

Monograf



Jurusan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN KANKER DENGAN TERAPI PSIKORELIGIUS

PENULIS

Miadi

Kastubi

Dwi Adji Norontoko

EDITOR

Minarti

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN KANKER DENGAN TERAPI PSIKORELIGIUS

Miadi, Kastubi dan Dwi Adji Norontoko

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN KANKER
DENGAN TERAPI PSIKORELIGIUS**

**Penerbit Pusat Pelatihan (PPK)
Poltekkes Kemenkes Surabaya**

Asuhan Keperawatan Klien Kanker dengan Terapi Psikoreligius

Penulis :

Miadi
Kastubi
Dwi Adji Norontoko

ISBN: 978-623-93135-4-8



Editor :

Minarti
Hery Sumasto

Desain Grafis dan Tata Letak

Nurwening Tyas Wisnu, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Penerbit :

Pusat Pelatihan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Surabaya

Redaksi :

Jl. Pucang Jajar Tengah No 56 Surabaya
Telp. +681359930579
Fax: +631 5027058
Email : herysumasto@yahoo.co.id

Pusat Pelatihan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Surabaya
(PPK POLKESBAYA)

Jl. Pucang Jajar Tengah No 56 Surabaya
Telp : (031) 5027058/ Fax: (031) 5028141

E-mail : herysumasto@yahoo.co.id. admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id

Cetakan Pertama, Pebruari 2020

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa
ijin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan monograf yang berjudul *Asuhan Keperawatan Klien Kanker dengan Terapi Psikoreligius* . Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada :

1. drg. Bambang Hadi Sugito, SKM, Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya
2. Dr. Supriyanto, SKp.,M.Kes, Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya
3. Setiawan, SKM, M.Psi., Ketua UPPM (Unit Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat) Poltekkes Kemenkes Surabaya yang dengan penuh perhatian dan kesabaran memberikan bimbingan, dukungan dan saran dalam proses penyelesaian monograf ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa melimpahkan karunia dan Rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya penyusunan monograf ini. Kami menyadari monograf ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan bimbingan dari semua pihak khususnya Unit UPPM sangat kami harapkan untuk pengembangan wawasan saya serta perbaikan. Semoga buku monograf ini menambah literasi untuk peneliti selanjutnya terutama bagi mahasiswa untuk menambah wawasan dalam penyusunan tugas akhir.

Penulis
Miadi
Kastubi
Dwi Adji Norontoko

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP KANKER	1
1.1. Definisi	1
1.2. Faktor penyebab kanker	1
1.3. Patofisiologi	3
1.4. Insiden dan jenis kanker secara umum	4
1.5. Tanda dan gejala kanker secara umum	10
1.6. Tanda dan gejala kanker serviks	13
1.7. Masalah psikologis klien kanker	15
1.8. Pemeriksaan diagnostik	17
1.9. Penatalaksanaan	18
BAB 2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KANKER	22
2.1. Pengkajian	22
2.2. Diagnosis	24
2.3. Perencanaan dan penatalaksanaan	26
2.4. Evaluasi	30
BAB 3 KONSEP RELIGIUSITAS DALAM KEPERAWATAN KLIEN KANKER	31
3.1. Religiusitas	31
3.2. Terapi psikoreligius klien kanker	34
3.3. Instrument self efficacy	46
3.4. Instrument depresi	48
3.5. Model psikoreligius terapi	50
DAFTAR PUSTAKA	52

BAB 1

KONSEP KANKER

1.1 Definisi

Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh ketidak teraturan perjalanan hormon yang mengakibatkan tumbuhnya daging pada jaringan tubuh yang normal atau sering dikenal sebagai tumor ganas. Kanker juga didefinisikan sebagai penyakit akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Sel-sel kanker ini dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya sehingga dapat menimbulkan kematian .

Hal ini sejalan dengan defenisi dari *American Cancer Society* yang mengatakan kanker sebagai kelompok penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan dan penyebaran sel abnormal yang tidak terkendali . Di samping itu, sel kanker dapat menyebar (metastasis) ke bagian alat tubuh lainnya yang jauh dari tempat asalnya melalui pembuluh darah dan pembuluh getah bening sehingga tumbuh kanker baru di tempat lain (Robbins , 2005).

1.2 Faktor penyebab kanker

Ada empat faktor utama penyebab kanker seperti lingkungan, makanan, biologis dan psikologis. Berikut ini adalah penjelasan mengenai keempat faktor penyebab kanker tersebut, yaitu :

1) Geografi dan Lingkungan

a. Bahan kimia

Zat yang terdapat pada asap rokok yang dapat menyebabkan kanker paru pada perokok aktif dan perokok pasif (orang yang bukan perokok atau tidak sengaja menghirup asap rokok orang lain) dalam jangka waktu yang lama. Bahan kimia untuk industri serta asap yang mengandung senyawa karbon dapat meningkatkan kemungkinan seorang pekerja industri menderita kanker.

b. Penyinaran yang berlebihan

Sinar ultra violet yang berasal dari matahari dapat menimbulkan kanker kulit. Sinar radio aktif sinar X yang berlebihan atau radiasi dapat menimbulkan kanker kulit dan leukimia .

c. Merokok

Setiap kali merokok maka akan menghirup sedikitnya 60 zat karsinogen yang dapat menyebabkan kanker.

d. Polusi udara

Limbah yang berasal dari perusahaan-perusahaan yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan rusaknya ekosistem. Zat buangan yang mengandung karsinogenik dapat menyebabkan tumbuhnya sel-sel kanker jika masuk ke dalam tubuh.

2) Makanan

Para ilmuwan mendapatkan bahwa makanan-makanan tertentu adalah sumber kanker. Makanan penyebab kanker karena di dalamnya terdapat zat-zat kimia tertentu. Makanan yang dapat menyebabkan kanker adalah:

- a. Daging yang mengandung hormon sex buatan (DES or Diethylstilbestrol).
- b. Bahan pemanis buatan seperti biang Gula dan saccharin.
- c. Nitrosamines pada bahan-bahan pengawet buatan, dan bahan pewarna buatan, yang umumnya dipakai dalam produk daging, yang telah diproses dan juga banyak dalam produk makanan kaleng.
- d. Zat pewarna yang ada dalam makanan, minuman, kosmetik, maupun obat-obatan.
- e. Zat radioaktif yang sekarang ini terdapat hampir di seluruh bulatan bumi sebagai akibat dari percobaan bom atom serta peledakan bom, yang masuk dalam tubuh manusia melalui makanan, khususnya susu.

3) Biologi

a. Virus

Salah satu virus yang dapat menyebabkan kanker adalah virus HIV (*human immunodeficiency virus*). Dimana virus HIV (*human immunodeficiency virus*) ini dapat merusak sistem kekebalan tubuh. Akibatnya wanita yang terinfeksi virus HIV (*human immunodeficiency virus*) akan rentan terhadap infeksi HPV (*human papillomavirus*). Hal ini dapat dilihat bahwa 90% kasus kanker serviks disebabkan karena adanya infeksi HPV (*human papillomavirus*) (Gale dan Cahrette, 1995).

b. Hormon

Hormon adalah zat yang dihasilkan kelenjar tubuh yang fungsinya adalah mengatur kegiatan alat-alat tubuh dan selaput tertentu. Pada beberapa penelitian diketahui bahwa pemberian hormon tertentu secara berlebihan

dapat menyebabkan terjadinya peningkatan beberapa jenis kanker seperti kanker payudara, rahim, indung telur dan prostat (kelenjar kelamin pria).

c. Keturunan

Sejumlah penelitian menemukan bahwa sekitar 5% dari kasus kanker diakibatkan oleh faktor keturunan. Sebab ada orang yang terlahir dengan DNA rusak yang diturunkan salah satu orang tua mereka sehingga mereka memiliki resiko yang tinggi untuk terkena kanker. Faktor keturunan ini memang susah untuk dihindari. Tetapi sejauh apa peranan gen yang abnormal masih belum diketahui.

4) Psikologis

a. Kepribadian

Orang dengan tipe kepribadian tertutup termasuk tipe yang mudah terkena stres. Umumnya orang dengan tipe kepribadian ini akan mudah menderita gangguan emosi dan secara sadar berusaha menekan perasaan tersebut. Akibatnya mereka akan memiliki resiko tinggi untuk terkena penyakit kanker dan jantung.

b. Stres

Salah satu sebab menurunnya kekebalan tubuh (*immunitas*) adalah adanya stres dan kondisi stres ini akan melemahkan respon imunitas. Dalam keadaan stres atau emosi seperti marah dan sedih, hipotalamus yang merupakan pusat emosi akan terangsang dan kemudian akan merangsang kelenjar pituitari yang selanjutnya kemudian akan merangsang kelenjar adrenal, sehingga keluarlah hormon glukokortikoid. Jika hormon tersebut keluar secara berlebihan akan terjadi kerusakan pada tubuh yang mengakibatkan antibodi dan respon peradangan menurun. Menurunnya sistem imunitas ini mempermudah masuknya sel-sel kanker menyerang tubuh, karena kemampuan sel tersebut untuk mengenal dan melawan musuh tidak dapat berfungsi secara baik. Dapat disimpulkan bahwa stres psikologis berpengaruh terhadap rusaknya kemampuan pembunuhan sel secara alami untuk penghancuran sel tumor atau sel kanker.

1.3 Patofisiologi

Kanker adalah kelas penyakit beragam yang sangat berbeda dalam hal penyebab dan biologisnya. Setiap organisme, bahkan tumbuhan, bisa terkena kanker. Hampir semua kanker

yang dikenal muncul secara bertahap, saat kecacatan bertumpuk di dalam sel kanker dan sel anak-anaknya (lihat bagian mekanisme untuk jenis cacat yang umum).

Setiap hal yang bereplikasi memiliki kemungkinan cacat (mutasi). Kecuali jika pencegahan dan perbaikan kecacatan ditangani dengan baik, kecacatan itu akan tetap ada, dan mungkin diwariskan ke sel anak/(daughter cell). Biasanya, tubuh melakukan penjagaan terhadap kanker dengan berbagai metode, seperti apoptosis, molekul pembantu (beberapa polimerase DNA), penuaan/(senescence), dan lain-lain. Namun, metode koreksi-kecacatan ini sering kali gagal, terutama di dalam lingkungan yang membuat kecacatan lebih mungkin untuk muncul dan menyebar. Sebagai contohnya, lingkungan tersebut mengandung bahan-bahan yang merusak, disebut dengan bahan karsinogen, cedera berkala (fisik, panas, dan lain-lain), atau lingkungan yang membuat sel tidak mungkin bertahan, seperti hipoksia. Karena itu, kanker adalah penyakit progresif, dan berbagai kecacatan progresif ini perlahan berakumulasi hingga sel mulai bertindak berkebalikan dengan fungsi seharusnya di dalam organisme. Kecacatan sel, sebagai penyebab kanker, biasanya bisa memperkuat dirinya sendiri (*self-amplifying*), pada akhirnya akan berlipat ganda secara eksponensial. Sebagai contohnya:

1. Mutasi dalam perlengkapan perbaikan-kecacatan bisa menyebabkan sel dan sel anaknya mengakumulasi kecacatan dengan lebih cepat.
2. Mutasi dalam perlengkapan pembuat sinyal (endokrin) bisa mengirimkan sinyal penyebab-kecacatan kepada sel di sekitarnya.
3. Mutasi bisa menyebabkan sel menjadi neoplastik, membuat sel bermigrasi dan merusak sel yang lebih sehat.
4. Mutasi bisa menyebabkan sel menjadi kekal (immortal), lihat telomeres, membuat sel rusak bisa membuat sel sehat rusak selamanya.

1.4 Insiden dan jenis kanker secara umum

Tahun 2000 sebanyak 10 juta kasus baru kanker dan 6 juta meninggal. Di Amerika sebanyak 556.000 meninggal pada tahun 2003 (Robbins, 2005). Dari data WHO diketahui, setiap tahun jumlah penderita kanker di dunia bertambah

menjadi 6,25 juta orang. Di negara maju, kanker merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit kardiovaskuler. Sedangkan jumlah pasien kanker di Indonesia mencapai 6% dari 200 juta lebih penduduk Indonesia (Media Indonesia, 2005). Bahkan telah diperkirakan bahwa menjelang permulaan abad ke-21, peta penyakit di Indonesia akan mendekati peta penyakit di negara maju dimana penyakit kanker berada pada urutan ketiga penyebab terjadinya kematian setelah penyakit kardiovaskuler dan kecelakaan.

