

# KEPERAWATAN HOLISTIK

Holistic Nursing UNDIP 2015



# KEPERAWATAN HOLISTIK

© Penerbit Kepel Press

Penulis:

Holistic Nursing UNDIP 2015

Reviewer:

Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.

Sarah Ulya, SKp, M.Kes.

Editor:

Ns.Visia Hevy Prasetyaningtyas

Ns.Gede Arya Bagus A

Desain sampul :

Arief Budhi Setiawan

Desain Isi :

Arief Budhi Setiawan

Cetakan Pertama, 2017

Diterbitkan oleh penerbit Kepel Press

Puri Arsita A-6, Jl. Kalimantan, Ringroad Utara, Yogyakarta.

email : amara\_books@yahoo.com

**Anggota IKAPI**

ISBN :

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku, tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

Percetakan Amara Books

Isi diluar tanggung jawab percetakan

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunianya sehingga Buku Keperawatan Holistik telah dapat diselesaikan. Adapun penyusunan buku ini telah melibatkan dosen dan mahasiswa Magister Keperawatan Kelas Holistik sehingga dapat memperlancar proses pembuatan buku ini. Oleh sebab itu, kami juga ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Dr. Meidiana Dwidiyanti, S. Kp, M.Sc selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, serta semua pihak yang telah membantu kami dalam penyusunan buku ini.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam buku ini untuk itu kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat memberi manfaat bagi mahasiswa keperawatan Universitas Diponegoro khususnya dan bagi semua pihak yang membutuhkan.

Semarang, Mei 2016

Penyusun



**SAMBUTAN KETUA DEPARTEMEN  
ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

*Bismillahirrahmanirrahim Assalamualaikum wa Rahmatullah wa Barakatuh*

Kami bersyukur kepada Allah SWT atas selesainya pembuatan buku “Keperawatan Holistik” bagi mahasiswa Keperawatan Universitas Diponegoro. Shalawat dan salam semoga terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW.

Pedoman ini, merupakan penjabaran dari gambaran Keperawatan Holistik yang telah dianalisis berdasarkan evidence based oleh tim penyusun. Naskah buku ini telah dikaji secara mendalam, walaupun tidak lepas dari kekurangan. Kedepan, perlu adanya intervensi secara langsung oleh tim penulis, agar testimoni yang dihasilkan lebih lengkap, sehingga diketahui permasalahan dan solusi dari masing-masing intervensi keperawatan holistik, agar lebih mudah mengaplikasikan kepada masyarakat.

Ucapan terima kasih kepada Tim Penyusun dan pihak-pihak yang membantu terselesainya buku ini. Semoga amalnya di terima Allah sebagai amal jariyah dan buku ini dapat bermanfaat.

*Wassalamualaikum wa Rahmatullah wa Barakatuh*

Semarang, Mei 2016

Ketua Jurusan,

Dr. Untung Sujianto, SKp, M.Kes.



# **TIM PENYUSUN**

## **KELAS KEPERAWATAN HOLISTIK MAGISTER KEPERAWATAN UNDIP 2015**

1. Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.
2. Ns.Rufaida Nur Fitriana;
3. Ns.Dwi Listiowati;
4. Ns.Eddy Murtoyo
5. Ns.Visia Hevy Prasetyaningtyas;
6. Ns.Nunung Rachmawati
7. Ns.Emi Eliya Astutik;
8. Ns.Eltanina U. Dewi;
9. Ns.Brigitta Ayu Dwi S.
10. Ns. Alvi Ratna Yuliana;
11. Ns.Novita Wulan Sari;
12. Ns.Siti Juwariyah;
13. Ns. Nila Putri P.;
14. Ns.Zuniati;
15. Ns.Rendi Editya D.;
16. Ns.Hernandia Distinarista
17. Ns.Gede Arya Bagus A.;

18. Ns. Ana Jumatulaely;
19. Ns. Eviwindha Swara;
20. Ns.Raudhotun Nisak;
21. Ns.Adiyati Mardiyah;
22. Ns.Margiyati;
23. Ns.Florida L.;
24. Ns.Diana Dayaningsih;
25. Ns.Sang Ayu Ketut Candrawati
26. Ns.Novita Nirmalasari;
27. Ns.Ary Astuti
28. Ns. H. Agung Pambudi
29. Ns. Hosnu Inayati;
30. Ns. Ainul Yaqin Salam;
31. Ns. Erna Handayani

# DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>iii</b>
<b>Sambutan Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro .....</b>	<b>v</b>
<b>Tim Penyusun .....</b>	<b>vii</b>
<b>Konsep Keperawatan Holistik .....</b>	<b>1</b>
<i>Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc</i>	
<b>Kompetensi Perawat Holistik dalam Meningkatkan Kemandirian Pasien .....</b>	<b>5</b>
<i>Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc</i>	
<b>Caring dalam Keperawatan .....</b>	<b>9</b>
<i>Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.</i>	
<b>Karakteristik Perawat sebagai Terapis Spiritual .....</b>	<b>39</b>
<i>Ns.Rufaida Nur Fitriana; Ns.Dwi Listiowati; Ns.Eddy Murtoyo</i>	
<b><i>Mindfulness Therapy</i> Menurunkan Efek Stres Kerja .....</b>	<b>51</b>
<i>Ns.Visia Hevy Prasetyaningtyas; Ns.Nunung Rachmawati</i>	
<b>Meditasi Mindfulness Metode <i>Rain</i> .....</b>	<b>57</b>
<i>Ns.Emi Eliya Astutik; Ns.Eltanina U. Dewi; Ns.Brigitta Ayu Dwi S.</i>	
<b>Spiritual Emotional Freedom Technique Mengurangi Kecemasan dan Penurunan Insomnia .....</b>	<b>64</b>
<i>Ns. Alvi Ratna Yuliana; Ns.Novita Wulan Sari; Ns.Siti Juwariyah; Ns. Nila Putri P.; Ns.Zuniaty; Ns.Rendi Editya D.; Ns.Hernandia Distinarista</i>	
<b>Hypnotherapy, Hypnoparenting, Hypnobirthing .....</b>	<b>81</b>
<i>Ns.Gede Arya B. A.; Ns. A. Jumatulaely; Ns. Eviwindha S.; Ns.Raudhotun N.; Ns.Adiyati M.; Ns.Margiyati; Ns.Florida L.; Ns.Diana D.; Ns.S. A. Kt.Candrawati</i>	

**Progresiive Muscle Relaxation Menurunkan Respon Stress  
Psikofisiologis Pada Mahasiswa.....** 102  
*Ns.Novita Nirmalasari; Ns.Ary Astuti*

**Healing Touch Therapy .....** 115  
*Ns. H. Agung Pambudi*

**Physically Oriented Therapies For The Self-Management of  
Chronic Pain.....** 121  
*Ns. Hosnu Inayati; Ns. Ainul Yaqin Salam; Ns. Erna Handayani*

**Daftar Pustaka**

# KONSEP KEPERAWATAN HOLISTIK

Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.

## A. Pengertian

Masalah kesehatan global saat ini membutuhkan keperawatan holistik karena ada berbagai permasalahan yang dialami oleh pasien misalnya resisten antibiotik mikroba meningkat, dan faktor – faktor ekonomi, lingkungan, dan sosial yang mempengaruhi kesehatan. Keperawatan holistik pada penyakit kronis secara global belum dikembangkan, padahal sangat dibutuhkan dalam pelayanan yang sesuai dengan masalah yang di hadapi pasien yaitu bukan hanya fisik,tetapi psikososial dan spiritual (Bec-Deva, 2010).

Pengertian holistik adalah komprehensif atau menyeluruh yang terdiri dari *body to body, mind to mind and spirit to spirit* atau bisa juga dikatakan secara bio, psiko, sosial dan cultural (Dossey, 2005). Pengertian lain tentang pelayanan holistik adalah melihat pasien secara holistik yang terdiri dari masalah fisik, psikososial, spiritual dan kultural yang mempengaruhi persepsi tentang sakit (Salbiah,2006). Proses spiritual yang mempengaruhi seseorang secara komprehensif. Setiap manusia mempunyai pengalaman yang meliputi komponen tubuh-pikiran-jiwa. Pikiran-tubuh-jiwa ini adalah komponen penting dari proses penyembuhan termasuk masalah emosional, fisik dan spiritual semua tak terpisahkan dan merupakan bagian dari proses penyembuhan (Smucker, 1998).

