,512	
	Kontrol	30	1,56	2,897	0,529	

B

Berdasarkan data pada tabel 5.9 dapat diketahui rata-rata kemampuan relaksasi klien kanker sesudah intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi lebih besar dari kelompok yang mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol. Pada alpha 0,05 perbedaan kemampuan relaksasi pada ketiga kelompok klien tersebut bermakna ($p \text{ value} < 0,05$)

Untuk melihat letak perbedaan kemampuan relaksasi klien kanker dilakukan uji post hoc bonferroni (tabel 5.10)

Tabel 5.10
Analisis Perbedaan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Sesudah
Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Sobroto Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok		Mean Diff	SE	P value
Kemampuan Relaksasi	Intervensi 1	Intervensi 2	1.067	0,590	0,222
		Kontrol	6.433*	0,590	0,000
	Intervensi 2	Kontrol	5.367*	0,590	0,000

Pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa pada alpha 0,05 tidak ada perbedaan yang bermakna kemampuan relaksasi klien kanker antara kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi (P value 0,22 > 0,05). Perbedaan kemampuan relaksasi klien kanker hanya terjadi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok kontrol dan kelompok yang mendapatkan logoterapi dengan kelompok kontrol.

5.4 Kemampuan Memaknai Hidup

Bagian ini membahas tentang kemampuan klien sebelum dilakukan logoterapi, perubahan kemampuan sebelum dan setelah dilakukan logoterapi , selisih perubahan kemampuan sebelum dan setelah dilakukan logoterapi, serta perubahan kemampuan logoterapi setelah dilakukan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, hanya logoterapi saja serta pada kelompok kontrol.

5.4.1 Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker

Pengkatagorian tingkat kemampuan memaknai hidup terdiri dari kemampuan rendah berada pada rentang 0-21, kemampuan memaknai hidup sedang dalam rentang 22-39 dan kemampuan memaknai tinggi tinggi berada dalam rentang 40-60.

Analisis kemampuan memaknai hidup pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi dan pada kelompok kontrol(non intervensi) dilakukan dengan menghitung *central tendency*. Uji kesetaraan terhadap variabel kemampuan memaknai hidup dianalisis dengan menggunakan *one way anova*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.11

Tabel 5.11
Analisis Kemampuan Memaknai Hidup dan Kesetaraan Sebelum Intervensi Pada Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012 (N=90)

Varibel	Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	P value
Kemampuan Memaknai Hidup	Intervensi 1	30	19,53	19,50	3,277	13-16	0,08
	Intervensi 2	30	18,43	18,00	3,137	10-24	
	Kontrol	30	23,33	23,00	6,266	13-37	
	Total	90	20,43	20,00	4,895	10-37	

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan memaknai hidup pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi sebesar 19,53 (kemampuan sedang) dengan rentang nilai minimum 13 dan maksimum 16. Pada kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi rata-rata kemampuan memaknai hidup sebesar 18,43 (kemampuan sedang) dengan nilai minimum 10 dan maksimum 24 Sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 23,33 (kemampuan sedang) dengan nilai minimum 13 dan maksimum 37. Rata-rata kemampuan

relaksasi klien secara menyeluruh sebelum diberikan terapi sebesar 20,43 masuk dalam kategori kemampuan sedang dengan nilai minimum 10 dan maksimum 37. Pada alpha 0,05 kemampuan memaknai hidup klien kanker antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, Kelompok klien yang hanya mendapatkan logoterapi dan kelompok kontrol setara (p value > 0,05)

5.4.2 Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Sebelum dan Sesudah Dilakukan Intervensi

Pada bagian ini peneliti menguraikan perubahan kemampuan memaknai hidup sebelum dan setelah dilakukan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi serta pada kelompok kontrol. Analisis dilakukan dengan menggunakan *paired t-test*. (tabel 5. 12)

Tabel 5.12
Analisis Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Sebelum dan Sesudah Intervensi Di RS Kanker Dharmas dan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012 (N=90)

Variabel	Kelompok Terapi	Mean	SD	P Value
Kemampuan Memaknai Hidup	Intervensi 1	Sebelum	19,53	3,277
	Intervensi 1	Sesudah	21,54	4,003
		Selisih	2,01	0,756
Kemampuan Memaknai Hidup	Intervensi 2	Sebelum	18,43	3,137
	Intervensi 2	Sesudah	21,50	3,989
		Selisih	3,07	0,852
Kemampuan Memaknai Hidup	Kontrol	Sebelum	23,33	6,266
	Kontrol	Sesudah	21,67	5,108
		Selisih	-1,66	-1,158

Tabel 5.12 menjelaskan bahwa pada klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi, kemampuan memaknai hidup meningkat secara bermakna (p value < 0,05) dari skor 19,53 ke skor 21,54 meningkat 2,01 point, menunjukkan peningkatan kemampuan memaknai

hidup rendah ke kemampuan memaknai hidup sedang. Dapat disimpulkan diperlukan 38,46 (64,1%) lagi kemampuan memaknai hidup untuk mencapai kemampuan tinggi. Pada klien kanker yang mendapatkan logoterapi, kemampuan memaknai hidup klien kanker menurun tidak bermakna ($p \text{ value} < 0,05$) dari skor 18,43 ke skor 21,50 yaitu meningkat 3,07 poin, menunjukkan peningkatan kemampuan dari kemampuan memaknai hidup rendah menjadi kemampuan memaknai hidup sedang. Dapat disimpulkan diperlukan 38,50 (64,17%) lagi kemampuan memaknai hidup mencapai kemampuan tinggi.

Sedangkan pada kelompok kontrol kemampuan memaknai hidup menurun tidak bermakna ($p \text{ value} < 0,05$) dari skor 23,33 ke skor 21,67, turun 1,66 poin, menunjukkan kemampuan memaknai hidup sebelum dan sesudah masih dalam katagori yang sama yaitu kemampuan memaknai hidup sedang. Dapat disimpulkan diperlukan kemampuan memaknai hidup 38,33 (63,9%) lagi kemampuan memaknai hidup untuk mencapai kemampuan tinggi.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada alpha 0,05 ada perbedaan yang bermakna dari kemampuan relaksasi sebelum dan setelah dilakukan terapi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi, kelompok yang mendapatkan logoterapi maupun pada kelompok kontrol.

5.4.3 Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Sesudah Intervensi

Analisis selisih perubahan kemampuan relaksasi antara kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi serta kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Anova*.

Tabel 5.13
Analisis Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Sesudah
Intervensi Di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	P value
Kemampuan memaknai hidup	Intervensi 1	30	2,01	2,187	0,81	0,000
	Intervensi 2	30	3,07	2,345	2,30	
	Kontrol	30	1,66	4,063	-3,18	

Berdasarkan data pada tabel 5.13 dapat diketahui rata-rata kemampuan memaknai hidup klien kanker sesudah intervensi pada kelompok yang mendapatkan logoterapi lebih besar dari kelompok yang mendapatkan terapi PMT dan logoterapi dan kelompok kontrol. Pada alpha 0,05 perbedaan kemampuan relaksasi pada ketiga kelompok klien tersebut bermakna ($p\ value < 0,05$)

Untuk melihat letak perbedaan kemampuan relaksasi klien kanker dilakukan uji post hoc bonferroni (tabel 5.14)

Tabel 5.14
Analisis Perbedaan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker
Sesudah Intervensi di RS Kanker Dharmais dan RSPAD
Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2012
(N=90)

Variabel	Kelompok		Mean Diff	SE	P value
Kemampuan Relaksasi	Intervensi 1	Intervensi 2	-1.133	0,778	0.447
		Kontrol	3.600*	0,778	0.000
	Intervensi 2	Kontrol	4.733*	0,778	0.000

Pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa pada alpha 0,05 tidak ada perbedaan yang bermakna kemampuan memaknai hidup klien kanker antara kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan

kelompok kontrol, klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi dengan kelompok kontrol. Perbedaan kemampuan memaknai hidup klien kanker hanya terjadi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dengan kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi.

5.5 Hubungan Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Perubahan Ansietas dan Depresi

Peneliti melakukan analisis hubungan kemampuan relaksasi dengan penurunan ansietas dan depresi hubungan kemampuan memaknai hidup dengan ansietas dan depresi klien kanker menggunakan uji korelasi

5.5.1 Hubungan Kemampuan Relaksasi Klien Kanker Dengan Ansietas dan Depresi

Hubungan kemampuan relaksasi (PMR) dengan penurunan ansietas dan depresi setelah diberikan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi di analisis dengan menggunakan uji korelasi. Hasil analisis dapat di lihat pada tabel 5.15

Tabel 5.15
Analisis Hubungan Kemampuan Relaksasi Dengan Perubahan Ansietas dan Depresi Klien Kanker Di RS Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012 (N= 30)

Variabel	N	r	P value
Kemampuan Relaksasi*Ansietas	30	-0,364	0,004
Kemampuan Relaksasi*Depresi	30	-0, 375	0,003

Berdasarkan tabel 5.15 diketahui nilai r kemampuan relaksasi terhadap ansietas adalah - 0,364 (berpola negatif) dengan nilai p value = 0.04 artinya secara statistik terdapat hubungan yang sedang antara kemampuan relaksasi dengan ansietas, semakin tinggi kemampuan relaksasi klien kanker maka semakin ringan ansietas yang dialami.

Tabel 5.15 juga menunjukkan nilai r kemampuan relaksasi terhadap kondisi depresi adalah $-0,375$ (berpola negatif) dengan nilai p value = 0.003 artinya secara statistik terdapat hubungan yang sedang antara kemampuan relaksasi dengan depresi, semakin tinggi kemampuan relaksasi klien kanker maka semakin ringan depresi yang dialami.

5.5.2 Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Dengan Ansietas dan Depresi

Hubungan kemampuan memaknai hidup klien kanker dengan penurunan ansietas dan depresi setelah diberikan terapi pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi di analisis dengan menggunakan uji korelasi. Hasil analisis dapat di lihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16
Analisis Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker Dengan Ansietas dan Depresi Di RS Kanker Dharmais Jakarta Tahun 2012
(N = 60)

Variabel	N	r	P value
Kemampuan memaknai hidup*Ansietas	60	-0,368	0,004
Kemampuan memaknai hidup * Depresi	60	-0,255	0,005

Berdasarkan tabel 5.16 diketahui nilai r kemampuan memaknai hidup klien kanker terhadap ansietas adalah $-0,368$ (berpola negatif) dengan nilai p value = 0.004 artinya secara statistik terdapat hubungan yang sedang antara kemampuan memaknai hidup dengan ansietas, semakin tinggi kemampuan memaknai hidup klien kanker maka semakin ringan ansietas yang dialami.

Tabel 5.15 juga menunjukkan nilai r kemampuan relaksasi terhadap kondisi depresi adalah $-0,255$ (berpola negatif) dengan nilai p value = 0.005 artinya secara statistik terdapat hubungan yang sedang antara kemampuan

memaknai hidup dengan depresi, semakin tinggi kemampuan memaknai hidup klien kanker maka semakin ringan depresi yang dialami

5.6 Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas dan Depresi Pada Klien Kanker

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas dan depresi klien kanker setelah diberikan intervensi pada kelompok klien yang mendapatkan PMR dan logoterapi dianalisis dengan *Regresi Linier Ganda* (Tabel 5.17).

Tabel 5.17
Analisis Penentuan Kandidat Multivariat Setelah Dilakukan Intervensi
Di RS Kanker Dharmais Tahun 2012
(N = 60)

Karakteristik	Ansietas dan Depresi					R2
	B	SE	β	P	r	
(Constant)	15.595	4.144		0.001	0,604	0,365
Lama Sakit	0.160	0.072	0.455	0.038		
Pekerjaan	0.648	1.344	0.151	0.635		
Status Perkawinan	-1.348	1.985	-0.158	0.505		
Jenis Kelamin	-0.229	1.014	-0.052	0.824		
Jenis kanker	0.876	2.350	0.074	0.713		
Pengobatan	1.928	1.131	0.339	0.104		
Usia	-0.066	0.067	-0.265	0.333		
Pendidikan	-0.126	1.628	-0.027	0.939		
Penghasilan	-0.617	1.240	-0.145	0.624		

Tabel 5.17 menunjukkan $r = 0,604$ maka dapat disimpulkan karakteristik lama sakit, pekerjaan, status perkawinan, jenis kelamin, jenis kanker, pengobatan, usia, pendidikan dan penghasilan berhubungan kuat terhadap perubahan ansietas dan depresi. Kesembilan karakteristik tersebut hanya mampu menjelaskan kondisi ansietas dan depresi sebesar 36,5 % sedangkan 63,5% dijelaskan oleh faktor lain.

Berdasarkan data pada tabel 5.17, maka karakteristik yang mempunyai *p value* > 0.25 dikeluarkan dari pemodelan multivariat secara bertahap sehingga pemodelan terakhir dapat dilihat pada tabel 5.18

Tabel 5.18
Model Akhir Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Perubahan
Ansietas dan Depresi Setelah Intervensi Pada Klien Kanker di
RS Kanker Dharmais Tahun 2012
(N = 60)

Karakteristik	Ansietas dan Depresi					
	B	SE	β	P	r	R2
Konstan	13.414	0.765		0.000	0,530	0,281
Lama Sakit	0.144	0.057	0.410	0.018		
Pengobatan	1.977	0.930	0.347	0.043		

Berdasarkan tabel 5.18 dapat diketahui bahwa yang lama sakit dan pengobatan yang dijalani memiliki hubungan bermakna (*p value* < 0,05) dengan perubahan kondisi ansietas. Dimana kekuatan hubungan kuat (*r* = 0,530). Besarnya peluang lama sakit dan pengobatan terhadap perubahan ansietas dan depresi adalah 28,1% (*R*=0,281). Hal ini berarti penurunan ansietas dan depresi dipengaruhi variabel *confounding* yang ada yaitu lama sakit dan pengobatan.

5.7 Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Relaksasi Klien Kanker

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan relaksasi klien kanker setelah diberikan intervensi pada kelompok klien yang mendapatkan PMR dan logoterapi dianalisis dengan *Regresi Linier Ganda* (Tabel 5.19).

Tabel 5.19
Analisis Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan
Relaksasi Klien Kanker Setelah Intervensi Di RS Kanker
Dharmais Tahun 2012
(N = 30)

Karakteristik	Kemampuan Relaksasi					
	B	SE	β	P	r	R ²
(Constant)	13.297	2.347		0.000	0,603	0,363
Pekerjaan	0.406	0.740	0.095	0.589		
Lama sakit	0.119	0.060	0.340	0.057		
Jenis kanker	1.177	2.005	0.100	0.563		
Pengobatan	1.720	0.944	0.302	0.081		

Tabel 5.19 menunjukkan $r = 0,603$ maka dapat disimpulkan karakteristik lama sakit, pekerjaan, jenis kanker dan pengobatan berhubungan kuat terhadap kemampuan relaksasi klien kanker. Keempat karakteristik tersebut mampu menjelaskan kemampuan relaksasi sebesar 60,3% sedangkan 39,7% dijelaskan oleh variabel lain. Pada alpha 0,05 pemodelan ini tidak cocok digunakan.

5.8 Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan memaknai hidup klien kanker setelah diberikan intervensi pada kelompok klien yang mendapatkan PMr dan logoterapi dan kelompok klien kanker yang hanya mendapatkan logoterapi dianalisis dengan *Regresi Linier* Ganda (Tabel 5.20).

Tabel 5.20
Analisis Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan
Memaknai Hidup Klien Kanker Setelah Intervensi Di
RS Kanker Dharmais Tahun 2012
(N = 60)

Karakteristik	Kemampuan Memaknai Hidup					
	B	SE	β	P	r	R ²
(Constant)	22.528	1.073		0.000	0,457	0,209
Lama sakit	-0.101	0.081	-0.232	0.223		
Pekerjaan	0.251	0.991	0.047	0.802		
Pengobatan	-1.350	1.284	-0.191	0.303		
Status perkawinan	3.253	1.909	0.309	0.101		

Tabel 5.20 menunjukkan $r = 0,457$ maka dapat disimpulkan karakteristik lama sakit, pekerjaan, pengobatan dan status perkawinan berhubungan kuat terhadap kemampuan memaknai hidup klien kanker. Keempat karakteristik tersebut mampu menjelaskan kemampuan memaknai hidup sebesar 45,7% sedangkan 54,3% dijelaskan oleh variabel lain. Pada alpha 0,05 pemodelan ini tidak cocok digunakan.

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung; serta selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan, keilmuan pendidikan keperawatan serta untuk kepentingan penelitian selanjutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *terapi progressive muscle relaxation* dan logoterapi terhadap perubahan ansietas dan depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup. Klien kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta.

6.1 Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap Kemampuan Relaksasi Klien Kanker.

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan relaksasi pada klien kanker sebelum mendapatkan terapi PMR dan logoterapi berada pada katagori kemampuan sedang (38,12%), setelah diberikan terapi PMR dan logoterapi terdapat peningkatan kemampuan relaksasi (58%), namun masih dalam katagori kemampuan sedang. Pada kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi kemampuan relaksasi *pre test* berada dalam katagori kemampuan relaksasi sedang (46%) setelah *post test* terdapat penurunan kemampuan relaksasi (40%) namun masih berada dalam katagori kemampuan sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol kemampuan relaksasi *pre test* berada dalam katagori kemampuan relaksasi sedang (42,12) setelah *post test* terdapat penurunan kemampuan relaksasi (38,12%) namun masih berada dalam katagori kemampuan sedang.

Kemampuan relaksasi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi meningkat secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok klien kanker yang mendapat logoterapi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa terapi PMR dan logoterapi berpengaruh dalam

meningkatkan kemampuan relaksasi klien kanker. Pemberian terapi PMR masing-masing klien kanker dilakukan 4 kali pertemuan ternyata mampu meningkatkan kemampuan relaksasi klien dari 38,12% menjadi 58,02% pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi

PMR merupakan bagian dari terapi relaksasi yang digunakan sebagai suatu keterampilan coping yang mengajarkan klien kapan dan bagaimana melakukan relaksasi dan kenyamanan di bawah kondisi yang dapat menimbulkan ansietas. Terapi ini dilakukan dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut pada kelompok otot utama (Synder & Lindquist, 2002; Kondo, *et al*, 2009; Supriati, 2010; Alini, 2012). Latihan PMR ini bertujuan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka klien dapat merasakan hilangnya ketegangan sebagai salah satu respon ansietas dengan lebih jelas. Terapi PMR ini akan merangsang pengeluaran zat kimia endorphin dan enkefalin serta merangsang signal otak yang menyebabkan otot rileks dan meningkatkan aliran darah ke otak.

Efektifitas latihan relaksasi progresif adalah salah satu bentuk *self control coping skill*. Videbeck (2009) mengatakan bahwa individu yang memiliki coping individu dapat berada pada ansietas yang ringan sebaliknya bila individu memiliki coping maladaptif, maka individu masuk dalam rentang ansietas berat hingga panik. Latihan PMR rutin akan meningkatkan kemampuan klien untuk melakukan relaksasi yang nantinya akan berkontribusi terhadap penurunan ansietas dan depresi

Keberhasilan terapi PMR dalam meningkatkan kemampuan relaksasi klien dalam penelitian ini disebabkan tujuan dalam setiap sesinya difokuskan untuk menilai ketegangan kelompok otot tertentu sebagai salah satu respon dari ansietas. Hal lain yang meningkatkan kemampuan relaksasi klien kanker adalah peneliti menggunakan 4 tahap dalam pemberian terapi yaitu : 1) *Modelling*, yaitu tahap dimana peneliti mempraktekkan terlebih dahulu gerakan yang akan dilatih ; 2) *Remodelling* , yaitu tahap klien diminta untuk mengulang kembali gerakan-gerakan yang telah diajarkan; 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik berupa pujian untuk menguatkan kemampuan klien; 4) *Transfer training*, yakni tahap dimana klien diminta untuk mengaplikasikan gerakan dalam terapi secara mandiri dalam latihan mandiri.

Setiap klien diminta untuk membuat jadwal kegiatan harian latihan PMR. Latihan PMR ini dijadwalkan 2 kali dalam sehari yaitu pada pagi hari dan malam hari menjelang tidur. Peneliti juga mengevaluasi kemampuan relaksasi yang dimiliki di setiap pertemuan. Selain itu peneliti memotivasi klien untuk melakukan latihan secara mandiri, karena latihan merupakan hal yang sangat penting dalam proses pembelajaran seseorang Latihan mandiri dilakukan pagi dan malam hari menjelang tidur. Setiap klien kanker mendapat buku kerja terapi PMR sebagai panduan dalam latihan. Buku kerja yang diberikan berguna untuk mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi masalahnya dan mengaplikasikan keterampilan yang dilatih.

Setting ruangan juga mempengaruhi keberhasilan terapi ini, di mana ruangan yang digunakan hanya untuk 2 orang pasien saja, yang memungkinkan kliendapat dengan tenang mengikuti latihan dengan tidak terlalu banyak distraksi dari klien lain. Selain itu peneliti memberikan *reinforcement* terhadap kemampuan relaksasi yang telah dimiliki. *Reinforcement* dapat digunakan sebagai metode untuk menguatkan perilaku atau respon yang diinginkan atau tidak diinginkan yang bertujuan untuk memodifikasi perilaku klien.

Peneliti berpendapat peningkatan skor kemampuan relaksasi pada kelompok klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi disebabkan PMR merupakan sesuatu yang baru bagi klien. Hal ini diungkapkan sebagian besar klien dalam penelitian ini. Keantusiasan klien kanker untuk mengikuti latihan terlihat dari sikap positif yang ditunjukkan di awal pelaksanaan terapi. Sikap positif tersebut memotivasi klien untuk belajar pengetahuan baru yang diberikan. Peningkatan kemampuan klien juga dapat dipengaruhi oleh karena adanya beberapa faktor yang membentuk perilaku antara lain: karena adanya niat dari klien untuk melakukan keterampilan yang belum pernah dilakukannya, adanya dukungan dari lingkungan seperti keluarga yang ikut memotivasi klien untuk melakukan latihan, penjelasan yang diberikan oleh peneliti selama proses latihan, kebebasan yang diberikan pada klien untuk mengambil keputusan, serta tempat interaksi yang diatur sedikitan rupa sehingga memungkinkan untuk dilakukannya latihan.

Notoadmojo (2010) mengungkapkan bahwa sebelum individu mengadopsi perilaku baru, di dalam diri individu terjadi proses berurutan 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap objek (stimulus); 2) *Interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus; 3) *Evaluation*, dimana orang menimbang baik buruknya stimulus; 4) *Trial*, dimana orang akan mencoba perilaku baru dan 5) *Adaptation*, orang yang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Demikian halnya dengan klien jika proses tersebut diatas telah dilalui diharapkan kemampuan relaksasi klien meningkat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan relaksasi secara bermakna namun kemampuan tersebut masih dalam katagori kemampuan sedang dan belum masuk dalam katagori kemampuan tinggi. Hal ini bisa disebabkan karena sebagian klien tidak melakukan latihan PMR secara rutin sesuai jadwal yang telah dibuat. Menurut Chen *et al.* (2009) oleh hasil penelitian Buris dan Tope (1992, Molassiotis, 2000

dalam bahwa latihan PMR secara rutin dan teratur dapat meningkatkan kemampuan dalam mengatasi berbagai situasi stress. Latihan juga dapat menyempurnakan kemampuan yang ada dengan cara mengulang-ulang aktivitas tertentu (Notoadmojo, 2010).

Chen, *et al* (2009) menyatakan bahwa latihan PMR secara rutin dapat meningkatkan kemampuan mengatasi berbagai situasi stres dan meningkatkan kontrol diri. Penelitian yang dilakukan Cheng, *et al* (2003) tentang pengaruh latihan PMR terhadap ansietas dan kualitas hidup klien kanker colorektal setelah pemasangan stoma. Penelitian ini melibatkan 30 orang klien kanker colorektal. Pelaksanaan penelitian dilakukan di rumah responden selama 10 minggu dengan 2 sesi latihan serta frekuensi latihan rutin 2-3 dalam seminggu. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan relaksasi secara bermakna.

Jika melihat karakteristik klien kanker pada kelompok yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi lebih banyak menjalani pengobatan kemoterapi dan membandingkannya dengan penelitian Cheng, *et all* (2003). Peneliti berasumsi peningkatan kemampuan dari kemampuan sedang belum mencapai kemampuan maksimal disebabkan karena dampak dari pengobatan kemoterapi yang dilakukan dimana sebagian besar klien kanker pada kelompok yang mendapatkan kombinasi terapi PMR dan logoterapi menjalani kemoterapi. Berbeda dengan penelitian Cheng, *et all* (2003) klien yang menjadi sampel penelitian adalah klien kolorektal yang menjalani pemasangan stoma tanpa kemoterapi. Selain itu waktu penelitian dalam penelitian ini hanya 5 hari dan dilakukan pada klien yang menjalani hospitalisasi memungkinkan keterampilan ini sulit untuk membudaya jika dibandingkan penelitian Cheng, *et all* (2003) yang memiliki waktu 10 minggu dan dilaksanakan di rumah serta ada *follow up* dari perawat membuat suatu keterampilan membudaya dan akhirnya meningkatkan kemampuan relaksasi.

6.2 Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Kanker.

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan memaknai hidup pada klien kanker sebelum mendapatkan terapi PMR dan logoterapi berada pada katagori kemampuan memaknai hidup rendah (32,55%), setelah diberikan terapi PMR dan logoterapi terdapat peningkatan kemampuan dari kemampuan memaknai hidup rendah menjadi kemampuan memaknai hidup sedang (35,9%).

Pada kelompok klien kanker yang mendapatkan logoterapi kemampuan memaknai hidup sebelum mendapatkan logoterapi berada dalam katagori kemampuan memaknai hidup sedang (30,7%) setelah diberikan logoterapi terdapat peningkatan kemampuan memaknai hidup dari kemampuan memaknai hidup rendah menjadi kemampuan memaknai hidup tinggi (35,8%). Sedangkan pada kelompok kontrol kemampuan memaknai hidup *pre test* berada dalam katagori kemampuan memaknai hidup sedang (38,9%) setelah *post test* terdapat penurunan kemampuan memaknai hidup relaksasi (36,1%) namun masih berada dalam katagori kemampuan sedang.

Kemampuan memaknai hidup pada kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi meningkat secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok klien kanker yang mendapat logoterapi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa terapi PMR dan logoterapi berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan memaknai hidup klien kanker. Pemberian logoterapi masing-masing klien kanker dilakukan 4 kali pertemuan ternyata mampu meningkatkan memaknai hidup klien dari 32,55% menjadi 35,9% pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi dan 30,7% menjadi 36,1 % pada kelompok yang mendapatkan logoterapi saja.

Makna hidup bersifat personal dan unik karena tidak ada seorangpun yang bisa menggantikan. Apa yang dianggap berarti dan berharga belum tentu sama bermaknanya antara satu orang dengan yang lainnya. Selain itu apa yang dianggap berarti saat ini belum tentu sama berartinya di masa yang lain. Jadi artinya makna hidup tidak dapat dipaksakan, diajarkan dan sangat bersifat personal oleh karena itu makna hidup tergantung dari bagaimana kemampuan individu untuk menemukannya. Keinginan untuk mempunyai makna merupakan salah satu kekuatan motivasi yang ada dalam diri manusia. Individu akan merasa bermakna dalam kehidupan jika mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimilikinya. Jika individu tersebut tidak mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimiliki maka akan menimbulkan kehampaan eksistensial yang ditandai dengan kecemasan, kesepian, rasa hampa, kebosanan, merasa tidak berguna yang akan mengarah kepada kondisi depresi.

Hampir seluruh penyakit menimbulkan penderitaan, tetapi tidak semua penderitaan yang ditimbulkan penyakit dapat mendorong seseorang untuk mencari tahu makna hidupnya. Taylor (2003) mengatakan penyakit kronis seperti kanker dapat mendorong seseorang untuk mencari tahu makna hidupnya. Ada beberapa alasan kenapa penyakit kanker dapat mendorong seseorang untuk mencari tahu makna hidupnya, antara lain: kanker merupakan salah satu penyakit serius bahkan dalam beberapa kasus dapat menimbulkan kematian, pengobatan penyakit ini kadang-kadang dapat menimbulkan perubahan permanen dari bentuk fisik seseorang, perubahan dalam hubungan, perubahan dalam ketertarikan dan orang lain mungkin akan melihat penderita kanker tersebut sebagai orang yang berbeda

Logoterapi adalah bentuk psikoterapi yang digunakan pada klien kanker untuk menemukan makna hidup dalam penderitaan yang dialaminya (Jahoda, 2000). Dengan logoterapi klien kanker diajarkan bagaimana memahami kondisi yang dialaminya kemudian diarahkan terhadap harapan yang diinginkan klien terkait dengan kondisinya dan bagaimana cara

mengatasi respon yang muncul atas penderitaanya saat ini. Melalui logoterapi ini klien kanker dapat belajar pengalaman dari klien kanker lain yang memiliki kondisi yang mungkin lebih baik, sama atau bahkan lebih berat dari kondisinya saat. Selain itu proses pencarian makna hidup dilakukan dengan menggali kemampuan coping klien sebelumnya terhadap suatu kondisi yang dirasakan lebih berat dari kondisinya saat ini. Proses belajar menjadi lebih efektif karena langsung dipraktikkan.

Dalam penelitian ini rata-rata klien dalam memandang hidup sebagai hal yang bermakna. Adanya penyakit kanker yang diderita tidak menghalangi klien untuk memiliki makna dalam hidup mereka. Hal tersebut sesuai dengan Bastaman (2007) yang menyatakan bahwa pada dasarnya makna hidup dapat ditemukan dalam situasi apapun, termasuk saat kita di hadapkan pada situasi yang tidak membawa harapan saat kita di hadapkan pada nasib yang tidak bisa diubah. Peristiwa tragis yang membawa kepada kondisi hidup tak bermakna dapat menimbulkan kesadaran diri (*self insight*) dalam diri individu akan keadaan dirinya dan membantunya untuk mengubah kondisi diri menjadi lebih baik

Sumber makna hidup yang diungkapkan sebagian besar klien adalah kehadiran orang terdekat yang menjadi alasan untuk tetap menjalani pengobatan hingga saat ini. Dukungan yang baik orang terdekat akan mempengaruhi bagaimana klien memaknai hidup kearah yang lebih positif (Marshall, 2011). Dukungan emosional berupa ungkapan kasih sayang, empati dan sikap menghargai sangat diperlukan klien kanker. Pada penelitian ini seluruhnya klien didampingi oleh orang terdekat yang memberikan dukungan emosional pada klien, yaitu dengan menyemangati dan membesarkan hati klien, khususnya jika klien merasa sedih akibat proses penyakit dan dampak kemoterapi yang dijalani. Menurut peneliti dukungan ini sangat penting, karena dengan kasih sayang yang diberikan keluarga terhadap klien, klien akan merasa dihargai dan dicintai. Kondisi ini memungkinkan klien untuk terus menjalani proses pengobatan

selanjutnya. Pendapat peneliti sesuai pernyataan Bastaman (2007) bahwa makna hidup dapat diraih melalui apa yang dialami oleh individu, misalnya melalui kebaikan, kebenaran, dan keindahan, dengan menikmati alam dan budaya, atau dengan mengenal manusia lain dengan segala keunikannya dan mencintainya.

Hal lain yang didapatkan dari penelitian ini perubahan fisik dan psikologis adalah perubahan yang paling banyak dikeluhkan oleh klien. Masalah mual, tidak nafsu makan, kelelahan, kelemahan, sulit tidur, kulit terasa kering dan kehitaman, rasa sakit pada mulut dan tenggorokan, rambut rontok dan diare adalah keluhan yang paling banyak diungkapkan klien sebagai dampak dari proses penyakit dan efek kemoterapi. Gelisah, cemas, takut dan putus asa adalah masalah yang paling banyak dikeluhkan dari perubahan psikis yang dialami klien. Kondisi di atas kadang membuat klien menarik diri dari lingkungan sosial, lebih banyak diam dan mengurangi kontak sosial. Peneliti berpendapat hal di atas terjadi merupakan respon dari tahap kehilangan yang dialami setelah klien didiagnosis kanker.

Pendapat ini diperkuat oleh Bastaman (2008) yang mengemukakan lima tahap yang dijalani seseorang untuk menemukan kebermaknaan hidup setelah mengalami peristiwa tragis, penyakit terminal, penyakit kronis sampai seseorang tersebut menerima dengan pasrah kondisi yang terjadi pada dirinya. Kelima tahapan tersebut meliputi pengingkaran dan isolasi, perasaan marah, tawar menawar, depresi dan penerimaan.