Kanker merupakan penyakit berbahaya dan mematikan. Sudah banyak korban akibat penyakit ini. Tapi, juga banyak yang berhasil sembuh dari penyakit kanker. Berbagai macam jenis penyakit kanker yang menyerang manusia, berikut macam-macam penyakit kanker.

1. **Kanker Darah atau Leukemia**

Kanker darah atau leukemia merupakan penyakit kanker yang menyerang sel-sel yang membentuk sel darah dalam sumsum tulang. Dalam kondisi normal, sel-sel darah putih akan berkembang secara teratur di saat tubuh membutuhkannya untuk memberantas infeksi yang muncul.

Namun lain halnya dengan pengidap kanker darah. Sumsum tulang akan memproduksi sel-sel darah putih yang abnormal, tidak dapat berfungsi dengan baik, dan secara berlebihan. Jumlahnya yang berlebihan akan mengakibatkan penumpukan dalam sumsum tulang sehingga sel-sel darah yang sehat akan berkurang.

2. **Kanker Hati**

Kanker hati adalah tipe kanker paling umum kelima di antara laki-laki dan ketujuh di antara wanita. Sekitar 85% kasus kanker hati di dunia terjadi di negara-negara yang masih berkembang.

Kanker Hati terbagi menjadi dua kategori, yang pertama adalah kanker hati primer yaitu kanker yang berawal di organ hati dan termasuk jenis kanker yang berpotensi fatal. Dan yang kedua adalah kanker hati sekunder yang bermula di bagian tubuh lain, seperti usus, sebelum menyebar ke hati.

3. **Kanker Kulit Melanoma**

Kanker kulit melanoma merupakan jenis kanker yang dimulai dari kulit manusia dan bisa menyebar ke organ lain dalam tubuh. Kemunculan tahi lalat baru atau perubahan pada tahi lalat yang sudah ada biasanya menjadi pertanda umum atau gejala melanoma. Hal ini bisa terjadi di seluruh tubuh, tapi beberapa bagian tubuh yang sering terkena kemunculannya adalah, wajah, tangan, punggung dan kaki.

4. **Kanker Lambung**

Kanker lambung merupakan jenis kanker yang menggerogoti lambung, yaitu organ di dalam rongga perut manusia yang menjadi salah satu bagian dari sistem pencernaan. Penyakit ini dapat diidap oleh orang-orang pada segala usia, meski sebagian besar penderitanya berusia 55 tahun ke atas.

5. **Kanker Lidah**

Kanker lidah merupakan jenis kanker yang tumbuh pada sel-sel lidah. Kanker lidah paling sering tumbuh dan berkembang pada sel-sel skuamosa yang ada di permukaan lidah. Jenis kanker lidah ini dikenal dengan istilah karsinoma sel skuamosa.

6. **Kanker Mulut**

Kanker mulut merupakan jenis kanker yang tumbuh dan berkembang di dalam mulut. Misalnya pada lidah, gusi, bibir, dinding mulut, serta langit-langit mulut. Kanker ini dapat menyebar secara langsung ke jaringan-jaringan di sekitar mulut atau melalui kelenjar getah bening.

7. **Kanker Mata**

Kanker mata merupakan jenis kanker yang jarang terjadi dan bisa menyerang bagian luar mata (misalnya, kelopak mata) atau bagian dalam mata (kanker intraokular). Selain itu, kanker ini juga bisa terjadi akibat penyebaran dari kanker pada organ lain.

8. **Kanker Otak**

Tumor otak adalah hasil dari pertumbuhan sel-sel di otak secara tidak wajar dan tidak terkendali. Tidak semua tumor otak bersifat ganas sehingga bisa dikategorikan sebagai kanker. Kanker otak ganas adalah tumor yang cepat menyebar ke bagian lain otak dan tulang belakang.

Tumor otak primer adalah tumor yang berawal di otak. Sebagian besar tumor otak ganas adalah kanker sekunder, yang berarti bahwa sel kanker awalnya bermula di organ tubuh lain dan kemudian menyebar ke otak.

9. **Kanker Ovarium**

Kanker ovarium adalah kanker yang tumbuh pada indung telur atau ovarium. Kanker ini paling sering menyerang wanita yang sudah mengalami masa menopause atau umumnya berusia 50 tahun ke atas. Walaupun begitu kanker ovarium dapat diidap oleh semua wanita pada segala usia.

10. **Kanker Pankreas**

Pankreas adalah sebuah kelenjar besar yang merupakan bagian dari sistem pencernaan dan memiliki panjang sekitar 15 cm. Kanker pankreas merupakan penyakit yang disebabkan oleh tumbuhnya tumor di dalam pankreas. Kanker pankreas bisa dialami oleh pria maupun wanita, dan biasanya terjadi pada orang-orang yang berusia lanjut atau di atas 75 tahun.

11. **Kanker Paru-Paru**

Kanker paru-paru adalah salah satu jenis kanker yang paling umum terjadi. Kanker paru-paru merupakan salah satu jenis kanker yang paling bisa dicegah. Pada tahap awal, tidak ada tanda atau gejala kanker paru-paru yang jelas. Tapi kemudian gejala seperti batuk secara berkelanjutan hingga mengalami batuk darah, selalu merasa kehabisan napas, kelelahan tanpa alasan, dan penurunan berat badan akan muncul.

12. **Kanker Payudara**

Kanker Payudara adalah kanker yang menyerang organ payudara. Payudara terbentuk dari lemak, jaringan ikat, dan ribuan lobulus (kelenjar kecil penghasil air susu). Saat seorang wanita melahirkan, Air Susu Ibu (ASI) akan dikirim ke puting melalui saluran kecil saat menyusui.

Sel-sel dalam tubuh kita biasanya tumbuh dan berkembang biak secara teratur. Sel-sel baru hanya terbentuk saat dibutuhkan. Tetapi proses dalam tubuh pengidap kanker akan berbeda.

Proses tersebut akan berjalan secara tidak wajar sehingga pertumbuhan dan perkembangbiakan sel-sel menjadi tidak terkendali. Sel-sel abnormal tersebut juga bisa menyebar ke bagian-bagian tubuh lain melalui aliran darah. Inilah yang disebut kanker yang mengalami metastasis.

13. **Kanker Prostat**

Kanker prostat adalah kanker yang tumbuh pada bagian prostat. Prostat adalah kelenjar kecil di panggul pria yang merupakan bagian dari sistem reproduksi. Prostat berada di bawah kandung kemih di depan rektum. Kelenjar prostat mengelilingi uretra, yaitu saluran yang membawa urin dari kandung kemih ke penis.

14. **Kanker Rahim**

Kanker rahim atau yang juga sering disebut dengan kanker endometrium adalah penyakit kanker yang biasanya menyerang sel-sel yang membentuk dinding rahim atau dalam istilah medisnya yaitu endometrium. Kanker ini juga dapat menyerang otot-otot di sekitar rahim sehingga membentuk sarkoma uteri. Tetapi jenis penyakit ini sangat jarang terjadi.

15. **Kanker Serviks**

Kanker serviks adalah kanker yang muncul pada leher rahim wanita. Leher rahim sendiri berfungsi sebagai pintu masuk menuju rahim dari vagina. Pada tahap awal, kanker serviks biasanya tidak memiliki gejala.

Gejala kanker serviks yang paling umum adalah pendarahan pada vagina yang terjadi setelah berhubungan seks, di luar masa menstruasi, atau setelah menopause.

16. **Kanker Tenggorokan**

Kanker tenggorokan adalah tumor yang tumbuh dan berkembang di tenggorokan, sekitar faring, laring, atau tonsil. Sama seperti kanker mulut dan lidah, sebagian besar kanker tenggorokan yang dialami pasien memiliki jenis karsinoma sel skuamosa.

17. **Kanker Testis**

Kanker testis adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel mulai tumbuh secara abnormal pada bagian testis. Kanker testis adalah jenis kanker yang cukup langka, tapi kondisi ini paling sering menjangkiti pria pada usia 15-49 tahun.

18. **Kanker Tiroid**

Kanker tiroid adalah pertumbuhan sel abnormal di dalam kelenjar tiroid. Kanker tiroid merupakan sejenis kanker yang cukup jarang terjadi dan biasanya mudah disembuhkan jika diketahui sejak awal.

19. **Kanker Tulang**

Kanker tulang adalah jenis kanker yang menyerang tulang. Kanker tulang terbagi menjadi dua, yaitu kanker tulang primer dan sekunder. Dinamakan kanker tulang primer adalah penyakit kanker yang apabila kanker tersebut muncul dan berkembang langsung di dalam tulang. Sedangkan kanker tulang sekunder adalah kanker yang berasal dari bagian tubuh lain yang menjalar ke tulang.

20. **Kanker Usus Besar**

Kanker usus besar adalah jenis kanker yang menyerang usus besar atau bagian terakhir pada sistem pencernaan manusia. Penyakit ini dapat diidap

oleh segala usia, meski 90 persen penderitanya berusia di atas 60 tahun.

21. **Kanker Vagina**

Kanker vagina adalah jenis kanker langka yang muncul pada vagina. Ada dua jenis kanker vagina, yang pertama yaitu kanker vagina sekunder, yakni kanker yang pertama kali muncul di bagian tubuh lain, namun menjalar ke vagina. Dan yang kedua adalah kanker vagina primer, adalah kanker yang pertama kali muncul di vagina.

22. **Limfoma**

Limfoma adalah kanker yang muncul dalam sistem limfatik yang menghubungkan noda limfa atau kelenjar getah bening di seluruh tubuh. Sistem limfatik termasuk bagian penting dalam sistem kekebalan tubuh manusia.

23. **Multiple Myeloma**

Multiple myeloma atau myeloma adalah jenis kanker yang menyerang sel plasma pada tulang sumsum penderita, yaitu ketika pertumbuhan jumlah sel myeloma lebih banyak dari jumlah sel darah sehat. Sehingga, alih-alih memproduksi protein penghasil antibodi pencegah infeksi penyakit, sel kanker ini justru memproduksi protein abnormal yang akhirnya merugikan.

1.5 Tanda dan gejala kanker secara umum

Kanker pada kebanyakan orang tidak menimbulkan gejala atau tanda-tanda yang secara eksklusif menunjukkan penyakit. Sayangnya, setiap keluhan atau gejala kanker dapat dijelaskan oleh kondisi yang kelihatannya tidak berbahaya. Namun, jika gejala-gejala tertentu terjadi atau bertahan, Anda harus diperiksa untuk evaluasi lebih lanjut. Beberapa gejala umum yang mungkin terjadi pada kanker adalah sebagai berikut:

- 1) Batuk persisten atau air liur berwarna darah
 - a) Gejala-gejala ini biasanya merupakan infeksi sederhana seperti bronkitis atau sinusitis.

- b) Mereka bisa menjadi gejala kanker paru-paru, kepala, dan leher. Siapa pun yang batuk berdarah yang bertahan lebih dari sebulan atau dengan darah di lendir yang batuk harus segera memeriksakan diri ke dokter.
- 2) Perubahan kebiasaan buang air besar**
- a) Sebagian besar perubahan kebiasaan buang air besar terkait dengan diet dan asupan cairan Anda.
 - b) Kadang-kadang, kanker menunjukkan diare berkelanjutan.
 - c) Beberapa orang dengan kanker merasa seolah-olah mereka perlu buang air besar dan masih merasa seperti itu setelah mereka buang air besar. Jika salah satu dari keluhan usus yang abnormal ini bertahan lebih dari beberapa hari, mereka memerlukan evaluasi.
 - d) Perubahan signifikan dalam kebiasaan buang air besar yang tidak dapat dengan mudah dijelaskan oleh perubahan pola makan perlu dievaluasi.
- 3) Darah pada tinja**
- a) Seorang dokter harus selalu menyelidiki darah di tinja Anda.
 - b) Wasir sering menyebabkan pendarahan dubur, tetapi karena wasir sangat umum, mereka mungkin ada dengan kanker. Oleh karena itu, bahkan ketika Anda menderita wasir, Anda harus meminta dokter memeriksa seluruh saluran usus Anda ketika Anda memiliki darah dalam pergerakan usus Anda.
 - c) Pada beberapa orang, studi rontgen mungkin cukup untuk memperjelas diagnosis.
 - d) Kolonoskopi biasanya dianjurkan. Kolonoskopi rutin, bahkan tanpa gejala, dianjurkan setelah Anda berusia 50 tahun.
 - e) Kadang-kadang ketika sumber perdarahan benar-benar jelas (misalnya, ulkus berulang), pemeriksaan ini mungkin tidak diperlukan.
- 4) Gejala Anemia yang tidak dapat dijelaskan**
- a) Anemia adalah suatu kondisi di mana orang memiliki jumlah sel darah merah yang lebih sedikit dari yang diharapkan. Gejala Anemia harus selalu diselidiki.