Dari dua pengertian holistik tersebut dapat diketahui bahwa pasien adalah manusia yang terdiri dari *body, mind and spirit*, pasien yang sehat adalah sehat secara fisik, mental, emosi dan spiritual sehingga memerlukan pelayanan yang holistik dan berpusat pada kebutuhan pasien. Hal tersebut merupakan suatu keharusan mengingat bahwa pasien adalah manusia yang mempunyai nilai personal dan system kepercayaan yang berdampak pada sikap dan respon terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Salbiah, 2006). Holistik sangat terkait dengan kesejahteraan (Dossey, 2005) yang diyakini mempunyai dampak pada status kesehatan seseorang. Untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan secara holistik terdapat lima dimensi yang harus diperhatikan:

1. Dimensi fisik: Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.
2. Dimensi sosial: melakukan kegiatan sosial dan mampu berinteraksi dengan orang lain.
3. Dimensi emosional : mengekspresikan emosi dan mengendalikan stres
4. Dimensi intelektual :kemampuan *cognitive* untuk belajar.
5. Dimensi spiritual :Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti: alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang (Salbiah, 2006).

Pendekatan holistik keperawatan mencakup intervensi yang berfokus pada respons pasien yang menyembuhkan orang secara menyeluruh dan membantu adanya keseimbangan, terapi, dan seni penyembuhan yang dilakukan sendiri bukanlah esensi dari holisme

dan kesehatan. Perawat holistik membantu pasien untuk bertanggung jawab pada kesehatan pribadi dengan berperan sebagai role model kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri dalam kehidupan dan dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Berdasarkan *American Holistic Nurses' Association*, hal ini akan membantu pasien mengatasi stres dan memberi banyak energi untuk membantu pasien dengan membentuk keseimbangan antara apa yang diberikan kepada diri sendiri dan apa yang diberikan kepada orang lain.

## B. Perbedaan Model Holistik Dan Allopatik

Model allopati sangat berbeda dengan holistik pada focus penyelesaian masalah sehingga mengakibatkan perbedaan pada pendekatan pelayanan yang di berikan pada pasien. Penjelasan mengenai perbedaan model Allopati yang berfokus pada penanganan fisik dan model holistik dapat di lihat pada tabel sebagai berikut.

**Tabel.1.1 Perbedaan Model Allopatik dan Holistik**

<b>Model Allopatik</b>	<b>Model Holistik</b>
Mengobati gejala fisik	Mencari pola dan penyebab
Spesialis	Integrasi, dengan memperhatikan pasien secara menyeluruh
Fokus pada efisiensi	Fokus pada nilai manusia
Profesional sebaiknya tidak melibatkan emosi	Caring adalah komponen dalam penyembuhan
Intervensi utama menggunakan obat dan pembedahan/operasi Nyeri dan penyakit seluruhnya menjadi negative	Nyeri dan penyakit merupakan tanda dari adanya konflik internal.

Menekankan pada hilangnya gejala dan sakit	Dilengkapi dengan teknik noninvasif (psikoteknologi, diet dan aktivitas)
Pasien tergantung	Pasien otonomi
Otoritas dari tenaga profesional	Tenaga profesional sebagai mitra.

*Sumber : Dossey, 2005*

Pendekatan holistik terlihat menekankan pada pasien secara komprehensif memperhatikan nilai manusia, yang mempunyai nilai individu yang mempunyai keyakinan, perasaan dan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan. Manusia terdiri dari biopsikososial dan spiritual, seperti terlihat pada gambar di bawah ini:



**Bagan 1.1 Pendekatan Holistik pada Individu (Dossey, 2005).**

# KOMPETENSI PERAWAT HOLISTIK DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN PASIEN

Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.

## A. Pengertian

Pada pelayanan holistik hanya bisa dilakukan oleh perawat/ners yang mempunyai perilaku caring yaitu menggunakan hati, kognitif dan *touch* (Hatthakit, 2012). Kemampuan seperti apa perilaku caring tersebut, penulis akan menjelaskan sebagai berikut.

Menurut *American Holistic Nurses' Association* (2005), sebagai seorang perawat holistik, berkolaborasi dengan pasien untuk membuat rencana perawatan berdasarkan keyakinan mereka yang unik tentang kesehatan, latar belakang budaya, orientasi seksual, nilai-nilai, dan preferensi. Rencana ini berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, atau meninggal dengan damai, semua dilakukan untuk membantu pasien mandiri (Dossey, 2005).