Ketika seseorang didiagnosa kanker lima tahapan penemuan kebermaknaan hidup di atas dapat dialami klien. Pengingkaran dan isolasi merupakan tahap awal dari fase kehilangan dimana klien tidak percaya dan menyangkal penderitaan yang terjadi. Klien akan menyangkal diagnosis kanker yang diterimanya dan mencari *second opinion*. Kondisi ini sering membuat klien mengisolasi diri dari kehidupan sosialnya. Tahap

selanjutnya adalah munculnya rasa marah baik pada diri sendiri maupun orang lain ketika mendapat ketidakpastian tentang kondisi sakitnya. Klien akan berusaha melakukan tawar-menawar terkait kondisi sakitnya pada Tuhan. Klien menjadi lebih giat melakukan ibadah agar diberi kesempatan untuk menikmati hidup yang lebih lama. Tahap selanjutnya adalah depresi yang terjadi ketika penyakit tidak dapat dihindari lagi dan klien harus menjalani pengobatan dan tindakan medis terutama pada klien dengan penyakit kronis/terminal seperti kanker. Ketidakpastian tentang keberhasilan pengobatan dan tindakan medis yang dilakukan serta efek sampingnya dapat membuat klien depresi.

Tahap selanjutnya adalah tahap penerimaan dimana klien sudah dapat menerima kondisinya saat ini. Adanya perbedaan dalam cara klien menghadapi tahap-tahap kehilangan menurut peneliti dipengaruhi oleh cara keluarga memperlakukan mereka. Pada klien yang berada pada tahap menerima, keluarga tidak memberikan perlakuan yang berbeda dengan sebelum klien sakit. Namun pada klien yang berada dalam rentang *denial*, *anger bargaining*, keluarga memperlakukan secara istimewa dan berbeda dibandingkan dengan sebelum sakit.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pada sebagian besar klien mengungkapkan memiliki kemampuan untuk memaknai hidup dengan bertahan menjalani hidup dengan kondisi sakit dipengaruhi oleh kepercayaan mereka akan adanya Tuhan. Sebagian besar klien mengungkapkan kondisi spiritual mereka mengalami peningkatan yang sangat besar. Ibadah yang dilakukan menimbulkan perasaan tenteram, mantap, dan tabah, serta tak jarang pula menimbulkan perasaan seakan-akan mendapatkan bimbingan dalam melakukan tindakan-tindakan penting. Menjalani hidup sesuai dengan tuntutan agama memberikan corak penghayatan bahagia dan bermakna bagi klien. Hasil yang bertentangan dengan pernyataan tersebut juga ditemui pada penelitian ini.

Dimana pada beberapa klien terdapat ungkapan perasaan tidak terima terhadap penyakitnya membuat ia tidak lagi mempercayai manfaat ibadah dan doa. Ia merasa ibadah yang ia lakukan tidak memberikan perubahan pada keadaannya.

Selanjutnya beberapa klien mengungkapkan kanker yang ia derita dirasakan sebagai sebuah hal yang positif. Penyakit kanker membuat ia berubah menjadi individu yang lebih baik dan dapat lebih menghargai hal-hal yang terjadi di sekitarnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa makna hidup bisa ditemukan saat kita dihadapkan pada situasi yang tidak membawa harapan, saat kita di hadapkan pada nasib yang tidak bisa diubah (Bastaman, 2007)

Klien kanker dalam penelitian ini semuanya masuk dalam dewasa pertengahan. Usia dewasa pertengahan memiliki tugas perkembangan integritas yang terkait dengan keberhasilan dalam menyesuaikan diri terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam hidup. Apabila integritas tercapai maka klien akan merasa bahwa kehidupan lebih bermakna. Selain itu usia dewasa pertengahan sering dikaitkan dengan banyaknya pengalaman hidup yang dimiliki oleh klien dan strategi koping yang dimiliki dalam penyelesaian masalah. Pendapat peneliti didukung oleh teori yang dikemukakan Stuart (2009) yang menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping.

Logoterapi dengan tehnik *medical ministry* dilakukan dalam 4 sesi yang dilakukan dalam 4 kali pertemuan selama 45 menit. Dalam satu kali pertemuan peneliti melakukan 2 sesi sekaligus. Adapun kegiatan yang diberikan terdiri dari 4 sesi yaitu : sesi 1 mengidentifikasi kejadian dan masalah klien; sesi 2 ; mengidentifikasi reaksi dan respon terhadap masalah; sesi 3 : tehnik *medical ministry*; sesi 4 : evaluasi memaknai

hidup. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi 1 yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dan kelompok intervensi 2 yang hanya mendapatkan logoterapi. Peningkatan kemampuan sebelum dan sesudah terapi masih dalam katagori kemampuan sedang.

Tehnik pelaksanaan logoterapi dalam penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Kanine (2011) pada klien diabetes mellitus dalam pelaksanaan sesi namun memiliki sesi yang sama dengan penelitian ini. Pada penelitian yang dilakukan Kanine (2011), 1 sesi diberikan dalam satu kali pertemuan, namun dalam penelitian ini dalam 1 kali pertemuan diberikan sekaligus 2 sesi. Tehnik berbeda juga terdapat pada penelitian Kyung-Ah (2009) yang membagi logoterapi ini pada 5 sesi sehari dalam satu minggu dan dilakukan selama 22 minggu, dimana 10 menit pertama dalam setiap sesi klien diminta untuk menonton video terkait arti hidup.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Kanine (2011) dimana terdapat pengaruh logoterapi terhadap respon ketidakberdayaan klien diabetes mellitus. Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan Kyung-Ah, et al (2009) tentang pengaruh logoterapi terhadap ketidakberdayaan remaja dengan kanker terminal yang menunjukkan hasil logoterapi efektif untuk mengurangi kondisi ketidakberdayaan/penderitaan, mengatasi distress eksistensial, meningkatkan makna hidup dan kualitas hidup pada remaja dengan kanker terminal.

Kombinasi terapi PMR dan logoterapi efektif untuk meningkatkan dan menggali kemampuan coping serta potensi yang ada dalam diri klien. Klien belajar potensi-potensi yang dimilikinya dengan kondisi yang dialaminya saat ini dan dibandingkan dengan penderitaan klien yang memiliki penyakit yang sama serta membandingkan efektivitas coping yang dimiliki sebelumnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Jahoda (2000)

bahwa dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkreativitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi

Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitaannya. Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup. Melalui logoterapi klien dibantu untuk menemukan dan membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam yang bersifat khusus dan pribadi bagi klien dimana klien dapat bertahan dalam kondisi-kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya bila tujuan ini terpenuhi.

Dalam proses kegiatan logoterapi setiap klien memiliki kesempatan yang sama untuk melakukan interaksi dan memberikan pendapat, pengalaman serta kegiatan pendampingan yang dilakukan peneliti selama klien di rawat sebagai upaya dalam memproyeksikan makna hidup. Hal ini yang dapat membedakan peningkatan kemampuan memaknai hidup antara kelompok intervensi dan kontrol.

Untuk meningkatkan kemampuan memaknai hidup pada katagori tinggi sebaiknya terapi PMR dan logoterapi dilakukan dalam waktu yang lebih lama, setiap pertemuan 60 menit dengan interval waktu 2 hari sekali untuk memberikan kesempatan kepada klien kanker memahami apa yang diajarkan disetiap sesi.

6.3 Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap Perubahan Ansietas dan Depresi Klien Kanker

Hasil penelitian menunjukkan ansietas pada klien kanker sebelum mendapatkan terapi PMR dan logoterapi berada pada katagori ansietas sedang (59,4%), setelah diberikan terapi PMR dan logoterapi terdapat penurunan ansietas (44,76%), namun masih dalam katagori ansietas sedang. Kondisi depresi pada klien kanker sebelum mendapatkan terapi PMR dan logoterapi berada pada katagori depresi sedang (47,6%), setelah diberikan terapi PMR dan logoterapi terdapat penurunan depresi (32%), dari kondisi depresi sedang menjadi ringan

Pada kelompok klien kanker yang mendapatkan hanya mendapatkan logoterapi, ansietas sebelum intervensi berada dalam katagori ansietas sedang (56%) setelah dberikan logoterapi terdapat penurunan ansietas (47,28%) namun masih berada dalam katagori ansietas sedang. Kondisi depresi pada klien kanker sebelum mendapatkan logoterapi berada pada katagori depresi sedang (47,28%) setelah diberikan logoterapi terdapat penurunan depresi (37,95%) namun masih dalam kategori depresi sedang.

Sedangkan pada kelompok kontrol ansietas *pre test* berada dalam katagori ansietas sedang (53,2%) dan setelah *post test* tingkat ansietas masih berada dalam kategori ansietas sedang (47,28%). Kondisi depresi *pre post* pada kelompok kontrol berada pada kondisi depresi sedang (51,42%) dan kondisi depresi *post test* (42%) masih berada dalam kondisi depresi sedang.

Kondisi ansietas kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dan kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi menurun secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa terapi PMR dan logoterapi berpengaruh dalam menurunkan ansietas klien kanker. Penurunan yang paling besar terdapat pada kelompok yang mendapatkan PMR dan kemoterapi.

Kondisi depresi kelompok klien kanker yang mendapatkan terapi PMR dan logoterapi dan kelompok yang hanya mendapatkan logoterapi menurun secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penurunan yang paling besar terdapat pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi

Ansietas dan depresi merupakan masalah psikososial yang paling banyak terjadi pada klien kanker. Stuart (2009) mendefinisikan ansietas sebagai suatu reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak pasti dan tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam. NANDA (2010) menyatakan bahwa ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Ansietas dapat dialami oleh klien kanker sepanjang masa sakitnya seperti sebelum dan sesudah diagnosa ditegakkan dan saat menjalani pengobatan (Otto,2007). Hal ini berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada klien-klien kanker terutama stadium lanjut (Shaha, 2008).

Peneliti berpendapat rata-rata kondisi ansietas tertinggi pada kelompok intervensi 1 dan rata-rata depresi paling tinggi di kelompok kontrol terkait dengan jumlah klien yang menjalani kemoterapi paling banyak dalam kedua kelompok ini. Kemoterapi yang dilakukan sebagian besar adalah kemoterapi lanjutan dari protokol kemoterapi yang diberikan. Klien melaporkan keluhan yang dirasakan dari klien berupa rasa mual, kelelahan, penurunan berat badan, rambut rontok dan sulit tidur. Kemudian munculnya pikiran-pikiran negatif seperti tidak ada gunanya pengobatan yang dijalankan, ketakutan akan kematian karena hingga kemoterapi yang terakhir dijalankan belum ada

perbaikan. Kesemuanya itu akan berkontribusi untuk memunculkan masalah ansietas dan depresi pada klien.

Pendapat peneliti didukung Spiegel dan Davis (2003) menyatakan jenis pengobatan dan jenis kanker dapat mencetuskan terjadinya ansietas dan depresi dimana angka tertinggi terjadi pada klien yang menjalani kemoterapi. Teori yang disampaikan LeMone dan Burke (2008) menyatakan efek samping kemoterapi yang sering ditemukan pada klien kanker yang menjalani kemoterapi adalah nyeri, supresi sumsum tulang yang menyebabkan trombositopenia, anemia, dan leucopenia, mual muntah, alopesia. Mukositis dapat terjadi pada rongga mulut (*stomatitis*), lidah (*glositis*), tenggorok (*esofagitis*), usus (*enteritis*), rectum (*proktitis*) dan mual, muntah. Efek samping yang ditimbulkan oleh penggunaan obat-obat sitostatika diatas akan memberikan rasa tidak nyaman pada klien oleh sebab itu perlu dipertimbangkan upaya untuk meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi efek samping kemoterapi tersebut. Pelaksanaan program kemoterapi yang kadang membutuhkan waktu yang lama, serta dampak efek samping yang dirasakan dapat memunculkan reaksi psikologis seperti kelelahan, ansietas dan depresi.

Hal diatas juga didukung oleh Baradero, Dayrit dan Siswadi (2007) menyatakan ada tiga hal yang dapat memunculkan reaksi psikologis yaitu ancaman dari penyakit kanker itu sendiri, hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh dan frustrasi dalam memenuhi kebutuhan biologis karena ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit kanker atau efek-efek dari pengobatan

Pada penelitian ini jenis kanker yang terbanyak adalah kanker payudara. Conner *et, al* (2010) menyatakan jenis atau lokasi kanker paling sering menimbulkan ansietas adalah kanker organ ginekologi, payudara dan gastrointestinal Sementara kanker yang dapat menimbulkan depresi adalah kanker pada organ ginekologi, gastrointestinal dan hematologi. Jim *et,al*

(2007) menemukan jenis kanker yang paling sering mencetuskan ansietas dan depresi adalah kanker pancreas, payudara dan orofaring.

Stuart & Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. Pemberian terapi PMR dapat membantu menurunkan ketegangan otot sebagai salah satu gejala ketidakseimbangan fisik klien kanker

Brem dan Kumar (2011) menyatakan PMR adalah suatu bentuk terapi relaksasi yang dapat diberikan pada klien kanker untuk mengurangi ansietas dan depresi. Studi penelitian yang dilakukan Kondo *et.al*, (2009) menunjukkan hasil bahwa terapi PMR memberikan efek relaksasi pada klien kanker yang mengalami kecemasan. Studi penelitian yang dilakukan Cheung *et al* (2003) juga menunjukkan hasil PMR dapat menurunkan tingkat ansietas dan meningkatkan kualitas hidup pada klien kanker kolorektal dengan pemasangan stoma. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa PMR adalah salah satu terapi relaksasi yang dapat digunakan untuk mengatasi ansietas pada klien dengan kanker dan penyakit kronis lainnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Maryani (2009) yang menunjukkan bahwa terapi PMR ini memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada klien dengan kanker payudara. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Suprihatin (2010) dalam penelitiannya yang berjudul 'Pengaruh terapi *tought stopping* (TS) dan *progresive muscle relaxation* (PMR) terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun.', bahwa sebelum dilakukan terapi TS dan PMR rata-rata

ansietas klien 43,14 artinya bahwa tingkat ansietas klien berada pada rentang ansietas sedang. Setelah dilakukan tindakan terapi diperoleh penurunan nilai rata-rata 22,42 yang artinya klien berada pada tingkat ansietas ringan, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan ansietas antara sebelum dan sesudah terapi TS dan PMR. Hal ini menunjukkan bahwa terapi TS dan PMR bermanfaat pada klien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami ansietas.

Rentang kondisi ansietas dalam penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Suprihatin (2010) dimana sebagian besar klien setelah mendapatkan terapi berada pada tingkat ansietas ringan sedangkan dalam penelitian ini seluruh klien berada dalam tingkat ansietas sedang. Peneliti berpendapat hal tersebut berbeda karena sebagian besar klien menjalani pengobatan kemoterapi sedangkan penelitian Suprihatin (2010) dilakukan bukan pada klien kanker tapi pada penyakit fisik. Frekuensi kemoterapi dan perubahan kondisi fisik setelah kemoterapi dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien. Umumnya efek samping kemoterapi yang dirasakan klien dalam penelitian ini meliputi gangguan saluran cerna, mulut, lambung dan usus menyebabkan sariawan, mual, muntah, dan diare. Penekanan sumsum tulang belakang memberi pengaruh terhadap sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit. Pada kulit dan rambut pemberian kemoterapi menyebabkan hiperpigmentasi kulit, kering dan rambut rontok.

Pelaksanaan penelitian pada kelompok yang mendapatkan PMR dan logoterapi dilakukan dengan cara pemberian terapi PMR pada pagi hari, lama terapi 45 menit dan pemberian logoterapi pada sore hari dengan lama terapi 45 menit. Evaluasi dilakukan pada hari kelima terapi. Pelaksanaan PMR dalam penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sheu, Irvin, Lin (2003) tentang efek PMR terhadap masalah psikososial pada klien hipertensi, yang dilakukan selama 4 minggu dengan jadwal latihan 1 kali sehari selama 30 menit Hasilnya menunjukkan penurunan ansietas secara bermakna. Pelaksanaan penelitian yang

dilakukan Cheung *et al* (2003) juga berbeda dengan penelitian ini dimana latihan PMR dilakukan 2-3 kali setiap hari selama 30 menit dan dievaluasi setelah 10 minggu.

Logoterapi adalah salah satu bentuk psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup. Dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkreativitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitaannya (Jahoda, 2000). Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitaannya. Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup.

Kebermaknaan hidup dipengaruhi oleh kondisi fisik seseorang. Pada klien kanker dapat ditemukan perasaan tidak berdaya, merasa tidak berguna, perasaan membebani orang lain dan tidak memiliki tujuan hidup merupakan tanda dan gejala individu yang gagal menemukan arti hidupnya. Kondisi di atas merupakan tanda dan gejala depresi. Dengan demikian logoterapi merupakan terapi yang dapat juga diberikan untuk klien depresi. Kanine (2011) juga menjelaskan bahwa logoterapi dapat membantu mengatasi masalah depresi.

Kombinasi terapi PMR dan logoterapi dapat diberikan untuk mengurangi ansietas dan depresi karena terapi ini merupakan suatu proses pembelajaran keterampilan coping yang adaptif untuk mengatasi ansietas. Sehingga perilaku yang ditampilkan juga adaptif dimana perubahan

perilaku seseorang dapat terjadi dengan proses belajar. Belajar adalah suatu proses perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu. Jadi dalam melakukan terapi ini pengalaman coping klien terdahulu akan mempengaruhi hasil terapi. Keterampilan coping yang dimiliki oleh klien akan digali dalam logoterapi. Dimana klien diajak untuk mengingat kembali suatu kejadian atau stresor yang menyebabkan munculnya masalah ansietas. Keterampilan coping tersebut akan dikombinasikan dengan kemampuan relaksasi yang diperoleh dari terapi PMR.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar klien memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Tingkat pendidikan sering dikaitkan dengan pengetahuan dan pemahaman terhadap suatu objek. Proses perubahan perilaku atau penerimaan ide baru adalah hasil dari suatu proses yang kompleks yang biasanya memerlukan waktu yang lama. Status pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan lebih mudah stres dibandingkan dengan status individu yang berpendidikan tinggi. Pendidikan seseorang akan mempengaruhi ansietas, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan coping yang efektif daripada klien dengan pendidikan rendah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kopelowicz, *et al* dalam Suprihati (2010) yang mengatakan semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan memiliki hubungan yang positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Individu akan lebih mampu menggunakan coping yang adaptif dalam mengatasi ansietas dan depresi akibat sakit yang dideritanya.

Menurut pandangan peneliti, keluhan yang menyertai proses penyakit dan pengobatan yang dilakukan menyebabkan ketidaknyamanan dan penurunan kemampuan seseorang dalam melakukan tugas-tugas yang sebelumnya dapat dilakukan dengan baik. Ketidaknyamanan yang dirasakan seringkali diikuti dengan perasaan tegang sehingga diperlukan upaya untuk menurunkan ketegangan yang timbul. Salah satu teknik relaksasi untuk membantu menurunkan ansietas dan depresi adalah dengan

PMR. Dengan PMR diharapkan klien dapat mengatasi masalah psikososial yang muncul akibat dampak penyakit dan pengobatan yang dilakukan agar dapat tetap mempertahankan kemampuan optimalnya . Dengan demikian kualitas hidup akan meningkat.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata lama sakit pada klien kanker dalam penelitian ini adalah 9 bulan. Hasil temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Carvalo (2007) menyatakan klien kanker akan mengalami masalah psikososial setelah 3 bulan didiagnosis. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Hinz *et al* (2008) yang menunjukkan jenis kanker, stadium penyakit, lama sakit sejak didiagnosa, jenis pengobatan dapat menyebabkan ansietas dan depresi. Namun hasil penelitian Carvallo (2007) tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan Black & Hawks (2007) yang menyatakan ansietas dapat dialami klien saat sebelum diagnosa ditegakkan, saat diagnosa ditegakkan , saat pengobatan, dan *follow up* pengobatan.

Untuk pencapaian hasil terapi yang maksimal sebaiknya latihan PMR dijadwalkan 1 kali setiap hari mengingat kondisi klien kanker yang rentan dengan kelelahan, kelemahan dan nyeri. Pelaksanaan PMR relaksasi otot progresif untuk hasil yang maksimal dianjurkan dilakukan secara rutin selama 25- 30 menit setiap sesi. Latihan dianjurkan dilakukan 2 kali sehari dan dilakukan 2 jam setelah makan untuk mencegah rasa mengantuk setelah makan. Jadwal latihan biasanya memerlukan waktu minimal satu minggu untuk hasil yang lebih maksimal. Pelaksanaan terapi ini harus memperhatikan elemen penting yang diperlukan untuk rileks yaitu lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman, sikap yang baik. Waktu untuk pelaksanaan terapi PMR maupun logoterapi sebaiknya lebih lama untuk memberi kesempatan klien melakukan latihan mandiri agar kemampuan-kemampuan baru yang diperoleh dari kedua terapi tersebut dapat membudaya dan dapat digunakan sebagai strategi koping untuk mengatasi ansietas dan depresi.

6.4 Hubungan Kemampuan Relaksasi Dengan Ansietas Dan Depresi Klien Kanker

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan relaksasi memiliki hubungan yang sedang secara bermakna terhadap penurunan kondisi ansietas dan depresi. Semakin tinggi kemampuan relaksasi maka akan semakin rendah kondisi ansietas dan depresi yang dialami klien kanker.

Stuart & Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. Pemberian terapi PMR dapat membantu menurunkan ketegangan otot sebagai salah satu gejala ketidakseimbangan fisik klien kanker. Brem dan Kumar (2011) menyatakan PMR adalah suatu bentuk terapi relaksasi yang dapat diberikan pada klien kanker untuk mengurangi ansietas dan depresi

Kemampuan melakukan relaksasi ditandai dengan kemandirian individu dalam melakukan relaksasi sebagai bentuk strategi koping untuk mengatasi ansietas dan depresi yang dialami klien kanker. Peneliti berpendapat adanya hubungan antara kemampuan relaksasi dengan penurunan ansietas dan depresi dalam penelitian ini adalah latihan PMR yang diberikan merupakan satu pengetahuan baru bagi klien. Sebagian besar klien yang mengikuti terapi menyatakan belum pernah mendengar ataupun melakukan tehnik relaksasi ini. Oleh karena itu sebagai suatu pengetahuan yang masih baru buat klien, sebelum memberikan terapi peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan dan manfaat yang didapatkan setelah mengikuti terapi serta tehnik pelaksanaan terapi PMR. Pemahaman tentang tujuan dan manfaat harus terlebih dahulu dimiliki klien sebelum pelaksanaan terapi. Tujuannya agar klien mau berlatih kemampuan baru dan dapat

digunakan sebagai strategi koping adaptif yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah psikologis.

Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan Notoadmojo (2010) yang menyatakan cara memperoleh pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh kemampuan kognitif, tingkat pendidikan dan pengalaman hidup yang dimilikinya. Penyelesaian masalah dipengaruhi oleh kemampuan memahami informasi tentang terapi yang diberikan. Oleh karena itu sebelum individu dituntut untuk memiliki perubahan perilaku, sebaiknya individu mengetahui tentang tujuan dan segala sesuatu terhadap hal yang akan dilakukan.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Suprihatin (2010) menunjukkan bahwa PMR dan Thought Stopping berhubungan dengan kemampuan mengatasi ansietas dimana terdapat hubungan yang kuat dengan nilai $r = 0,632$. Temuan dalam penelitian ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan Cheung, *et al* (2003) menunjukkan ada hubungan antara terapi PMR dengan ansietas setelah operasi pemasangan stoma pada klien kanker *colorectal* dimana PMR menurunkan tingkat ansietas sebesar 43 %.

6.5 Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Ansietas Dan Depresi Klien Kanker

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan memaknai hidup memiliki hubungan yang sedang secara bermakna terhadap penurunan kondisi ansietas dan depresi. Semakin tinggi kemampuan memaknai hidup maka akan semakin rendah kondisi ansietas dan depresi yang dialami klien kanker

Kebutuhan manusia yang lebih mendasar adalah kebutuhan untuk hidup bermakna atau berarti. Makna hidup adalah hal-hal khusus yang dirasakan penting dan diyakini sebagai sesuatu yang benar serta layak dijadikan sebagai tujuan hidup yang harus diraih. Keinginan untuk mempunyai makna merupakan salah satu kekuatan motivasi yang ada dalam diri manusia. Individu akan merasa bermakna dalam kehidupan jika mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimilikinya. Jika individu tersebut tidak mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimiliki maka akan

menimbulkan kehampaan eksistensial yang ditandai dengan kecemasan, kesepian, rasa hampa, kebosanan, merasa tidak berguna yang akan mengarah kepada kondisi depresi.

Kemampuan memaknai hidup dapat ditingkatkan dengan logoterapi. Logoterapi adalah salah satu bentuk psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup. Dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkreaitivitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitannya (Jahoda, 2000).

Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitannya. Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup. Pada klien kanker dapat ditemukan perasaan tidak berdaya, merasa tidak berguna, perasaan membebani orang lain dan tidak memiliki tujuan hidup merupakan tanda dan gejala individu yang gagal menemukan arti hidupnya. Kondisi di atas merupakan tanda dan gejala depresi. Melalui logoterapi klien kanker dibantu untuk menemukan dan membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam yang bersifat khusus dan pribadi bagi klien dimana klien dapat bertahan dalam kondisi-kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya bila tujuan ini terpenuhi.

6.6 Keterbatasan penelitian

Sebuah penelitian akan beresiko terhadap kelemahan yang diakibatkan karena adanya keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor meliputi : peneliti melaksanakan penelitian sendiri mulai saat melakukan *pre-test*, intervensi hingga *post-test*, namun untuk menghilangkan bias pada penelitian ini, peneliti tidak melakukan pengarahannya dan tidak mempengaruhi responden pada saat melakukan *pre-test* maupun *pos-test*

Waktu penelitian menjadi salah satu keterbatasan dalam penelitian ini, dimana waktu pelaksanaan penelitian hanya 7 minggu mulai dari pengambilan data awal sampai data akhir. Waktu analisa data sampai pembahasan juga merupakan kendala bagi penelitian "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan tiga kelompok klien kanker membutuhkan waktu yang banyak dalam *input* dan *analisis data* dan pembahasan.

Selain itu dalam proses pelaksanaan terapi, peneliti mendapatkan kendala dimana klien kanker umumnya memiliki kondisi fisik yang lemah, jadwal pemeriksaan diagnostic dan kemoterapi yang dijalani klien membuat peneliti tidak dapat melakukan terapi sesuai jadwal yang telah dibuat sehingga pelaksanaan untuk tiap sesi dalam terapi PMR dan logoterapi membutuhkan lebih dari 1 kali pertemuan dan membutuhkan waktu yang lebih lama dari yang direncanakan. Kemoterapi adalah pengobatan yang paling banyak dilakukan pada klien di kelompok intervensi. Pada saat kemoterapi dilakukan pemasangan infus untuk memasukkan obat-obatan kemoterapi menyebabkan dalam pelaksanaan penelitian klien tidak dapat menulis saat terapi berlangsung. Sehingga peneliti yang menuliskan apa yang disampaikan klien pada buku kerja. Pemasangan infus kemoterapi juga menyebabkan klien tidak dapat maksimal mengikuti gerakan – gerakan latihan PMR yang diberikan terutama pada sisi lengan/tangan yang dipasang infus. Selain itu adanya penggabungan dua sesi dalam satu kali pertemuan dan waktu yang cukup

lama untuk melakukan terapi PMR dan logoterapi dapat menimbulkan rasa lelah pada klien.

6.7 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi terhadap ansietas dan depresi klien kanker. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, keilmuan dan pendidikan serta penelitian berikutnya

6.7.1 Pelayanan Keperawatan

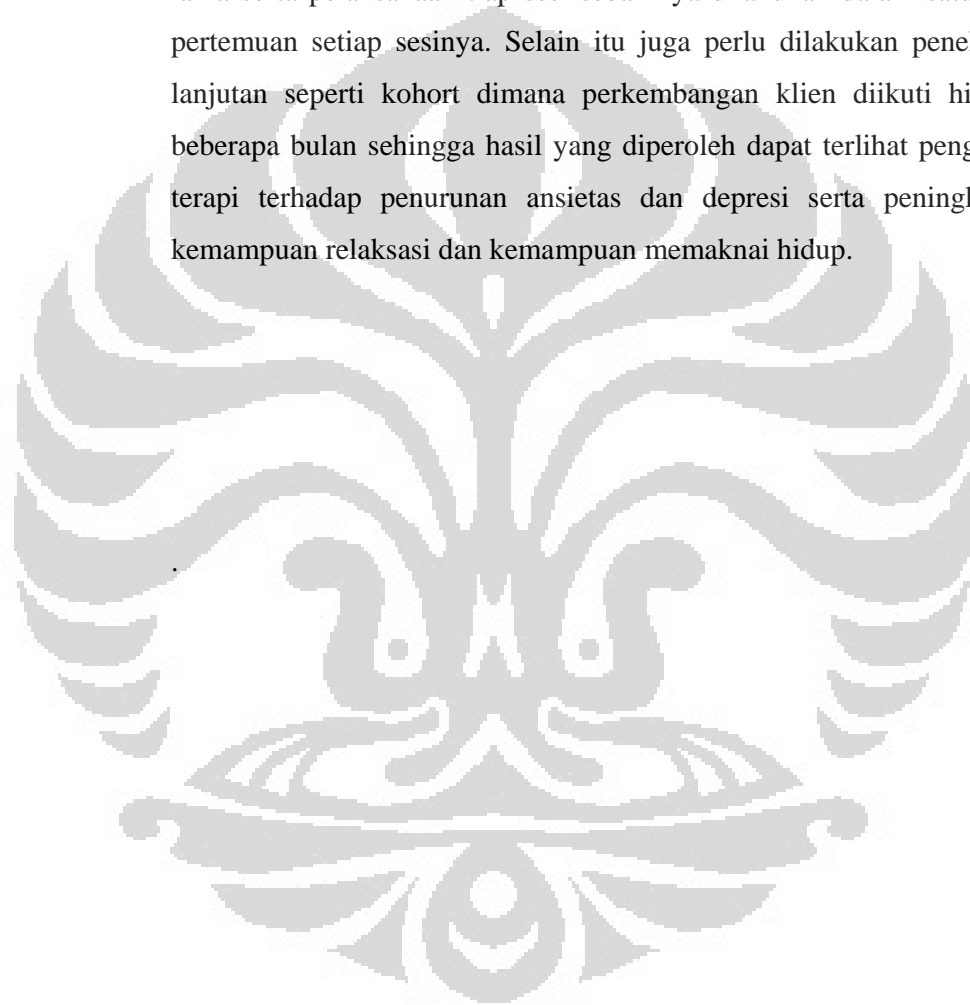
Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian terapi PMR dan logoterapi pada klien kanker yang menjalani hospitalisasi dapat meningkatkan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup serta menurunkan ansietas dan depresi. Oleh sebab itu penelitian ini dapat menjadi dasar bagi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan terutama pada klien dengan penyakit kronis.

6.7.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terapi PMR dan logoterapi dalam menurunkan ansietas dan depresi klien kanker, meningkatkan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup. Hasil penelitian ini dapat memberi implikasi bahwa terapi PMR dan logoterapi merupakan bentuk terapi yang dapat dipadukan penerapannya pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi dalam upaya menurunkan ansietas dan depresi dan dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan jiwa. Selain terapi untuk klien, keluarga juga memerlukan terapi psikoedukasi atau *triangle therapy*. Seperti halnya terapi untuk klien, institusi pendidikan diharapkan mampu mengembangkan dua terapi ini untuk membantu keluarga mengurangi beban akibat anggota keluarga yang sakit.

6.7.3 Kepentingan Penelitian

Penelitian ini masih terbatas pada klien kanker dengan ansietas dan depresi dan hasil yang diperoleh diketahui bahwa penurunan ansietas dan depresi serta peningkatan kemampuan relaksasi dan memaknai hidup klien belum mencapai nilai optimal. Oleh sebab itu untuk penelitian selanjutnya diharapkan dilakukan dengan waktu yang lebih lama serta pelaksanaan tiap sesi sebaiknya dilakukan dalam satu kali pertemuan setiap sesinya. Selain itu juga perlu dilakukan penelitian lanjutan seperti kohort dimana perkembangan klien diikuti hingga beberapa bulan sehingga hasil yang diperoleh dapat terlihat pengaruh terapi terhadap penurunan ansietas dan depresi serta peningkatan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup.



BAB 7

Kesimpulan Dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Karakteristik klien dalam penelitian ini lebih banyak perempuan (53,3%), rata-rata berusia 44,5 tahun , berpendidikan tinggi sebesar 65,5%, sebagaian besar tidak bekerja (61,2%), menikah (88,9%) , memiliki pendapatan tinggi (62,2%) dengan jenis kanker yang terbanyak adalah kanker payudara (32,3%) , menjalani pengobatan terbanyak adalah kemoterapi (75,6%) dan rata-rata lamanya menderita sakit adalah 9 bulan.
- 7.1.2 Kondisi ansietas dan depresi pada klien kanker sebelum mendapatkan terapi berada dalam tingkat ansietas sedang dan depresi sedang
- 7.1.3 Pemberian terapi PMR dan logoterapi menurunkan ansietas dan depresi secara bermakna namun masih dalam tingkat ansietas sedang
- 7.1.4 Pemberian terapi PMR dan logoterapi menurunkan depresi dan depresi secara bermakna dari tingkat depresi sedang ke tingkat depresi ringan.
- 7.1.5 Terapi PMR dan Logoterapi meningkatkan kemampuan relaksasi secara bermakna namun masih berada pada kemampuan relaksasi sedang
- 7.1.6 Logoterapi meningkatkan kemampuan memaknai hidup secara bermakna namun masih berada pada kemampuan relaksasi sedang
- 7.1.7 Kemampuan relaksasi berhubungan sedang penurunan ansietas klien dan depresi klien kanker
- 7.1.8 Kemampuan memaknai hidup berhubungan sedang dengan ansietas dan depresi klien kanker
- 7.1.9 Karakteristik yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas dan depresi adalah lama sakit dan pengobatan yang dilakukan.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut :

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

7.2.1.1 Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Progressive Muscle Relaxation* dan logoterapi yang diberikan pada klien kanker dapat meningkatkan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup serta menurunkan ansietas dan depresi. sehingga terapi ini dapat diaplikasikan sebagai salah satu terapi spesialis jiwa di Rumah Sakit Umum.