- b) Ada banyak jenis anemia, tetapi kehilangan darah hampir selalu menyebabkan anemia defisiensi besi. Kecuali ada sumber kehilangan darah yang jelas, anemia ini perlu dijelaskan.
- c) Banyak kanker dapat menyebabkan anemia, tetapi kanker usus paling sering menyebabkan anemia defisiensi besi. Evaluasi harus mencakup pemeriksaan endoskopi atau rontgen pada saluran usus bagian atas dan bawah Anda.

5) **Benjolan pada payudara**

- a) Sebagian besar benjolan payudara adalah tumor non kanker seperti fibroadenoma dan kista. Tetapi semua benjolan payudara perlu diselidiki secara menyeluruh.
- b) Hasil mammogram negatif biasanya tidak cukup untuk mengevaluasi benjolan payudara. Dokter Anda perlu menentukan studi rontgen yang sesuai yang mungkin termasuk MRI atau USG payudara.
- c) Umumnya, diagnosis memerlukan aspirasi jarum atau biopsi (sampel jaringan kecil).
- d) Pengeluaran cairan dari payudara adalah hal biasa, tetapi beberapa bentuk cairan mungkin merupakan tanda-tanda kanker. Jika keluar darah atau hanya dari satu puting, evaluasi lebih lanjut direkomendasikan.
- e) Wanita disarankan untuk melakukan pemeriksaan payudara sendiri setiap bulan.

6) **Benjolan di testis**

- a) Kebanyakan pria (90%) dengan kanker testis memiliki benjolan yang tidak menyakitkan atau tidak nyaman pada testis.
- b) Beberapa pria memiliki testis yang membesar.
- c) Kondisi lain, seperti infeksi dan pembengkakan pembuluh darah, juga dapat menyebabkan perubahan pada testis Anda, tetapi benjolan apa pun harus dievaluasi.
- d) Pria disarankan untuk melakukan pemeriksaan diri testis bulanan.

7) **Perubahan buang air kecil**

- a) Gejala kemih dapat berupa sering buang air kecil, sedikit urine, dan aliran urin yang lambat atau perubahan fungsi kandung kemih secara umum.
- b) Gejala-gejala ini dapat disebabkan oleh infeksi saluran kemih (biasanya pada wanita) atau, pada pria, oleh kelenjar prostat yang membesar.
- c) Jika dicurigai kanker, biopsi prostat mungkin diperlukan.
- d) Kanker kandung kemih dan tumor panggul juga dapat menyebabkan iritasi pada kandung kemih dan frekuensi buang air kecil.

1.6 Tanda dan gejala kanker cervix

Menurut Gale tidak ada tanda yang spesifik pada kasus Ca ini. Pada kasus ini tidak selalu tampak tumor, tetapi kadang terjadi perdarahan karena ulserasi pada permukaan cervix. Adanya perdarahan inilah yang mengharuskan wanita ini datang ke pusat pelayanan kesehatan, adanya nyeri abdomen dan punggung bawah mungkin dapat menjadikan petunjuk bahwa penyakit ini telah berkembang dengan sangat cepat.

a. **Klasifikasi Pertumbuhan Sel Akan Kankers Serviks**

Secara Mikroskopis

1. **Displasia**

Displasia ringan terjadi pada sepertiga bagian basal epidermis. Displasia berat terjadi pada dua pertiga epidermis hampir tidak dapat dibedakan dengan karsinoma insitu.

2. **Stadium karsinoma insitu**

Pada karsinoma insitu perubahan sel epitel terjadi pada seluruh lapisan epidermis menjadi karsinoma sel skuamosa. Karsinoma insitu yang tumbuh didaerah ekstoserviks, peralihan sel skuamosa kolumnar dan sel cadangan endoserviks.

3. **Stadium karsinoma mikroinvasif.**

Pada karsinoma mikroinvasif, disamping perubahan derajat pertumbuhan sel meningkat juga sel tumor menembus membrana basalis dan invasi pada stroma sejauh tidak lebih 5 mm dari membrana basalis, biasanya tumor ini asimtomatik dan hanya ditemukan pada skrining kanker.

4. Stadium karsinoma invasif
Pada karsinoma invasif perubahan derajat pertumbuhan sel menonjol besar dan bentuk sel bervariasi. Pertumbuhan invasif muncul di area bibir posterior atau anterior serviks dan meluas ketiga jurusan yaitu jurusan forniks posterior atau anterior, jurusan parametrium dan korpus uteri.
5. Bentuk kelainan dalam pertumbuhan karsinoma serviks
Pertumbuhan eksofilik, berbentuk bunga kool, tumbuh ke arah vagina dan dapat mengisi setengah dari vagina tanpa infiltrasi ke dalam vagina, bentuk pertumbuhan ini mudah nekrosis dan perdarahan.
Pertumbuhan endofilik, biasanya lesi berbentuk ulkus dan tumbuh progresif meluas ke forniks, posterior dan anterior ke korpus uteri dan parametrium.
Pertumbuhan nodul, biasanya dijumpai pada endoserviks yang lambat laun lesi berubah bentuk menjadi ulkus.

Secara Markroskopis

1. Stadium preklinis
Tidak dapat dibedakan dengan servicitis kronik biasa
 2. Stadium permulaan
Sering tampak sebagian lesi sekitar ostium externum
 3. Stadium setengah lanjut
Telah mengenai sebagian besar atau seluruh bibir porsio
 4. Stadium lanjut
Terjadi pengrusakan dari jaringan serviks, sehingga tampaknya seperti ulkus dengan jaringan yang rapuh dan mudah berdarah.
- b. Gejala klinis
1. Perdarahan
Sifatnya bisa intermenstruit atau perdarahan kontak, kadang-kadang perdarahan baru terjadi pada stadium selanjutnya. Pada jenis intraservikal perdarahan terjadi lambat.
 2. Biasanya menyerupai air, kadang-kadang timbulnya sebelum ada perdarahan.

Pada stadium lebih lanjut perdarahan dan keputihan lebih banyak disertai infeksi sehingga cairan yang keluar berbau.

1.7 Masalah psikologis klien kanker

1) Self Efficacy

Self efficacy mengacu pada keyakinan seseorang akan kemampuan diri dalam mengatur dan melakukan tindakan/kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. *Self efficacy*, merupakan perilaku yang dipengaruhi oleh proses kognitif melalui masukan dan berbagai sumber informasi, pengaruh keberhasilan, regulasi perilaku dan motivasi untuk melakukan berbagai tugas yang berhubungan dengan perilaku (Temple, 2003). *Self efficacy* merupakan persepsi individu akan kemampuannya untuk melakukan tugas spesifik dengan sukses. *Self efficacy* merupakan jalan untuk melihat hubungan antara bagaimana seseorang berfikir tentang tugas-tugas dan cara menyelesaikan tugas-tugas tersebut (Bernal, Whoolley, Schenzul & Dickinson, 2000) Schwarzer (1992 dalam Jerusalem dan Schwarzer, 1993) menyebutkan bahwa *self efficacy* secara umum merefleksikan suatu keyakinan diri yang optimis bahwa seseorang mampu menyelesaikan tugas yang sulit atau menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi dalam berbagai situasi. *Self efficacy* memfasilitasi penyusunan tujuan, alternatif tindakan dalam upaya untuk mengatasi hambatan yang mungkin terjadi. *Self efficacy* merupakan sebuah konstruksi yang bersifat operasional sehingga sangat relevan untuk diterapkan dalam praktek klinik dan perbaikan perilaku. Menurut Johnson (1992 dalam Temple, 2003) *self efficacy* pada pasien kanker menggambarkan suatu kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan yang tepat dalam merencanakan, memonitor dan melaksanakan regimen perawatan sepanjang individu. Hal senada juga disampaikan oleh Stipanovic (2002) bahwa *self efficacy* merujuk pada keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk memonitor, merencanakan, melaksanakan, dan mempertahankan perilaku perawatan

diri pada penyakit yang dideritanya. Bandura (1982 dalam Kott, 2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki *self efficacy* yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki *self efficacy* yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya.

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* merupakan suatu keyakinan individu akan kemampuan dirinya untuk melakukan tugas-tugas perawatan diri dan berusaha untuk mencapai tujuannya dengan baik.

Masalah yang terjadi pada pasien kanker yaitu ketidakmampuan dan kurang percaya diri pasien untuk melakukan tugas-tugas perawatan yang mendukung proses penyembuhan penyakitnya. Sehingga secara khusus, *self efficacy* pada pasien kanker dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan klien akan kemampuannya untuk mengelola, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga memiliki kualitas hidup yang baik.

2) Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia 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).

Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2002). Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan, 2010).

Pasien kanker yang mengalami gangguan psikiatrik 68% mengalami gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*),

13% mengalami depresi berat (*major depression*), Gejala depresi yang terjadi berimplikasi terhadap kepatuhan regimen terapeutik, kualitas hidup dan biaya pelayanan kesehatan. Depresi juga mempengaruhi kemampuan *self efficacy* pasien kanker. Depresi dapat berkontribusi pada penurunan fungsi fisik dan mental yang menyebabkan seseorang menjadi malas mengikuti perawatan diri harian secara rutin. Skarbek (2006, dalam Mustika 2013) menyatakan bahwa pasien yang memiliki gejala depresi akan mengalami penurunan dalam perawatan diri.

1.8 Pemeriksaan diagnostik

- 1) Sitologi/Pap Smear
Keuntungan, murah dapat memeriksa bagian-bagian yang tidak terlihat.
Kelemahan, tidak dapat menentukan dengan tepat lokalisasi.
- 2) Schillentest
Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium. Kalau porsi diberi yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.
- 3) Koloskopi
Memeriksa dengan menggunakan alat untuk melihat serviks dengan lampu dan dibesarkan 10-40 kali.
Keuntungan ; dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsy.
Kelemahan ; hanya dapat memeriksa daerah yang terlihat saja yaitu porsi, sedang kelainan pada skuamosa columnar junction dan intra servikal tidak terlihat.
- 4) Kolpomikroskopi
Melihat hapusan vagina (Pap Smear) dengan pembesaran sampai 200 kali
- 5) Biopsi
Dengan biopsi dapat ditemukan atau ditentukan jenis karsinomanya.
- 6) Konisasi
Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lendir serviks dan epitel gepeng dan kelenjarnya.

Konisasi dilakukan bila hasil sitologi meragukan dan pada serviks tidak tampak kelainan-kelainan yang jelas.

1.9 Penatalaksanaan

1) Radiasi

- a) Irradiasi
 - (1). Dapat dipakai untuk semua stadium
 - (2). Dapat dipakai untuk wanita gemuk tua dan pada medical risk
 - (3). Tidak menyebabkan kematian seperti operasi.
- b) Dosis
Penyinaran ditujukan pada jaringan karsinoma yang terletak diserviks
- c) Komplikasi irradiasi
 - (1). Kerentanan kandungan kencing
 - (2). Diarrhea
 - (3). Perdarahan rectal
 - (4). Fistula vesico atau rectovaginalis
- d) Cytostatika : Bleomycin, terapi terhadap karsinoma serviks yang radio resisten. 5 % dari karsinoma serviks adalah resisten terhadap radioterapi, dianggap resisten bila 8-10 minggu post terapi keadaan masih tetap sama.

2) Pembedahan

- a) Operasi
Operasi Wertheim dan limfatektomi untuk stadium I dan II, Operasi Schauta, histerektomi vagina yang radikal
- b) Irradiasi dan pembedahan
Tidak dilakukan sebagai hal yang rutin, sebab radiasi menyebabkan bertambahnya vaskularisasi, odema. Sehingga tindakan operasi berikutnya dapat mengalami kesukaran dan sering menyebabkan fistula, disamping itu juga menambah penyebaran kesistem limfe dan peredaran darah.

3) Komplementer terapi

Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Komplementer adalah penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern (Andrewset

al., 1999). Terminologi ini dikenal sebagai terapimodalitas atau aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan (Crips & Taylor, 2001). Terapi komplementer juga ada yang menyebutnya dengan pengobatan holistik. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Smith et al., 2004). Pendapat lain menyebutkan terapi komplementer dan alternatif sebagai sebuah domain luas dalam sumber daya pengobatan yang meliputi sistem kesehatan, modalitas, praktik dan ditandai dengan teori dan keyakinan, dengan cara berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada (Complementary and alternative medicine/CAM Research Methodology Conference, 1997 dalam Snyder & Lindquis, 2002). Terapi komplementer dengan demikian dapat diterapkan dalam berbagai level pencegahan penyakit.