Komunikasi terapeutik merupakan kemampuan atau keterampilan perawat dalam membantu pasien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Sedangkan Stuart (1998) menyatakan bahwa komunikasi

terapeutik adalah hubungan interpersonal antara perawat iaslen, dalam hal ini perawat iaslen memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien.

*Human care* merupakan hal yang mendasar dalam teori *caring*. Menurut Pasquali dan Arnold (1989) serta Watson (1979) dalam Watson (2009) *human care* terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaannya serta membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri.

*Caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Sikap *caring* diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. *Caring* menolong pasien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan iasl. Bersikap *caring* untuk pasien dan bekerja bersama dengan pasien dari berbagai lingkungan merupakan esensi keperawatan (Watson, 2009).

Dari pengertian tersebut terlihat bahwa *caring* adalah sikap empati yang mendalam kepada pasien sehingga perawat mampu berkomunikasi dengan baik dan pasien menjadi nyaman serta aman. *Spirit caring* seyogyanya harus tumbuh dari dalam diri perawat dan berasal dari hati perawat yang terdalam. *Spirit caring* bukan hanya memperlihatkan apa yang dikerjakan perawat yang bersifat tindakan fisik, tetapi juga mencerminkan siapa dia. Oleh karenanya, setiap perawat dapat memperlihatkan cara yang berbeda ketika memberikan asuhan kepada pasien. Komunikasi yang mampu memberikan spirit

kepada pasien sehingga membantu pasien secara komprehensif yaitu melalui komunikasi dengan *level spirit to spirit*. Sehingga peneliti menetapkan tahap pertama pada *level of therapeutic presence* hubungan saling percaya pada pasien dengan sentuhan spirit, seperti terlihat pada table 2.2.

**Tabel 2.2 Levels of Therapeutic Presence (Dossey, 1997)**

<b>Tingkat Interaksi</b>	<b>Jenis kontak</b>	<b>Keterampilan</b>
Kehadiran secara fisik	Fisik dengan fisik	Melihat, memeriksa, menyentuh, berinteraksi mendengar, memeluk,
Kehadiran secara psikologi	<i>Mind to mind</i>	Mengkaji, berkomunikasi, mendengarkan secara aktif, menulis, merefleksikan diri, konseling, menghadiri, caring, empati, menerima, tidak memvonis
Kehadiran secara terapeutik	<i>Spirit to spirit</i>	memfokuskan, memediasi, bersikap religious, mengintensifkan membayangkan, keterbukaan, mengenali intuisi, mengkomunikasikan mencintai, menghubungkan

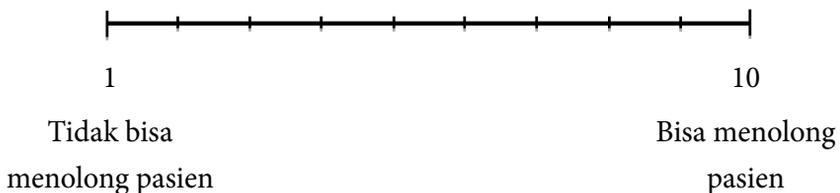
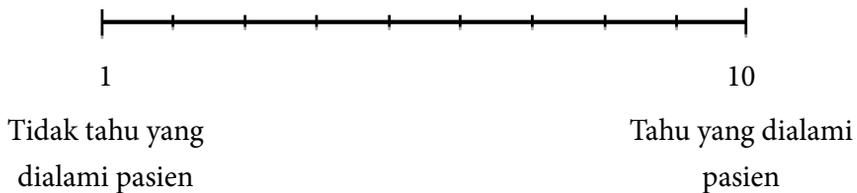
*Sumber : Dossey, 1997*

Teknik komunikasi *spirit to spirit* belum di kembangkan untuk mampu meningkatkan kesadaran diri pasien dan meningkatkan kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien.

## **B. Deteksi Kemampuan *Caring***

1. Membimbing perawat untuk relaksasi dengan *Calming technique*.
2. Relaksasi dan perawat diminta untuk memikirkan tentang apa yang dirasakan dan diinginkan pasien.
3. Bila belum ias merasakan apa yang dirasakan oleh pasien, fasilitator mengulangi langkah kedua.