7.2.1.2 Perlunya psikoedukasi keluarga terkait dengan tindakan generalis untuk mengatasi ansietas dan depresi klien kanker. Sehingga diharapkan keluarga selalu memotivasi klien berlatih kemampuan yang telah dipelajari hingga dan dimiliki sehingga keterampilan yang dimiliki membudaya serta menindaklanjuti

7.2.1.3 Rumah Sakit hendaknya mengoptimalkan program pendidikan kesehatan terkait upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas dan depresi yang dapat dilakukan di poliklinik RS maupun di ruang inap.

7.2.2 Pengembangan Ilmu

7.2.2.1 Hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai *evidence based* dalam membandingkan keefektifan berbagai terapi yang dapat diberikan pada klien kanker dengan ansietas dan depresi

7.2.2.2 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan konsep terapi PMR dan Logoterapi bagi klien dengan ansietas dan depresi.

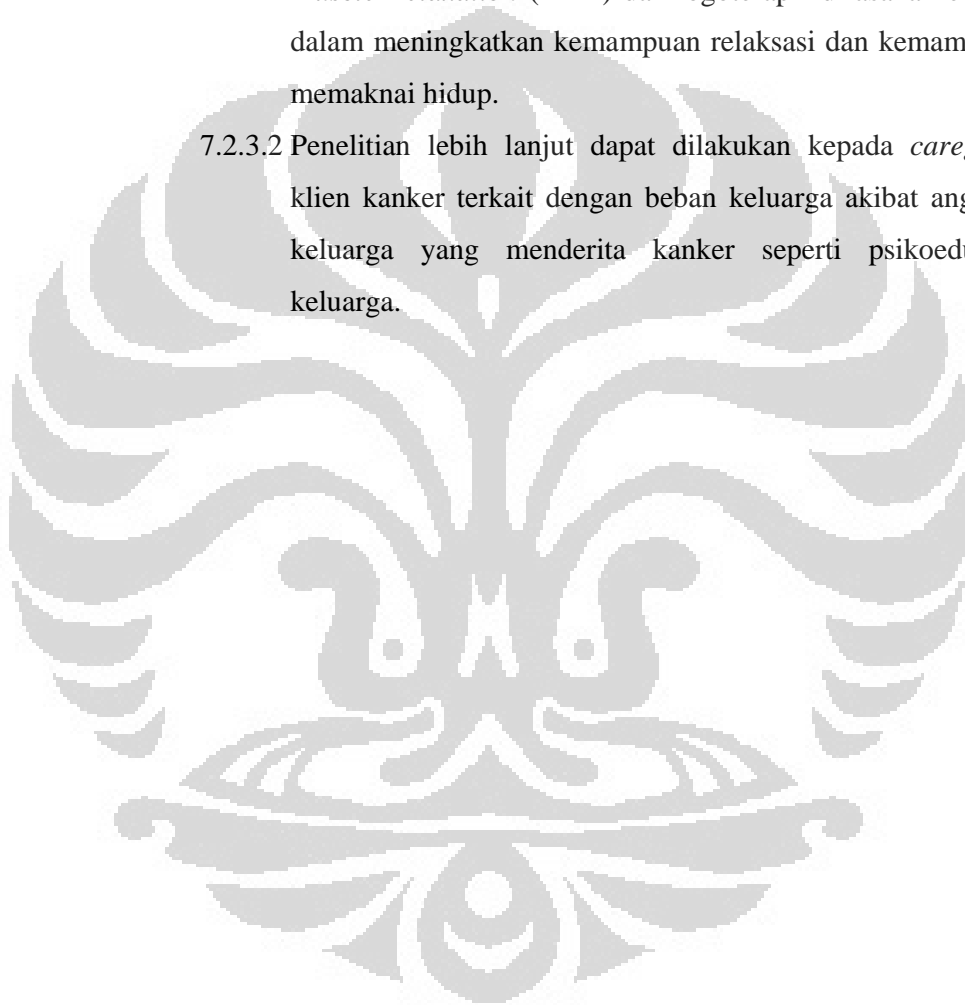
7.2.2.3 Perawat spesialis jiwa hendaknya menerapkan penggunaan terapi spesialis khususnya PMR dan logoterapi dalam praktik mandiri keperawatan jiwa dan selalu mensosialisasikan

kepada klien, keluarga klien, profesi lain dan masyarakat luas.

7.2.3 Penelitian Selanjutnya

7.2.3.1 Penelitian lebih lanjut dengan metode kualitatif perlu dilakukan untuk melihat sejauh mana terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dan logoterapi dirasakan efektif dalam meningkatkan kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup.

7.2.3.2 Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan kepada *caregiver* klien kanker terkait dengan beban keluarga akibat anggota keluarga yang menderita kanker seperti psikoedukasi keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2012). *Cancer Statistics, 2012*. Cancer Journal. 62, 10-29.
- Agustarika.B. (2009). Pengaruh *terapi thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Alacacioglu..A, Binicier.O, Gungor.O, Oztop.I, Dirioz.M, Yilmaz.U. (2010). *Quality of life, anxiety and depression in Turkish colorectal cancer patients*. Support Care Cancer; 18, 417-421
- Alini. (2012). *Pengaruh Terapi Assertiveness Training dan Progressive Muscle Relaxation Terhadap gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis. Tidak Dipublikasikan.
- Auyung.Y.S. (2007). *Cancer causes and cancer research on many levels of complexity*.[Http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf](http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf). diunduh tanggal 15 Februari 2012
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari www.riskesdas.litbang.depkes.go.id. Diakses tanggal 21 Januari 2012
- Bastaman, H.D.(2007). *Logoterapi: psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Black,J.M., & Hawk,J.H. (2005). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. (7 th Ed). St. Louis: Elsevier.Inc
- Boehmar.U, Glickman.M, Winter.M. *Anxiety and Depression Survivors of Different Sexual Orientations*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 12, 1-12
- Brem.S.BA & Kumar.B.N. (2011). *Management of treatment –related symptoms in patient with breast cancer*. Clinical journal of Oncology Nursing. 15 , 63-71.
- Carvalho. (2007). *A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy*.<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diunduh tanggal 21 Januari 2012.

- Chan, C.W.H., Cheng, K.K.F., Lam, L.W., Li, C.K., Chik, K.W., & Cheung, J.S.S.(2008). *Psycho-educational intervention for chemotherapy-associated nausea and vomiting in paediatric oncologi patients: a pilot study*. Hongkong Med Journal, 14(5), 32-35
- Chen, *et al.* (2009). *Efficacy of Progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patient with acute schizophrenia*. Journal of Clinical Nursing, 18, 2187-2196
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Connor.O.M, White.K, Kristjanson.L.J, Cousins.K, Wilkes.L.(2010).*The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in western australia and new south wales*. MJA.193, 544-547.
- Conrad. A, Roth.T.W (2007). *Muscle Relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?*. Journal of anxiety disorder.21, 243-264.
- Dwipoyono, (2009). *Kebijakan Pengendalian Penyakit Kanker (Serviks) di Indonesia*. Indonesian Journal of Cancer.Vol 3, 109-116
- Karabulutlu.Y.E, Bilici.M, Cayir.k, Tekin.B.S, Kantarci.R. (2010). *Coping, anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer*. European Journal of General Medicine. 7, 296-302.
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th ed). New York : Thomson Delmar Learning.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing (7 th Edition)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fischer.J.D, Vilines.D, Kim.O, Epstein.B.J, Wilkie.JD. (2010). *Anxiety,Depression and Pain: differences by Primary Cancer*. Support Care Cancer ; 18, 801-810
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive stress management*. (7th Ed.). United States: Mc Graw Hill Company Inc
- Grandfa. (2007). *Tanggulangi Depresi Secara Tepat*. <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/> diperoleh tanggal 12 Januari 2012

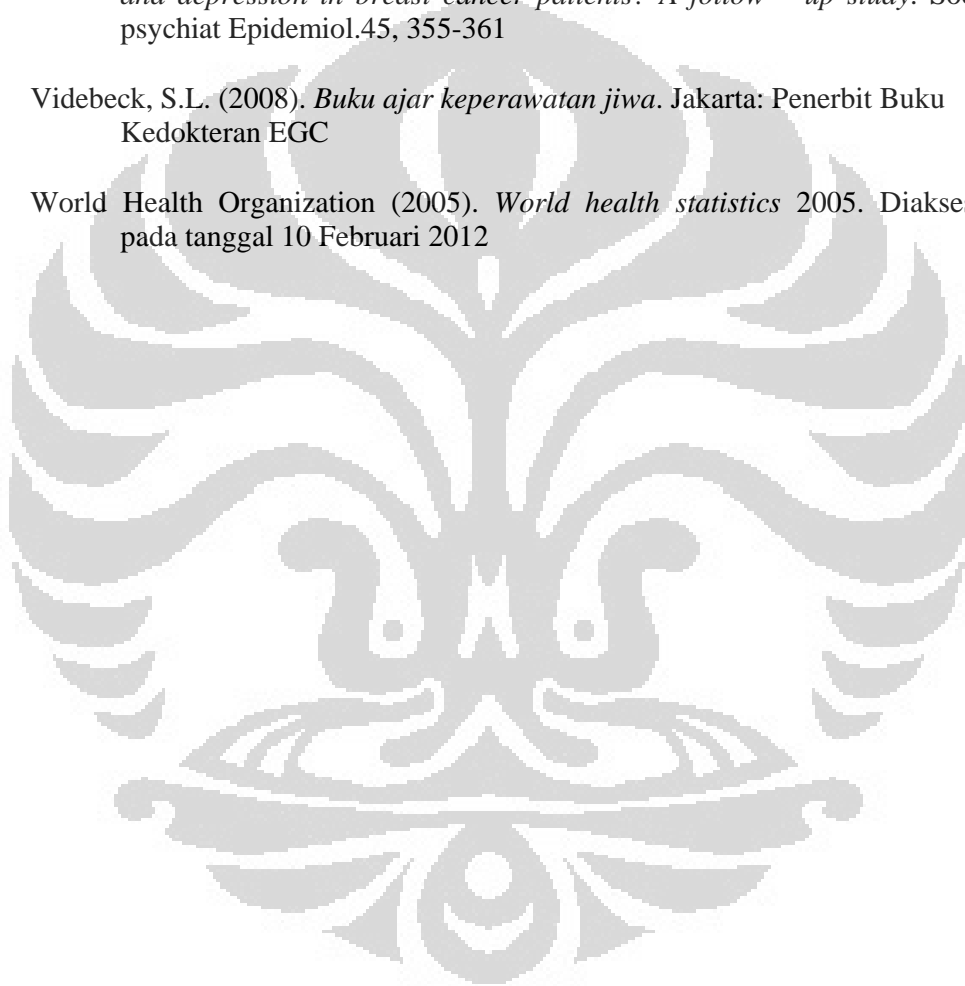
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training*. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan
- Hidayat, A.A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hinzl.A, Krauss.O, Hausa.J.P, Hockel.M, Kortmann.R.D, stolzenburg.J.U & Schwartz.R. (2009). *Anxiety and Depression in cancer patient compared with general population*. European journal of cancer care. 19, 522-529.
- Hill.J, Holcombe.C, Boothby.M.R.K, Fisher.J, Hincks.A & salmon.P. (2011). *Predictor of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer*. Psychological Medicine. 41, 1429-1436.
- Jadoon, A.N, Munir.W, Shahzad.A.M, choudhry.S.Z. (2010). *Assesment of Depression an Anxiety in Adult Cancer Outpatient : a Cross-sectional study*. BMC Cancer : 10, 594
- Jahoda. E. (2000). *Can Logotherapy Help Cancer Patients?* International Forum For Logotherapy. 89-93
- Jim.S.H, Purnell.Q.J, Richardson.A.S, Kreutz.G.D, Andersen.L.B (2006). *Measuring meaning in life following cancer*. Qual Life Res. 15(8), 1355-1371.
- Kaplan, H.I., Sadock,B.J., & Grebb,J.A. (2010). Buku ajar psikiatri. Edisi 2. Jakarta : ECG
- Kang.Kyung-Ah, Im. Jae-Im, Kim.Hee-Sue, Kim, Shin-Jeong, Song, Mi-Kyung & Sim, Songyong. (2009). *The Effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning and Spiritual Well-Being of Adolescence with terminal cancer*. Journal Korean Acad Child Health Nurs Vol.15.No.2, 136-144
- Kanine. E. (2011). *Pengaruh Terapi Generali dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Kliien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Karabulutlu.et al.(2010). *Coping, Anxiety and Depression In Turkish Patients with Cancer*. European Journal of General Medicine; 7(3), 296-302

- Konginan (2008). *Depresi Pada Penderita Kanker. Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya*.www.palliative-Surabaya.com. diunduh tanggal 1 februari 2012.
- Kwekkeboom.L.K, Gretarsdottir. E.(2006). *Systematic Review of Relaxation Intervention fir Pain*. Journal of Nursing Scholarship. 38(3), 269-277
- Lantz.J. (1998). *Logotherapy with chronic physical illness clients*. The International Forum For Logotherapy.21, 78-84
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: critical thinking in client care* (4th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Lolak.S, Connors.LG, Sheridan.J.M, Wise.N.T.(2008). *Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and Depression in Patient Enrolled in an Outpatient Pulmonary Rehabilitation Program*. Psychotherapy and Psychosomatic. 77, 119-125.
- Maryani, A. (2008). *Pengaruh progressive muscle relaxation terhadap kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada pasien kanker payudara Di RS DR Hasan Sadikin Bandung*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Marshall. M. (2011). *Prism of Meaning. Guide to the fundamental principles of Viktor E. Frankl's Logotherapy*.
- McIntosh,S, Adams.J. *Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using hospital anxiety and depression scale and quality of recovery score*. International Journal of Nursing Practice. 17, 85-92
- Mhaidat,et al (2009). *Prevalence of depression among cancer patients in Jourdan*. Support Care Cancer; 17, 1403-1407
- Midtgraad.et.al.(2005). *The impact of multidimensional exercise program in self reported anxiety and depression in cancer patient undergoing chemotherapy: a phase II study*. Palliative and Supportive Care. 3, 197-208.
- Mystakidou.et.al.(2004). *The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients : psychometric analyses and applicability*. Support Care Cancer 12, 821-825
- NANDA. (2009). *Nanda nursing diagnosis definition and classification*. Philadelphia: Author

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan* Jakarta: Salemba Medika
- Oh.Ja.pok & Kim.Hyun.Soo. (2010). *Effect of a Brief Psychosocial Intervention in Patients with cancer Receiving. Adjuvant Therapy. Oncology*. 37, 98-104.
- Wong.P.T.P. (2002). *Logotherapy*. Encyclopedia of Psychoterapy. Vol.2. Elsevier Science.USA
- Prouse.J.(2010). *The Impact of Methods of Information on Chemotherapy-Related Side effects : A critical Review*. Clinical Journal of Oncology Nursing.14, 206-211.
- Ramdhani, N., & Putra, A.A. (2008). *Pengembangan multimedia relaksasi*. Yogyakarta: Bagian Psikologis Klinis Fakultas Psikologi UGM. <http://Neila.staf.ugm.ac.id/wordpress/wpcontent/uploads>. diunduh pada tanggal 3 Februari 2012
- Richmond, R.L. (2007). *A Guide to Psychology and its Practice*. Diunduh dari <http://www.guidetopsychology.com/pmr.htm> tanggal 21 Januari 2012.
- Sastroasmoro, S & Ismail, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Shaha. (2008). *Managing uncertainty about breast cancer*.http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/6/0/7/6/p2607_63_index.html diunduh tgl 5 Februari 2012
- Schulenberg,S, Nassif,C, Hutzell.R & Rogina.J. (2008). *Logotherapy for clinical practice*. Journal Psychotherapy theory, research, practice, training. Vol. 45.4, 447-463
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott
- Snyder, M & Linqvist, R. (2002). *Complementary alternative therapies in nursing*. New York: Springer Publishing Company

- So.W.K, Marsh.G, Ling.Mw, Lo.C.K, Yeung.M, Li.K.H.G.(2010). *Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast patients during adjuvant therapy*. European Journal of Oncology Nursing.14, 17-22
- Spiegel.D & Davis.G.J. (2003). *Depression and Cancer : Mechanism and Disease Progression*. Society of Biological Psychiatry. 54, 269-282.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta Persada.
- Supriatin, L. (2010). *Pengaruh terapi thought stopping dan progressive muscle relaxation terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Sutejo. (2009). *Pengaruh Logoterapi Kelompok Terhadap Ansietas Pada Penduduk Pasca Gempa di Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Steger.F.M. & Shin.Y.J. (2010) *The Relevance of the meaning in life questionnaire to therapeutic practice: a look at the initial evidence*. The International Forum for Logotherapy. 33, 95-104.
- Steger.F.M & Kashdan.B.(2007). *Stability and Specificity of Meaning in Life and Life Satisfaction Over One Year*. Journal of Happiness Studies.8, 161-179.
- Steger.F.M, Frazier.P, Oishi.S, Kaler.M. (2006). *The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life*. 1: 80-93
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th edition). St.Louis: Mosby
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th Edition). St.Louis: Mosby
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia & proses keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Tavoli.A, Montazeri.A, Roshan.R, Tavoli.Z, Melyani.N. (2008). *Depression and quality of life in cancer patients with and without pain : the role of pain beliefs*. BMC Cancer. 8, 176-182

- Thomas.B.C. *et al.* (2005). *Reliability & validity of the Malayalam hospital anxiety & depression scale (HADS) in cancer patient. Indian. J.Med. Res.* 122, 395-399
- Theodoulou, M. (2007). *Progressive Muscle Relaxation*. Diambil dari http://www.breastcancer.org/treatment/comp_med/tipes/muscle_relax.jsp tanggal 25 Pebruari 2009
- Vahdaninia.M, Omidvari.S, Montazeri.A. (2010). *What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow – up study. Soc psychiat Epidemiol.*45, 355-361
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- World Health Organization (2005). *World health statistics 2005*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2012





Siegel, Rebecca. Naishadham Deepa , Jemal Ahmedin (2012) Cancer Statistics. A Cancer Journal for Clinical;62:10-28

Singer.et.al (2009). Hospital anxiety and depression scale cutott scores for cancer patients in acute care. British Journal of Cancer ; 100(6);908-912

Guay,et.al (2009). Symptom distress in advance cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer; 17: 573-579

Alacacioglu.et.al.(2010). Quality of life,anxiety and depression in Turkish colorectal cancer patients. Support Care Cancer; 18:417-421

Goldacre.et.al.(2007). Cancer in people with depression or anxiety : record-linkage study. Soc Psychiatry Epidemiol; 42:683-689

Hardiman, Noviani, Wahidin. (2007). Kebijakan dan Pokok-pokok Kegiatan Pengendalian Penyakit Kanker di Indonesia. Indonesian Journal of Cancer: 2:45-51

Voest & Haes.(2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. Palliative Medicine;21:341-346

Leuboonthavatchai.P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. Jourbal Med.Assoc Thai.Vol.90 No.10:2164-2173

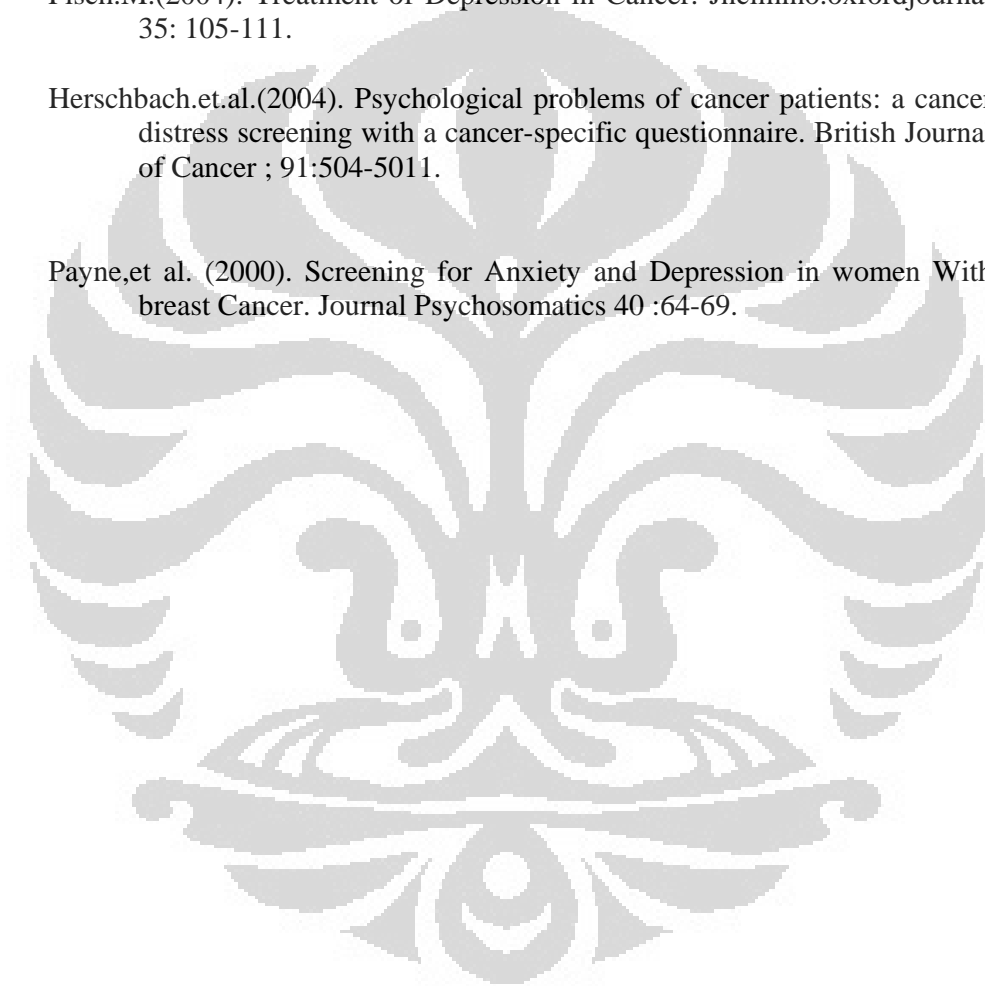
Auyung.Y.S. (2007). Cancer causes and cancer research on many levels of complexity. [Http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf](http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf).
Diunduh tanggal 15 Februari 2012

Pirl. F.W. (2004). Evidence Report on the Occurrence,Assessment an
Treatman of Depression in Cancer Patients.
jncimino.oxfordjournals.org;32 : 32-39

Fisch.M.(2004). Treatment of Depression in Cancer. Jncimino.oxfordjournal
35: 105-111.

Herschbach.et.al.(2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer
distress screening with a cancer-specific questionnaire. British Journal
of Cancer ; 91:504-5011.

Payne,et al. (2000). Screening for Anxiety and Depression in women With
breast Cancer. Journal Psychosomatics 40 :64-69.

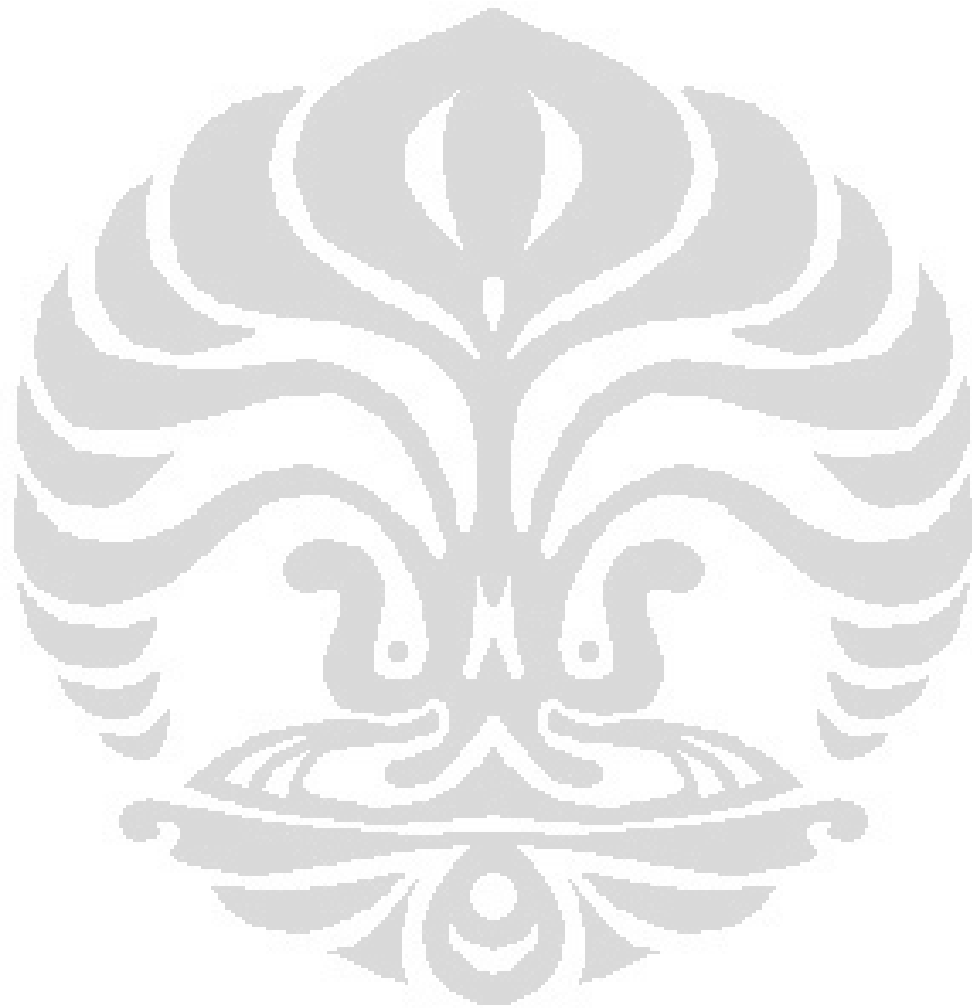




LAMPIRAN

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN
PENGARUH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION DAN LOGOTERAPI TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS
DEPRESI, KEMAMPUAN RELAKSASI DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN KANKER
RS X DI JAKARTA

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2012)																								
		Februari		Maret				April				Mei				Juni				Juli						
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
1.	Penyusunan dan Uji Proposal																									
	Perbaikan, uji etik dan kompetensi																									
2.	Pengurusan izin administrasi Penelitian																									
3.	Pengumpulan data																									
4.	Analisis dan penafsiran data																									
5.	Penyusunan Laporan Akhir																									
6.	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																									
7.	Perbaikan hasil seminar penelitian																									
8.	Sidang Tesis																									
9.	Perbaikan hasil sidang tesis																									
10.	Pengumpulan Tesis																									



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“PENGARUH *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DAN LOGOTHERAPI TERHADAP ANSIETAS, DEPRESI, KEMAMPUAN KEMAMPUAN RELAKSASI MEMAKNAI HIDUP KLIEN KANKER DI RS DHARMAIS JAKARTA”

Peneliti : Duma Lumban Tobing

No Telpon : 081514046036

Saya, Duma Lumban Tobing (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* dan Logoterapi terhadap ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker di RS Dharmais Jakarta.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya serta menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara

Jakarta.....2012

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

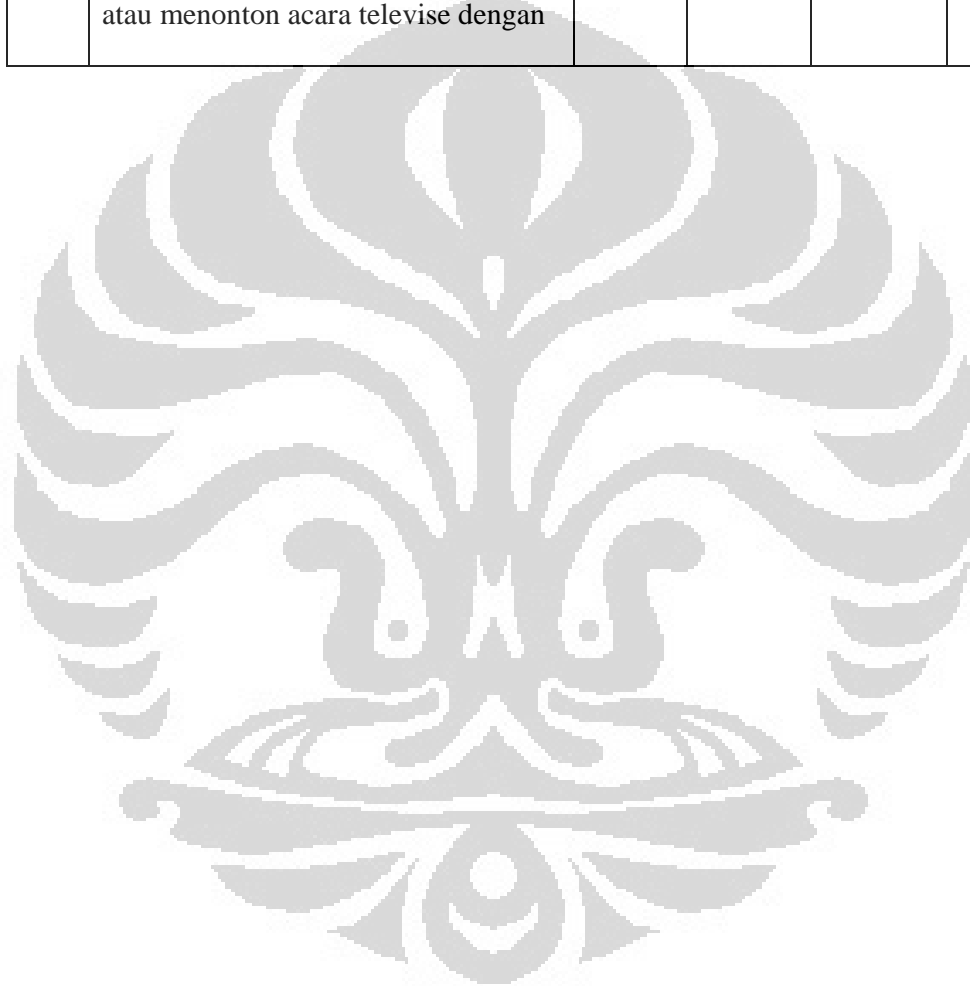
Jakarta,2012

Responden,

.....
Nama Jelas

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1	Saya gampang tersinggung dan marah dalam satu minggu terakhir				
2	Saya dapat menikmati hal-hal atau kegiatan-kegiatan yang menyenangkan buat saya dalam satu minggu terakhir				
3	Saya takut bila sesuatu yang buruk terjadi pada saya dalam satu minggu terakhir.				
4	Saya dapat tertawa dan menikmati hal-hal yang menyenangkan dalam satu minggu terakhir				
5	Dalam satu minggu terakhir banyak hal-hal yang menakutkan muncul dalam pikiran saya				
6	Dalam satu minggu ini, saya merasa senang				
7	Dalam satu minggu terakhir, saya dapat duduk santai dengan pikiran yang tenang				
No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
8	Dalam satu minggu terakhir, saya merasa tidak bersemangat				
9	Dalam satu minggu terakhir, jika saya khawatir, perut terasa tidak nyaman				
10	Dalam satu minggu ini, saya tidak peduli dengan penampilan saya (berpakaian, berdandan)				
11	Dalam satu minggu terakhir, saya merasa capek setelah melakukan				

	kegiatan yang biasa saya lakukan				
12	Dalam satu minggu terakhir ,				
13	Dalam satu minggu terakhir, muncul perasaan khaawatir yang berlebihan				
14	Dalam satu minggu terakhir, saya dapat menikmati aktivitas seperti membaca buku, mendengarkan radio atau menonton acara televise dengan				



DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
 2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
 3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab sesuai dengan petunjuk di atasnya
-

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

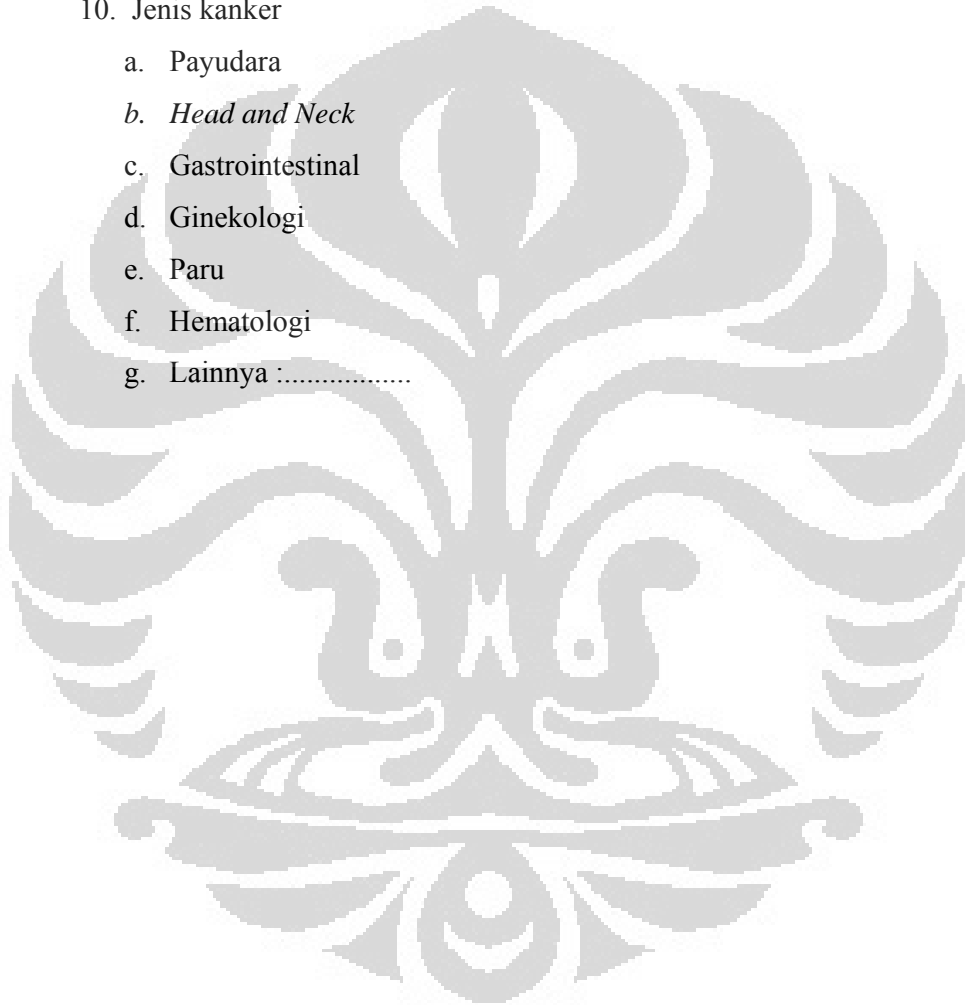
1. Nama pasien :
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Pekerjaan :
5. Pendidikan terakhir pasien :
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMU
 - d. Perguruan Tinggi
 - e. Tidak Sekolah
6. Status perkawinan :
 - a. Kawin
 - b. Tidak Kawin (Janda/duda/Belum Kawin)
7. Penghasilan :
 - a. \geq UMR (1.529.000)
 - b. $<$ UMR (1.529.000)
8. Lama Sakit : bulan

9. Pengobatan yang sedang dijalani :

- a. Kemoterapi
- b. Radiasi
- c. Pembedahan
- d. Kombinasi
- e. Lainnya :

10. Jenis kanker

- a. Payudara
- b. *Head and Neck*
- c. Gastrointestinal
- d. Ginekologi
- e. Paru
- f. Hematologi
- g. Lainnya :



KOESIONER PENILAIAN KONDISI PSIKOLOGIS
(Kuesioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian:

A. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam *satu minggu terakhir*

B. Mohon agar Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat memberikan jawaban dengan sejujurnya (sesuai dengan hati nurani Bapak/Ibu/Saudara/Saudari) dengan memahami makna setiap kalimat pernyataan dengan baik. Hasil dari kuisisioner ini tidak akan ada berarti bila bapak/ibu/saudara memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi saat ini.