Terapi komplementer dapat berupa promosi kesehatan, pencegahan penyakit ataupunre rehabilitasi. Bentuk promosi kesehatan misalnya memperbaiki gaya hidup dengan menggunakan terapi nutrisi. Seseorang yang menerapkan nutrisi sehat, seimbang, mengandung berbagai unsur akan meningkatkan kesehatan tubuh. Intervensi komplementer ini berkembang di tingkat pencegahan primer, sekunder, tersier dan dapat dilakukan di tingkat individu maupun kelompok misalnya untuk strategi stimulasi imajinatif dan kreatif (Hitchcock et al., 1999). Pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer mempunyai manfaat selain dapatmeningkatkan kesehatan secara lebih menyeluruh juga lebih murah. Terapi komplementer terutama akan dirasakan lebih murah bila klien dengan penyakit kronis yang harus rutinmengeluarkan dana. Pengalaman klien yang awalnya menggunakan terapi modern menunjukkan bahwa biaya membeli obat berkurang 200-300 dolar dalam beberapa bulan setelah menggunakan terapi

komplementer (Nezabudkin, 2007). Minat masyarakat Indonesia terhadap terapi komplementer ataupun yang masih tradisional mulai meningkat. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya pengunjung praktik terapi komplementer dan tradisional di berbagai tempat. Selain itu, sekolah-sekolah khusus ataupun kursuskursus terapi semakin banyak dibuka. Ini dapat dibandingkan dengan Cina yang telah memasukkan terapi tradisional Cina atau traditional Chinese Medicine (TCM) ke dalam perguruan tinggi di negara tersebut (Snyder & Lindquis, 2002). Kebutuhan perawat dalam meningkatnya kemampuan perawat untuk praktik keperawatan juga semakin meningkat. Hal ini didasari dari berkembangnya kesempatan praktik mandiri. Apabila perawat mempunyai kemampuan yang dapat dipertanggungjawabkan akan meningkatkan hasil yang lebih baik dalam pelayanan keperawatan. Jenis Terapi komplementer yang direkomendasikan untuk perawat adalah : masase, terapi musik, diet, teknik relaksasi, vitamin dan produk herbal Di Amerika terapi komplementer kedokteran dibagi empat jenis terapi : Chiropractic, Teknik Relaksasi (termasuk bagian dari Hypnomedis), Terapi Masase dan Akupunktur. Menurut National Institute of Health (NIH), terapi komplementer dikategorikan menjadi 5, yaitu : **Biological Based Practice** : herbal, vitamin, dan suplemen lain. **Mind-body techniques** : meditasi, hypnomedis. **Manipulative and body-based practice** : pijat, refleksi. **Energy therapies** : terapi medan magnet. **Ancient medical systems** : obat tradisional chinese, aryuvedic, akupunktur. Di Indonesia ada 3 jenis teknik pengobatan komplementer yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan untuk dapat diintegrasikan ke dalam pelayanan konvensional, yaitu sebagai berikut :

- a) Akupunktur medic yaitu metode yang berasal dari Cina ini diperkirakan sangat bermanfaat dalam mengatasi berbagai kondisi kesehatan tertentu dan juga sebagai analgesi (peredam nyeri). Cara kerjanya adalah dengan mengaktifasi berbagai molekul signal yang berperan sebagai komunikasi

antar sel. Salah satu pelepasan molekul tersebut adalah pelepasan endorphin yang banyak berperan pada sistem tubuh.

- b) Terapi hiperbarik, yaitu suatu metode terapi dimana pasien dimasukkan ke dalam sebuah ruangan yang memiliki tekanan udara 2 – 3 kali lebih besar daripada tekanan udara atmosfer normal (1 atmosfer), lalu diberi pernapasan oksigen murni (100%). Selama terapi, pasien boleh membaca, minum, atau makan untuk menghindari trauma pada telinga akibat tingginya tekanan udara.
- c) Terapi herbal medik, yaitu terapi dengan menggunakan obat bahan alam, baik berupa herbal terstandar dalam kegiatan pelayanan penelitian maupun berupa fitofarmaka. Herbal terstandar yaitu herbal yang telah melalui uji preklinik pada *cell line* atau hewan coba, baik terhadap keamanan maupun efektifitasnya.
- d) Berdasarkan Permenkes RI Nomor : 1109/Menkes/Per/2007 adalah :
 - Intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body interventions*) : Hipnoterapi, mediasi, penyembuhan spiritual, doa dan yoga
 - Sistem pelayanan pengobatan alternatif : akupunktur, akupresur, naturopati, homeopati, aromaterapi, ayurveda.
 - Cara penyembuhan manual : chiropractice, healing touch, tuina, shiatsu, osteopati, pijaturut.
 - Pengobatan farmakologi dan biologi : jamu, herbal, gurah.
 - Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan : diet makro nutrient, mikro nutrient.
 - Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan : terapi ozon, hiperbarik

BAB 2

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KANKER

2.1 Pengkajian

Pengkajian secara cermat mulai dari identitas klien, riwayat penyakit dahulu dan data riwayat keluarga. Data tersebut sangat membantu untuk memberikan gambaran secara rinci faktor predisposisi dan faktor presipitasi kejadian kanker. Penggunaan format pengkajian identitas klien secara umum dapat membantu untuk mengidentifikasi data data pribadi lie dan keluarga. Untuk pengajian secara spesifik dapat pula dilakukan dengan melakukan pengkajian pola ola fungsi kesehatan sebagai berikut :

1. **Pemeliharaan dan persepsi kesehatan.**
Kanker dapat diakibatkan oleh higiene yang kurang , misalnya kebersihan pada daerah kewanitaan menjadi salah satu hal yang perlu diperhatikan pada kanker serviks. Kebiasaan menggunakan bahan pembersih vagina yang mengandung zat – zat kimia juga dapat mempengaruhi terjadinya kanker serviks.
2. **Pola istirahat dan tidur.**
Pola istirahat dan tidur pasien dapat terganggu akibat dari nyeri akibat progresivitas dari kanker . Gangguan dapat berupa berkurangnya volume tidur , perubahan pola tidur atau gangguan tidur yang lain.
3. **Pola eliminasi**
Dapat terjadi pada kondisi metastase kanker ke organ sistem pencernaan atau perkemihan. Jika ini terjadi maka dapat menyebabkan gangguan berupa inkontinensia urine akibat dari uterus yang menekan kandung kemih. Dapat pula terjadi disuria serta hematuria. Selain itu bisa juga terjadi inkontinensia alvi akibat dari peningkatan tekanan otot abdominal atau kerusakan usus atau kolon.
4. **Pola nutrisi dan metabolik**
Asupan nutrisi pada klien dengan kanker harus cukup memenuhi zat gizi yang dibutuhkan klien. Kaji jenis makanan yang biasa dimakan oleh klien serta pantau berat badan. Kanker serviks yang terjadi pada Ibu yang sedang hamil juga dapat mengganggu perkembangan janin.
5. **Pola kognitif – perseptual**

Klien dengan kanker daerah otak dapat mengalami gangguan pada proses berpikir (kognitif) misalnya gangguan memori, baik jangka anjang maupun jangka pendek. Gangguan kognitif yang lain berupa bicara melantur (inkoheren) akibat sistem saraf pusat sudah mengalami kerusakan akibat metastase kanker . Gangguan pesersepsi dapat terjadi pada panca indra meliputi gangguan persepsi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, pengecap apabila sudah metastase ke organ sistem indera.

6. Pola persepsi dan konsep diri
Pasien kadang merasa malu terhadap orang sekitar karena mempunyai penyakit kanker , keyakinan yang salah tentang kejadian kanker juga dapat terjadi pada klien akibat dari persepsi yang salah terhadap kanker yang terjadi di masyarakat.
7. Pola aktivitas dan latihan.
Kaji kemampuan klien dalam melakukan aktivitas dan latihan, amati timbulnya perubahan atau keterbatasan aktifitas dan latihan . Pengkajian aktfitas dan latihan dapat menggunakan skala / skor kemampuan perawatan diri (0= mandiri, 1= alat bantu, 2= dibantu orang lain, 3= dibantu orang lain dan alat, 4= tergantung total).
8. Pola seksualitas dan reproduksi
Kaji apakah terdapat perubahan pola seksulitas dan reproduksi pasien selama pasien menderita penyakit ini. Pada pola seksualitas pasien akan terganggu akibat dari rasa nyeri yang selalu dirasakan pada saat melakukan hubungan seksual (dispareuni) serta adanya perdarahan setelah berhubungan. Serta keluar cairan encer (keputihan) yang berbau busuk dari vagina pada kondisi kanker organ reproduksi.
9. Pola manajemen koping stress
Kaji cara klien mengatasi masalah-masalahnya, kemungkinan munculnya koping mal adaptif, seperti denial, angry, bergaining . Bagaimana manajemen koping klien , kaji kemungkinan klien tidak dapat menerima kondisinya sakitnya atau menolak kondisi sakitnya.
10. Pola peran - hubungan
Bagaimana pola peran hubungan pasien dengan keluarga atau lingkungan sekitarnya. Apakah penyakit ini dapat mempengaruhi pola peran dan hubungannya, menyebabkan gangguan hubungan keluarga dan masyarakat.

11. Pola keyakinan dan nilai

Kaji apakah penyakit pasien mempengaruhi pola keyakinan dan nilai yang diyakini, kemungkinan munculnya keyakinan yang salah tentang sakitnya atau penyebab sakitnya.

2.2 Diagnosis

1. Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia 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).

Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin,serotonin,dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim,2002). Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan,2010).

2. Self efficacy

Self efficacy pasien kanker perlu dilakukan modifikasi karena *self efficacy* adalah rasa kepercayaan atau keyakinan seseorang bahwa dia dapat menunjukkan perilaku yang dituntut dalam situasi yang spesifik. *Self efficacy* lebih mengarahkan pada penilaian individu akan kemampuannya dalam hal ini untuk mengontrol perilaku yang dialaminya (Bandura, 1994). Ekspektasi *self efficacy* sangat penting karena pasien seharusnya percaya dan yakin bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk melakukan respon yang diharapkan agar dapat membawa perubahan. Klien yang memiliki *self efficacy* yang tinggi dapat menurunkan perilaku depresi sebaliknya *self efficacy* yang rendah dapat menyebabkan depresi pada penderita kanker (Tailor, 1995). *Self efficacy* adalah kemampuan untuk menyadari, menerima, dan mempertanggungjawabkan semua potensi keterampilan atau keahlian secara tepat. Orang yang memiliki *self efficacy*

akan menempatkan diri pada posisi yang tepat. *Self efficacy* pada pasien kanker yang mengalami depresi berfokus pada keyakinan pasien untuk mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung penerimaan terhadap penyakitnya dan menurunkan tingkat depresinya

3. Cemas

Ansietas atau kecemasan merupakan respons individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan merupakan pengalaman subjektif dari individu dan tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa objek yang spesifik. (Suliswati, Anita Payapo, Maruhawa, Sianturi, & Sumijatun, 2005). Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi yang seperti ini tidak memiliki objek yang spesifik. Ansietas dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Ansietas merupakan respons emosional terhadap penilaian tersebut. (Stuart, 2006) 15 Kecemasan berbeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya objek atau sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu. Rasa takut terbentuk dari proses kognitif yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam. Ketakutan disebabkan oleh hal yang bersifat fisik dan psikologis ketika individu dapat mengidentifikasi dan menggambarkannya. (Suliswati et al., 2005) Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017). Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi, ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka, yang walaupun tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terus terjadi. (Videbeck, 2008)

4. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang menyerang salah satu anggota tubuh dan bertahan lebih dari enam bulan. Pada

beberapa kasus, sinyal nyeri yang ada pada sistem saraf akan tetap aktif selama bertahun-tahun. Hal ini biasanya menimbulkan efek fisik, psikologis dan emosional, tergantung dari tingkat nyeri yang dirasakan. Sebagian orang mungkin mengalami nyeri ringan dan sedikit rasa tidak nyaman, sebagian yang lain mungkin menderita nyeri yang parah dan sangat mengganggu. Panjang serangan juga berbeda-beda: beberapa orang mungkin hanya menderita nyeri dalam waktu yang singkat, namun sebagian lainnya dapat menderita nyeri yang berkepanjangan.

Menurut penelitian, nyeri kronis menyerang hingga 50 juta orang di Amerika Serikat. Meskipun penelitian terus dilakukan untuk mengatasi kondisi ini, namun hal tersebut masih sulit untuk dikendalikan hingga saat ini. Meskipun berbagai metode pengobatan dikembangkan, namun mereka hanya membantu menyembuhkan 58% dari keseluruhan penderita kondisi ini. Penting untuk mengetahui bagaimana tubuh kita bereaksi terhadap rasa sakit. Karena nyeri timbul akibat rangsangan saraf yang menghantarkan sinyal ke otak, namun hal ini juga dapat disebabkan bukan hanya oleh kerusakan pada jaringan, tapi juga karena faktor psikologis dan sosial. Penelitian juga menemukan bahwa meskipun untuk mengatasi penyebab utama dari kondisi ini merupakan suatu hal yang penting, namun hal tersebut tidak dapat 100% mengatasi nyeri yang timbul.

2.3 Perencanaan dan pelaksanaan

1. Manajemen depresi

Penatalaksanaan kanker secara garis besar tergantung pada stadiumnya, pada umumnya meliputi terapi operasi, radioterapi, khemoterapi, dan simptomatik, yang cenderung pada pengobatan fisik pasien. Selain jenis-jenis terapi tersebut di atas, agar lebih manusiawi diberikan juga terapi psikologis (psikoterapi, konseling) dan terapi psikoreligi. Untuk mengatasi masalah psikologis (depresi) perlu dilakukan secara cermat dengan tahapan-tahapan sebagai berikut :

- a. Perkenalkan diri dengan klien dengan cara menyapa klien dengan ramah, baik verbal dan non verbal, selalu

- kontak mata selama interaksi dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
- b. Lakukan interaksi dengan pasien sesering mungkin dengan sikap empati
 - c. Dengarkan pernyataan pasien dengan sikap sabar empati dan lebih banyak memakai bahasa non verbal. Misalnya: memberikan sentuhan, anggukan.
 - d. Perhatikan pembicaraan pasien serta beri respons sesuai dengan keinginannya
 - e. Bicara dengan nada suara yang rendah, jelas, singkat, sederhana dan mudah dimengerti
 - f. Terima pasien apa adanya tanpa membandingkan dengan orang lain.
 - g. Klien dapat menggunakan koping adaptif
 - h. Beri dorongan untuk mengungkapkan perasaannya dan mengatakan bahwa perawat memahami apa yang dirasakan pasien.
 - i. Tanyakan kepada pasien cara yang biasa dilakukan mengatasi perasaan sedih/menyakitkan
 - j. Diskusikan dengan pasien manfaat dari koping yang biasa digunakan
 - k. Bersama pasien mencari berbagai alternatif koping.
 - l. Beri dorongan kepada pasien untuk memilih koping yang paling tepat dan dapat diterima
 - m. Beri dorongan kepada pasien untuk mencoba koping yang telah dipilih.
 - n. Anjurkan pasien untuk mencoba alternatif lain dalam menyelesaikan masalah.

2. Manajemen self efficacy

Perawat dapat memberikan pemenuhan spiritual yang lebih pada saat pasien akan dioperasi, pasien kritis atau menjelang ajal. Dengan demikian, terdapat keterkaitan antara keyakinan dengan pelayanan kesehatan dimana kebutuhan dasar manusia yang diberikan melalui pelayanan kesehatan tidak hanya berupa aspek biologis, tetapi juga aspek spiritual (Potter & Perry, 2005). Menurut Achir Yani (2008), perawat sebagai orang pertama yang secara konsisten selama 24 jam menjalin kontak dengan pasien, berperan dalam memberikan pemenuhan kebutuhan spiritual bagi pasien. Salah satu

implementasi atau pelaksanaan dari perawatan spiritual yang dapat dilakukan adalah meningkatkan keyakinan, mengusahakan kemudahan seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan yang diyakini pasien dan memberi kelonggaran bagi pasien untuk berintegrasi dengan keluarga dan teman, serta memberikan bimbingan do'a kepada pasien

3. Manajemen cemas

Penatalaksanaan Farmakologi Pengobatan untuk anti ansietas terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan ketergantungan. Obat anti ansietas nonbenzodiazepine, seperti buspiron (buspar) dan berbagai anti depresan juga digunakan.(Ann Isaacs, 2005) b. Penatalaksanaan Non Farmakologi 1) Distraksi Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan ansietas dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap ansietas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus ansietas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli ansietas yang ditransmisikan ke otak. Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan memberikan dukungan spiritual (membaca doa sesuai agama dan keyakinannya), sehingga dapat menurunkan hormone-hormonstressor, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, ansietas dan tegang, memperbaiki sistem kimia, tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas 25 gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, dan metabolisme yang lebih baik. (Potter & Perry, 2010) 2) Relaksasi Terapi relaksasi yang dilakukan dapat berupa terapi meditasi, relaksasi imajinasi, dan visualisasi serta relaksasi progresif. Terapi meditasi merupakan terapi yang mempunyai unsur agama, terapi yang dapat mengatasi masalah psikis dengan pendekatan agama dapat menggunakan terapi psikoreligius. Terapi

psikoreligius dapat mengatasi ansietas yang dapat dilakukan secara sederhana sesuai dengan agama dan keyakinan yang dianut, terapi ini efektif dalam mengatasi ansietas yang dialami oleh seseorang.

4. Manajemen nyeri

Berdasarkan kekuatan obat anti nyeri kanker, dikenal 3 tingkatan obat, yaitu :

- a. Nyeri ringan (VAS 1-4) : obat yang dianjurkan antara lain Asetaminofen, OAINS (Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid)
- b. Nyeri sedang (VAS 5-6) : obat kelompok pertama ditambah kelompok opioid ringan seperti kodein dan tramadol
- c. Nyeri berat (VAS 7-10) : obat yang dianjurkan adalah kelompok opioid kuat seperti morfin dan fentanil (sumber : Sjaifoellah Noer. 1996)

Selain obat-obatan tersebut, beberapa prosedur dan teknik yang digunakan untuk mengatasi nyeri kronis antara lain:

- a. Perawatan di rumah seperti teknik bersantai alami serta istirahat dan tidur yang cukup
- b. Latihan ringan seperti peregangan, berjalan, berenang, dan bersepeda
- c. Terapi fisik
- d. Terapi pijat
- e. Yoga atau terapi meditasi
- f. Terapi pijat tulang atau chiropractic
- g. Pemberian obat melalui aliran darah
- h. Tusuk jarum atau akupunktur
- i. Rangsangan saraf
- j. Pelatihan pikiran untuk mengendalikan fungsi tubuh atau Biofeedback
- k. Psikoterapi seperti terapi perilaku kognitif
- l. Pembedahan**

Untuk memenuhi kebutuhan emosional dan psikologis, pasien juga dianjurkan untuk menjalani sesi konseling. Tujuan utama dari pengobatan adalah untuk mengatasi nyeri, atau paling tidak mengurangi tingkat rasa sakit sehingga pasien tidak terlalu terganggu. Adalah hal yang wajar bagi pasien untuk mengalami nyeri secara

berkelanjutan, selama tidak mengganggu kegiatan mereka sehari-hari.

Beberapa pilihan perawatan mungkin akan digabung menjadi satu, dan pasien perlu untuk membahas hal ini dengan dokter mereka. Rencana pengobatan memang harus disusun secara matang untuk mendapatkan hasil yang efektif dan maksimal. Jika nyeri tidak kunjung hilang atau malah bertambah buruk, maka rencana pengobatan dapat disesuaikan seperlunya.

2.4 Evaluasi

Respons pasien dan atau keluarga

1. Menjelaskan tentang pemahaman kanker
2. Menjelaskan dan melakukan secara mandiri untuk meminimalkan komplikasi
3. Mengetahui dan bertindak bila ada perubahan yang harus dilaporkan atau ditangani dengan segera
 - a. Kesiapan fisik dan mental pasien dalam pengobatan
 - b. Pentingnya peran keluarga dan orang-orang terdekat pasien untuk pengertian/ dukungan moral dan dana dalam pengobatan.
 - c. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan kemoterapi harus yang sudah terlatih/sertifikat dan bekerja sesuai SPO Rumah sakit harus menyediakan sarana dan fasilitas agar penanganan kanker aman bagi petugas dan lingkungan .

BAB 3

KONSEP RELIGIUSITAS DALAM KEPERAWATAN KLIEN KANKER

3.1. RELIGIUSITAS

3.1.1 Pengertian Religiusitas

Hawari menyatakan bahwa religiusitas merupakan penghayatan keagamaan atau kedalaman kepercayaan yang diekspresikan dengan melakukan ibadah sehari-hari, berdoa dan membaca kitab suci. Religiusitas diwujudkan dalam berbagai sisi kehidupan berupa aktivitas yang tampak dan dapat dilihat oleh mata, serta aktivitas yang tidak tampak yang terjadi dalam hati seseorang. (Djamaludin Ancok dan Fuat Nashori Suroso, 2005:76).

Agama, dalam pengertian Glock dan Stark (dalam Ancok & Suroso, 2004) adalah sistem simbol, sistem keyakinan, sistem nilai, dan sistem perilaku yang terlembagakan, yang semuanya itu berpusat pada persoalan-persoalan yang dihayati sebagai yang paling maknawi (*ultimate meaning*). Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Ancok dan Suroso, agama adalah sebuah sistem yang berdimensi banyak (dalam Ancok & Suroso, 2004). Menurut Rakhmat (2004), religiusitas dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan yang ada dalam diri individu yang mendorongnya untuk bertingkah laku sesuai dengan kadar ketaatannya terhadap agama.

Pernyataan Kibuka (2005) yang menyatakan bahwa religiusitas merupakan perasaan spiritual yang berkaitan dengan model perilaku sosial dan individual, yang membantu seseorang mengorganisasikan kehidupan sehari-harinya. Gladding, Lewis dan Adkins (dalam Glover, 1997) mengemukakan bahwa religiusitas merupakan tujuan dan intensitas keyakinan religius seseorang, termasuk keyakinan akan adanya Tuhan, hubungan antara keyakinan dan tindakan personal, usaha religius, dan konsistensi antara keyakinan dan tindakan dalam istilah "orang religius" pada umumnya. Individu yang religiusitasnya tinggi cenderung lebih berorientasi internal, melihat tujuan akhir dari kehidupan.

3.1.2 Dimensi Religiusitas

Keberagaman atau religiusitas diwujudkan dalam berbagai sisi kehidupan manusia. Aktivitas beragama bukan hanya terjadi ketika seseorang melakukan perilaku ritual (beribadah), tapi juga ketika melakukan aktivitas lain yang didorong oleh kekuatan akhir, bukan hanya yang berkaitan dengan aktivitas yang tampak dan

dapat dilihat mata, tapi juga aktivitas yang tak tampak dan terjadi dalam hati seseorang. Berdasarkan hal tersebut, keberagamaan seseorang akan meliputi berbagai macam sisi atau dimensi (Ancok&Suroso,2004).

Glock dan Stark (dalamAncok dan Suroso,2004) menyatakan bahwa ada lima dimensi religiusitas, yaitu:

- a. Dimensi keyakinan (ideologis)
Dimensi ini berisi pengharapan-pengharapan dimana orang religius berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu dan mengakui kebenaran doktrin- doktrin tersebut.
- b. Dimensi peribadatan atau praktik agama (ritualistik)
Dimensi ini mencakup perilaku pemujaan, ketaatan, dan hal-hal yang dilakukan orang untuk menunjukkan komitmen terhadap agama yang dianutnya. Praktik-praktik keagamaan ini terdiri dari dua kelas penting, yaitu:
 1. Ritual, mengacu kepada seperangkat ritus, tindakan keagamaan formal dan praktik-praktik suci yang semua mengharapkan para pemeluk melaksanakannya.
 2. Ketaatan. Apabila aspek ritual dari komitmen sangat formal dan khas publik, semua agama yang dikenal juga mempunyai seperangkat tindakan persembahan dan kontemplasi personal yang relatif spontan, informal, dan khas pribadi.
- c. Dimensi pengalaman atau penghayatan (eksperiensial).
Dimensi ini berisikan dan memperhatikan fakta bahwa semua agama mengandung pengharapan-pengharapan tertentu, meski tidak tepat jika dikatakan bahwa seseorang yang beragama dengan baik pada suatu waktu akan mencapai pengetahuan subyektif dan langsung mengenai kenyataan terakhir (kenyataan terakhir bahwa ia akan mencapai suatu kontak dengan kekuatan supernatural).
Dimensi ini berkaitan dengan pengalaman keagamaan, perasaan, persepsi, dan Sensasi yang dialami seseorang atau didefinisikan oleh suatu kelompok keagamaan (atau suatu masyarakat) yang melihat komunikasi, walaupun kecil, dalam suatu esensi ketuhanan, yaitu dengan Tuhan, kenyataan terakhir, dengan otoritas transendental.
- d. Dimensi pengetahuan agama (intelektual)
Dimensi ini mengacu kepada harapan bahwa orang-orang yang beragama paling tidak memiliki sejumlah minimal pengetahuan mengenai dasar-dasar keyakinan, ritus-ritus,

- kitab suci, dan tradisi-tradisi.
- e. Dimensi pengamalan (konsekuensial)
Dimensi ini mengacu pada identifikasi akibat-akibat keyakinan keagamaan, praktik, pengalaman, dan pengetahuan seseorang dari hari ke hari. Walaupun agama banyak menggariskan bagaimana pemeluknya seharusnya berpikir dan bertindak dalam kehidupan sehari-hari, tidak sepenuhnya jelas sebatas mana konsekuensi- konsekuensi agama merupakan bagian dari komitmen keagamaan atau semata- mata berasal dari agama (Ancok&Suroso,2004).