1. Saya gampang tersinggung dan marah dalam satu minggu terakhir
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Jarang
2. Saya dapat menikmati hal-hal atau melakukan kegiatan-kegiatan yang menyenangkan buat saya dalam satu minggu terakhir
 - a. Sering
 - b. Kadang-kadang
 - c. Jarang
 - d. Tidak pernah
3. Dalam satu minggu terakhir muncul rasa khawatir tentang sesuatu yang buruk/jelek terjadi pada saya
 - a. Sering dan sangat menakutkan
 - b. Tidak terlalu takut
 - c. Sedikit takut tapi tidak membuat saya khawatir
 - d. Tidak pernah
4. Dalam satu minggu terakhir ini saya dapat tertawa
 - a. Sesering saya bisa
 - b. Saat ini , tidak begitu sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah

5. Saya merasa tidak berdaya dalam satu minggu terakhir
 - a. Selalu, hampir setiap saat
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Jarang

6. Dalam satu minggu terakhir jika saya khawatir, perut saya terasa tidak nyaman
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Agak sering
 - d. Sangat sering

7. Dalam satu minggu terakhir, saya tidak memperdulikan penampilan diri saya
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah

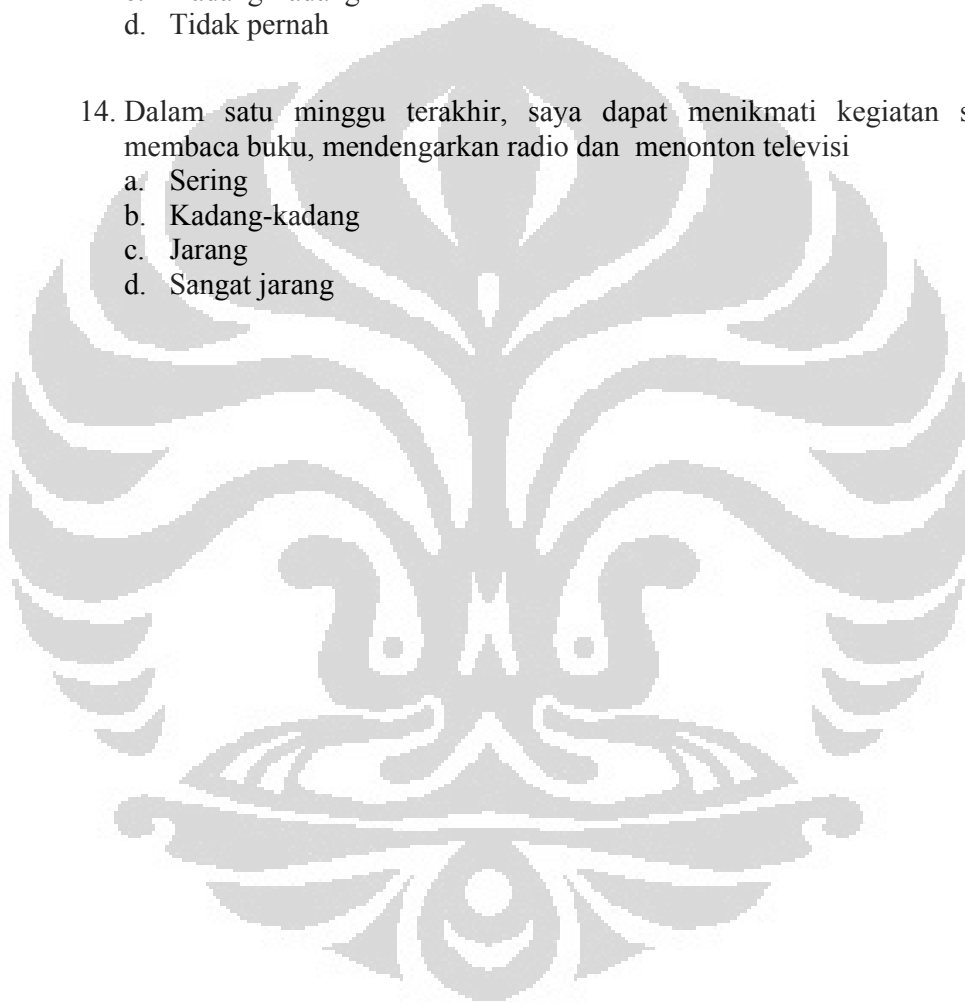
8. Saya merasa lelah saat saya harus melakukan kegiatan/pekerjaan dalam satu minggu terakhir
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah

9. Dalam satu minggu terakhir muncul pikiran-pikiran yang membuat saya khawatir
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Jarang

10. Saya dapat merasakan perasaan senang/gembira dalam satu minggu terakhir ini
 - a. Tidak pernah
 - b. Jarang
 - c. Kadang-kadang
 - d. Selalu

11. Saya bisa duduk dengan tenang dan merasa santai dalam satu minggu terakhir
 - a. Selalu bisa
 - b. Biasanya bisa
 - c. Kadang-kadang bisa
 - d. Tidak pernah bisa

12. Dalam satu minggu terakhir ini, saya merasa seolah-olah saya tidak bersemangat
- Hampir setiap saat
 - Sangat sering
 - Kadang-kadang
 - Tidak pernah
13. Dalam satu minggu terakhir, saya merasa gelisah/resah
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Tidak pernah
14. Dalam satu minggu terakhir, saya dapat menikmati kegiatan seperti membaca buku, mendengarkan radio dan menonton televisi
- Sering
 - Kadang-kadang
 - Jarang
 - Sangat jarang



KUESIONER PENILAIAN MAKNA HIDUP (Kuesioner C)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut di bawah ini
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari saat ini

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
Hal yang saya rasakan dengan kondisi saya saat ini adalah :					
1	Saya puas dengan hidup saya saat ini				
2	Saya belum mengerti arti dari hidup saya				
3	Saya merasa kondisi saya saat ini lebih baik dari sebelumnya				
4	Saya tidak menghargai hidup saya seperti dulu				
5	Saya menikmati kekurangan – kekurangan dalam hidup saya				
6	Saya lebih yakin dengan masa depan saya saat ini.				
7	Saya memiliki tujuan hidup yang jelas				
8	Saya sulit memahami keadaan saya saat ini				
9	Masa depan saya akan lebih baik				
10	Saya tidak tahu siapa saya, dari mana saya dan kemana saya akan pergi				

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
Hal yang saya rasakan dengan kondisi saya saat ini adalah :					
11	Saya menemukan tujuan hidup yang baru dan lebih bermanfaat				
12	Hidup saya penuh dengan masalah dan ketidakbahagian				
13	Saya belajar banyak hal dari kondisi saya saat ini				
14	Saya banyak menghabiskan waktu dengan melakukan kegiatan yang tidak bermanfaat				
15	Saya menerima kondisi saya saat ini				
16	Saya merasa selaras dengan diri saya.				
17	Saya menemukan kenyamanan dalam iman saya dan keyakinan spiritual.				
18	Saya menemukan kekuatan dalam iman dan keyakinan spiritual saya				
19	Saya merasa damai dengan kondisi saat ini				
20	Penyakit saya telah memperkuat iman dan keyakinan spiritual saya..				

**KUESIONER PENGUKURAN KEMAMPUAN
RELAKSASI
(Kuesioner D)**

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Berilah tanda (√) pada **selalu** jika terjadi lebih dari 3 kali atau lebih sehari
2. Berilah tanda (√) pada **sering** jika terjadi 1-2 kali sehari
3. Berilah tanda (√) pada **jarang** jika terjadi 1 kali sehari
4. Berilah tanda (√) pada **tidak pernah** jika tidak pernah terjadi sama sekali

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1	Saya merasa lebih nyaman setelah melakukan latihan relaksasi				
2	Latihan relaksasi tidak dapat mengurangi kecemasan yang saya rasakan				
3	Latihan relaksasi dapat mengurangi ketegangan yang saya rasakan				
4	Latihan relaksasi membuat badan saya terasa pegal dan sakit				
5	Saya melakukan latihan relaksasi sesuai jadwal yang telah saya buat				
6	Saya melakukan gerakan latihan menegangkan dan melemaskan otot dahi, mata, mulut, rahang, leher dan bahu				
7	Saya merasa nyaman dan rileks setelah melakukan gerakan latihan menegangkan dan melemaskan otot dahi, mata, mulut, rahang, leher dan bahu				
8	Saya melakukan gerakan latihan menegangkan dan melemaskan otot tangan, tangan belakang, lengan, punggung, dada, perut dan kaki				

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
9	Saya merasa nyaman dan rileks setelah melakukan gerakan latihan menegangkan dan melemaskan otot tangan, tangan belakang, lengan, punggung, dada, perut dan kaki				
10	Saya dapat merasakan perbedaan pada otot sebelum dan sesudah otot ditegangkan dan dilemaskan				
11	Saya tidak melakukan latihan relaksasi sesuai jadwal yang telah saya buat				
12	Setelah melakukan latihan relaksi otot-otot dahi, mata, mulut, rahang, leher dan bahu , saya merasakan sakit/rasa tidak nyaman pada otot-otot tersebut				
13	Setelah melakukan latihan relaksi otot-otot tangan, tangan belakang, lengan punggung, dada, perut dan kaki , saya merasakan sakit pada otot-otot tersebut				

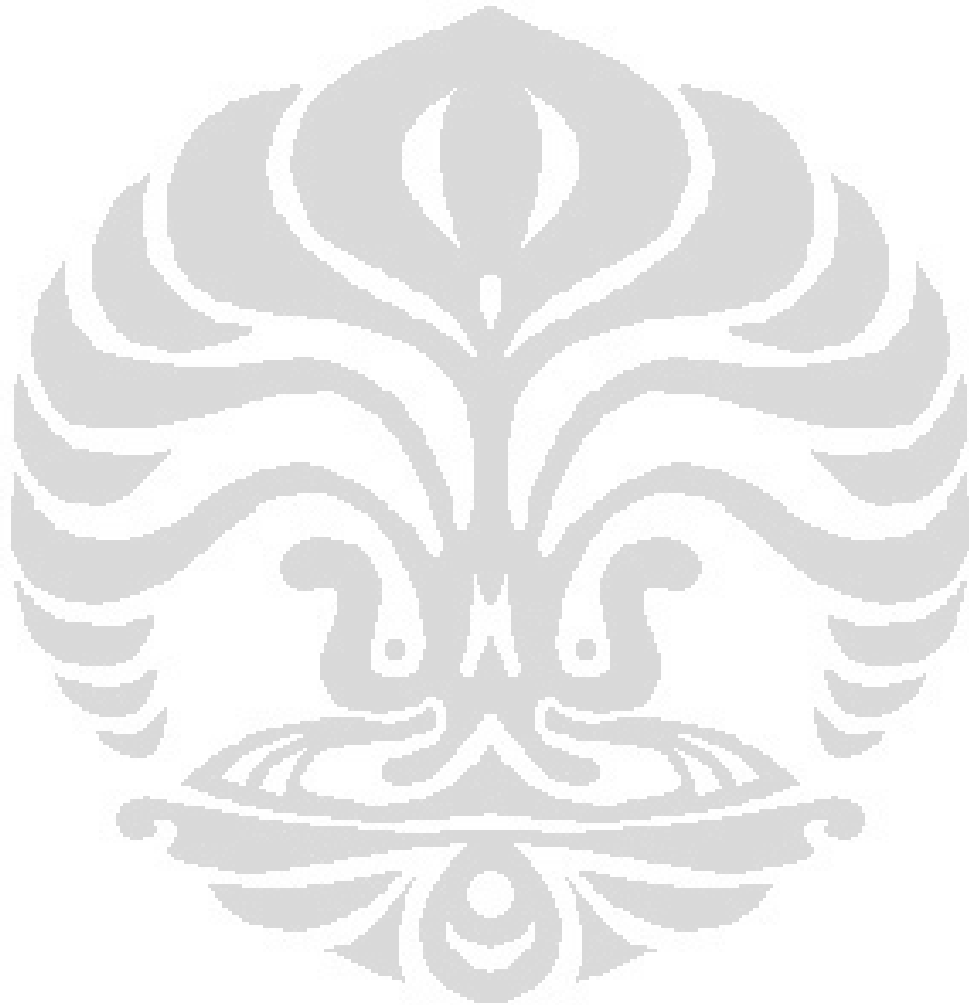


MODUL
LOGOTERAPI *MEDICAL MINISTRY*

Tim Penyusun :

Esrom Kanine, M.Kep
Novy Helena C.D, S.Kp., M.Sc
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Ns. Duma Lumban Tobing, S.Kep
Ns. Rika Sarfika, S.Kep

PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan karuniaNya sehingga modul “ **Logoterapi Individu pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi** ” ini dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga modul ini dapat disusun. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi kepada penulis dengan sabar, tekun, bijaksana penyelesaian modul ini.
4. Rekan-rekan angkatan VI Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.
5. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian modul ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu .

Semoga modul logoterapi pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan , khususnya keperawatan kesehatan jiwa bagi klien dengan masalah psikososial.

Depok, April 2012

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
BAB 1 : Latar Belakang.....	1
Pendahuluan.....	1
Tujuan	7
Manfaat.....	8
BAB 2 : Pelaksanaan Pelaksanaan Logoterapi tehnik <i>medical ministry</i>	9
Sesi satu : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.....	9
Sesi dua : Mengidentifikasi reaksi/respond an cara mengatasi masalah.....	15
Sesi tiga : Tehnik Medical Ministry.....	20
Sesi empat : Evaluasi.....	24
BAB 3 : Penutup.....	28
Daftar Pustaka	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia (WHO, 2005). Di dunia, 12% seluruh kematian disebabkan oleh kanker dan pembunuh nomor dua setelah penyakit kardiovaskular. WHO (2005) memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang di seluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Jika tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Ironisnya, kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang (*International Union Against Cancer /UICC*, 2009). Kondisi diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan mortalitas pada klien kanker.

Setiap tahun jumlah pasien kanker di dunia bertambah 6,25 juta orang, tercatat 100 pasien kanker dari setiap 100.000 penduduk dan terdapat sekitar enam juta pasien kanker baru pertahun. Di Amerika diperkirakan pada tahun 2012 terdapat 1.638.910 pasien kanker baru dan 577.190 diantaranya akan meninggal (*American Cancer Society*, 2012). Dua pertiga dari pasien kanker di dunia berada di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Jumlah pasien kanker di Indonesia mencapai 6% dari populasi. Angka tersebut hampir sama dengan data di negara berkembang lainnya. Prevalensi tumor/kanker di Indonesia mencapai 4,3 per 1000 penduduk, yang artinya kira-kira 4 orang menderita kanker pada 1000 penduduk. Prevalensi angka kejadian kanker meningkat dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 44 - 45 tahun yaitu sebanyak 1,5% dan paling banyak terjadi pada perempuan. (Depkes, 2006). Riskesdas (2007) menyatakan kanker merupakan penyebab kematian ketujuh (5,7%) setelah stroke, tuberkulosis, hipertensi, cedera, perinatal, dan diabetes mellitus. Data ini menunjukkan bahwa kanker walaupun saat ini berada pada urutan ketujuh merupakan

acaman yang serius terhadap kesehatan karena insiden dan angka kematiannya terus meningkat dari tahun ke tahun.

Hasil riset epidemiologi menunjukkan, lebih dari sepertiga kematian karena kanker di seluruh dunia disebabkan oleh faktor risiko yang bisa diubah (*modifiable risk factors*), meliputi merokok, minuman beralkohol, diet rendah buah dan sayur, kurang aktivitas fisik, obesitas dan transmisi seksual. Di Indonesia faktor risiko yang menyebabkan tingginya kejadian kanker di Indonesia yaitu prevalensi merokok 23,7%, obesitas pada penduduk berusia ≥ 15 tahun pada laki-laki 13,9% dan pada perempuan 23,8%. konsumsi buah dan sayur yang kurang 93,6%, konsumsi makanan diawetkan 6,3%, makanan berlemak 12,8%, dan makanan dengan penyedap 77,8%. serta prevalensi kurang aktivitas fisik sebesar 48,2% (Risksedas, 2007). Hal ini menunjukkan faktor resiko yang dapat diubah berkontribusi terhadap tingginya angka kejadian kanker.

Kanker merupakan penyakit yang kompleks dengan manifestasi yang bervariasi yang tergantung dari jenis sel kanker dan sistem yang dipengaruhi di tubuh. Klien kanker pada umumnya mengalami gejala fisik, psikologis dan gangguan fungsional. Brem dan Kumar (2011) menyatakan gejala fisik yang muncul pada klien kanker meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer. LeMone dan Burke (2008) menyatakan selain nyeri yang berkepanjangan, dampak fisik yang muncul adalah kelemahan, penurunan berat badan, anemia, dehidrasi, perubahan kimia darah bahkan kematian.

Kanker adalah penyakit kronis yang dapat mengancam integritas klien dan beresiko menimbulkan masalah psikososial. Masalah psikologis yang paling banyak dirasakan oleh klien kanker adalah ansietas dan depresi. Baradero, Dayrit dan Siswadi (2007) menyatakan faktor psikologis pada klien kanker dapat dikaitkan dengan persepsi klien tentang ancaman dan stres yang

disebabkan oleh penyakit kanker itu sendiri, dimana persepsi akan berbeda pada klien. Ada tiga hal yang dapat memunculkan reaksi psikologis yaitu ancaman dari penyakit kanker itu sendiri, hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh dan frustrasi dalam memenuhi kebutuhan biologis karena ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit kanker atau efek-efek dari pengobatan. Ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien (Ballenger, *et al*, 2001).

Diagnosis kanker bagi klien merupakan stressor yang besar yang dapat menimbulkan respon psikologis dan emosional bagi klien dan keluarganya. Respon psikologis muncul bervariasi dari rasa takut terutama akan kematian, cemas, depresi, marah, tidak percaya, penyangkalan, iritabel, anoreksia, insomnia, lelah, putus asa sampai dengan keinginan untuk bunuh diri (Shatri & Djoerban, 2007). Prevalensi ansietas dan depresi meningkat sejalan dengan perjalanan penyakit dan gejala seperti nyeri dan kelelahan (Spiegel & Davis, 2003). Fase diagnostik dan pengobatan, stadium dari penyakit, kepribadian, coping klien serta keadaan sosial dan spiritual dari klien dan keluarganya adalah faktor yang dapat mempengaruhi besarnya respon psikologis dan emosional yang dialami klien.

Ansietas dapat dialami oleh klien kanker sepanjang masa sakitnya seperti sebelum dan sesudah diagnosa ditegakkan dan saat menjalani pengobatan (Otto, 2007). Hal ini berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada klien-klien kanker terutama stadium lanjut (Shaha, 2008). Mynatt dan Cunningham (2007) menyatakan penyebab ansietas berkaitan dengan diagnosis kanker, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dan pengobatan yang dijalani. Baradero, Dayrit dan Siswadi (2007)

menyatakan faktor psikologis pada klien kanker dapat dikaitkan dengan persepsi klien tentang ancaman dan stres yang disebabkan oleh penyakit kanker itu sendiri, dimana persepsi akan berbeda pada klien. Ada tiga hal yang dapat memunculkan reaksi psikologis yaitu ancaman dari penyakit kanker itu sendiri, hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh dan frustrasi dalam memenuhi kebutuhan biologis karena ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit kanker atau efek-efek dari pengobatan

Depresi merupakan masalah psikologis lainnya yang banyak terjadi pada klien kanker. Depresi pada klien kanker berkaitan dengan ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri, percaya diri, perubahan peran sosial dan gaya hidup serta masalah – masalah terkait finansial dan dampak fisik yang dialami akibat penyakit dan pengobatan yang dilakukan (Konginan, 2008). Selain itu diagnosis, stadium, jenis kanker (Mhaidat, *et al*, 2009); penatalaksanaan pengobatan yang dilakukan (Jim, *et al*, 2007; So, *et al*, 2011) dapat menyebabkan depresi.

Depresi merupakan gangguan psikiatrik yang sering dialami penderita kanker dengan prevalensi 15-25% atau lebih, tergantung jenis dan stadium kankernya (*National Cancer Institute*, 2011), kira –kira 15-25% pasien kanker mengalami depresi. Kondisi tersebut dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain. Dampak depresi pada klien kanker berupa percobaan bunuh diri. Percobaan bunuh diri dijumpai pada hampir 1/3 dari penderita kanker yang mengalami depresi major dan >50% dengan gangguan penyesuaian. Hal lain yang muncul akibat dari depresi adalah penelantaran diri. Pada penelantaran diri klien menjadi tidak kooperatif baik dalam hal pengobatan maupun menjaga stamina. Kondisi ini

tentu akan semakin memperparah penyakitnya dan pada akhirnya akan menurunkan kualitas hidup penderita (Konginan, 2008). Ballenger, *et al*, (2001) menyatakan ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien. Bila tidak ditangani dengan adekuat, akan memperburuk prognosis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan kualitas hidup.

Proses penyesuaian yang dilakukan klien kanker pada segala aspek kehidupannya dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila klien tidak dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan yang muncul berupa intervensi keperawatan generalis dan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart, 2009). Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien mengurangi tingkat ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial dan keputusasaan. Sedangkan intervensi keperawatan spesialis diberikan bila intervensi generalis tidak mampu mengatasi masalah ketidakberdayaannya, khususnya pada pasien kanker yang selalu memandang dirinya seorang yang lemah, tidak berdaya, putus asa dan sering mengalami kondisi depresi bila mengingat kematian yang akan dialaminya.

Logoterapi adalah psikoterapi yang menggunakan metode konseling dan pengobatan secara bersama-sama dengan usaha mencari makna dari suatu kejadian. Logoterapi dapat diimplementasikan pada klien dengan penyakit kronis (Lantz, 1988). Lewis (2011) menjelaskan logoterapi dapat diaplikasikan pada klien dengan coping individu tidak efektif pada penyakit kronis terminal, coping pada penyakit fisik kronis, proses berduka atau berkabung, depresi, PTSD, manajemen stres, pencegahan dan pemulihan

akibat ketergantungan alkohol, gangguan personal, gangguan obsesi kompulsi, phobia, gangguan neurosis somatogenik, gangguan neurosis psikogenik.

Esensi logoterapi pada klien kanker adalah penekanan pada kemampuan klien untuk meraih hidup yang bermakna. Dimana dalam kondisi ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial dan keputusasaan menghadapi penyakit yang dideritanya, klien dimotivasi untuk mengubah pandangan negatif tentang makna hidup dengan cara meningkatkan kesadaran diri dalam memaknai hidupnya. Dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkeaktivitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitaannya (Jahoda, 2000). Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitaannya.

Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup. Melalui logoterapi klien dibantu untuk menemukan dan membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam yang bersifat khusus dan pribadi bagi klien dimana klien dapat bertahan dalam kondisi-kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya bila tujuan ini terpenuhi.

Medical ministry adalah salah satu tehnik logoterapi. Frankl (1988 dalam nelson 2011) menggunakan istilah *medical ministry* untuk untuk menangani kasus-kasus somatogenik yang penyebab somatiknya tidak dapat dihilangkan.

Penggunaan tehnik ini tepat diberikan pada klien dengan penyakit kronis atau penyakit terminal yang mengalami ansietas dan depresi. Pendekatan tehnik ini memanfaatkan kemampuan untuk mengambil sikap terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak mungkin di ubah (Bastaman, 2007). Sikap yang dikembangkan melalui tehnik *medical ministry* adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi, kondisi menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan dan menghadapi kematian itu sendiri. Tehnik ini merupakan perealisasiian dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal value*) sebagai salah satu sumber makna hidup. Tujuan utama dari Tehnik *medical ministry* adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dalam penderitaannya (*meaning suffering*). Modul logoterapi ini terdiri dari 4 sesi yaitu :

- Sesi 1 : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.
- Sesi 2 : Mengidentifikasi reaksi/respon dan cara mengatasi masalah
- Sesi 3 : Teknik *medical ministry*
- Sesi 4 : Evaluasi

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa mampu melaksanakan logoterapi individu pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Memahami konsep yang mendasari pelaksanaan logoterapi *medical ministry* pada klien kanker yang mengalami ansietas ,depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial dan keputusasaan.

- 1.2.2.2 Mengaplikasikan logoterapi pada klien kanker sebagai upaya untuk menurunkan tingkat ansietas dan depresi yang meliputi gangguan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial yang mereka alami.

1.3 Manfaat

Modul ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pembinaan dan pengembangan kesehatan jiwa khususnya masalah psikososial.

- 1.3.1 Bagi klien dapat dijadikan pedoman dalam menurunkan tingkat ansietas dan kondisi depresi dan meningkatkan kemampuan memaknai hidup
- 1.3.2 Bagi Perawat dapat menerapkan perannya dalam mengatasi masalah psikososial yaitu ansietas dan depresi pada klien kanker.
- 1.3.3 Bagi rumah Sakit, dapat dijadikan sebagai panduan dalam mengatasi masalah psikososial yaitu ansietas dan depresi pada klien kanker

BAB 2
PELAKSANAAN LOGOTERAPI INDIVIDU PADA KLIEN KANKER
DENGAN ANSIETAS DAN DEPRESI

Pelaksanaan logoterapi individu pada klien kanker dengan ansietas dan depresi terdiri dari empat sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan dalam waktu kurang lebih tigapuluh sampai dengan empat puluh lima menit. Adapaun uraian dari kegiatan adalah sebagai berikut :

2.1 Sesi satu : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.

Kanker merupakan penyakit kronis yang dapat menyebabkan perubahan fisik, psikis/emosional, dan sosial. Perubahan-perubahan yang terjadi ketika seseorang menderita kanker sering dikaitkan dengan proses perjalanan penyakit, metastase dan pengobatan yang dilakukan. Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu perubahan fisik, psikis/emosional, dan sosial. Adapun masalah yang mungkin muncul akibat dari perubahan yang terjadi meliputi :

2.1.1 Masalah yang muncul akibat perubahan fisik berupa : nyeri, tidak nafsu makan, mual, muntah, kelelahan, kelemahan, penurunan berat badan dan sulit tidur. Kondisi tersebut dapat diperberat dengan efek samping dari pengobatan yang dilakukan seperti : nyeri, mual, muntah, infeksi/peradangan, kulit terasa kering, kehitaman, rasa sakit pada mulut dan tenggorokan, diare, rambut rontok, intoleransi aktifitas (Smeltzre & Bare, 2002 ; Black & Hawk, 2005 ; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007; LeMone & Burke, 2008).

2.1.2 Masalah yang muncul akibat perubahan psikis/emosional yang dialami berupa mudah marah, gelisah, merasa cemas, takut, sulit untuk berkonsentrasi, merasa tidak berdaya, kehilangan minat melakukan aktivitas rutin, merasa tidak berguna, putus asa (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007; LeMone & Burke, 2008; Baradero, Dayrit dan Siswadi, 2007).

2.1.3 Masalah akibat perubahan sosial yang dialami berkaitan dengan perubahan aktifitas setelah sakit, berkurangnya interaksi sosial, kehilangan pekerjaan dan masalah finansial. Perubahan ini dapat menyebabkan klien menarik diri dari lingkungan, merasa cemas, tidak berdaya, putus asa (Shatri dan Djoerban 2007).

Studi penelitian yang dilakukan oleh Brem dan Kumar (2011) menyatakan gejala fisik yang muncul pada klien kanker meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer.

Kanker merupakan penyakit kronis yang mengancam kehidupan. Diagnosis kanker bagi klien merupakan stresor yang besar yang dapat menimbulkan respon psikologis dan emosional bagi klien dan keluarganya. Respon psikologis muncul bervariasi dari rasa takut terutama akan kematian, cemas, depresi, marah, tidak percaya, penyangkalan, iritabel, anoreksia, insomnia, lelah, ketakutan akan nyeri yang berkelanjutan, putus asa sampai dengan keinginan untuk bunuh diri (Shatri & Djoerban, 2007). Respon tersebut awalnya dapat berupa gangguan adaptasi namun pada perjalanan penyakitnya dapat menetap menjadi sindrom depresi, ansietas atau bentuk gangguan mental emosional lainnya.

Prevalensi ansietas dan depresi meningkat sejalan dengan perjalanan penyakit dan gejala seperti nyeri dan kelelahan (Spiegel & Davis, 2003). Fase diagnostik dan pengobatan, stadium dari penyakit, kepribadian, coping klien serta keadaan sosial dan spiritual dari klien dan keluarganya adalah faktor yang dapat mempengaruhi besarnya respon psikologis dan emosional yang dialami klien. Ansietas dapat dialami oleh klien kanker sepanjang masa sakitnya seperti sebelum dan sesudah diagnosa ditegakkan dan saat menjalani pengobatan (Otto, 2007). Hal ini berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap

pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada klien-klien kanker terutama stadium lanjut (Shaha, 2008).

Mynatt dan Cunningham (2007) menyatakan penyebab ansietas berkaitan dengan diagnosis kanker, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dan pengobatan yang dijalani.

Depresi merupakan masalah psikologis lainnya yang banyak terjadi pada klien kanker. Depresi pada klien kanker berkaitan dengan ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri, percaya diri, perubahan peran sosial dan gaya hidup serta masalah – masalah terkait finansial dan dampak fisik yang dialami akibat penyakit dan pengobatan yang dilakukan (Konginan, 2008). Selain itu diagnosis, stadium, jenis kanker (Mhaidat, *et al*, 2009); penatalaksanaan pengobatan yang dilakukan (Jim, *et al*, 2007; So, *et al*, 2011) dapat menyebabkan depresi.