3.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Religiusitas.

Thouless (2000), membedakan faktor-faktor yang memengaruhi sikap keagamaan menjadi empat macam, yaitu:

- a. Pengaruh pendidikan atau pengajaran dan berbagai tekanan sosial
Faktor ini mencakup semua pengaruh sosial dalam perkembangan keagamaan itu, termasuk pendidikan dari orang tua, tradisi-tradisi sosial, tekanan dari lingkungan sosial untuk menyesuaikan diri dengan berbagai pendapat dan sikap yang disepakati oleh lingkungan itu.
- b. Faktor pengalaman
Berkaitan dengan berbagai jenis pengalaman yang membentuk sikap keagamaan . Terutama pengalaman mengenai keindahan, konflik moral dan pengalaman emosional keagamaan. Faktor ini umumnya berupa pengalaman spiritual yang secara cepat dapat mempengaruhi perilaku individu.
- c. Faktor kehidupan
Kebutuhan-kebutuhan ini secara garis besar dapat menjadi empat, yaitu : (a). Kebutuhan akan keamanan atau keselamatan, (b).kebutuhan akan cinta kasih, (c). Kebutuhan untuk memperoleh harga diri, dan (d). kebutuhan yang timbul karena adanya ancaman kematian.
- d. Faktor intelektual
Faktor intelektual berkaitan dengan berbagai proses penalaran verbal atau rasionalisasi.

3.1.4 Efek Agama Pada Kesehatan Fisik dan Mental (Koenig dalam Rakhmat,2005)

Secara umum, kesalehan dan seringnya mengikuti kegiatan agama, baik sendirian ataupun bersama, berhubungan dengan kesehatan mental yang lebih baik. Secara lebih spesifik:

- a. Sejumlah besar penduduk Amerika (sekitar 20-40%) mengatakan bahwa agama ialah salah satu dari faktor yang membantu mereka mengatasi situasi hidup yang penuh stress.
- b. Penggunaan agama sebagai perilaku koping berkaitan dengan harga diri yang lebih tinggi dan depresi yang lebih rendah, terutama dikalangan orang-orang yang cacat fisik. Agama juga dapat meramalkan siapa yang akan atau tidak akan mengalami depresi.
- c. Komitmen agama yang taat (terutama keberagamaan intrinsik) berkaitan dengan tingkat depresi yang lebih rendah, penyembuhan dari depresi yang lebih cepat, kesejahteraan dan moril yang lebih tinggi, harga diri yang lebih baik, *locus control* yang internal, perkawinan yang lebih bahagia, penyesuaian diri yang lebih cepat pada pasien yang menderita dimensia atau kanker stadium terakhir.
- d. Kegiatan agama sendirian, seperti sembahyang, membaca alkitab, berkaitan dengan kesehatan yang lebih besar, kepuasan hidup yang lebih tinggi, kecemasan mati yang lebih rendah, dan tingkat alkoholisme serta penggunaan obat yang lebih rendah pula. Intervensi psikoterapis untuk mengatasi depresi dan *anxiety disorder* yang mengintegrasikan agama dengan psikoterapi mempercepat penyembuhan lebih tinggi dari teknik psikoterapi sekuler saja.

3.2. Terapi psikoreligius pada klien kanker

Pada bagian ini akan diuraikan keseluruhan hasil penelitian terapi psikoreligi pada pasien kanker. Pembahasan dimulai dengan memberikan gambaran umum subjek penelitian dilanjutkan dengan analisa hasil penelitian dan pembahasan.

3.2.1 Gambaran umum tempat penelitian.

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pacarkeling Surabaya. Puskesmas Pacarkeling Surabaya melaksanakan program terapi paliatif bagi pasien kanker. Adapun jenis kanker yang mendapatkan pelayanan paliatif meliputi kanker payu dara, cervix, laring, leukemia, colon, paru, meningoma. Pasien yang digunakan

dalam penelitian ini adalah pasien dengan kanker payu dara dan kanker rahim yang kontrol ke Puskesmas Pacarkeling Surabaya.

Proses pengumpulan data peneliti mengambil data dengan cara menjangkau pasien yang sedang kontrol di Puskesmas Pacarkeling, dan melakukan kunjungan rumah. Jumlah pasien kanker yang digunakansampel dalam penelitian ini total sebanyak 18 orang. 9 orang digunakan sebagai kelompok perlakuan dan 9 orang digunakan sebagai kelompok kontrol.

3.2.2 Data umum

Data umum pada penelitian meliputi umur dan pendidikan pasien kanker. Data umur dan pendidikan disajikan dalam bentuk distribusi frekwensi.

a. Distribusi frekwensi pendidikan pasien kanker

Pendidikan pasien kanker pada kelompok perlakuan sebagian besar sekolah dasar 5(55.6%), dan sebagian kecil 2 (22.2%) SLTP dan SLTA. Pada kelompok kontrol hampir setengahnya berpendidikan SLTA 4(44.4%), dan sebagian kecil 2 (22.2%) SLTP. Hasil uji menunjukkan pendidikan pada kelompok kontrol dan perlakuan homogen karena memiliki nilai signifikansi 0,558 ($p > 0,05$). Selanjutnya untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Pendidikan pasien kanker kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Puskesmas Pacarkeling tahun 2013

Pendidikan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	Persentase	f	Persentase
SD	5	55.6 %	3	37.4%
SLTP	2	22.2 %	2	22.2%
SLTA	2	22.2 %	4	44.4%
Total	9	100 %	9	100%
Sig. (2-tailed)	0,558			

b. Distribusi frekwensi umur pasien kanker

Umur pasien kanker pada kelompok perlakuan hampir setengahnya berumur 51– 60 tahun 4 (45 %), dan sebagian kecil 1 (11 %) berumur lebih dari 71 tahun dan 31-40 tahun. Pada kelompok kontrol sebagian kecil berumur 41-50 tahun dan sebagian

kecil 1 (11 %) berumur lebih dari 71 tahun . Hasil uji menunjukkan usia pada kelompok kontrol dan perlakuan homogen karena memiliki nilai signifikansi 0,334 ($p > 0,05$). Selanjutnya untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2
Usia pasien kanker kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Puskesmas Pacarkeling tahun 2013

Usia	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	Persentase	f	Persentase
20- 30 th	0		1	11 %
31 – 40 th	1	11 %	1	11 %
41 – 50 th	0		2	22,5 %
51 – 60 th	4	45 %	2	22,5 %
61 – 70 th	3	33 %	2	22 %
>71 th	1	11 %	1	11 %
Total	9	100 %	9	100%
Sig. (2-tailed)	0,334			

3.2.3 Data Khusus

a. Pengaruh terapi psikoreligi terhadap *Self Efficacy* klien kanker

Untuk melihat perbedaan sebelum dan setelah pada kelompok kelompok perlakuan dan kontrol dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.3
Perbedaan Sebelum dan Setelah Pada Variabel *Self Efficacy* Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Self Efficacy	Kelompok			
	Kontrol		Perlakuan	
	Pre	Post	Pre	Post
Rendah	8	8	9	0
	88,9%	88,9%	100%	0%
Tinggi	1	1	0	9
	11,1%	11,1%	0%	100%
Total	9	9	9	9
	100%	100%	100%	100%
Sig	1,000		0,003	
Sig Pre	0,317			
Sig Post	0,000			

Hasil perhitungan menunjukkan pada kelompok kontrol bahwa responden yang memiliki kategori *self efficacy* post sama dengan pada saat pre ada 9 responden. Hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 1,000. Oleh karena signifikansi lebih besar dari 0,05 maka dikatakan tidak ada perbedaan *self efficacy* pada kelompok kontrol sebelum dan setelah perlakuan.

Sedangkan pada kelompok perlakuan, responden yang memiliki kategori *self efficacy* post lebih tinggi dibandingkan pre ada 9 responden. Hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,003. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan *self efficacy* pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat *self efficacy* yang lebih tinggi atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan.

Hasil perhitungan statistic dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,317. Nilai signifikansi ini lebih besar dari 0,05 sehingga tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel *self efficacy* pada pre test. Sedangkan pada post test diperoleh nilai signifikansi 0,000. Nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0,05 sehingga ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel *self efficacy*.

Setelah dipastikan terdapat perbedaan *self efficacy* kelompok perlakuan pre dan post test, maka langkah selanjutnya adalah menguji perbedaan dari masing – masing aspek *self efficacy* yang terdiri dari pengalaman masa lalu, model perilaku, persuasi dari orang lain, keadaan fisik & emosional. Uji yang digunakan untuk melihat perbedaan tersebut adalah uji t. Berikut hasil selengkapnya :

Tabel 3.4
Perbedaan Aspek Variabel *Self Efficacy* Pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Aspek Self Efficacy	Kelompok					
	Kontrol			Perlakuan		
	Mean Pre	Mean Post	Hasil Uji t	Mean Pre	Mean Post	Hasil Uji t
Pengalaman masa lalu	2,78	2,89	0,347	3,00	6,67	0,000
Model perilaku orang lain	2,78	2,56	0,169	3,00	6,33	0,000
Persuasi dari orang lain	4,00	3,89	0,729	4,56	10,44	0,000
Keadaan fisik dan emosional	3,89	3,78	0,347	4,33	10,11	0,000

Tabel di atas menunjukkan bahwa masing – masing aspek dari *Self efficacy* pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dengan nilai $p > 0,05$. Dengan hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman masa lalu, model perilaku orang lain, persuasi orang lain dan keadaan fisik emosional pasien sebelum dan setelah terapi religi relatif tetap, meningkat relative kecil atau bahkan menurun.

Sedangkan pada kelompok perlakuan masing – masing aspek dari *Self efficacy* menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan dengan nilai $p < 0,05$. Dengan hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman masa lalu, model perilaku orang lain, persuasi orang lain dan keadaan fisik emosional pasien sebelum dan setelah terapi psikoreligi (dzikir sholawat) menjadi lebih baik atau meningkat. Berdasarkan dari angka selisih sebelum dan setelah perlakuan menunjukkan bahwa aspek persuasi dari orang lain merupakan aspek dengan perubahan terbesar dibandingkan aspek yang lain. Sedangkan aspek dengan selisih terendah, pada aspek model perilaku orang lain.

Tahap selanjutnya adalah melihat perbedaan antar aspek pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol baik pre test maupun post test. Berikut table selengkapnya :

Tabel 3.5
Perbedaan Aspek variabel *Self Efficacy* Tahapan Pre dan post Test
Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Aspek <i>Self Efficacy</i>	Tahapan					
	Pre			Post		
	Kontrol	Perlakuan	Sig.	Kontrol	Perlakuan	Sig.
Pengalaman masa lalu	2,78	3,00	0,714	2,89	6,67	0,000
Model perilaku orang lain	2,78	3,00	0,675	2,56	6,33	0,000
Persuasi dari orang lain	4,00	4,56	0,286	3,89	10,44	0,000
Keadaan fisik dan emosional	3,89	4,33	0,372	3,78	10,11	0,000

Tabel menunjukkan bahwa sebelum mendapatkan terapi psikoreligi dengan dzikir Sholawat kondisi kelompok perlakuan dan kontrol mempunyai tingkat pengalaman masa lalu, model perilaku orang, persuasi orang lain dan keadaan fisik dan emosional yang sama. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji t yang menunjukkan tingkat signifikansi lebih besar dari 0,05. Jika dilihat dari nilai mean juga

menunjukkan bahwa aspek – aspek *self efficacy* antara kelompok perlakuan dan kontrol relative tidak jauh berbeda.