Depresi merupakan gangguan psikiatrik yang sering dialami penderita kanker dengan prevalensi 15-25% atau lebih, tergantung jenis dan stadium kankernya (*National Cancer Institute*, 2011), kira –kira 15-25% pasien kanker mengalami depresi. Kondisi tersebut dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain. Dampak depresi pada klien kanker berupa percobaan bunuh diri. Percobaan bunuh diri dijumpai pada hampir 1/3 dari penderita kanker yang mengalami depresi major dan >50% dengan gangguan penyesuaian. Hal lain yang muncul akibat dari depresi adalah penelantaran diri. Pada penelantaran diri klien menjadi tidak kooperatif baik dalam hal pengobatan maupun menjaga stamina. Kondisi ini tentu akan semakin memperparah penyakitnya dan pada akhirnya akan menurunkan kualitas hidup penderita (Konginan, 2008). Ballenger, *et al*, (2001) menyatakan ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan

hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien.

Bila tidak ditangani dengan adekuat, akan memperburuk prognosis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan kualitas hidup.

Pada sesi pertama ini, klien diminta untuk mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.

2.1.4 Strategi Pelaksanaan kegiatan sesi satu

A. Tujuan : klien mampu :

1. Mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis dan klien
2. Mengidentifikasi masalah-masalah yang dialami klien akibat penyakit kanker yang diderita
3. Mengidentifikasi dampak dari masalah yang muncul akibat penyakit kanker

B. Setting Tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang dan nyaman
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja
3. Buku evaluasi

D. Metode

1. Tanya jawab
2. Diskusi

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a. Membuat kontrak awal dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individu dalam empat sesi. Waktu pelaksanaan setiap sesi selama 30-45 menit. Jika klien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka klien akan melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak klien akan mengulang sesi tersebut.
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Fase orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Memperkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama)
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan klien
 - b. Evaluasi/ validasi
Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
 - c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan kegiatan logoterapi pada klien yang akan dilaksanakan dalam empat sesi dan masing masing sesi akan berlangsung 30-45 menit yang akan diikuti klien dari awal hingga akhir. Jika klien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai tujuan maka klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya.
 - 2) Menjelaskan tujuan sesi pertama yaitu klien mampu mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.
3. Fase kerja
 - a. Menjelaskan kepada klien tentang logoterapi *medical ministry* yang meliputi defenisi, tujuan dan manfaat dari terapi

- b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menceritakan perubahan-perubahan yang dialami terkait penyakitnya saat ini..
- c. Mengidentifikasi bersama klien perubahan-perubahan yang dirasakan akibat dari penyakitnya.
- d. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menceritakan masalah yang dialami akibat dari perubahan yang terjadi
- e. Mengidentifikasi bersama klien masalah-masalah yang terjadi akibat dari perubahan yang dialami terkait penyakitnya saat ini.
- f. Meminta klien memberikan tanggapan terhadap masalah-masalah yang dialami .
- g. Berikan pujian atas partisipasi klien dalam mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialaminya akibat dari perubahan yang terjadi terkait penyakitnya saat ini.
- h. Terapis memberikan kesimpulan tentang topik yang telah di bahas di sesi satu.

4. Fase terminasi

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi *medical ministry* sesi satu
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengungkapkan perubahan yang dialami dan masalah yang timbul dari perubahan yang terjadi terkait dengan penyakitnya.
- 3) Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Mengajukan klien untuk mengidentifikasi perubahan dan masalah yang terjadi yang belum ditemukan dan menuliskannya di buku kerja.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menepakati topik dan kegiatan pada sesi dua yaitu mengidentifikasi reaksi/respon dan cara untuk mengatasi masalah serta makna dari kondisi klien saat ini.

- 2) Menepakati waktu dan pertemuan untuk pertemuan sesi dua

2.1.5 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi kemampuan klien dilakukan pada saat terapi berlangsung. Evaluasi yang dilakukan mengacu kepada tujuan yaitu kemampuan klien untuk mengidentifikasi perubahan – perubahan dan masalah-masalah yang dialami klien akibat dari perubahan tersebut serta mendokumentasikannya pada buku evaluasi.

2.2. Sesi dua : Mengidentifikasi reaksi/respon dan cara mengatasi masalah

Kanker adalah penyakit kronis yang dapat mengancam integritas klien. Perjalanan proses penyakit kanker dapat menimbulkan berbagai respon salah satunya adalah respon psikologis. Masalah psikologis yang paling banyak dirasakan oleh klien kanker adalah ansietas dan depresi. Baradero, Dayrit dan Siswadi (2007) menyatakan faktor psikologis pada klien kanker dapat dikaitkan dengan persepsi klien tentang ancaman dan stres yang disebabkan oleh penyakit kanker itu sendiri, dimana persepsi akan berbeda pada klien. Ada tiga hal yang dapat memunculkan reaksi psikologis yaitu ancaman dari penyakit kanker itu sendiri, hilangnya bagian tubuh atau ancaman akan hilangnya bagian tubuh dan frustrasi dalam memenuhi kebutuhan biologis karena ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit kanker atau efek-efek dari pengobatan.

Setiap orang memiliki kemampuan yang berbeda dalam menilai stresor yang muncul pada setiap kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya ansietas dan depresi. Stuart (2009) menyatakan penilaian stressor pada tiap individu adalah evaluasi bagi kesejahteraan individu, dimana didalamnya stressor memiliki arti, intensitas dan kepentingan. Ansietas pada klien kanker berada dalam rentang ringan hingga panik. Tingkatan ansietas meliputi : Ansietas ringan yang berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari.

Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif . Perilaku adaptif yang dilakukan individu dapat menjadi hal yang positif dan membantu individu beradaptasi dan belajar (Videbeck, 2008). Klien dengan ansietas sedang hanya berfokus hanya pada hal yang selektif namun memiliki lapang persepsi yang menyempit dapat melakukan sesuatu dengan terarah. Ansietas berat terjadi bila individu mengalami pengurangan lapang persepsi sehingga cenderung memusatkan segala sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain, lapang persepsi individu sangat sempit, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, memperlihatkan kegelisahan, iritabilitas dan kemarahan atau menggunakan cara psikomotor emosional lainnya untuk melepas ketegangan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian. Tingkatan ansietas yang dialami klien kanker berada dalam rentang ringan sampai panik.

Maramis (2011) menyatakan gejala depresi mempunyai rentang dan bervariasi variasi secara luas sesuai dengan berat atau ringannya depresi yang dialami oleh penderita. Tanda dan gejala yang muncul adalah: kesedihan atau murung yang berkepanjangan yang umumnya disertai dengan ide bunuh diri, gangguan pola tidur (sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit), penurunan tingkat aktivitas, sulit memfokuskan perhatian , kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya, mudah sekali lelah, perasaan bersalah, merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut, Kurang rasa percaya diri dan memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri, perasaan yang sangat sensitive dan lebih suka menyendiri

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Sesi dua

A. Tujuan : Klien mampu

1. Klien mengungkapkan reaksi/respon yang dialami saat ini.
2. Klien mampu mengungkapkan cara-cara dan hasil dari cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi/respon yang dirasakan
3. Klien mampu menyampaikan makna yang diperoleh dari penderitanya selama sakit.

B. Setting dan tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

C. Media/Alat

1. Alat tulis
2. Buku Kerja
3. Buku evaluasi
- 4.

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien sesuai dengan kesepakatan, satu jam sebelum sesi kedua dari Logoterapi *Medical ministry* dilaksanakan.
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Fase orientasi
 - a. Salam terapeutik :
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Terapis menggunakan papan nama
 - b. Evaluasi/ validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
 - 2) Meminta klien membuka buku kerja dan menanyakan apakah ada tambahan perubahan lain dan masalah lain yang dirasakan pada pertemuan sesi satu
 - c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu mengidentifikasi reaksi klien terhadap masalah yang dihadapi, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan dan hasil dari cara-cara tersebut dalam mengatasi reaksi/respon yang dirasakan serta mengungkapkan makna yang diperoleh sakit.
 - 2) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan Logoterapi *Medical ministry*, yaitu : lama kegiatan 30-45 menit dan klien mengikuti wajib kegiatan dari awal sampai akhir.
3. Fase kerja
 - a. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan reaksi/respon yang dialami dan cara –cara serta hasil dari cara yang dilakukan dalam mengatasi reaksi/respon tersebut.
 - b. Mendiskusikan bersama klien bagaimana reaksi dan respon yang dirasakan saat ini terkait dengan kondisi penyakitnya yang meliputi respon verbal, emosional dan perilaku partisipasi dalam kegiatan sehari-hari, tanggung jawab klien dalam keterlibatan perawatannya selama sakit
 - c. Mengidentifikasi cara-cara yang dilakukan dan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi/respon yang dialami.

- d. Mengidentifikasi bersama klien makna / hikmah dari kondisi sakitnya saat ini.
 - e. Berikan pujian pada klien atas partisipasinya selama mengikuti kegiatan terapi.
 - f. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibuat.
4. Fase terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti Logoterapi *Medical ministry*.
 - 2) Terapis memberikan *reinforcement* positif kepada klien
 - b. Rencana tindak lanjut
 - 1) Motivasi klien untuk mengidentifikasi reaksi dan respon lain muncul akibat penyakit kanker dan menuliskannya pada buku kerja
 - 2) Motivasi klien untuk mengidentifikasi cara-cara lain untuk mengatasi masalah dan hasil yang didapatkan dan menuliskannya pada buku kerja
 - 3) Motivasi klien untuk mengidentifikasi makna/hikmah lainnya yang belum disampaikan dan menuliskannya ke dalam buku kerja.
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mendiskusikan tehnik *medical ministry* dimana klien diminta menggali pengalaman masa lalu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan, apa reaksi/respon yang dirasakan, cara yang dilakukan dan makna yang diperoleh serta menggali pengalaman orang lain yang memiliki masalah yang sama dengan klien.
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi kemampuan klien dilakukan pada saat terapi berlangsung. Evaluasi yang dilakukan mengacu kepada tujuan yaitu kemampuan klien untuk mengidentifikasi reaksi/respon yang dialami, cara-cara yang dilakukan dan hasil yang diperoleh untuk mengatasi reaksi/respon dan makna yang diperoleh atas kondisinya saat ini serta mendokumentasikannya pada buku evaluasi.

2.3 Sesi tiga : Tehnik *Medical Ministry*

Pendekatan tehnik ini memanfaatkan kemampuan untuk mengambil sikap terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak mungkin di ubah (Bastaman, 2007). Tehnik ini merupakan perealisasiian dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal value*) sebagai salah satu sumber makna hidup. Tujuan utama dari Tehnik *Medical Ministry* adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dalam penderitaannya (*meaning suffering*).

Frankl (1988 dalam nelson 2011) menggunakan istilah *Medical Ministry* untuk untuk menangani kasus-kasus somatogenik yang penyebab somatiknya tidak dapat dihilangkan. Ia beranggapan bahwa tanggung jawab profesi medislah untuk menenangkan dan menghibur klien dengan penyakit fisik. Penggunaan tehnik ini tepat diberikan pada klien dengan penyakit kronis atau penyakit terminal yang mengalami ansietas dan depresi . Penanganan logoterapeutik dengan tehnik ini dimaksudkan untuk menangani bagian-bagian yang tidak sakit untuk meembantu klien menemukan makna dalam sikap yang diambilnya terhadap penderitaannya.

Sikap yang dikembangkan melalui tehnik *Medical Ministry* adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi, kondisi menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan dan menghadapi kematian itu sendiri. Pendalaman nilai bersikap pada tehnik ini pada dasarnya menerima

kesempatan pada klien untuk mengambil sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat terelakkan.

Cara yang dapat dilakukan untuk mendalami nilai-nilai bersikap, yakni ada 2 cara:

1. Nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara pertama yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami dengan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.
2. Nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara kedua yaitu : menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang.

2.3.1 Strategi Pelaksanaan Sesi Tiga

A. Tujuan : Klien mampu :

1. Menjelaskan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang terkait dengan kondisi sakitnya saat ini
2. Mengatasi masalah yang belum teratasi dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui tehnik *medical ministry*

B. Setting dan tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

C. Media/Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja dan buku evaluasi

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien sesuai dengan kesepakatan, satu jam sebelum sesi ketiga dari Logoterapi *Medical ministry* dilaksanakan.
- b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Fase orientasi

a. Salam terapeutik :

- 1) Salam dari terapis kepada klien
- 2) Terapis menggunakan papan nama

b. Evaluasi/ validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
- 2) Meminta klien membuka buku kerja dan menanyakan tentang reaksi/respon lain yang dialami, cara-cara yang dilakukan dan hasil yang didapatkan serta makna lain yang diperoleh selain yang didokumentasikan pada sesi satu.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu mengatasi masalah yang dirasakan sebagai penderitaan bagi klien selama sakit dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui tehnik *medical ministry* yaitu dengan menggali pengalaman diri sendiri di masa lalu terhadap suatu pengalaman yang tidak menyenangkan, apa respon/reaksi yang dirasakan, apa cara-cara yang dilakukan untuk mengatasinya serta hasil dari cara tersebut dan makna dari kondisi tersebut. Kemudian dengan cara yang kedua yaitu menggali pengalaman orang lain yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

2) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan terapi yaitu :
lama kegiatan 30-45 menit dan klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Fase kerja

- a. Beri kesempatan anggota klien untuk mengungkapkan perasaan dan penderitaan yang pernah dialami dan yang belum teratasi selama sakit.
- b. Diskusikan bersama klien untuk mengatasi masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui tehnik *medical ministry* dengan cara pertama yaitu menggali pengalaman diri sendiri terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan dengan cara merenungkan kembali penderitaan yang dialami klien dengan mengingat kembali penderitaan yang dialami pada waktu yang lalu,, bagaimana perasaan waktu itu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan klien saat ini dan makna apa yang diperoleh klien dari penderitaan tersebut.
- c. Mengungkapkan tanggapan klien terhadap cara pertama yang dilakukan yaitu menggali pengalaman diri sendiri di masa lalu terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan.
- d. Diskusikan bersama klien nilai-nilai bersikap dengan cara kedua yaitu menggali pengalaman orang lain dengan cara menghubungi kenalan/kerabat/klien lain yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, makna apa yang diperolehnya dan bandingkan dengan kondisi saat ini.
- e. Mengungkapkan tanggapan klien terhadap cara kedua yang dilakukan yaitu menggali pengalaman orang lain.
- f. Berikan kesempatan pada klien untuk memberikan tanggapan tentang cara yang telah diajarkan oleh terapis
- g. Meminta klien memilih cara apa yang akan digunakan untuk menemukan makna dalam kondisinya saat ini.
- h. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas

4. Fase terminasi
 - a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti Logoterapi *Medical ministry*.
 - 2) Terapis memberikan reinforcement positif anggota klien
 - b. Rencana tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan klien untuk mencoba dan berlatih cara yang telah dipilih
 - 2) Mencatat dalam buku kerja jika ada hambatan yang dialami dalam melakukan cara yang dipilih dan cara lain yang dilakukan.
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mengevaluasi hasil pelaksanaan terapi dan menemukan makna hidup yang klien dapatkan.
 - 2) Menyepakati waktu dan pertemuan

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi ketiga adalah kemampuan mengatasi masalah dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui tehnik *Medical ministry* serta mendokumentasikannya dalam buku evaluasi.

2.4 Sesi empat : Evaluasi

Sesi ini adalah akhir dari seluruh kegiatan logoterapi individu ini. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi dengan tehnik *medical ministry* dengan kemampuan klien menemukan makna hidup dan menerima perpisahan. Makna dalam penderitaan yang dulu pernah dialami oleh klien akan digunakan untuk mengatasi masalah atas penderitaan yang dirasakan saat ini terkait penyakit yang diderita saat ini.

2.4.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi empat

A. Tujuan : klien mampu :

1. Mencoba teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah akibat menderita kanker.
2. Mengidentifikasi makna hidup setelah menggunakan teknik *medical ministry*

B. Setting dan tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

C. Media/Alat

1. Alat tulis
2. Buku Kerja
3. Buku Evaluasi

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a) Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Fase orientasi
 - a) Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Terapis menggunakan papan nama
 - b) Evaluasi/ validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini

- 2) Menanyakan perubahan, masalah yang dirasakan, reaksi/respon lain yang dirasakan, cara yang dilakukan dan makna yang diperoleh selain yang telah diidentifikasi bersama pada sesi sebelumnya
 - 3) Menanyakan latihan cara *medical ministry* yang telah dipilih dan kesulitan yang dirasakan dalam melakukan cara tersebut serta apakah ada cara lain yang dilakukan.
- c) Kontrak
- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan keempat yaitu mencoba mengevaluasi hasil pelaksanaan Logoterapi *medical ministry* sehingga mampu menemukan makna hidup dan mampu menerima perpisahan.
 - 2) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan Logoterapi *Medical ministry*, yaitu : lama kegiatan 30-45 menit, klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
3. Fase kerja
- a. Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan pengalaman yang dirasakan terhadap cara yang telah dipilih.
 - b. Diskusikan dengan klien mengenai hasil dari cara teknik *Medical ministry* yang telah dipilih dalam mengatasi masalah akibat sakit yang dialami klien.
 - c. Berikan kesempatan pada klien untuk menjelaskan masalah yang sudah dan belum teratasi
 - d. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan makna hidup yang didapatkan setelah menggunakan teknik *Medical ministry*
 - e. Berikan pujian atas partisipasi klien
 - f. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas
4. Fase terminasi
- a) Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti Logoterapi *Medical ministry*.
 - 2) Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
- b) Rencana tindak lanjut
- 1) Motivasi klien untuk mempraktekkan cara yang telah diajarkan yakni teknik *Medical ministry* untuk mengatasi masalah akibat sakit yang dialami klien.
 - 2) Bekerjasama dengan perawat ruangan untuk mempertahankan logoterapi
- c) Kontrak yang akan datang
- 1) Mengakhiri pertemuan Logoterapi *Medical ministry* dan melaporkan pelaksanaan kepada perawat/petugas di ruangan

2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

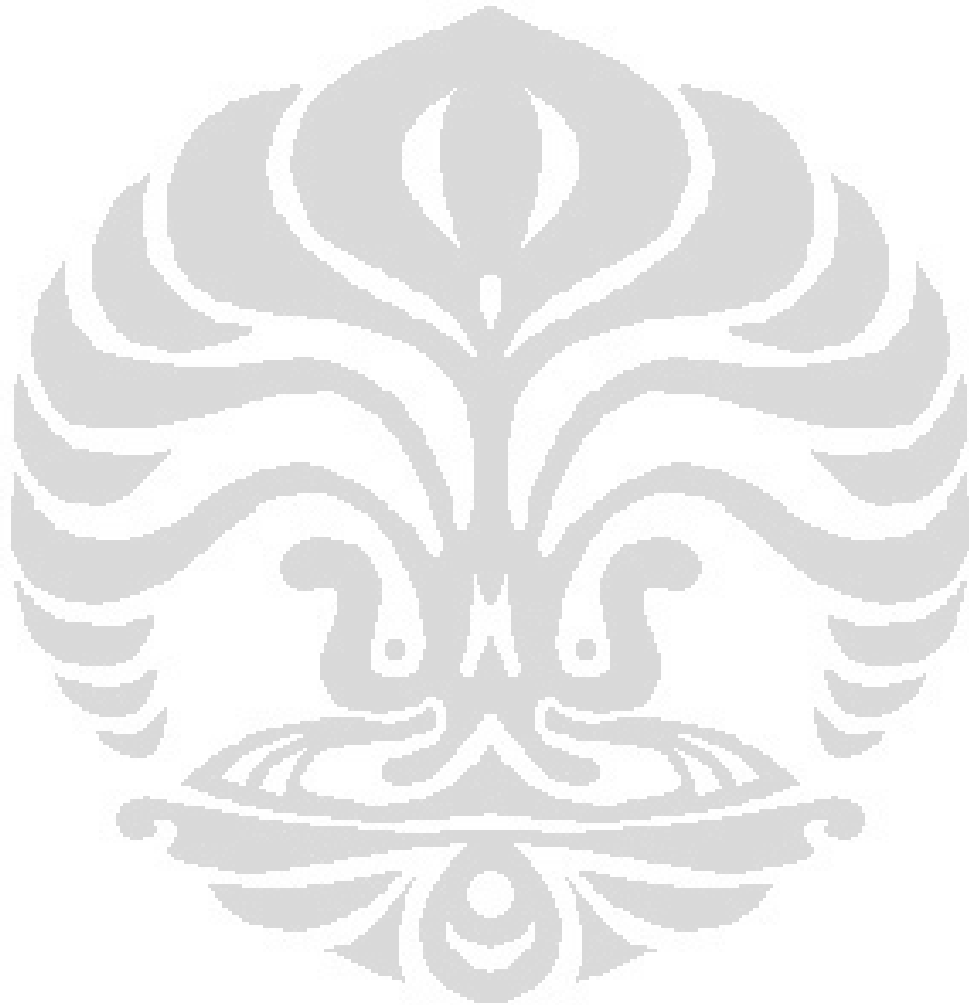
- a. Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi keempat adalah hasil pelaksanaan logoterapi dengan teknik *Medical ministry* dan menemukan makna hidup yang klien dapatkan serta mendokumentasikan dalam buku evaluasi

BAB 3

PENUTUP

Proses penyesuaian yang dilakukan klien kanker pada segala aspek kehidupannya dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila klien tidak dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Masalah psikologis yang paling banyak ditemukan pada klien kanker adalah ansietas dan depresi. Ballenger, *et al*, (2001) menyatakan ansietas dan depresi yang dialami klien kanker bukan hanya berdampak pada kualitas hidup, juga berdampak pada pengobatan yang dilakukan, memperpanjang waktu hospitalisasi dan menimbulkan efek negatif pada prognosis serta ketahanan hidup klien. Bila tidak ditangani dengan adekuat, akan memperburuk prognosis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan kualitas hidup.

Dengan logoterapi, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkannya beraktivitas dan berkeaktifitas seperti pada klien kanker dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitaannya (Jahoda, 2000). Logoterapi mengajarkan kepada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap penderitaannya. Klien dengan kanker dalam proses adaptasinya akan mengalami banyak perubahan dalam hidupnya seperti kehilangan, kondisi kesehatan yang menurun terkait dengan stadium penyakit, pengobatan dan terapi yang dilakukan, perubahan peran akibat sakit dapat dirasakan sebagai stresor yang akan berpengaruh terhadap kebermaknaan hidup. Melalui logoterapi klien dibantu untuk menemukan dan membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam penderitaan yang dialaminya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.



DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2012). *Cancer Statistics, 2012*. Cancer Journal. 62, 10-29.
- Auyung.Y.S. (2007). *Cancer causes and cancer research on many levels of complexity*.[Http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf](http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf). diunduh tanggal 15 Februari 2012
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari www.riskesdas.litbang.depkes.go.id. Diakses tanggal 21 Januari 2012
- Bastaman, H.D.(2007). *Logoterapi: psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Black,J.M., & Hawk,J.H. (2005). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. (7 th Ed). St. Louis: Elsevier.Inc
- Boehmar.U, Glickman.M, Winter.M. *Anxiety and Depression Survivors of Different Sexual Orientations*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 12, 1-12
- Brem.S.BA & Kumar.B.N. (2011). *Management of treatment –related symptoms in patient with breast cancer*. Clinical journal of Oncology Nursing. 15 , 63-71.
- Chan, C.W.H., Cheng, K.K.F., Lam, L.W., Li, C.K., Chik, K.W., & Cheung, JSS.(2008). *Psycho-educational intervention for chemotherapy-associated nausea and vomiting in paediatric oncology patients: a pilot study*. Hongkong Med Journal, 14(5), 32-35
- Jahoda. E. (2000). *Can Logotherapy Help Cancer Patients?* International Forum For Logotherapy. 89-93
- Kang.Kyung-Ah, Im. Jae-Im, Kim.Hee-Sue, Kim, Shin-Jeong, Song, Mi-Kyung & Sim, Songyong. (2009). *The Effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning and Spiritual Well-Being of Adolescence with terminal cancer*. Journal Korean Acad Child Health Nurs Vol.15.No.2, 136-144

- Kanine. E. (2011). *Pengaruh Terapi Generali dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: critical thinking in client care* (4th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Marshall. M. (2011). *Prism of Meaning. Guide to the fundamental principles of Viktor E. Frankl's Logotherapy*.
- Oh.Ja.pok & Kim.Hyun.Soo. (2010). *Effect of a Brief Psychosocial Intervention in Patients with cancer Receiving*. Adjuvant Therapy. Oncology. 37, 98-104.
- Schulenberg.S, Nassif.C, Hutzell.R & Rogina.J. (2008). *Logotherapy for clinical practice*. Journal Psychotherapy theory, research, practice, training. Vol. 45.4, 447-463
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th edition). St.Louis: Mosby
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th Edition). St.Louis: Mosby
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- World Health Organization (2005). *World health statistics 2005*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2012



BUKU KERJA
LOGOTERAPI *MEDICAL MINISTRY*

Tim Penyusun :

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Ns. Duma Lumban Tobing, S.Kep
Ns. Rika Sarfika, S.Kep

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

BUKU KERJA

LOGOTERAPI *MEDICAL MINISTRY*

Tim Penyusun :

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Ns. Duma Lumban Tobing, S.Kep
Ns. Rika Sarfika, S.Kep

NAMA PASIEN :.....

RUANGAN :.....

MOTTO :.....

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kehadiran dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan buku kerja logoterapi dengan tehnik *medical ministry* sebagai latihan untuk meningkatkan makna hidup pada klien kanker yang mengalami masalah psikososial. Buku kerja ini adalah buku penyerta Modul Logoterapi dengan tehnik *medical ministry*. Buku ini terdiri dari empat bagian sesuai dengan empat sesi pertemuan pada modul. Untuk tiap-tiap bagian, berisi informasi kegiatan cara melakukan latihan tehnik *medical ministry*..Modul ini tidak akan dapat diselesaikan jika tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak agar modul ini dapat dikembangkan baik dalam lingkungan rumah sakit maupun dalam lingkungan masyarakat sehingga modul ini dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya bagi keperawatan jiwa

Depok, April , 2012

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul.....	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Pelaksanaan Pelaksanaan Logoterapi tehnik <i>medical ministry</i>	
Sesi satu : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami.....	1
Sesi dua : Mengidentifikasi reaksi/respond an cara mengatasi masalah.....	5
Sesi tiga : Tehnik Medical Ministry.....	10
Sesi empat : Evaluasi.....	16



BUKU KERJA
LOGOTERAPI *MEDICAL MINISTRY*

PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012

Buku Kerja Logoterapi Medical Ministry, 2012

Pengaruh progressive..., Duma Lumban Tobing, FIK UI, 2012

BUKU KERJA

LOGOTERAPI *MEDICAL MINISTRY*

NAMA PASIEN :

RUANGAN :

MOTTO :

A. Sesi satu : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami

Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu dengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi satu ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi satu ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca informasi di bawah ini :

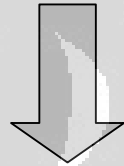
Membaca: Bacalah dengan cermat informasi tentang perubahan dan masalah yang mungkin dialami oleh Bapak/Ibu/Saudara

Perubahan-perubahan yang terjadi ketika seseorang menderita kanker sering dikaitkan dengan proses perjalanan penyakit, metastase dan pengobatan yang dilakukan. Pengobatan yang dilakukan yaitu radiasi, kemoterapi, pembedahan dan kombinasi dari pengobatan tersebut. Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu perubahan fisik, psikis/emosional, dan sosial.

Adapun masalah yang mungkin muncul akibat dari perubahan yang terjadi meliputi :

1. Masalah yang muncul akibat perubahan fisik berupa : nyeri, tidak nafsu makan, mual, muntah, kelelahan, kelemahan, penurunan berat badan dan sulit tidur. Kondisi tersebut dapat diperberat dengan efek samping dari pengobatan yang dilakukan seperti : nyeri, mual, muntah, infeksi/peradangan, kulit terasa kering, kehitaman, rasa sakit pada mulut dan tenggorokan, diare, rambut rontok.
2. Masalah yang muncul akibat perubahan psikis/emosional yang dialami berupa mudah marah, gelisah, merasa cemas, takut, sulit untuk berkonsentrasi, merasa tidak berdaya, kehilangan minat melakukan aktivitas rutin, merasa tidak berguna, putus asa.

3. Masalah akibat perubahan sosial yang dialami berkaitan dengan perubahan aktifitas setelah sakit, berkurangnya interaksi sosial, kehilangan pekerjaan dan masalah finansial. Perubahan ini dapat menyebabkan klien menarik diri dari lingkungan, merasa cemas, tidak berdaya, putus asa.



Kecemasan dan depresi adalah masalah psikososial yang paling banyak terjadi terkait dengan perubahan dan masalah yang dialami

Setelah mendengar penjelasan diatas dan membaca informasi yang disampaikan, sekarang cobalah Bapak/Ibu/Saudara latihan mengingat hal berikut

1. Perubahan yang dirasakan saat ini
2. Masalah yang dialami akibat perubahan yang terjadi
3. Tanggapan terhadap masalah yang dialami



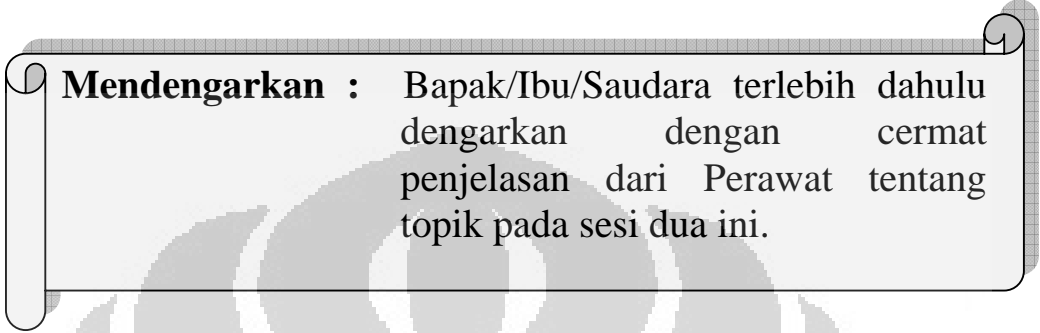
Kemudian tulislah hasilnya
pada format berikut

Mengidentifikasi perubahan dan masalah psikososial yang dialami

No	Tanggal	Perubahan yang terjadi	Masalah yang dialami	Tanggapan terhadap masalah

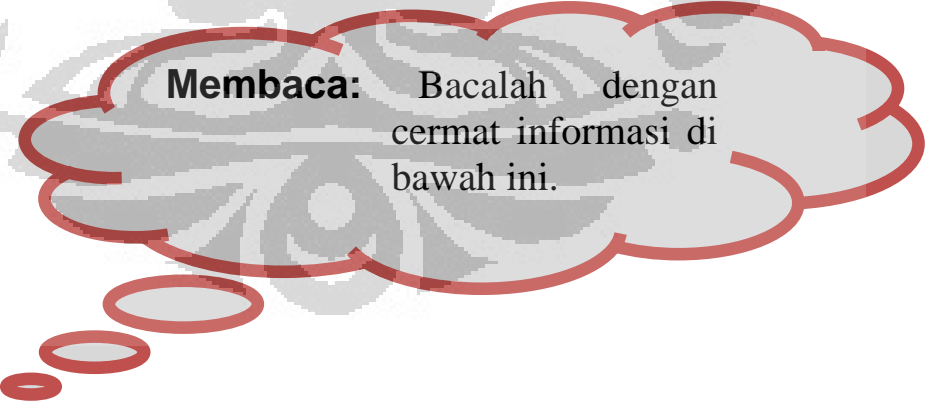
Buku Kerja Logoterapi Medical Ministry, 2012

B. Sesi dua : mengidentifikasi respon psikososial dan cara mengatasinya



Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu dengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi dua ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi dua ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang informasi di bawah ini :



Membaca: Bacalah dengan cermat informasi di bawah ini.

Reaksi adalah tanggapan Bapak/Ibu/Saudara terhadap perubahan dan masalah yang dialami. Masalah psikologis yang paling banyak terjadi adalah ansietas dan depresi.

A. Kecemasan

1. Pengertian kecemasan

Kecemasan adalah perasaan was-was, kuatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman

2. Respon yang muncul pada kecemasan yaitu :

Respon fisiologis meliputi:

- a. Sering napas pendek
- b. Nadi dan tekanan darah naik
- c. Mulut kering
- d. Anoreksia
- e. Diare/konstipasi
- f. Gelisah
- g. Berkeringat
- h. Tremor
- i. Sakit kepala
- j. Sulit tidur
- k. Ketegangan otot

Respon kognitif :

1. Sulit berkonsentrasi
2. Perhatian terganggu
3. Pelupa
4. Berfokus kekhawatirannya

Respons Perilaku:

- a. Gelisah
- b. Bicara cepat
- c. Menarik diri dari lingkungan
- d. Tremor
- e. Cenderung mengalami cedera
- f. Ketegangan fisik

Respon perasaan

- a. Tidak percaya diri
- b. Merasa bersalah
- c. Putus asa
- d. Bingung
- e. Tergesa-gesa
- f. Tidak sabar

B. Depresi

1. Pengertian depresi

Perubahan alam perasaan yang dinyatakan dalam perasaan sedih, putus asa dan pesimis.

2. Tanda dan gejala depresi meliputi

Gejala Fisik :

- a. Gangguan tidur (sulit tidur, terlalu sedikit atau terlalu banyak)
- b. Penurunan berat badan
- c. Kelelahan
- d. Penurunan tingkat aktivitas
- e. Penurunan produktivitas kerja

Gejala psikologis :

- a. Perasaan bersalah
- b. Kurang percaya diri
- c. Perasaan yang sangat sensitive
- d. Mudah tersinggung
- e. Mudah marah
- f. Curiga
- g. Merasa tidak berguna
- h. Perasaan tidak berdaya
- i. Perasaan terbebani oleh orang lain.
- j. Putus asa

Gejala Sosial :

- a. Menarik diri dari lingkungan
- b. Bergantung pada orang lain
- c. Tidak komunikatif

Setelah mendengar penjelasan diatas dan membaca informasi yang disampaikan, sekarang cobalah Bapak/Ibu/Saudara latihan mengingat hal berikut

1. Respon terhadap perubahan dan masalah yang dirasakan
2. Cara-Cara yang pernah dilakukan untuk mengatasi respon terhadap masalah
3. Hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan dalam respon terhadap perubahan dan masalah
4. Makna yang diperoleh dari masalah tersebut.
5. Kemudian tuliskan hasilnya pada format berikut :

Mengidentifikasi respon dan cara mengatasi masalah

No	Tanggal	Respon	Cara yang dilakukan	Hasilnya	Makna

C. Sesi tiga : Logoterapi dengan tehnik *medical ministry*

Mendengarkan: Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu dengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi tiga ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi tiga ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang informasi di bawah ini :

Membaca: Bacalah dengan cermat informasi di bawah ini.

1. Pengertian Logoterapi

Logoterapi adalah salah satu bentuk psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup.

2. Asas-asas Logoterapi meliputi :

- a. Hidup itu tetap memiliki makna atau arti dalam setiap situasi, bahkan dalam penderitaan dan kepedihan sekalipun. Makna adalah sesuatu yang dirasakan penting, benar, berharga dan didambakan serta memberikan nilai khusus bagi seseorang dan layak dijadikan tujuan hidup.
- b. Setiap individu memiliki kebebasan yang hampir tak terbatas untuk menemukan sendiri makna hidupnya.
- c. Setiap individu memiliki kemampuan untuk mengambil sikap terhadap penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat dielakkan lagi yang menimpa diri sendiri dan lingkungan sekitar.

3. Pengertian Logoterapi *medical ministry*:

Logoterapi *medical ministry* adalah salah satu bentuk psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup dengan menggunakan nilai-nilai bersikap yaitu sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran dan keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi. Pendekatan tehnik ini memanfaatkan kemampuan untuk

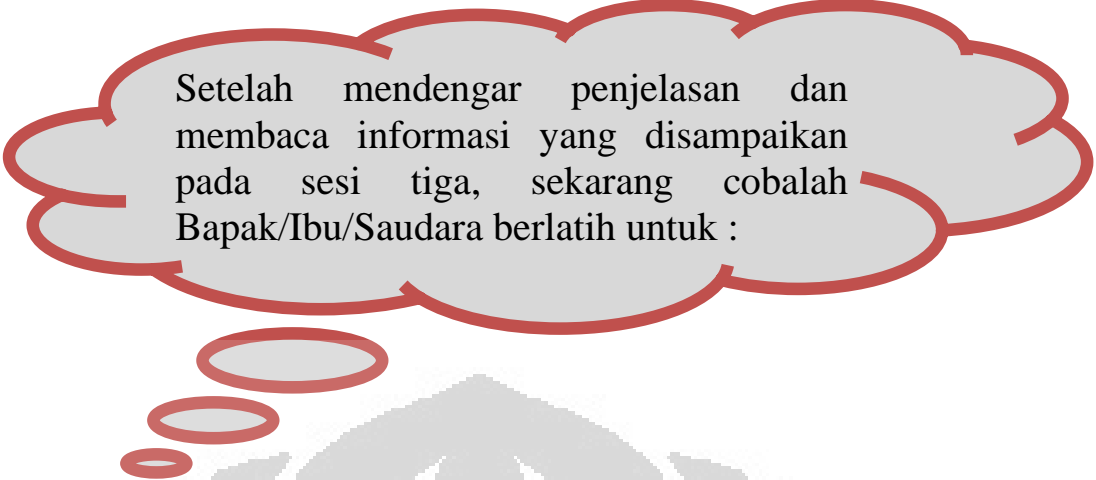
mengambil sikap terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak mungkin di ubah. Teknik ini merupakan perealisasiian dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal value*) sebagai salah satu sumber makna hidup.

4. Tujuan Logoterapi *medical ministry*:

Tujuan dari Teknik *Medical Ministry* adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dalam penderitaannya (*meaning suffering*).

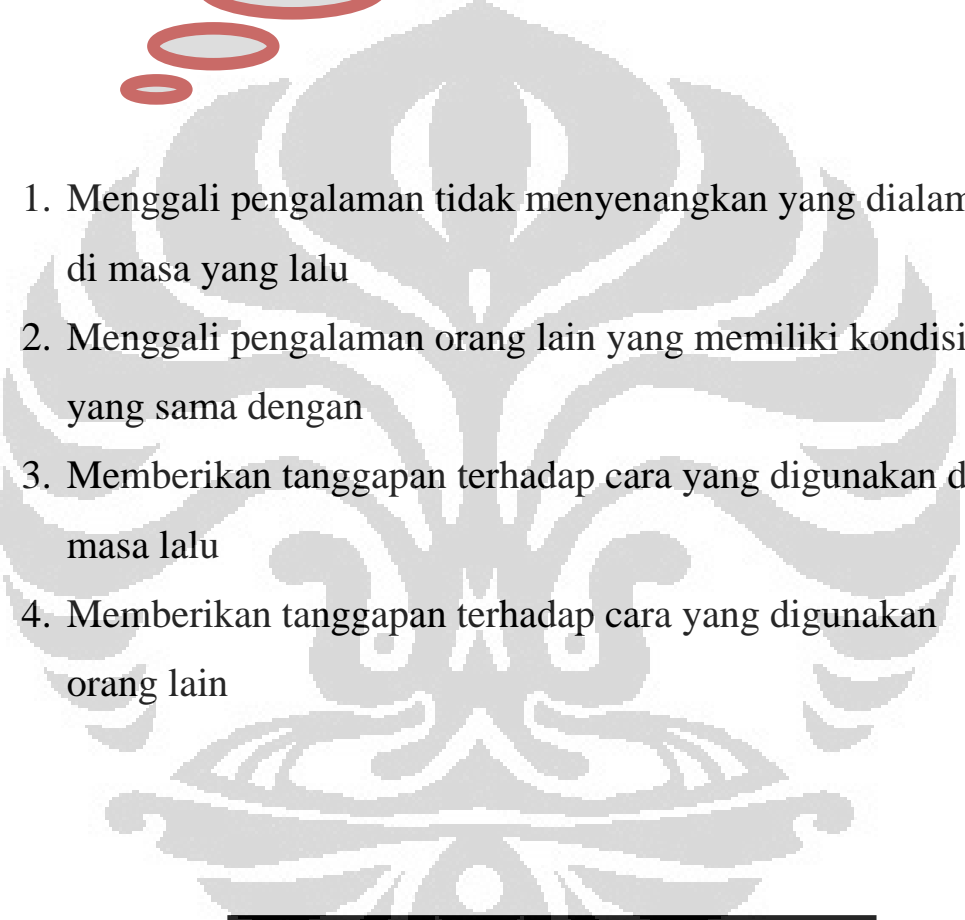
5. Teknik *Medical Ministry* terdiri dari 2 cara yaitu :

- a. Menggali pengalaman diri sendiri terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan, bagaimana perasaan waktu itu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan klien saat ini dan makna apa yang diperoleh klien dari penderitaan tersebut.
- b. Menggali pengalaman orang lain yang memiliki kondisi yang sama dengan Bapak/Ibu/Saudara saat ini, bagaimana cara mengatasinya, makna apa yang mereka peroleh.



Setelah mendengar penjelasan dan membaca informasi yang disampaikan pada sesi tiga, sekarang cobalah Bapak/Ibu/Saudara berlatih untuk :

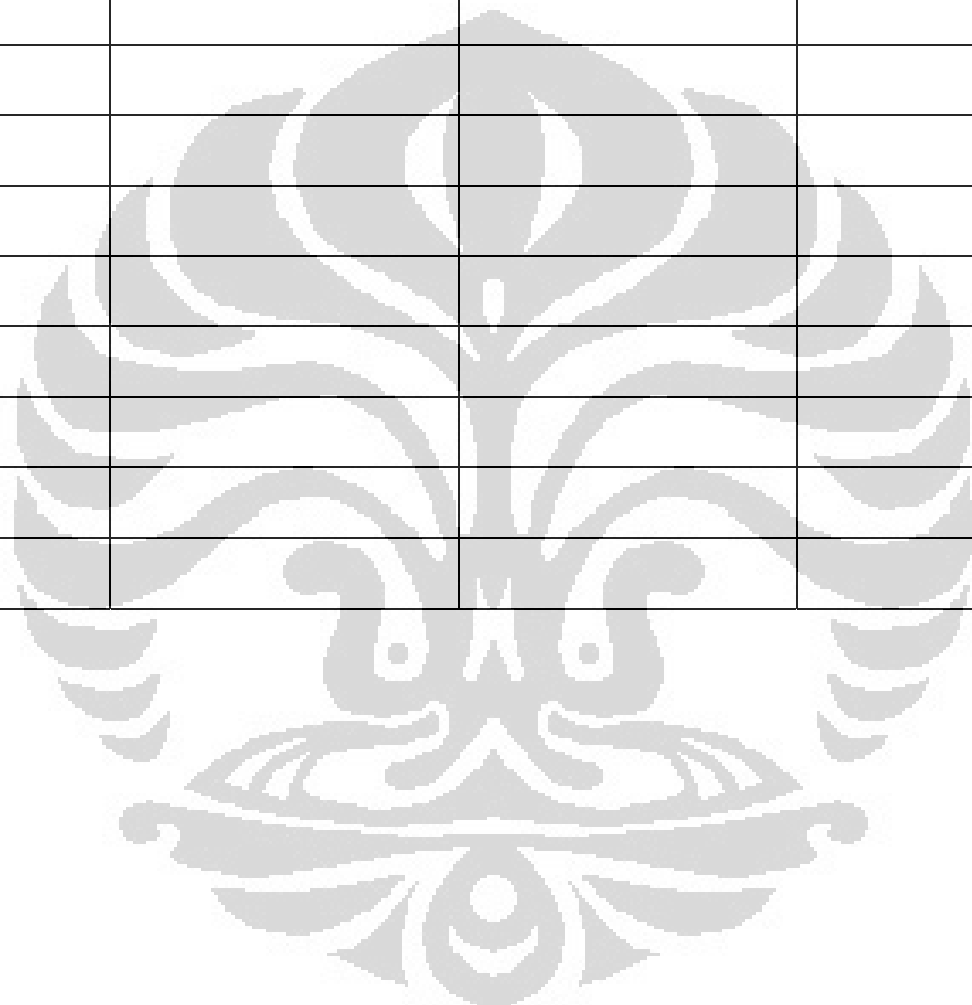
1. Menggali pengalaman tidak menyenangkan yang dialami di masa yang lalu
2. Menggali pengalaman orang lain yang memiliki kondisi yang sama dengan
3. Memberikan tanggapan terhadap cara yang digunakan di masa lalu
4. Memberikan tanggapan terhadap cara yang digunakan orang lain



Kemudian tuliskan hasilnya pada format berikut

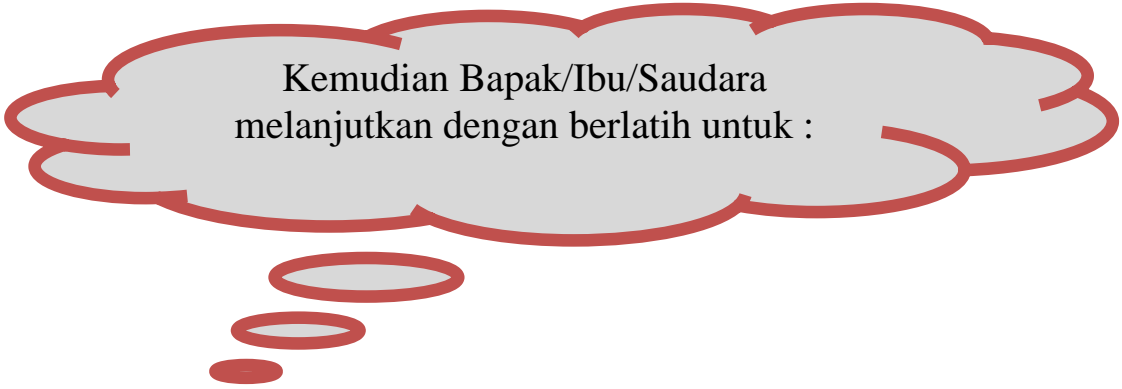
Menggali pengalaman diri sendiri dan orang lain serta memberi tanggapan terhadap pengalaman yang tidak menyenangkan

No	Tanggal	Masalah	Tehnik <i>Medical Ministry</i>		Tanggapan terhadap	
			Pengalaman diri sendiri	Pengalaman orang lain	Pengalaman diri sendiri	Pengalaman orang lain




Buku Kerja Logoterapi Medical Ministry, 2012

Pengaruh progressive..., Duma Lumban Tobing, FIK UI, 2012



Kemudian Bapak/Ibu/Saudara
melanjutkan dengan berlatih untuk :

1. Memilih cara yang akan digunakan
2. Menggunakan cara yang telah dipilih
3. Mengungkapkan makna dari cara masalah dengan cara yang telah dipilih dalam menyelesaikan masalah



**Kemudian
tulislah hasilnya
pada format
berikut**

**Mengidentifikasi cara medical ministry yang akan digunakan
dan mengungkapkan makna**

No	Tanggal	Cara medical ministry yang dipilih dan digunakan	Makna yang diperoleh

D. Sesi empat : Evaluasi

Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu dengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi empat ini.

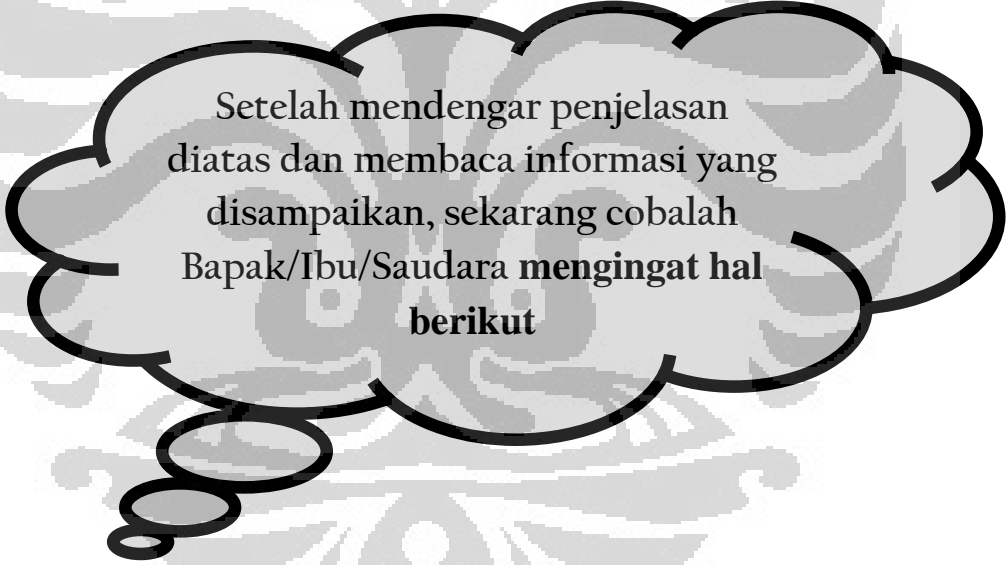
Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi empat ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang informasi di bawah ini :

Membaca: Bacalah dengan cermat informasi di bawah ini.

Sesi ini adalah akhir dari seluruh kegiatan logoterapi individu ini. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi dengan tehnik *medical ministry* dengan kemampuan Bapak/Ibu/Saudara menemukan makna

hidup setelah seluruh sesi dilakukan. Kegiatan yang akan dilakukan pada sesi empat ini terdiri dari :

1. Mengidentifikasi masalah yang sudah diatasi
2. Mengidentifikasi masalah yang belum teratasi
3. Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan tehnik *medical ministry*
4. Rencana tindak lanjut



Setelah mendengar penjelasan diatas dan membaca informasi yang disampaikan, sekarang cobalah Bapak/Ibu/Saudara **mengingat hal berikut**

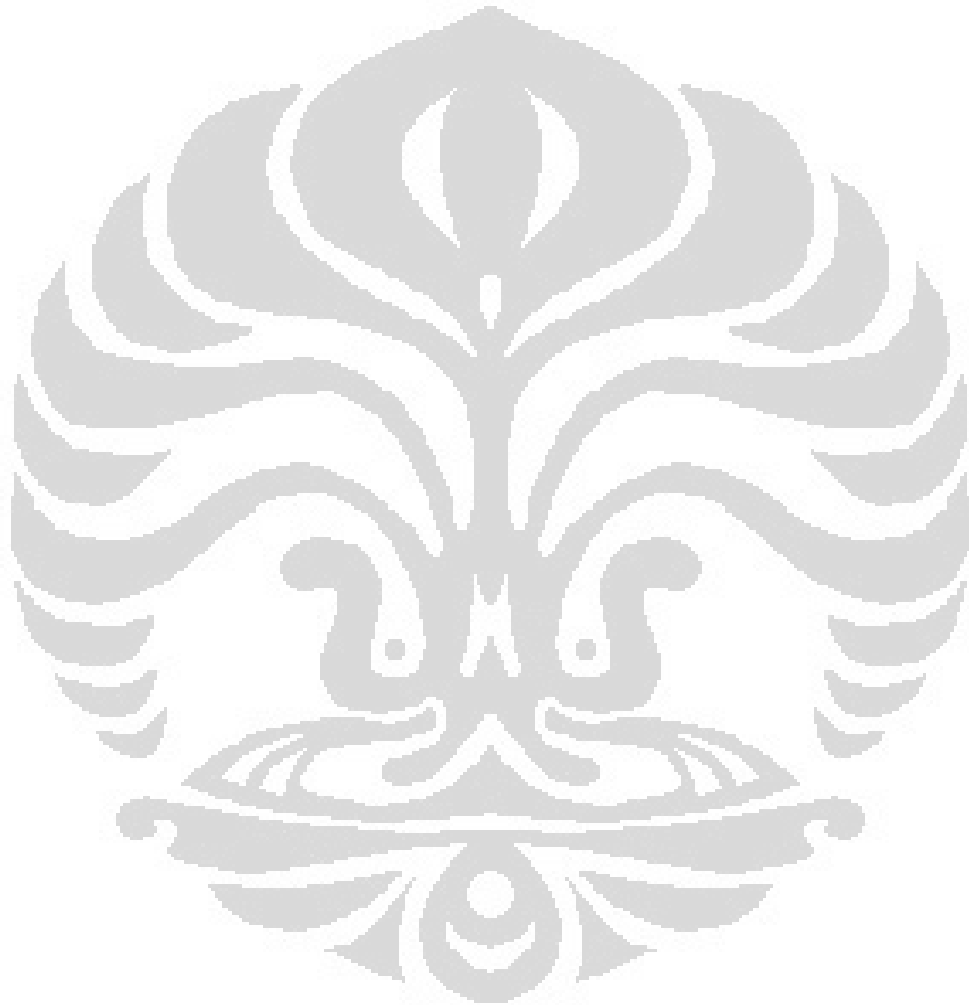
1. Mengidentifikasi masalah yang sudah diatasi
2. Mengidentifikasi masalah yang belum teratasi
3. Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan tehnik *medical ministry*
4. Rencana tindak lanjut



Evaluasi

No	Masalah	Teratasi		Hasil Medical Ministry	Makna	RTL
		Ya	Belum			

Buku Kerja Logoterapi Medical Ministry, 2012





MODUL
PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION

Tim Penyusun :

**Lilik Supriati, M.Kep
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Alini, M.Kep
Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep.Sp.Kep.J
Ns. Duma Lumban Tobing, S.Kep**

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan karuniaNya sehingga modul **“*Progressive Muscle Relaxation* pada klien kanker”** ini dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga modul ini dapat disusun. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi kepada penulis dengan sabar, tekun, bijaksana penyelesaian modul ini.
4. Rekan-rekan angkatan VI Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.
5. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian modul ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu .

Semoga modul logoterapi pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan , khususnya keperawatan kesehatan jiwa bagi klien dengan masalah psikososial.

Jakarta, April 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	4
1.3 Manfaat.....	4
BAB II. PROSES PELAKSANAAN.....	5
2.1 Sesi satu : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan.....	6
2.2 Sesi dua : Pelaksanaan PMR.....	12
2.3 Sesi tiga : Evaluasi	20
BAB III. KESIMPULAN.....	24
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit kronis yang mengancam kehidupan. Klien kanker pada umumnya mengalami gejala fisik, psikologis dan gangguan fungsional. Brem dan Kumar (2011) menyatakan gejala fisik yang muncul pada klien kanker meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer. Gejala psikologis yang muncul dapat berupa marah, mengingkari, takut akan kematian, ansietas, depresi, kesepian, isolasi, keputusasaan (Badger, *et al*, 2007; Oh & Kim, 2010).

Ansietas dapat dialami oleh klien kanker sepanjang masa sakitnya seperti sebelum dan sesudah diagnosa ditegakkan dan saat menjalani pengobatan (Otto, 2007). Hal ini berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektifitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang sering ditemukan pada klien-klien kanker terutama stadium lanjut (Shaha, 2008). Mynatt dan Cunningham (2007) menyatakan penyebab ansietas berkaitan dengan diagnosis kanker, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dan pengobatan yang dijalani. Prevalensi ansietas dan depresi meningkat sejalan dengan perjalanan penyakit dan gejala seperti nyeri dan kelelahan (Spiegel & Davis, 2003). Fase diagnostik dan pengobatan, stadium dari penyakit, kepribadian, koping klien serta keadaan sosial dan spiritual dari klien dan keluarganya adalah faktor yang dapat mempengaruhi besarnya respon psikologis dan emosional yang dialami klien.

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot,

mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. *Center for clinical intervention* (2008) mengatakan bahwa ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stress dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa pada kondisi ansietas, individu akan memerlukan banyak energi untuk mengembalikan ketidakseimbangan yang terjadi akibat respon ansietas yang dialami. Tanda dan gejala ansietas yang muncul pada klien kanker dapat dilihat dari respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional. Respon fisik merupakan respon yang mengikuti perubahan kognitif dan afektif. Individu akan menampilkan respon afektif berupa marah gembira, sedih, menerima, antisipasi atau respon emosi yang lain beberapa saat setelah melakukan penilaian kognitif terhadap stressor (Stuart, 2009).

Respon fisik ini disebabkan oleh karena aktivasi dari sistem saraf simpatis dan produksi katekolamin sebagai respon awal dari stress yang dialami individu. Katekolamin akan meningkatkan tekanan darah, denyut jantung, frekuensi pernafasan, peningkatan metabolisme dan aliran darah ke otot, ketegangan otot, peningkatan aktivitas kalenjer keringat, serta mengurangi aktivitas pencernaan (Ramdhani & Putra, 2008). Bila kondisi tersebut berlanjut terus menerus akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien. Oleh karena itu perlu adanya upaya untuk menurunkan ketidaknyamanan tersebut meningkatkan efek relaksasi melalui pemberian terapi *progressive muscle relaxation*

Progressive muscle relaxation (PMR) adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Pada saat tubuh dan pikiran rileks, secara otomatis ketegangan yang seringkali membuat otot-otot mengencang akan diabaikan (Zalaquet & mcCraw, 2000; Conrad &

Roth, 2007). Pada saat melakukan PMR perhatian klien diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Berdasarkan uraian diatas dapat dikatakan bahwa PMR yang merupakan salah satu bentuk dari terapi relaksasi dapat digunakan sebagai terapi pilihan pada pasien yang mengalami ansietas yang sering bermanifestasi adanya ketegangan otot.

PMR dilakukan dengan mengencangkan dan melemaskan sekelompok otot. Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 14 kelompok otot, termasuk tangan dan lengan dominan dan bukan lengan dominan, bisep dominan dan non dominan, dahi, pipi atas dan hidung, pipi bawah dan rahang, leher dan tenggorokan. Dada dengan bahu dan punggung atas, perut, paha dominan dan non dominan, betis dominan dan non dominan dan kaki dominan dan non dominan (Berstein & Borkovec, 1973 dalam Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006 ; Conrad & Roth, 2007; Supriati, 2010, Alini, 2012)

PMR merupakan teknik manajemen stress dan ansietas telah digunakan pada berbagai tatanan pada berbagai populasi dan telah dibuktikan menjadi terapi yang efektif untuk digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ansietas. PMR telah menunjukkan manfaat dalam mengurangi ansietas yang akan mempengaruhi berbagai gejala fisiologis dan psikologis karena kondisi medis (Jacobson, 1970 dalam Conrad & Roth, 2007). Teknik ini dianjurkan untuk orang-orang dengan gangguan kecemasan, insomnia dan nyeri. Synder dan Lynquist (2002) mengatakan PMR dapat digunakan sebagai terapi dalam manajemen stress dan kecemasan dan nyeri pada gangguan fisik seperti pasien asma, hipertensi, COPD (*chronic obstructive pulmonary diseases*), klien dengan gangguan jiwa (*psychiatric*), klien dengan pemulihan memori/ingatan, pasien kanker, *postoperative*, sakit kepala, pasien mual muntah, HIV, penyakit herpes dan klien yang akan mendapat prosedur medik tertentu.

Jacobson (1938, dalam Synder & Lindquist, 2002; Conrad & Roth, 2007) menyatakan tujuan PMR adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventricular prematur dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak serta dapat meningkatkan beta endorpin dan berfungsi meningkatkan imun seluler. Relaksasi dapat digunakan untuk sebagai keterampilan coping yang aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dibawah kondisi yang menimbulkan kecemasan. Latihan PMR ini terdiri atas tiga sesi yaitu :

- Sesi satu : mengidentifikasi ketegangan otot-otot yang dirasakan
- Sesi dua : pelaksanaan terapi PMR
- Sesi dua : evaluasi

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa mampu melaksanakan terapi PMR pada klien kanker yang mengalami ansietas dan depresi

1.2.2 Tujuan Khusus

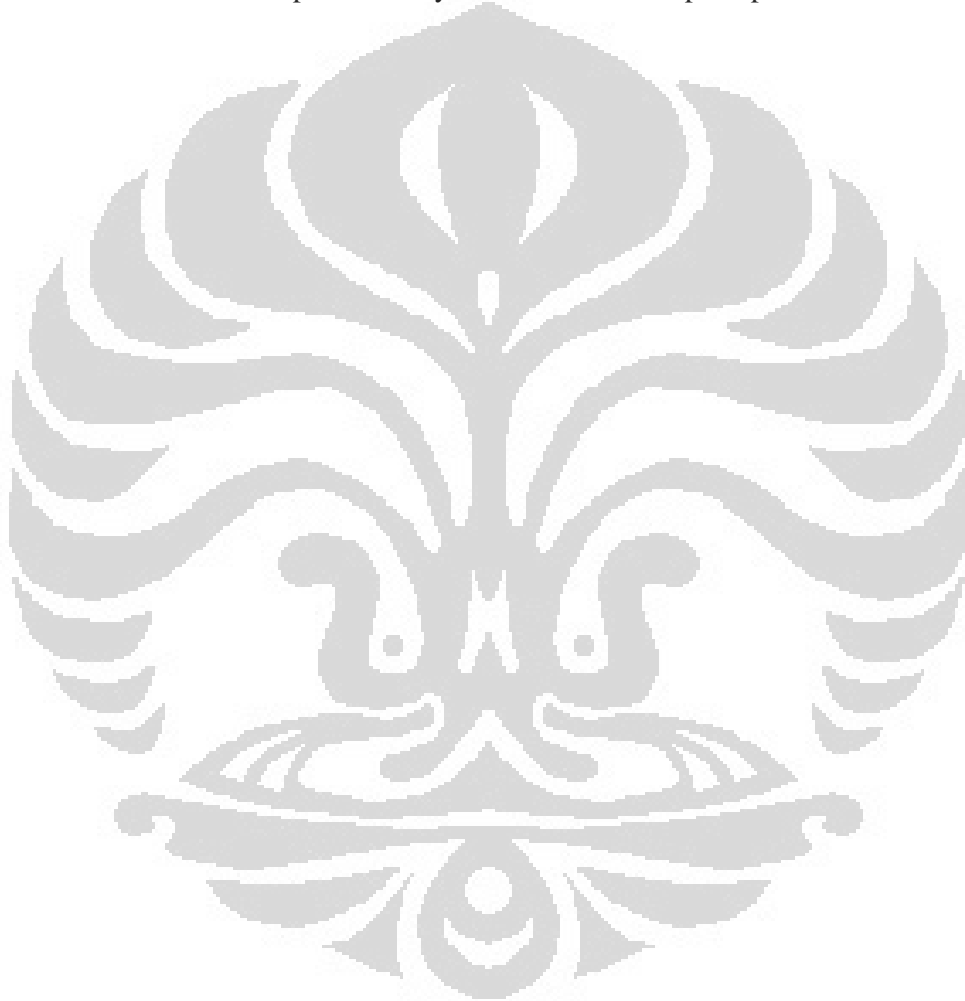
1.2.2.1 Memahami konsep yang mendasari pelaksanaan terapi PMR pada klien kanker yang mengalami ansietas dengan respon fisiologis yang menyertainya

1.2.2.2 Mengaplikasikan terapi PMR pada klien kanker sebagai upaya untuk menurunkan tingkat ansietas dengan respon fisiologis yang mereka alami.

1.3 Manfaat

Modul ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pembinaan dan pengembangan kesehatan jiwa khususnya masalah psikososial.

- 1.3.1 Bagi klien dapat dijadikan pedoman dalam menurunkan tingkat ansietas dan kondisi depresi dan meningkatkan kemampuan relaksasi
- 1.3.2 Bagi Perawat dapat menerapkan perannya dalam mengatasi masalah psikososial yaitu ansietas, depresi dengan respon fisiologis yang menyertainya ada klien kanker.
- 1.3.3 Bagi rumah Sakit, dapat dijadikan sebagai panduan dalam mengatasi masalah psikososial yaitu ansietas dan depresi pada klien kanker



BAB II

PELAKSANAAN PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PADA KLIEN KANKER DENGAN ANSIETAS, DEPRESI DENGAN RESPON FISIOLOGIS YANG MENYERTAI.

Pelaksanaan terapi PMR pada klien kanker dengan ansietas dan depresi terdiri dari tiga sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan dalam waktu kurang lebih tigapuluh sampai dengan empat puluh lima menit. Adapaun uraian dari kegiatan adalah sebagai berikut :

2.1 Sesi satu : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan.

Ansietas dan depresi merupakan masalah psikososial yang paling banyak terjadi pada klien kanker. Ansietas pada klien kanker adalah suatu pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan, ketidakpastian atau ketakutan yang berhubungan dengan persepsi dari ancaman yang nyata maupun yang tidak nyata terhadap kanker yang dideritanya. Tanda dan gejala ansietas yang muncul pada klien kanker dapat dilihat dari respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional. Respon fisik merupakan respon yang mengikuti perubahan kognitif dan afektif. Individu akan menampilkan respon afektif berupa marah gembira, sedih, menerima,antisipasi atau respon emosi yang lain beberapa saat setelah melakukan penilaian kognitif terhadap stressor (Stuart, 2009).

Pada saat seseorang mengalami kejadian nyata atau potensial yang mengancam kesehatan maka akan terjadi respon sistem saraf simpatis yang berarti sebagai respon *fight-flight*. Hal ini termasuk dilatasi pupil, pernapasan meningkat, peningkatan denyut jantung, dan ketegangan pada otot (Synder&Lindquist, 2002). Respon ini membantu manusia dalam mengatasi situasi *stressfull* jangka pendek. Namun jika stress yang diterima berlangsung terus-menerus maka respon psikofisiologikal yang berulang dapat menimbulkan efek yang membahayakan tubuh. Brown (1997, dalam Synder & Lindquist, 2002) menyebutkan bahwa respon stress adalah bagian

dari jalur umpan balik yang tertutup antara otot-otot dan pikiran. Penilaian terhadap stressor mengakibatkan ketegangan otot yang mengirimkan stimulus ke otak dan membuat jalur umpan balik.

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Hal tersebut juga didukung oleh Ankrom (2008) yang menyatakan bahwa kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. *Center for clinical intervention* (2008) mengatakan bahwa ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stress dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa pada kondisi ansietas, individu akan memerlukan banyak energi untuk mengembalikan ketidakseimbangan yang terjadi akibat respon ansietas yang dialami.