Setelah mendapatkan terapi religi dengan dzikir sholawat pada kelompok perlakuan mempunyai tingkat pengalaman masa lalu, model perilaku orang, persuasi orang lain dan keadaan fisik dan emosional yang lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol yang tidak melakukan terapi religi dengan dzikir sholawat. Adanya perbedaan nilai mean tersebut diperkuat dengan hasil uji t yang menunjukkan bahwa tingkat signifikansi untuk semua aspek lebih besar dari 0,05 sehingga perubahan aspek *self efficacy* dari sisi pengalaman masa lalu, model perilaku orang lain, persuasi orang lain dan keadaan fisik dan emosional setelah melakukan dzikir sholawat sangat jelas dibandingkan yang tidak melakukan dzikir.

b. Pengaruh terapi psikoreligi terhadap depresi pasien kanker

Untuk melihat perbedaan depresi sebelum dan sesudah antara kelompok kontrol dan perlakuan dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.6
Perbedaan Sebelum dan Setelah Pada Variabel Depresi
Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Depresi	Kelompok			
	Kontrol		Perlakuan	
	Pre	Post	Pre	Post
Tidak	0	0	0	6
	-	-	-	66,7 %
Ringan	0	0	0	1
	-	-	-	11,1%
Sedang	2	2	1	2
	22,2 %	22,2 %	11,1%	22,2 %
Berat	7	7	8	0
	77,8%	77,8%	88,9%	-
Total	9	9	9	9
	100%	100%	100%	100%
Sig	1,000		0,007	
Sig Pre	0,145			
Sig Post	0,000			

Hasil perhitungan menunjukkan pada kelompok kontrol bahwa responden yang memiliki kategori depresi post sama dengan

kategori depresi pada pre ada 9 responden. Hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 1,000. Oleh karena signifikansi lebih besar dari 0,05 maka dikatakan tidak ada perbedaan depresi pada kelompok kontrol sebelum dan setelah. Sedangkan pada kelompok perlakuan nilai signifikansi sebesar 0,007. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan depresi pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat depresi yang lebih rendah atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan.

Hasil perhitungan statistic dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,145. Nilai signifikansi ini lebih besar dari 0,05 sehingga tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel depresi pada pre test. Sedangkan pada post test diperoleh nilai signifikansi 0,000. Nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0,05 sehingga ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel depresi

c. Hubungan antara *self efficacy* dengan depresi pada pasien kanker

Untuk melihat hubungan *self efficacy* dengan depresi dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.7

Hubungan *self efficacy* dengan depresi kelompok perlakuan

Sel Efficacy	Depresi				Total
	Tidak	Ringan	Sedang	Berat	
Rendah	-	-	-	-	-
Tinggi	6	1	2	-	9
Sig. (2-tailed)	0,000				9

Hasil penelitian menunjukkan ada korelasi yang signifikan antara *self efficacy* dengan depresi, dengan tingkat signifikansi 0,000. Melihat dari nilai korelasinya maka korelasi depresi dengan *self efficacy* termasuk kategori sangat kuat karena bernilai lebih dari 0,8. Kemudian arah hubungan menunjukkan hasil negatif, yang berarti ada hubungan yang berlawanan antara depresi dengan *self efficacy*. Semakin tinggi depresi maka semakin rendah *self efficacy*-nya, dan sebaliknya semakin rendah depresi maka *self efficacy*-nya akan meningkat.

3.2.4 Pembahasan

a. Pengaruh terapi psikoreligi terhadap *Self Efficacy* pasien kanker

Hasil penelitian membuktikan bahwa ada peningkatan *self efficacy* setelah pemberian terapi psikoreligi dengan dzikir sholawat. Hal ini ditunjukkan dengan hasil perhitungan pada kelompok perlakuan bahwa 9 pasien kanker memiliki kategori *self efficacy* post lebih tinggi dibandingkan pre. Hasil penelitian ini menjadi dasar bahwa terapi psikoreligi dengan dzikir sholawat dapat digunakan sebagai metode untuk meningkatkan *self efficacy*.

Sebagai hasilnya, keyakinan mengenai *self efficacy* merupakan penentu yang kuat dalam pencapaian hasil yang akan diperoleh oleh pasien dengan kanker karena perasaan *self efficacy* dapat memberikan kontribusi yang penting dalam hal penyelesaian masalah dengan kemampuan yang dimiliki. Sesuai dengan Bandura (1997), bahwa *self efficacy* memberikan peranan bagaimana cara seseorang, merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan bertingkah laku yang baik secara langsung maupun mempengaruhi hasil yang dicapainya.

Beck dalam Retno, 2001 mengatakan bahwa *self efficacy* mempengaruhi pola pikir dan reaksi emosional individu, baik dalam menghadapi situasi saat ini maupun dalam mengantisipasi situasi yang akan datang. Pasien dengan kanker yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan mampu menghadapi situasi yang dihadapi saat ini sehingga perasaan depresi yang dialami akan menurun. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian. Hasil perhitungan menunjukkan pada kelompok setelah diberi perlakuan, untuk kelompok perlakuan mempunyai nilai mean rank lebih rendah dibandingkan kelompok control.

Menurut Bandura (1994, dalam Ariani, 2011) *self efficacy* seseorang berkembang melalui empat sumber utama yaitu pengalaman pribadi/ pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal serta kondisi fisik dan emosional yang dapat dijabarkan berikut:

- 1). Pengalaman langsung dan pencapaian prestasi (*enactive attainment and performance accomplishment*).

Hal ini merupakan cara paling efektif untuk membentuk *self efficacy* yang kuat. Seseorang yang memiliki pengalaman sukses cenderung menginginkan hasil yang cepat dan lebih mudah jatuh karena kegagalan. Beberapa kesulitan dan kegagalan diperlukan untuk membentuk individu yang kuat dan mengajarkan manusia

bahwa kesuksesan membutuhkan suatu usaha, seseorang yang memiliki keyakinan akan sukses mendorongnya untuk bangkit dan berusaha untuk mewujudkan kesuksesan tersebut.

2). Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain dan meniru perilakunya untuk mendapatkan seperti apa yang didapatkan oleh orang lain tersebut.

3). Persuasi Verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Dengan persuasi verbal, individu mendapat sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dengan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut dan sebaliknya seseorang dapat menjadi gagal karena pengaruh atau sugesti buruk dari lingkungannya.

4). Kondisi fisik dan emosional (*physiological and emosional state*)

Kelemahan, nyeri dan ketidaknyamanan dianggap sebagai hambatan fisik yang dapat mempengaruhi *self efficacy*, kondisi emosional juga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan terkait *self efficacy*-nya.

Hasil statistik yang menguji perbedaan *self efficacy* dan aspek – aspek *self efficacy* dengan uji *Mann Whitney* dan uji *t*, ini didukung oleh hasil observasi dan wawancara yang peneliti lakukan pada pasien yang melakukan terapi dzikir sholawat. Untuk aspek pengalaman masa lalu pasien yang sebelumnya tidak mampu mengatasi masalah, semua tergantung pada suami atau keluarga setelah dua minggu menjalankan terapi dzikirsholawat masalah yang dialami bisa diselesaikan, dengan sedikit bantuan suami atau keluarga yang lain.

Kemudian dari aspek model perilaku yang sebelumnya responden tidak mampu belajar dari orang lain yang mengalami sakit yang sama dan menganggap sakitnya parah kemudian setelah 2 minggu menjalani terapi dzikir sholawat menjadi menerima dan pasra kepada allah SWT.

Kemudian aspek persuasi dari orang lain pada kondisi awal responden menerapkan dzikir yang biasa dilakukan responden, setelah diintervensi peneliti melakukan dzikir sholawat. Pelaksanaan dzikir sholawat dilakukan setiap hari setelah sholat lima waktu secara terus menerus atau kontinyu selama dua minggu. Disamping itu pada setiap kondisi pasien kanker senggang juga melakukan dzikir

sholawat. Pasien kanker yang melaksanakan dzikir sholawat secara terus menerus lebih cepat meningkatkan *self efficacy* (fakta dilapangan pasien kanker menyatakan merasa lebih tenang dalam menghadapi sakitnya dibandingkan dengan sebelum menjalani dzikir sholawat) dibandingkan dengan yang tidak.

Kemudian aspek yang keempat mengenai keadaan fisik dan emosional pada saat sebelum melakukan terapi dzikir sholawat pasien kanker cenderung untuk banyak mengeluh kesakitan, merasa tidak berdaya, malu dengan penyakitnya, ekspresi wajah yang murung dan bicara yang pelan yang mengisyaratkan patah harapan setelah 2 minggu menjalani dzikir sholawat pasien kanker menerima sakitnya, tidak murung, merasa lebih tenang, dan pada saat peneliti mengajak berbicara responden mempunyai wajah yang lebih ceria dan mau bereaksi atas humor yang disampaikan peneliti. Bahkan pasien kanker yang berprofesi sebagai pedagang yang sebelumnya tidak mau berdagang, mulai semangat lagi untuk berdagang, berani pergi sendiri tanpa didampingi oleh keluarga atau suami. Dia juga bersedia merekomendasikan atau menyampaikan dzikir sholawat kepada kelompok lansia yang mengeluh tidak bisa tidur pasien mengatakan waktu sengangnya lebih baik digunakan untuk selalu berdzikir. Pada beberapa pasien kanker yang sebelumnya sering menangis menjadi tidak menangis.

Berdasarkan uji statistik dari ke empat aspek, aspek persuasi dari orang lain dengan *mean* 10.44 menjadi faktor yang dominan dalam meningkatkan *self efficacy*. Hal ini menunjukkan bahwa dorongan semangat dan motivasi dari orang lain atau keluarga perlu diberikan kepada pasien kanker sehingga dapat meyakinkan pasien untuk memperkuat sikap, keyakinan dan perilakunya.

Adanya perubahan – perubahan tersebut sejalan dengan tujuan dari psikoterapi. Salah satu tujuan yang tercapai dengan psikoterapi ini adalah terapi menuntun individu untuk lebih mengerti tentang apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukannya. Individu juga akan mengerti mengapa ia melakukan tindakan tertentu. Kesadaran dirinya ini penting sehingga ia akan lebih rasional dalam menentukan langkah selanjutnya. Apa yang dulu tidak disadarinya menjadi lebih disadarinya sehingga ia mengetahui konflik- konfliknya dan dapat mengambil keputusan dengan lebih tepat.

Kemudian dengan psikoriligi ini memperkuat motivasi untuk melakukan hal-hal yang benar, mengurangi tekanan emosi dengan memberi kesempatan seseorang untuk mengekskresikan perasaan yang mendalam. Fokus disini adalah adanya katarsis. Hal ini disebut

mengalami, bukan hanya membicarakan pengalaman emosi yang mendalam. Dengan mengulangi pengalaman ini dan mengekspresikannya akan menimbulkan pengalaman baru. Disamping itu dapat membantu klien mengembangkan potensinya yang terbukti pada beberapa pasien yang sebelumnya tidak mau berdagang kemudian menjadi bersemangat untuk berdagang kembali. Pasien juga mampu untuk mengubah kebiasaan, mengubah status kesadaran. Terapi memberi kesempatan untuk merubah perilaku yang kurang positif seperti mengeluh, menangis dan putus harapan dengan mengganti kebiasaan-kebiasaan yang kurang adaptif tersebut menjadi tidak mengeluh dan lebih ceria. Pasien juga berhasil meningkatkan hubungan antar pribadi yang terbukti dari hubungannya dengan keluarganya membaik dan mendapatkan bantuan dari keluarganya mau menerima saran orang lain.

b. Pengaruh terapi psikoreligi terhadap depresi pasien kanker

Hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,007. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan depresi pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat depresi yang lebih rendah atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan.

Depresi adalah penyakit suasana hati. Penyakit yang lebih dari sekadar kesedihan atau dukacita. Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/mood disorder*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. (Hawari Dadang, 2001).

Kondisi depresi yang dialami oleh pasien kanker karena penyakit yang mengancam jiwa dan dampak dari efek samping pengobatan terutama efek dari kemoterapi. Efek dari kemoterapi yang dialami oleh pasien dengan kanker meliputi mual, muntah, nafsu makan menurun, rambut rontok sampai gundul. Faktor pencetus depresi bisa stressor psikososial semakin berat, deskriminasi masyarakat sekitar, harapan hidup semakin kecil, juga ketakutan akan kematian. Ditinjau dari usia sebagian besar pasien kanker yang digunakan dalam penelitian ini adalah usia lebih dari 40 tahun. Menurut perkembangan Erik Ericson individu dalam rentang usia tersebut mulai menerima perubahan pada dirinya dan berfikir positif tentang kehidupannya, sehingga dengan terapi psikoreligi

yang menitik beratkan pada kegiatan keagamaan berupa dzikir dan sholat dapat menyebabkan ketenangan pikiran dan berpengaruh terhadap penurunan depresi.

c. Hubungan antara *self efficacy* dengan depresi pada pasien kanker

Terdapat korelasi yang signifikan antara depresi dengan *self efficacy*, dengan tingkat signifikansi 0,000. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi cenderung mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas tersebut merupakan tugas yang sulit. Mereka tidak memandang tugas sebagai ancaman yang harus mereka hindari. Selain itu, mereka mengembangkan minat instrinsik dan ketertarikan yang mendalam terhadap suatu aktivitas, mengembangkan tujuan, dan komitmen dalam mencapai tujuan tersebut. Mereka juga meningkatkan usaha mereka dalam mencegah kegagalan yang mungkin timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan sesuatu, biasanya cepat mendapatkan kembali *self efficacy*. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi menganggap kegagalan sebagai akibat dari kurangnya usaha keras, pengetahuan, dan ketrampilan. (Bandura 1997).

Ruang keagamaan membuka jalan alternatif bagi individu dalam mengatasi masalahnya. Dzikir adalah salah satunya ritual yang biasa dilakukan umat muslim, yang jika dikerjakan dengan ikhlas menjadi ibadah. Dzikir dapat dijadikan sebagai jalan ketika seseorang dalam kondisi tertekan. Dzikir memang penting bagi ketentraman batin. Dzikir akan memupuk rasa optimis di dalam diri, serta menjauhkan rasa pesimis dan putus asa. Dzikir mempunyai makna penyembuhan bagi stres dan gangguan kejiwaan. Dzikir juga mengandung manfaat untuk pencegahan terjadinya kegoncangan jiwa dan gangguan kejiwaan. Lebih dari itu, mempunyai manfaat bagi pembinaan dan peningkatan semangat hidup, dengan kata lain dzikir mempunyai fungsi kuratif, preventif dan konstruktif bagi kesehatan mental (Daradjat, 1992).

Hawari 2002, psikiater yang mengembangkan psikoterapi holistik, berpendapat bahwa dzikir menimbulkan ketenangan. Disamping itu dzikir juga menimbulkan rasa percaya diri dan optimis (harapan kesembuhan). Ini merupakan dua hal yang esensial bagi penyembuhan suatu penyakit, disamping obat-obatan dan tindakan medis. Hawari menjelaskan jika dipandang dari sudut pandang kesehatan jiwa, dzikir mengandung unsur psikoterapeutik yang mendalam.

Hal ini sesuai dengan dzikir sholawat yang dilakukan pasien dengan kanker di wilayah kerja Puskesmas Pacarkeling Surabaya, mampu meningkatkan *self efficacy*. Semakin istiqomah dalam melakukan dzikir sholawat, maka semakin mempercepat peningkatan *self efficacy* pasien dengan kanker. *Self efficacy* yang tinggi akan menurunkan tingkat depresi yang sedang dialami oleh pasien dengan kanker. Selain itu dzikir sholawat dapat menjadi salah satu alternatif dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan kanker yang mengalami gangguan psikologis.

3.2.5 Keterbatasan

Dalam penelitian tersebut terdapat beberapa hal yang menyebabkan terbatasnya jalannya proses dan hasil penelitian antara lain : Status sosial ekonomi pasien. Status sosial ekonomi pasien berbeda-beda, hal ini menyebabkan perbedaan psikologis pada pasien dalam menerima dan menyelesaikan setiap masalah.

Usia, sebagian besar pasien kanker yang menjadi subyek penelitian ini adalah usia lanjut, sehingga secara perkembangan konsep diri berada dalam kondisi menerima perubahan diri dan berfikir positif tentang kehidupan. Jenis kelamin, seluruh pasien kanker yang digunakan dalam penelitian ini adalah perempuan sehingga belum bisa menggambarkan bagaimana pengaruhnya terhadap pasien laki-laki.

Jenis penyakit, sebagian besar pasien menderita kanker payudara dan sebagian kecil menderita kanker cervix. Jadi hasil penelitian ini belum bisa menggambarkan bagaimana pengaruhnya terhadap jenis kanker atau penyakit kronis yang lain yang lain.

3.3. Instrumen Self Efficacy

Indonesian Adaptation
of the General Self-Efficacy Scale
By Aristi Born, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1995

No	Uraian	Skala			
		1	2	3	4
1	Pemecahan soal-soal yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha.				
2	Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk meneruskannya.				

3	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya				
4	Dalam situasi yang tidak terduga saya selalu tahu bagaimana saya harus bertingkah laku.				
5	Kalau saya akan berkonfrontasi dengan sesuatu yang baru, saya tahu bagaimana saya dapat menanggulangnya				
6	Untuk setiap problem saya mempunyai pemecahan.				
7	Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya.				
8	Kalau saya menghadapi kesulitan, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya.				
9	Juga dalam kejadian yang tidak terduga saya kira, bahwa saya akan dapat menanganinya dengan baik.				
10	Apapun yang terjadi, saya akan siap menanganinya.				

Keterangan Skala :

1 = Tidak Setuju

2 = Agak Setuju

3 = Hampir Setuju

4 = Sangat Setuju

< 20 = Self Efficacy rendah

> 20 = Self Efficacy tinggi

3.4. Instrumen Depresi

INVENTARIS DEPRESI BECK

(BECK AT, BECK RW. Screening depressed patient in family practice, 1972)

Nama Klien :

Tanggal :

Jenis kelamin : L / P Umur :tahun TB /BB :
.....cm /Kg

Agama :Suku
:.....Gol.Darah :.....

Pendidikan : SD SLTP SLTA PT
Tidak Sekolah

Alamat :

Skore	Uraian
A.	Kesedihan
3	Saya sangat sedih /tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B.	Pesimisme
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C.	Rasa Kegagalan
3	Saya benar-benar merasa gagal sebagai orang tua (suami / istri)
2	Bila melihat ke belakang, semua yang dapat saya lihat adalah kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D.	Ketidak Puasan
3	Saya tidak puas dengan segalanya

2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E.	Rasa Bersalah
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
F.	Tidak Menyukai Diri Sendiri
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri saya sendiri
G.	Membahayakan Diri Sendiri
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikira mengenai membahayakan diri sendiri
H.	Menarik Diri dari Sosial
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I.	Keragu-raguan
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J.	Perubahan Gambaran Diri
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik

0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K.	Kesulitan Kerja
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L.	Keletihan
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
M.	Anoreksia
3	Saya tidak lagi mempunyai napsu makan sama sekali
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya

Penilaian

0 – 4 : Depresi tidak ada atau minimal

5 – 7 : Depresi ringan

8 – 15 : Depresi sedang

> 16 : Depresi berat

3.5. Model Psikoreligius terapi

PANDUAN TERAPI PSIKORELIGI

a. Pengertian

Terapi Psikoreligi adalah salah satu tehnik dalam terapi perilaku dengan pendekatan keagamaan.

b. Tujuan

Membuat keseimbangan kerja system saraf simpatis dan system saraf parasimpatis. Pada waktu orang mengalami ketegangan dan depresi yang bekerja adalah system saraf simpatis, sebaliknya pada waktu rileks yang bekerja adalah system saraf parasimpatis. Dengan demikian terapi psikoreligi dapat menekan rasa tegang dan depresi dengan cara timbale balik, sehingga timbul counter conditioning dan penghilangan.

- c. Manfaat
 - Membuat individu lebih mampu menghindari reaksi berlebihan karena respon kehilangan
 - Mengurangi atau mengobati masalah- masalah yang berhubungan dengan respon kehilangan, seperti depresi dan ketahanan diri yang rendah (Low Self Efficacy).
- d. Persiapan
 - Menyiapkan ruangan
 - Panduan dzikir dan do'a
 - Questioner depresi dan Self Efficacy
- e. Pelaksanaan
 - Pembukaan
 - Menyampaikan maksud dan tujuan terapi
 - Memulai kegiatan dzikir dan doa dengan urutan sebagai berikut :
 - Membaca surat " Al-Fatihah " sebanyak 7 kali,
 - Mengucapkan " istighfar" sebanyak 100 kali,
 - Mengucapkan solawat nabi "Allahumma shalli 'ala Muhammad wa ali Muhammad " sebanyak 100 (Solawat "Ya sayyidi ya rasulullah " sebanyak 1000 kali).
 - Membaca surat " Al-Fatihah " sebanyak 1 kali,
 - Do'a penutup

DAFTAR PUSTAKA

- Agorastos, A., Metscher, T., Huber, C. G., Jelinek, L., Vitzthum, F., Muhtz, C., Moritz, S (2012). **Religiosity**, magical ideation, and paranormal beliefs in anxiety disorders and Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 876-884. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31826b6e92
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G (2013). Mental disorders, **religion** and spirituality. *Journal of Religion and Health*, 52, 657- 673. DOI: 10.1007/s10943-013-9691-4
- Bolognesi, C., et al. 1999 Chromosomal damage & ageing: effect on micronuclei frequency in peripheral blood lymphocytes. *Age and ageing*, 28: 393-397.
- Black.JM., & Hawk. JH. 2005. *Medical Surgical nursing clinical management for positive outcomes*.(6th ed), Vol.2. St.Louis: Elsevier Saunders.
- Gunawan. 2010. Rahasia Ilmu Hipnotis, *www. adi gunawan.com*, diperoleh 10 April 2013
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P (2010). Empirically supported **religious and spiritual therapies**. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 46-72. DOI: 10.1022/jclp.20626
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., & Atkins, D. C (2014). **Religion** and couple therapy: Description and preliminary outcome data. *Journal of Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 94-101. DOI: 10.1037/a0035412.
- Jafari, N., Zamani, A., Farajzadegan, Z., Bahrami, F., Emami, H., & Loghmani, A. (2013). The effect of **spiritual therapy** for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychology, Health & Medicine*, 18, 56-69. DOI : 10.1080/ 13548506.2012.679738

- Kastubi, Dwi Adji N., Miadi (2015). Peningkatan **Self Efficacy** Melalui Intervensi **Psikoreligi** Pada Pasien Kanker Yang Mengalami **Depresi**. Proseding
- Kusuma. 2002, Hipnosis untuk mengobati penyakit. www.http.republika.co.id, diperoleh 9 April 2013.
- Kales, HC., Maixner, DF. & Mellow AM. 2005. Cerebrovascular disease and late life depression. *AMJ Geriatry Psyciatry*. February 13 (2): 88-89.
- Lunney, JR.,Lynn, J., Foley, DJ., Lipson, S.& Guralnik, JM. 2003. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA May*. 289 (18): 2387-2392.
- Miadi, Kastubi, Taufiqurrahman (2016). **Psycho Religious** In Nursing Care On Diabetes Mellitus Type 2 Patients Towards **Depression** And Blood Sugar Reduction. Proseding
- Merry.BJ.2000. Notes on the biology of ageing. *Age and ageing*, 29:299-300.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P (2011). Journal of Psychiatry Research, 186, 177-182. DOI:10.1016/j.psychres.2010.08.012
- Menz, HB.,Lord. SR., & Fitzpatrick,RC. 2003. Age related differences in walking stability. *Age and ageing*, 32 (2): 137-142
- Matthews, B., Siemers, ER., & Mozley, PD. 2003. Imaging based Measures of disease progression in clinical trials of disease modifying drugs for Alzheimer disease. *AMJ Geriatry Psyciatry*. March-April 11 (2): 146-159
- Nazrin Asyraf Adeeb M., and Rafidah Bahari (2017). The Effectiveness of **Psycho-spiritual Therapy** among Mentally Patients. Journal of Depression and Anxiety DOI: 10.4172/2167-1044.1000267
- Nurindra, Y. 2006. Pelatihan hipnoterapi tingkat mahir. *Tidak dipublikasikan*.

Sustrani.L.,Alam.S., Hadibroto.I. (2004). Hipertensi. PT. Gramedia. Jakarta.

Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between **spirituality/religiousness** and coping in patients with residual schizophrenia. *Journal of Quality of Life Research*, 20, 1053-1060. DOI:10.1007/s11136-010-9839-6

Shaista Meer and Ghazala Mir (2014). Muslims and **depression**: the role of **religious** beliefs in **therapy**. *Journal of Integrative Psychology and Therapeutics* ISSN 2054-4723

Worthington, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). **Religion and spirituality**. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 204-214. DOI: 10.1002/jclp.20760.

Zainudin (2000), *Metodologi Penelitian*, Erlangga University. Surabaya.

Zenkert, R. L., Brabender, V., & Slater, C (2014). Therapists' responses to **religious**/spiritual discussions with trauma versus non-trauma clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 213-221. DOI: 10.1007/s10879-014-9264-1.