2.1.1 Strategi Pelaksanaan kegiatan sesi satu

A. Tujuan : klien mampu :

1. Mengidentifikasi ketegangan pada otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan
2. Mengetahui pengertian dan tujuan terapi PMR

B. Setting Tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang dan nyaman
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja, buku raport
3. Format evaluasi dan dokumentasi sesi satu

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Membuat kontrak awal dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individu dalam empat sesi. Waktu pelaksanaan setiap sesi selama 30-45 menit. Jika klien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka klien akan melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak klien akan mengulang sesi tersebut.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis kepada klien
- 2) Memperkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama)
- 3) Menanyakan nama dan panggilan klien

b. Evaluasi/ validasi

Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan kegiatan terapi PMR pada klien yang akan dilaksanakan dalam tiga sesi dan menyepakati jadwal pertemuan.
- 2) Menjelaskan tujuan sesi pertama yaitu klien mampu mengidentifikasi ketegangan pada otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan mengetahui tujuan terapi PMR
- 3) Menjelaskan aturan dalam pelaksanaan terapi PMR yaitu : lama kegiatan kira-kira 30-45 menit yang diikuti klien dari awal hingga akhir.

3. Fase kerja
 - a. Meminta klien untuk memperkenalkan diri
 - b. Identifikasikan bersama klien ketegangan pada otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan tujuan dari pemberian terapi.
 - c. Memberikan pujian atas partisipasi klien dalam mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan
 - d. Terapis memberikan kesimpulan tentang kegiatan yang telah dilakukan terkait ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan
4. Fase terminasi
 - a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi PMR sesi satu
 - 2) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengungkapkan rasa ketidaknyaman pada kelompok otot tertentu yang dirasakan
 - 3) Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
 - b. Rencana tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi ketegangan otot-otot lainnya yang muncul dan menuliskannya pada buku kerja.
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati topik dan kegiatan pada sesi dua yaitu pelaksanaan terapi PMR
 - 2) Menyepakati waktu dan pertemuan untuk pertemuan sesi dua

2.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi

- a. Evaluasi kemampuan klien dilakukan pada saat terapi berlangsung. Evaluasi yang dilakukan mengacu kepada tujuan yaitu kemampuan klien

untuk mengidentifikasi ketegangan pada otot-otot yang dirasakan klien dan menyebutkan tujuan dari terapi PMR

Tabel 2.1
Format evaluasi sesi satu terapi PMR

Klien :

Tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Memperkenalkan diri		
2	Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh yang dirasakan		
3	Menyebutkan pengertian dan tujuan dari PMR.		
P			

b. Dokumentasi

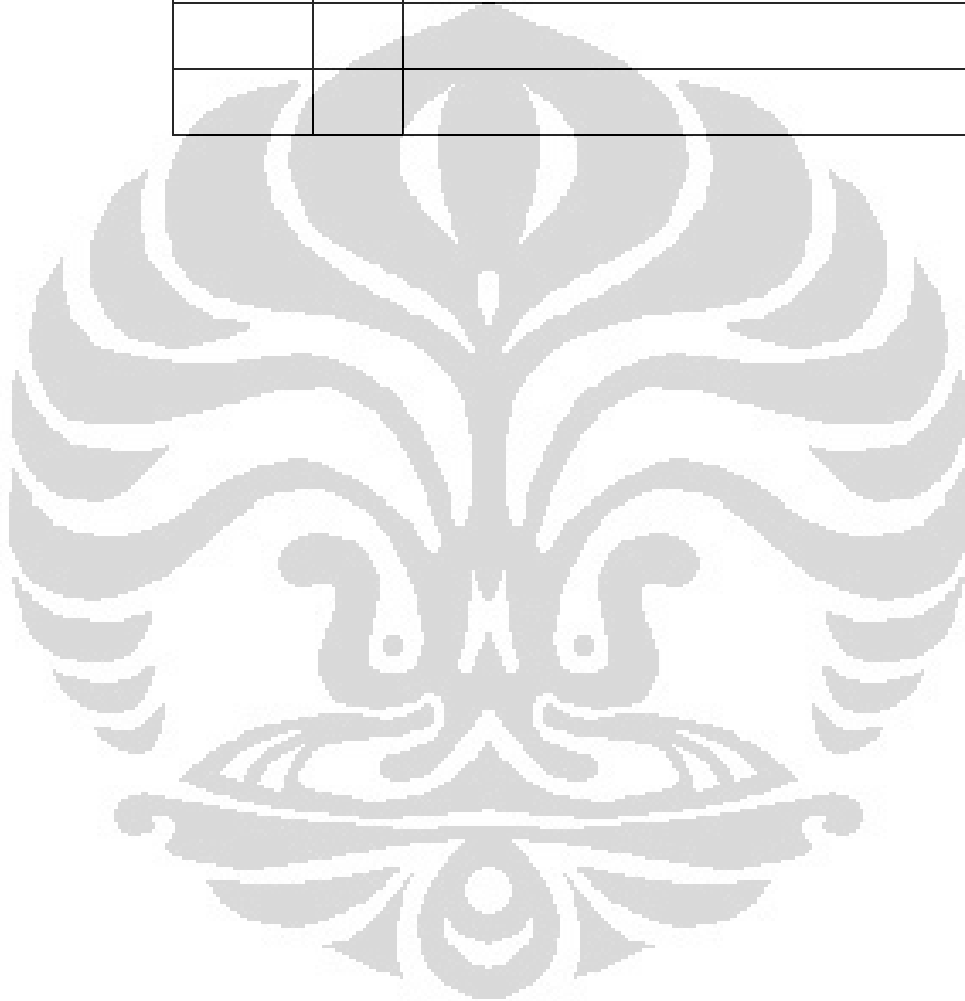
Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien. Apabila klien dinilai mampu mengikuti terapi PMR sesi pertama maka catatan terapis adalah klien mampu memperkenalkan diri, memperkenalkan diri, mengidentifikasikan ketegangan otot-otot tubuh yang dirasakan, menyebutkan tujuan dari PMR.

Tabel 2.2
Format Dokumentasi Sesi satu
Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh yang dirasakan

Tanggal	No	Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh yang dirasakan

Tabel 2.3
Format Dokumentasi Sesi satu
Menyebutkan pengertian dan tujuan dari terapi PMR

Tanggal	No	Menyebutkan pengertian dan tujuan dari terapi PMR



2.2. Sesi dua : Pelaksanaan terapi PMR

Progressive muscle relaxation (PMR) adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Pada saat tubuh dan pikiran rileks, secara otomatis ketegangan yang seringkali membuat otot-otot mengencang akan diabaikan (Zalaquet & mcCraw, 2000; Conrad & Roth, 2007). Pada saat melakukan PMR perhatian klien diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang.

PMR dilakukan dengan mengencangkan dan melemaskan sekelompok otot. Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 14 kelompok otot, termasuk tangan dan lengan dominan dan bukan lengan dominan, bisep dominan dan non dominan, dahi, pipi atas dan hidung, pipi bawah dan rahang, leher dan tenggorokan. Dada dengan bahu dan punggung atas, perut, paha dominan dan non dominan, betis dominan dan non dominan dan kaki dominan dan non dominan (Berstein & Borkovec, 1973 dalam Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006 ; Conrad & Roth, 2007; Supriati, 2010, Alini, 2012)

Jacobson (1938, dalam Synder & Lindquist, 2002; Conrad & Roth, 2007) menyatakan tujuan PMR adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventricular prematur dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak serta dapat meningkatkan beta endorphin dan berfungsi meningkatkan imun seluler. Relaksasi dapat digunakan untuk sebagai keterampilan coping yang aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dibawah kondisi yang menimbulkan kecemasan Relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem syaraf simpatis dan parasimpatis ini. Teknik relaksasi

semakin sering dilakukan karena terbukti efektif mengurangi ketegangan dan kecemasan

PMR merupakan teknik manajemen stress dan ansietas telah digunakan pada berbagai tatanan pada berbagai populasi dan telah dibuktikan menjadi terapi yang efektif untuk digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ansietas. PMR telah menunjukkan manfaat dalam mengurangi ansietas yang akan mempengaruhi berbagai gejala fisiologis dan psikologis karena kondisi medis (Jacobson, 1970 dalam Conrad & Roth, 2007). Teknik ini dianjurkan untuk orang-orang dengan gangguan kecemasan, insomnia dan nyeri. Synder dan Lynquist (2002) mengatakan PMR dapat digunakan sebagai terapi dalam manajemen stress dan kecemasan dan nyeri pada gangguan fisik seperti pasien asma, hipertensi, COPD (*chronic obstructive pulmonary diseases*), klien dengan gangguan jiwa (*psychiatric*), klien dengan pemulihan memori/ingatan, pasien kanker, *postoperative*, sakit kepala, pasien mual muntah, HIV, penyakit herpes dan klien yang akan mendapat prosedur medik tertentu.

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Sesi dua

A. Tujuan : Klien mampu

1. Klien mampu melakukan tehnik relaksasi dengan mengencangkan dan mengendorkan otot mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong dan kaki.
2. Klien mampu merasakan perubahan sebelum otot-otot dikencangkan dan setelah otot-otot dikencangkan
3. Klien mampu melakukan tehnik relaksasi untuk menurunkan gejala ansietas dan meningkatkan kemampuan relaksasi

B. Setting dan tempat

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

C. Media/Alat

1. Alat tulis
2. Buku Kerja
3. Format evaluasi proses
4. Format dokumentasi perawat

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Curah pendapat

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien sesuai dengan kesepakatan, satu jam sebelum sesi kedua dari terapi PMR dilaksanakan.
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Fase orientasi
 - a. Salam terapeutik :
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Terapis menggunakan papan nama
 - b. Evaluasi/ validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
 - 2) Menanyakan kembali tentang ketegangan otot-otot yang dirasakan
 - c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu klien mampu melakukan tehnik relaksasi dengan mengencangkan dan mengendorkan otot mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong dan kaki, mampu merasakan perubahan sebelum otot-otot dikencangkan dan setelah otot-otot dikencangkan.

2) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan terapi PMR, yaitu lama kegiatan 30-45 menit dan klien mengikuti wajib kegiatan dari awal sampai akhir.

3. Fase kerja

- a. Minta klien untuk melepaskan kacamata dan jam tangan serta melonggarkan ikat pinggang (jika klien menggunakan ikat pinggang)
- b. Atur posisi klien pada tempat duduk atau ditempat tidur yang nyaman
- c. Anjurkan klien menarik nafas dalam hembuskan secara perlahan (3-5 kali) dan katakan rileks (saat menginstruksikan pertahankan nada suara lembut)
- d. Terapis mendemonstrasikan gerakan 1 sampai dengan 6 yaitu mulai proses kontraksi dan relaksasi otot diiringi tarik nafas dan hembuskan secara perlahan meliputi :
 - 1) Gerakan 1 : Gerakan pertama ditujukan untuk otot dahi dan mata yang dilakukan dengan cara mengerutkan dahi dan alis sekeras-kerasnya, memejamkan mata sekuat-kuatnya hingga kulit terasa mengerut dan dirasakan ketegangan disekitar dahi, alis dan mata. Lemaskan dahi, alis dan mata secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.
 - 2) Gerakan 2 : Gerakan kedua bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot pipi dengan cara mengembungkan pipi sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot pipi. Lemaskan dengan cara meniup secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.
 - 3) Gerakan 3: Gerakan ketiga ini dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Moncongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya hingga terasa tegang di mulut. Lemaskan mulut dan bibir secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.

- 4) Gerakan 4: Gerakan keempat bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot rahang dan mulut dengan cara mengatupkan mulut sambil menggigit gigi sekuat-kuatnya sambil tarik lidah ke belakang sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot rahang. Lemaskan mulut secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi
- 5) Gerakan 5: Gerakan kelima ditujukan untuk otot-otot leher belakang. Klien dipandu untuk menekankan kepala ke arah punggung sedemikian rupa sehingga terasa tegang pada otot leher bagian belakang. Lemaskan leher secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.
- 6) Gerakan 6: Gerakan keenam bertujuan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini dilakukan dengan cara tekuk atau turunkan dagu hingga menyentuh dada, kemudian pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian depan. Lemaskan dan angkat dagu secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.
 - e. Minta klien meredemonstrasikan kembali gerakan 1 sampai dengan 6
 - f. Terapis memberikan umpan balik dan pujian terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien
 - g. Minta klien untuk mengingat gerakan 1 sampai dengan 6 dalam terapi PMR ini.
 - h. Terapis mendemonstrasikan gerakan 7 sampai dengan 13 yaitu mulai proses kontraksi dan relaksasi otot diiringi tarik nafas dan hembuskan secara perlahan meliputi :
 - 1) Gerakan 7 :Gerakan ketujuh ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Relaksasi untuk mengendurkan bagian otot-otot bahu dapat dilakukan dengan cara mengangkat kedua bahu ke arah telinga setinggi. Lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi. Fokus

perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas dan leher

- 2) Gerakan 8: Gerakan ketujuh ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan. Selanjutnya pasien diminta membuat kepalan ini semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan, pasien dipandu untuk merasakan rileks selama 10 detik. Gerakan pada tangan kiri dilakukan dua kali sehingga pasien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kanan
- 3) Gerakan 9: Gerakan kesembilan adalah gerakan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Gerakan ini dilakukan dengan cara menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang secara perlahan hingga otot-otot tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik. Lakukan kembali sekali
- 4) Gerakan 10: Gerakan kesepuluh adalah untuk melatih otot-otot lengan atau biceps. Otot biceps adalah otot besar yang terdapat di bagian atas pangkal lengan. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot lengan bagian dalam menegang. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi
- 5) Gerakan 11: Gerakan sebelas bertujuan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan ini dapat dilakukan dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, lalu busungkan dada dan lengkungkan punggung ke belakang dan dipertahankan selama 10 detik. Lemaskan punggung hingga 10 detik

lakukan kembali sekali lagi. Pada saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambil membiarkan otot-otot menjadi lemas.

6) Gerakan 12: Gerakan dua belas bertujuan untuk melatih otot-otot perut. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik perut kearah dalam atau mengempiskan sekuat-kuatnya. Tahan selama 10 detik hingga perut terasa kencang dan tegang. Lemaskan perut secara perlahan hingga 10 detik, lakukan kembali sekali lagi

7) Gerakan 13: Gerakan tigabelas ditujukan untuk otot-otot betis. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik kedua telapak kaki kearah dalam sekuat-kuatnya dan kedua tangan berusaha menggapai ibu jari hingga terasa tegang di kedua betis selama 10 detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan hingga 10 detik, lakukan kembali sekali lagi

- i. Minta klien meredemonstrasikan kembali gerakan 7 sampai dengan 13
- j. Terapis memberikan umpan balik dan memberikan pujian terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien
- k. Minta klien untuk mengingat gerakan 1 sampai dengan 6 dalam terapi PMR ini.

4. Fase terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan relaksasi otot
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien tentang pemahaman langkah-langkah dan gerakan dalam latihan relaksasi otot progresif
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan latihan relaksasi

- b. Tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan klien melakukan kembali latihan relaksasi otot mata, mulut, leher, bahu, tangan, punggung, perut, bokong dan kaki.
 - 2) Mencatat situasi tersebut kedalam buku kerja
- c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati kegiatan untuk melakukan evaluasi kemampuan klien melakukan latihan relaksasi progresif
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

- a. Evaluasi kemampuan klien melakukan latihan relaksasi progresif otot punggung, dada, perut, tungkai dan kaki yang telah dilatih pada sesi 3, evaluasi dilakukan sebagai berikut:

Tabel 2.4
Evaluasi kemampuan klien melakukan kegiatan sesi 2:
pelaksanaan tehnik relaksasi

Tanggal :

Nama Klien :

No	Kemampuan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Menyampaikan langkah-langkah dalam melakukan latihan relaksasi progresif		
3	Menyampaikan gerakan-gerakan yang dilakukan dalam sesi 3		
4	Menyampaikan perubahan yang dirasakan antara sebelum dan setelah melakukan latihan relaksasi otot progresif		
5	Menyatakan komitmen melakukan latihan relaksasi otot progresif		
6	Latihan relaksasi otot progresif meliputi otot punggung, dada, perut, tungkai dan kaki		
7	Aktif dalam berdiskusi		

2.3 Sesi tiga : Evaluasi Kemampuan Klien Melakukan Latihan Relaksasi Progresif

Sesi ini adalah akhir dari seluruh kegiatan terapi PMR. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan terapi PMR dengan kemampuan relaksasi.

2.3.1 Strategi Pelaksanaan sesi tiga

A. Tujuan: klien mampu

- a. Klien mampu mengidentifikasi langkah-langkah latihan relaksasi otot progresif yang telah dilatih
- b. Klien mampu menyampaikan manfaat latihan relaksasi otot progresif
- c. Klien mampu mengungkapkan hambatan latihan relaksasi otot progresif
- d. Klien mampu melakukan tehnik relaksasi untuk menurunkan ansietas dan depresi dan meningkatkan kemampuan relaksasi.

B. Setting:

- a. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap.
- b. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
- c. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Alat

- a. Alat tulis
- b. Format evaluasi
- c. Buku kerja
- d. Tempat tidur atau kursi
- e. Bantal

D. Langkah- Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dimana sesi 3 dilakukan satu kali pertemuan dengan waktu pelaksanaan 15 sampai 30 menit. Jika klien berhasil melewati semua sesi sesuai kriteria maka klien mampu menurunkan ansietas dan depresi dan meningkatkan kemampuan relaksasi
- b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Pelaksanaan.

- a) Fase Orientasi : Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis
 - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis.
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan klien.
- b) Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana kondisi dan perasaan klien saat ini.
 - 2) Menanyakan kemampuan klien melakukan latihan relaksasi progresif yang telah dilatih meliputi otot dahi, mata, mulut, rahang, leher belakang, leher depan, tangan, tangan bagian belakang, lengan dan bahu, punggung, dada, perut, tungkai dan kaki
 - 3) Memberikan reinforcement atas kemampuan dan semangat klien melakukan latihan
- c) Kontrak
 - 1) Menyepakati pelaksanaan sesi empat yaitu evaluasi kemampuan klien melakukan latihan relaksasi progresif
 - 2) Menjelaskan tujuan sesi ketiga yaitu: memahami latihan relaksasi otot progresif yang telah dilatih, memahami hambatan latihan relaksasi otot progresif, memahami manfaat latihan relaksasi otot progresif dan melakukan latihan relaksasi otot progresif untuk menurunkan gejala perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan asertif

3) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:

- (a) Lama kegiatan 15 sampai 30 menit.
- (b) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
- (c) Klien berperan aktif dalam latihan relaksasi otot progresif

3. Fase Kerja

- a. Terapis membantu klien mengidentifikasi langkah-langkah dan gerakan- gerakan latihan relaksasi otot progresif yang telah dilatih, menyampaikan manfaat latihan relaksasi otot progresif dan mengungkapkan hambatan latihan relaksasi otot progresif.
- b. Terapis memberikan pujian atas kemampuan latihan relaksasi otot progresif yang dilakukan klien. Terapi memberikan kesempatan klien untuk bertanya tentang hal-hal yang belum dipahami
- c. Terapis memberikan motivasi pada klien untuk tetap latihan relaksasi otot progresif untuk menurunkan gejala perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan perilaku asertif

4. Fase Terminasi

- a) Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan relaksasi otot progresif secara keseluruhan
 - 2) Menanyakan langkah-langkah dan gerakan dalam melakukan latihan relaksasi otot progresif
 - 3) Menanyakan manfaat latihan relaksasi otot progresif
 - 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama klien yang baik.
- b) Tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan klien untuk tetap melakukan latihan relaksasi otot progresif
 - 2) Mencatat situasi tersebut kedalam buku kerja

c) Kontrak yang akan datang

Menyepakati kegiatan untuk membiasakan melakukan latihan relaksasi otot progresif untuk menurunkan ansietas dan depresi dan meningkatkan kemampuan relaksasi

2.3.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan dan kemampuan keseluruhan mulai dari sesi pertama sampai sesi empat

Tabel 2.5

Evaluasi kemampuan klien melakukan kegiatan sesi 4: Evaluasi Kemampuan Klien Melakukan Latihan Relaksasi Progresif

Tanggal :

Nama Klien :

No	Kemampuan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Menyampaikan langkah-langkah dalam melakukan latihan relaksasi progresif		
3	Menyampaikan gerakan-gerakan yang dilakukan dalam latihan relaksasi otot progresif		
4	Menyampaikan perubahan yang dirasakan antara sebelum dan setelah melakukan latihan relaksasi otot progresif		
5	Menyatakan komitmen melakukan latihan relaksasi otot progresif		
6	Latihan relaksasi otot progresif meliputi mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong dan kaki		
7	Aktif dalam berdiskusi		

BAB III

PENUTUP

Kanker merupakan penyakit kronis yang mengancam kehidupan. Klien kanker pada umumnya mengalami gejala fisik, psikologis dan gangguan fungsional. Brem dan Kumar (2011) menyatakan gejala fisik yang muncul pada klien kanker meliputi nyeri, kehilangan berat badan, kehilangan minat seksual, menopause dini, kelelahan, kesulitan tidur dan neuropati perifer. Gejala psikologis yang muncul dapat berupa marah, mengingkari, takut akan kematian, ansietas, depresi, kesepian, isolasi, keputusasaan (Badger, *et al*, 2007; Oh & Kim, 2010). Ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stress dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya. *Progressive muscle relaxation* yang merupakan salah satu bentuk dari terapi relaksasi dapat digunakan sebagai terapi pilihan pada pasien yang mengalami ansietas yang sering bermanifestasi adanya ketegangan otot.

Progressive muscle relaxation adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder&Lindquist, 2002). Pada latihan relaksasi ini perhatian individu diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Relaksasi otot akan menghambat jalur tersebut dengan cara mengaktivasi kerja sistem saraf parasimpatis dan manipulasi hipotalamus melalui pemusatan pikiran untuk memperkuat sikap positif sehingga rangsangan stress terhadap hipotalamus menjadi minimal. Dengan melakukan latihan relaksasi tehnik PMR diharapkan dapat memberikan dampak langsung pada respon fisik sehingga dapat meningkatkan kemampuan relaksasi klien.



BUKU KERJA

PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION **PADA KLIEN KANKER**

Tim Penyusun :

Lilik Supriati, M.Kep
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Alini, M.Kep
Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep.Sp.Kep.J
Ns. Duma Lumban Tobing, S.Kep

PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JiWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012

BUKU KERJA

***PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* PADA KLIEN KANKER
YANG MENGALAMI ANSIETAS DAN DEPRESI**

NAMA :
RUANGAN :
TANGGAL MULAI :

MOTTO :
.....
.....

- A. **Sesi satu** : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata, mulut, tengkuk, bahu

Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu mendengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada Sesi 1 ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi 1 ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang ansietas/kecemasan di bawah ini :

Membaca: Bacalah dengan cermat pengertian dan tanda serta gejala ansietas/kecemasan di bawah ini

1. Pengertian

Ansietas adalah perasaan was-was, kuatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman

2. Tanda dan Gejala

Respons fisik yang mungkin ditemukan:

- a. Sering napas pendek
- b. Nadi dan tekanan darah naik
- c. Mulut kering
- d. Anoreksia
- e. Diare/konstipasi
- f. Gelisah
- g. Berkeringat
- h. Tremor

- i. Sakit kepala
- j. Sulit tidur
- k. Ketegangan otot

Respons Kognitif

- a. Lapang persepsi menyempit
- b. Tidak mampu menerima rangsang luar
- c. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

Respons Perilaku dan Emosi

- a. Gerakan tersentak-sentak
- b. Bicara berlebihan dan cepat
- c. Perasaan tidak aman



PERLU RELAKSASI

Relaksasi menghasilkan efek perasaan senang, mengurangi ketegangan, terutama ketegangan psikis yang berkaitan dengan kehidupan

Relaksasi adalah kondisi bebas secara relatif dari kecemasan dan ketegangan otot skeletal yang dimanifestasikan dengan ketenangan, kedamaian dan perasaan ringan. Pada saat tubuh dan pikiran rileks, secara otomatis ketegangan yang seringkali membuat otot-otot mengencang akan diabaikan (Zalaquet & mcCraw, 2000; Conrad & Roth, 2007). Salah satu tehnik relaksasi adalah Progressive Muscle Relaxation (PMR)



Apa Itu *Progressive Muscle Relaxation*

Progressive muscle relaxation (PMR) adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Pada saat melakukan PMR perhatian klien diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Kelompok otot yang akan dilatih meliputi otot-otot mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong, dan kaki.

Pada sesi satu Bapak/Ibu/Saudara akan

- a. Berlatih pada kelompok otot mata, mulut, tengkuk dan bahu.
- b. Melakukan dua gerakan yaitu mengencangkan dan melemaskan setiap kelompok otot
- c. Diminta untuk membedakan sensasi saat otot ditegangkan dan dilemaskan serta merasakan relaksasi dan kenyamanan pada saat otot dilemaskan.

Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang gerakan yang akan dilatih pada sesi dua di bawah ini :

- Gerakan pertama : Gerakan pertama ditujukan untuk otot dahi dan mata yang dilakukan dengan cara mengerutkan dahi dan alis sekeras-kerasnya, memejamkan mata sekuat-kuatnya hingga kulit terasa mengerut dan dirasakan ketegangan disekitar dahi, alis dan mata. Lemaskan dahi, alis dan mata secara perlahan hingga sepuluh detik.
- Gerakan kedua : Gerakan kedua bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot pipi dengan cara mengembungkan pipi sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot pipi. Lemaskan dengan cara meniup secara perlahan hingga 10 detik.
- Gerakan ketiga : Gerakan ketiga ini dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Moncongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya hingga terasa tegang di mulut. Lemaskan mulut dan bibir secara perlahan hingga 10 detik. Minta
- Gerakan keempat : Gerakan keempat bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot rahang dan mulut dengan cara mengatupkan mulut sambil menggigit gigi sekuat-kuatnya sambil tarik lidah ke belakang sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot rahang. Lemaskan mulut secara perlahan hingga 10 detik.
- Gerakan kelima : Gerakan kelima ditujukan untuk otot-otot leher belakang. Klien dipandu untuk menekankan kepala kearah punggung sedemikian rupa sehingga terasa tegang pada otot leher bagian belakang. Lemaskan leher secara perlahan hingga 10 detik.
- Gerakan keenam : Gerakan keenam bertujuan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini dilakukan dengan cara tekuk atau turunkan dagu hingga menyentuh dada, kemudian pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian depan. Lemaskan dan angkat dagu secara perlahan hingga 10 detik.

- Gerakan ketujuh : Gerakan ketujuh ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Relaksasi untuk mengendurkan bagian otot-otot bahu dapat dilakukan dengan cara mengangkat kedua bahu kearah telinga setinggi. Lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan hingga 10 detik.

Berlatih : Setelah Bapak/Ibu/Saudara mendengarkan penjelasan, membaca informasi, sekarang latihlah diri untuk :

Mengidentifikasi ketegangan pada otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan

Kemudian tuliskan pada format berikut

Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan

No	Tanggal	Ketegangan yang dirasakan pada kelompok otot											
		Dahi dan mata		Pipi		Mulut dan rahang		Leher belakang		Leher Depan		Bahu	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

Berlatih : Setelah Bapak/Ibu/Saudara berlatih mengencangkan dan mengendurkan kelompok otot mata, mulut tengkuk dan bahu, sekarang latihlah diri untuk :

1. Mengencangkan dan mengendurkan otot-otot mata, mulut, tengkuk dan bahu
2. Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah melakukan latihan

Kemudian tuliskan pada format berikut

Latihan kelompok otot mata, mulut, tengkuk, bahu dan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah latihan

Tanggal :.....

No	Kelompok otot Yang dilatih	Gerakan Latihan				Hasil	
		Mengencangkan		Mengendurkan		Sebelum	Sesudah
		Dilakukan	Tdk Dilakukan	Dilakukan	Tdk Dilakukan		
1	Dahi dan mata						
2	Pipi						
3	Mulut						
4	Rahang dan mulut						
5	Leher belakang						
6	Leher Depan						
7	Bahu						

B. Sesi dua : Evaluasi mengidentifikasi ketegangan otot-otot yang dirasakan dan latihan kelompok otot tangan, punggung, perut, bokong dan kaki

Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu dengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi dua ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi dua ini, Bapak/Ibu/Saudara silahkan membaca tentang gerakan yang akan dilatih pada sesi dua di bawah ini :

- Gerakan kedelapan : Gerakan kedelapan ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan, buat kepalan ini semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan, Bapak/Ibu/Saudara rasakan rileks selama 10 detik. Gerakan pada tangan kiri dilakukan dua kali. Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kanan.
- Gerakan kesembilan : Gerakan kesembilan adalah gerakan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Gerakan ini dilakukan dengan cara menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang secara perlahan hingga otot-otot tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik.
- Gerakan kesepuluh : Gerakan kesepuluh adalah untuk melatih otot-otot lengan atau biseps. Otot biseps adalah otot besar yang terdapat di bagian atas pangkal lengan. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak

sehingga otot-otot lengan bagian dalam menegang. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik.

- Gerakan kesebelas : Gerakan kesebelas bertujuan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan ini dapat dilakukan dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, lalu busungkan dada dan lengkungkan punggung ke belakang dan dipertahankan selama 10 detik. Lemaskan punggung hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi. Pada saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambil membiarkan otot-otot menjadi lemas.
- Gerakan keduabelas : Gerakan keduabelas bertujuan untuk melatih otot-otot dada. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik nafas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat sambil merasakam ketegangan di bagian dada. Kemudian hembuskan perlahan-lahan melalui mulut.
- Gerakan ketigabelas : Gerakan ketigabelas bertujuan untuk melatih otot-otot perut. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik perut kearah dalam atau mengempiskan sekuat-kuatnya. Tahan selama 10 detik hingga perut terasa kencang dan tegang. Lemaskan perut secara perlahan hingga 10 detik.
- Gerakan keempatbelas : Gerakan empatbelas ditujukan untuk otot-otot betis. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik kedua telapak kaki kearah dalam sekuat-kuatnya dan kedua tangan berusaha menggapai ibu jari hingga terasa tegang di kedua betis selama 10 detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan hingga 10 detik.

Berlatih : Setelah Bapak/Ibu/Saudara mendengarkan penjelasan, membaca informasi, sekarang latihlah diri untuk :

Mengidentifikasi ketegangan pada otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan pada tangan, lengan, punggung, dada, perut dan kaki

Kemudian tuliskan pada format berikut

Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan

No	Tanggal	Ketegangan yang dirasakan pada kelompok otot													
		Tangan		Tangan Belakang		Lengan/Biceps		Punggung		Dada		Perut		Kaki	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

Berlatih : Setelah Bapak/Ibu/Saudara berlatih mengencangkan dan mengendurkan kelompok otot tangan, tangan bagian belakang, lengan/biceps, punggung, dada, perut dan kaki, sekarang latihlah diri untuk :

1. Mengencangkan dan mengendurkan otot-otot otot tangan, tangan bagian belakang, lengan/biceps, punggung, dada, perut dan kaki,
2. Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah melakukan latihan

Kemudian tuliskan pada format berikut

Latihan kelompok otot mata, mulut, tengkuk, bahu dan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah latihan

Tanggal :.....

No	Kelompok otot Yang dilatih	Gerakan Latihan				Hasil	
		Mengencangkan		Mengendurkan		Sebelum	Sesudah
		Dilakukan	Tdk Dilakukan	Dilakukan	Tdk Dilakukan		
1	Tangan						
2	Tangan bgnbelakang						
3	Lengan/biseps						
4	Punggung						
5	Dada						
6	Perut						
7	Kaki						

C. Sesi tiga : Evaluasi

Sesi ini adalah akhir dari seluruh kegiatan terapi PMR ini. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan terapi PMR dengan kemampuan relaksasi yang dimiliki oleh klien

Mendengarkan : Bapak/Ibu/Saudara terlebih dahulu mendengarkan dengan cermat penjelasan dari Perawat tentang topik pada sesi tiga ini.

Setelah mendapatkan penjelasan dari Perawat pada sesi tiga ini, Bapak/Ibu/Saudara sebaiknya coba ingat kembali apa saja yang telah dilakukan dan yang telah dilatih bersama-sama yang meliputi :

1. Mengidentifikasi ketegangan otot-otot
2. Latihan relaksasi progresif pada semua kelompok otot
3. Mengungkapkan perubahan yang dirasakan sebelum dan sesudah melakukan latihan

Kemudian tuliskan pada format berikut

Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan pada kelompok otot : dahi dan mata, pipi, mulut dan rahang, leher belakang, leher depan dan bahu

No	Tanggal	Ketegangan yang dirasakan pada kelompok otot											
		Dahi dan mata		Pipi		Mulut dan rahang		Leher belakang		Leher Depan		Bahu	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan pada kelompok otot : tangan, tangan bgn belakang, lengan/biceps, punggung, dada, perut dan kaki

No	Tanggal	Ketegangan yang dirasakan pada kelompok otot													
		Tangan		Tangan Belakang		Lengan/Biceps		Punggung		Dada		Perut		Kaki	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

Latihan kelompok otot mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, tangan bagian belakang, lengan/bisep, punggung, dada, perut dan kaki dan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah latihan

Tanggal :.....

No	Kelompok otot Yang dilatih	Gerakan Latihan				Hasil	
		Mengencangkan		Mengendurkan		Sebelum	Sesudah
		Dilakukan	Tdk Dilakukan	Dilakukan	Tdk Dilakukan		
1	Dahi dan mata						
2	Pipi						
3	Mulut						
4	Rahang dan mulut						
5	Leher belakang						
6	Leher Depan						
7	Bahu						
8	Tangan						
9	Tangan bgn belakang						
10	Lengan/biseps						
11	Punggung						
12	Dada						
13	Perut						
14	Kaki						



UNIVERSITAS INDONESIA

BUKU EVALUASI

***PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION DAN
LOGOTERAPI MEDICAL MINISTRY***

NAMA KLIEN :

RUANGAN :

MOTTO :

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JiWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

BUKU EVALUASI

PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION DAN LOGOTERAPI MEDICAL MINISTRY

Petunjuk Pengisian :

1. Berilah tanda checklist (√) pada kolom pertemuan jika Bapak/Ibu/Saudara telah melakukan kegiatan pada kolom aspek yang dinilai
2. Berilah tanda checklist (X) pada kolom pertemuan jika Bapak/Ibu/Saudara telah melakukan kegiatan pada kolom aspek yang dinilai

Pertemuan satu

Sesi satu PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata,mulut, tengkuk,dan bahu

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot dahi dan mata						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot pipi						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot mulut dan rahang						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher belakang						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher depan						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot bahu						
8	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah latihan						

Pertemuan satu

Sesi satu Logoterapi : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi perubahan yang terjadi						
2	Mengidentifikasi masalah yang dialami						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah yang dialami						

Pertemuan dua

Sesi dua PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot tangan, tangan bagian belakang, lengan/biceps, punggung, dada, perut dan kaki

No	Aspek yang di nilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot tangan						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot tangan bagian belakang						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot lengan/biceps						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot punggung						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot dada						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot Perut						
8	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot kaki						
9	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah						

latihan							
---------	--	--	--	--	--	--	--

Pertemuan dua

Sesi dua : Mengidentifikasi reaksi/respon dan cara mengatasi masalah

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Mengungkapkan reaksi/ respon dari masalah yang dirasakan (respon fisiologi, prilaku, afektif, kognitif, emosional)							
2.	Mengungkapkan cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah							
4	Mengungkapkan hasil dari cara yang digunakan							
3	Mengungkapkan makna yang diperoleh atas masalah yang dialami							

Pertemuan tiga

Sesi tiga PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata,mulut, tengkuk,dan bahu

No	Aspek yang di nilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot dahi dan mata						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot pipi						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot mulut dan rahang						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher belakang						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher depan						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot bahu						
8	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot tangan						

9	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot tangan bagian belakang							
10	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot lengan/biceps							
11	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot punggung							
12	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot dada							
13	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot Perut							
14	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot kaki							
15	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah latihan							

Pertemuan ketiga

Sesi tiga : Teknik *Medical Ministry*

No	Aspek yang di nilai	Tanggal					
1.	Mengidentifikasi respon terhadap masalah yang belum teratasi						
2.	Mengungkapkan pengalaman terhadap diri sendiri terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan, bagaimana perasaan waktu itu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan saat ini dan makna apa yang diperoleh dari kondisi tersebut						
3.	Memberikan tanggapan terhadap pengalaman diri sendiri						
4.	Mengungkapkan pengalaman orang lain yang memiliki kondisi yang sama dengan Bapak/Ibu/Saudara saat ini, bagaimana cara mengatasinya, makna apa yang mereka peroleh						
5	Memberikan tanggapan terhadap pengalaman orang lain						
6	Memilih cara yang digunakan						
7	Mengungkapkan makna dari masalah yang dialami saat ini dengan menggunakan tehnik yang dipilih						

Pertemuan keempat

Sesi Empat : Evaluasi

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Mengungkapkan masalah yang sudah teratasi dan makna hidup yang ditemui							
2.	Mengungkapkan masalah yang belum teratasi							
3	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah							
4.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i> yang paling sering ditemui dalam kegiatan sehari-hari							

BUKU EVALUASI

PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION DAN LOGOTERAPI MEDICAL MINISTRY

NAMA KLIEN :

RUANGAN :

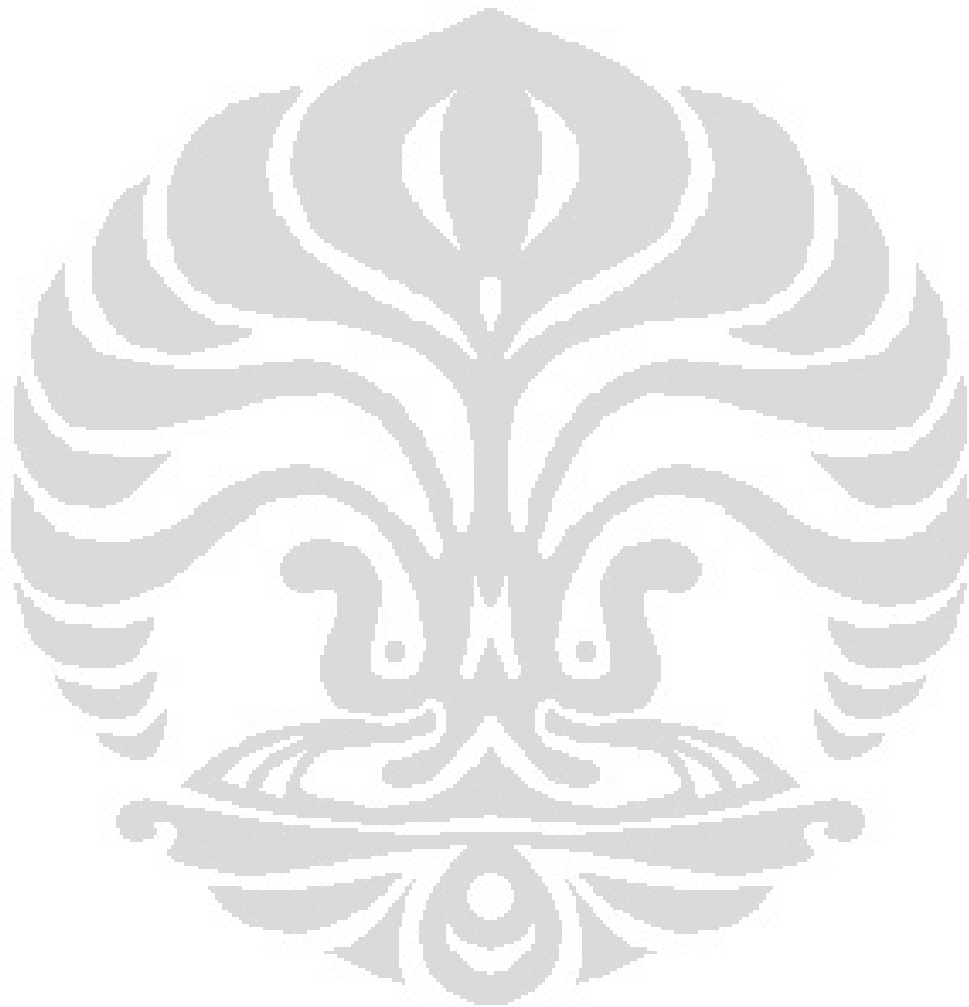
MOTTO :

TIM PENYUSUN :

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

Ns. Duma Lumban Tobing, S. Kep.

Ns. Rika Sarfika, S. Kep.



Pertemuan satu

Sesi satu PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata,mulut, tengkuk,dan bahu

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot dahi dan mata						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot pipi						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot mulut dan rahang						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher belakang						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher depan						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot bahu						
8	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah latihan						

Pertemuan satu

Sesi satu Logoterapi : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi perubahan yang terjadi						
2	Mengidentifikasi masalah yang dialami						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah yang dialami						

Pertemuan dua

Sesi dua PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot tangan, tangan bagian belakang, lengan/biceps, punggung, dada, perut dan kaki

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot tangan						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot tangan bagian belakang						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot lengan/biceps						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot punggung						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot dada						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot Perut						
8	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot kaki						
9	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah latihan						

Pertemuan dua

Sesi dua : Mengidentifikasi reaksi/respon dan cara mengatasi masalah

No	Kemampuan yang dinilai	Pertemuan						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Mengungkapkan reaksi/ respon dari masalah yang dirasakan (respon fisiologi, prilaku, afektif, kognitif, emosional)							
2.	Mengungkapkan cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah							
4	Mengungkapkan hasil dari cara yang digunakan							
3	Mengungkapkan makna yang diperoleh atas masalah yang dialami							

Pertemuan tiga

Sesi tiga PMR : Mengidentifikasi ketegangan otot-otot tubuh tertentu yang dirasakan dan latihan kelompok otot mata,mulut, tengkuk,dan bahu

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1	Mengidentifikasi ketegangan otot yang dirasakan						
2	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot dahi dan mata						
3	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot pipi						
4	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot mulut dan rahang						
5	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher belakang						
6	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot leher depan						
7	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot bahu						
8	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot tangan						

9	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot tangan bagian belakang							
10	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot lengan/biseps							
11	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot punggung							
12	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot dada							
13	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot Perut							
14	Melakukan latihan PMR pada yaitu menegangkan dan mengendur kelompok otot –otot kaki							
15	Merasakan perbedaan pada otot yang dilatih sebelum dan sesudah latihan							

Pertemuan ketiga

Sesi tiga : Teknik *Medical Ministry*

No	Kemampuan yang dinilai	Tanggal					
1.	Mengidentifikasi respon terhadap masalah yang belum teratasi						
2.	Mengungkapkan pengalaman terhadap diri sendiri terhadap suatu kondisi yang tidak menyenangkan, bagaimana perasaan waktu itu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan saat ini dan makna apa yang diperoleh dari kondisi tersebut						
3.	Memberikan tanggapan terhadap pengalaman diri sendiri						
4.	Mengungkapkan pengalaman orang lain yang memiliki kondisi yang sama dengan Bapak/Ibu/Saudara saat ini, bagaimana cara mengatasinya, makna apa yang mereka peroleh						
5	Memberikan tanggapan terhadap pengalaman orang lain						
6	Memilih cara yang digunakan						
7	Mengungkapkan makna dari masalah yang dialami saat ini dengan menggunakan tehnik yang dipilih						

Pertemuan keempat

Sesi Empat : Evaluasi

No	Kemampuan yang dinilai	Pertemuan						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Mengungkapkan masalah yang sudah teratasi dan makna hidup yang ditemui							
2.	Mengungkapkan masalah yang belum teratasi							
3	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah							
4.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i> yang paling sering ditemui dalam kegiatan sehari-hari							

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2012). *Cancer Statistics, 2012*. Cancer Journal. 62, 10-29.
- Agustarika.B. (2009). Pengaruh *terapi thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Alacacioglu..A, Binicier.O, Gungor.O, Oztop.I, Dirioz.M, Yilmaz.U. (2010). *Quality of life, anxiety and depression in Turkish colorectal cancer patients*. Support Care Cancer; 18, 417-421
- Alini. (2012). *Pengaruh Terapi Assertiveness Training dan Progressive Muscle Relaxation Terhadap gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis. Tidak Dipublikasikan.
- Auyung.Y.S. (2007). *Cancer causes and cancer research on many levels of complexity*.[Http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf](http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf). diunduh tanggal 15 Februari 2012
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2007). *Laporan nasional riset kesehatan dasar*. Diambil dari www.riskesdas.litbang.depkes.go.id. Diakses tanggal 21 Januari 2012
- Bastaman, H.D.(2007). *Logoterapi: psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Black,J.M., & Hawk,J.H. (2005). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. (7 th Ed). St. Louis: Elsevier.Inc
- Boehmar.U, Glickman.M, Winter.M. *Anxiety and Depression Survivors of Different Sexual Orientations*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 12, 1-12
- Brem.S.BA & Kumar.B.N. (2011). *Management of treatment –related symptoms in patient with breast cancer*. Clinical journal of Oncology Nursing. 15 , 63-71.
- Carvalho. (2007). *A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy*.<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diunduh tanggal 21 Januari 2012.

- Chan, C.W.H., Cheng, K.K.F., Lam, L.W., Li, C.K., Chik, K.W., & Cheung, JSS.(2008). *Psycho-educational intervention for chemotherapy-associated nausea and vomiting in paediatric oncologi patients: a pilot study*. Hongkong Med Journal, 14(5), 32-35
- Chen, *et al.* (2009). *Efficacy of Progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patient with acute schizophrenia*. Journal of Clinical Nursing, 18, 2187-2196
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Connor.O.M, White.K, Kristjanson.L.J, Cousins.K, Wilkes.L.(2010).*The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in western australia and new south wales*. MJA.193, 544-547.
- Conrad. A, Roth.T.W (2007). *Muscle Relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?*. Journal of anxiety disorder.21, 243-264.
- Dwipoyono, (2009). *Kebijakan Pengendalian Penyakit Kanker (Serviks) di Indonesia*. Indonesian Journal of Cancer.Vol 3, 109-116
- Karabulutlu.Y.E, Bilici.M, Cayir.k, Tekin.B.S, Kantarci.R. (2010). *Coping, anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer*. European Journal of General Medicine. 7, 296-302.
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th ed). New York : Thomson Delmar Learning.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing (7 th Edition)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fischer.J.D, Vilines.D, Kim.O, Epstein.B.J, Wilkie.JD. (2010). *Anxiety,Depression and Pain: differences by Primary Cancer*. Support Care Cancer ; 18, 801-810
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive stress management*. (7th Ed.). United States: Mc Graw Hill Company Inc
- Grandfa. (2007). *Tanggulangi Depresi Secara Tepat*. <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/> diperoleh tanggal 12 Januari 2012

- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training*. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan
- Hidayat, A.A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hinzl.A, Krauss.O, Hausa.J.P, Hockel.M, Kortmann.R.D, stolzenburg.J.U & Schwartz.R. (2009). *Anxiety and Depression in cancer patient compared with general population*. European journal of cancer care. 19, 522-529.
- Hill.J, Holcombe.C, Boothby.M.R.K, Fisher.J, Hincks.A & salmon.P. (2011). *Predictor of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer*. Psychological Medicine. 41, 1429-1436.
- Jadoon, A.N, Munir.W, Shahzad.A.M, choudhry.S.Z. (2010). *Assesment of Depression an Anxiety in Adult Cancer Outpatient : a Cross-sectional study*. BMC Cancer : 10, 594
- Jahoda. E. (2000). *Can Logotherapy Help Cancer Patients?* International Forum For Logotherapy. 89-93
- Jim.S.H, Purnell.Q.J, Richardson.A.S, Kreutz.G.D, Andersen.L.B (2006). *Measuring meaning in life following cancer*. Qual Life Res. 15(8), 1355-1371.
- Kaplan, H.I., Sadock,B.J., & Grebb,J.A. (2010). Buku ajar psikiatri. Edisi 2. Jakarta : ECG
- Kang.Kyung-Ah, Im. Jae-Im, Kim.Hee-Sue, Kim, Shin-Jeong, Song, Mi-Kyung & Sim, Songyong. (2009). *The Effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning and Spiritual Well-Being of Adolescence with terminal cancer*. Journal Korean Acad Child Health Nurs Vol.15.No.2, 136-144
- Kanine. E. (2011). *Pengaruh Terapi Generali dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Karabulutlu.et al.(2010). *Coping, Anxiety and Depression In Turkish Patients with Cancer*. European Journal of General Medicine; 7(3), 296-302
- Konginan (2008). *Depresi Pada Penderita Kanker. Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri RSU Dr. Soetomo Surabaya*.www.palliative-urabaya.com. diunduh tanggal 1 februari 2012.

- Kwekkeboom.L.K, Gretarsdottir. E.(2006). *Systematic Review of Relaxation Intervention fir Pain*. Journal of Nursing Scholarship. 38(3), 269-277
- Lantz.J. (1998). *Logoteraphy with chronic physical illness clients*. The International Forum For Logotherapy.21, 78-84
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: critical thinking in client care* (4th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Lolak.S, Connors.LG, Sheridan.J.M, Wise.N.T.(2008). *Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and Depression in Patient Enrolled in an Outpatient Pulmonary Rehabilitation Program*. Psychotherapy and Psychosomatic. 77, 119-125.
- Maryani, A. (2008). *Pengaruh progressive muscle relaxation terhadap kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada pasien kanker payudara Di RS DR Hasan Sadikin Bandung*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Marshall. M. (2011). *Prism of Meaning. Guide to the fundamental principles of Viktor E. Frankl's Logotherapy*.
- McIntosh,S, Adams.J. *Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using hospital anxiety and depression scale and quality of recovery score*. International Journal of Nursing Practice. 17, 85-92
- Mhaidat,et al (2009). *Prevalence of depression among cancer patients in Jourdan*. Support Care Cancer; 17, 1403-1407
- Midtgraad.et.al.(2005). *The impact of multidimensional exercise program in self reported anxiety and depression in cancer patient undergoing chemotherapy: a phase II study*. Palliative and Supportive Care. 3, 197-208.
- Mystakidou.et.al.(2004). *The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients : psychometric analyses and applicability*. Support Care Cancer 12, 821-825
- NANDA. (2009). *Nanda nursing diagnosis definition and classification*. Philadelphia: Author
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Nursalam. (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan* Jakarta: Salemba Medika
- Oh.Ja.pok & Kim.Hyun.Soo. (2010). *Effect of a Brief Psychosocial Intervention in Patients with cancer Receiving*. *Adjuvant Therapy. Oncology*. 37, 98-104.
- Wong.P.T.P. (2002). *Logotherapy*. *Encyclopedia of Psychoterapy*. Vol.2. Elsevier Science.USA
- Prouse.J.(2010). *The Impact of Methods of Information on Chemotherapy-Related Side effects : A critical Review*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.14, 206-211.
- Ramdhani, N., & Putra, A.A. (2008). *Pengembangan multimedia relaksasi*. Yogyakarta: Bagian Psikologis Klinis Fakultas Psikologi UGM. <http://Neila.staf.ugm.ac.id/wordpress/wpcontent/uploads>. diunduh pada tanggal 3 Februari 2012
- Richmond, R.L. (2007). *A Guide to Psychology and its Practice*. Diunduh dari <http://www.guidetopsychology.com/pmr.htm> tanggal 21 Januari 2012.
- Sastroasmoro, S & Ismail, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Shaha. (2008). *Managing uncertainty about breast cancer*.http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/6/0/7/6/p260763_index.html diunduh tgl 5 Februari 2012
- Schulenberg,S, Nassif,C, Hutzell,R & Rogina,J. (2008). *Logotherapy for clinical practice*. *Journal Psychotherapy theory, research, practice, training*. Vol. 45.4, 447-463
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott
- Snyder, M & Linqvist, R. (2002). *Complementary alternative therapies in nursing*. New York: Springer Publishing Company
- So.W.K, Marsh.G, Ling.Mw, Lo.C.K, Yeung.M, Li.K.H.G.(2010). *Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast patients during adjuvant therapy*. *European Journal of Oncology Nursing*.14, 17-22

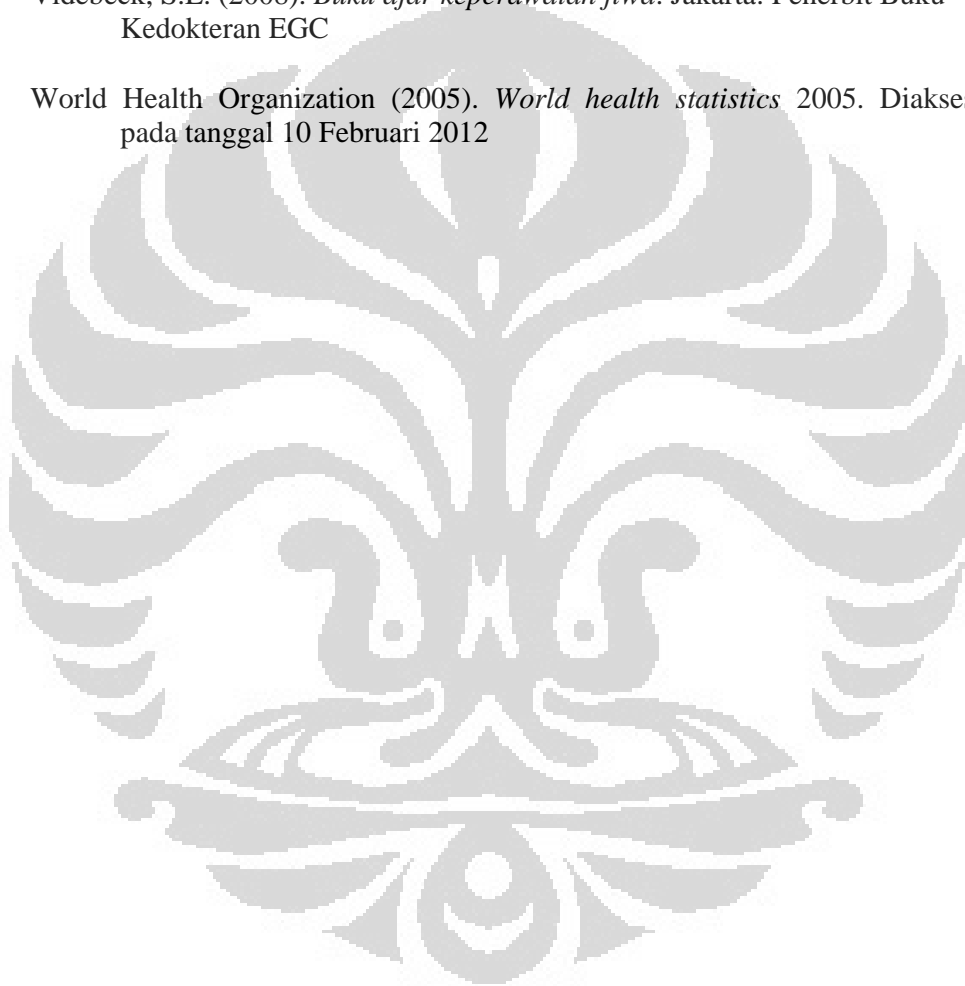
- Spiegel.D & Davis.G.J. (2003). *Depression and Cancer : Mechanism and Disease Progression*. Society of Biological Psychiatry. 54, 269-282.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta Persada.
- Supriatin, L. (2010). *Pengaruh terapi tought stopping dan progresive muscle relaxation terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Sutejo. (2009). *Pengaruh Logoterapi Kelompok Terhadap Ansietas Pada Penduduk Pasca Gempa di Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah*. Tesis. Tidak Dipublikasikan
- Steger.F.M. & Shin.Y.J. (2010) *The Relevance of the meaning in life questionnaire to therapeutic practice: a look at the initial evidence*. The International Forum for Logotherapy. 33, 95-104.
- Steger.F.M & Kashdan.B.(2007). *Stability and Specificity of Meaning in Life and Life Satisfaction Over One Year*. Journal of Happiness Studies.8, 161-179.
- Steger.F.M, Frazier.P, Oishi.S, Kaler.M. (2006). *The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life*. 1: 80-93
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th edition). St.Louis: Mosby
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th Edition). St.Louis: Mosby
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia & proses keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Tavoli.A, Montazeri.A, Roshan.R, Tavoli.Z, Melyani.N. (2008). *Depression and quality of life in cancer patients with and without pain : the role of pain beliefs*. BMC Cancer. 8, 176-182
- Thomas.B.C. et al. (2005). *Reliability & validity of the Malayalam hospital anxiety & depression scale (HADS) in cancer patient*. Indian. J.Med. Res. 122, 395-399

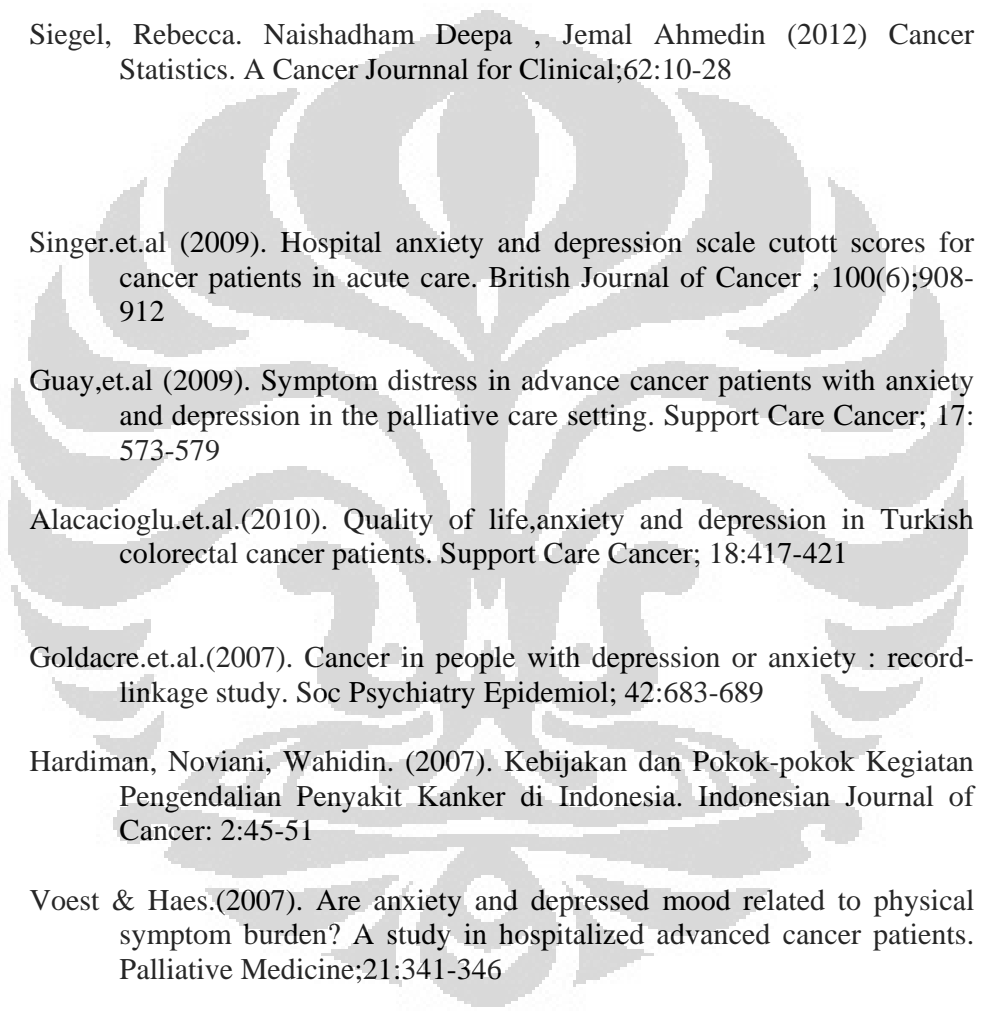
Theodoulou, M. (2007). *Progressive Muscle Relaxation*. Diambil dari http://www.breastcancer.org/treatment/comp_med/tipes/muscle_relax.jsp tanggal 25 Februari 2009

Vahdaninia.M, Omidvari.S, Montazeri.A. (2010). *What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow – up study*. Soc psychiat Epidemiol.45, 355-361

Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

World Health Organization (2005). *World health statistics 2005*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2012



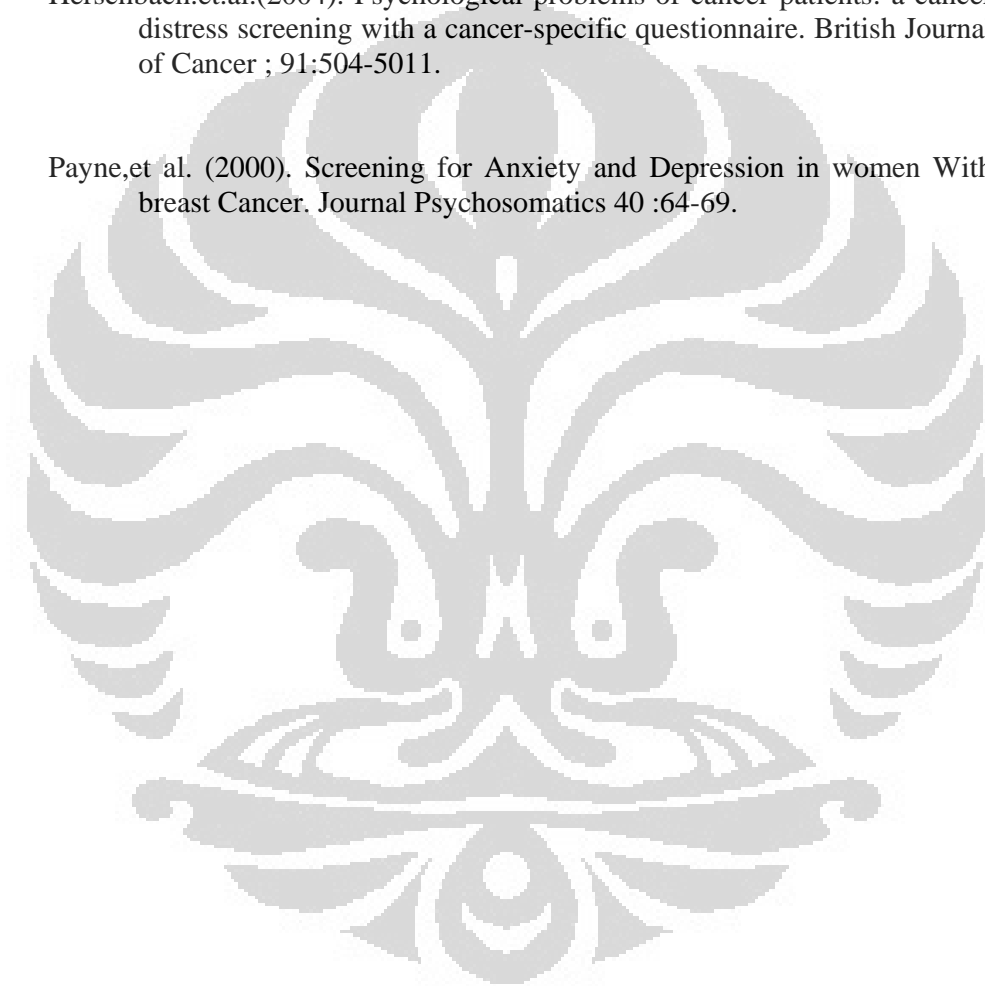
- 
- Siegel, Rebecca. Naishadham Deepa , Jemal Ahmedin (2012) Cancer Statistics. *A Cancer Journal for Clinical*;62:10-28
- Singer.et.al (2009). Hospital anxiety and depression scale cutott scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer* ; 100(6);908-912
- Guay,et.al (2009). Symptom distress in advance cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*; 17: 573-579
- Alacacioglu.et.al.(2010). Quality of life,anxiety and depression in Turkish colorectal cancer patients. *Support Care Cancer*; 18:417-421
- Goldacre.et.al.(2007). Cancer in people with depression or anxiety : record-linkage study. *Soc Psychiatry Epidemiol*; 42:683-689
- Hardiman, Noviani, Wahidin. (2007). Kebijakan dan Pokok-pokok Kegiatan Pengendalian Penyakit Kanker di Indonesia. *Indonesian Journal of Cancer*: 2:45-51
- Voest & Haes.(2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*;21:341-346
- Leuboonthavatchai.P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *Jourbal Med.Assoc Thai*.Vol.90 No.10:2164-2173
- Auyung.Y.S. (2007). Cancer causes and cancer research on many levels of complexity. [Http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf](http://creatingtechnology.org/biomed/cancer/pdf).
Diunduh tanggal 15 Februari 2012

Pirl. F.W. (2004). Evidence Report on the Occurrence, Assessment and Treatment of Depression in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*; 32 : 32-39

Fisch.M.(2004). Treatment of Depression in Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 35: 105-111.

Herschbach.et.al.(2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer* ; 91:504-5011.

Payne,et al. (2000). Screening for Anxiety and Depression in women With breast Cancer. *Journal Psychosomatics* 40 :64-69.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Duma Lumban tobing
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 12 November 1976
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan UPN “Veteran” Jakarta
Alamat Instansi : Jl RS.Fatmawati Pondok Labu Jakarta Selatan
Alamat Rumah : Perum Mutiara Depok Blok NB No : 1
Jl. Tole Iskandar , Sukmajaya Depok

Riwayat Pendidikan

S-1 Keperawatan UNPAD : Lulus tahun 2002
SMAN 4 Medan : Lulus tahun 1995
SMP Negeri 19 Medan : Lulus tahun 1992
SD ST Petrus Medan : Lulus tahun 1987

Riwayat Pekerjaan

Dosen Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan UPN”Veteran” Jakarta Tahun 2004 – sampai dengan sekarang
Dosen Keperawatan Jiwa di STIKES Sumut Tahun 2002 – 2003