4. Perawat diminta refleksi dengan pelayanan yang selama ini diberikan kepada pasien, apakah sudah sesuai dengan yang diharapkan pasien.
5. Perawat diminta tarik nafas panjang kemudian *sharing*/ menceritakan apa yang sudah dirasakan dan dipikirkan.
6. Perawat dianjurkan relaksasi nafas panjang kembali, diminta untuk merenungkan sebagai perawat apa yang bisa dilakukan untuk pasien.
7. Langkah keenam diulangi kembali apabila perawat belum bisa merasakan.
8. Menganjurkan nafas panjang kembali dan berikan afirmasi bahwa sebagai perawat harus bisa memahami kondisi saat ini dalam melayani pasien dan menumbuhkan keinginan untuk lebih meningkatkan kemampuan *caring*.



# CARING DALAM KEPERAWATAN

Dr. Meidiana Dwidiyanti, SKp, M.Sc.

## A. Definisi

Ilmu keperawatan adalah ilmu tentang kebutuhan dasar manusia dan cara-cara memenuhi kebutuhan dasar. Artinya ilmu yang dipakai perawat atau ners adalah ilmu yang sangat penting bagi hidup dan kebahagiaan manusia agar tetap sehat secara sosial maupun ekonomi. Ilmu yang sangat indah tetapi mengapa keperawatan belum indah dirasakan oleh masyarakat bahkan cenderung masih mencari-cari bentuk pengamalan. Barangkali memang kita perlu mamahami caring sebagai dasar pemahaman ilmu keperawatan. Hanya dengan caring, perawat tumbuh menjadi **profesi yang terhormat**.

Caring adalah kunci perawat mengamalkan ilmunya, sehebat apapun seseorang mempunyai ilmu kalau tidak mempunyai caring, ilmu itu menjadi tidak bermanfaat. Ibarat kita melihat buah-buahan segar di kulkas, sangat menyegarkan dan membuat orang ingin menikmati, tetapi tidak bisa karena TERKUNCI. Sama dengan orang belajar hebatnya ilmu keperawatan yang sangat indah tetapi tidak mampu menikmati menjadi perawat karena tidak mempunyai kuncinya yaitu caring.

Apa itu caring? Mahasiswa menggambarkan sebagai sebuah sapaan untuk orang lain, sebuah perhatian, atau mampu mendengarkan apa yang

dikatakan orang lain. Pada saat bertemu orang dia harus menyapanya. Pada saat itu dipahami bahwa menyapa orang ternyata memerlukan sebuah pemahaman bahwa ada sebuah kebaikan didalamnya, tanpa pemahaman ini ternyata sangat sulit menyapa orang lain, terutama saat kita ingin disapa.

Tetapi kemudian berkembang sebuah pengertian bahwa ingin disapa adalah menjadi sebuah penderitaan tersendiri pada seseorang. Menyapa itu lebih menyenangkan dari pada meminta orang untuk menyapa kita. Pengertian awal yang ternyata memerlukan beberapa kali pertemuan perkuliahan. Menyapa orang disepakati sebagai langkah awal belajar caring, terus apa yang terjadi pada saat di kendaraan umum seseorang mahasiswa mendengarkan seorang ibu yang gigih berjuang untuk hidupnya bersama empat orang anaknya, mahasiswa tersebut menitikkan air mata. Apakah ini caring? Ya kata sebagian mahasiswa, apakah dengan menangis anda bisa menolong ibu tersebut? Pertanyaan yang membuat mahasiswa terdiam. Apa itu caring? Ternyata memerlukan peristiwa untuk mampu memahaminya.

Ada dua orang laki-laki naik pesawat, satunya umur 50 tahun dan yang lain umur 30 tahun. Pada saat turun dari pesawat laki-laki tua tersebut di sambut istri dan anaknya dengan ekspresi yang mengejutkan bagi laki-laki muda "*papa saya kangen sama papa*" sambil memeluk laki-laki tersebut, kemudian yang muda bertanya pada bapak yang tua itu "*memang berapa bulan bapak berpisah dengan mereka*" bapak tersebut menjawab "*dua hari*" jawaban yang diluar dugaan. Laki-laki muda tersebut bertanya dalam hati "apakah ini yang namanya hidup? Apakah saya punya rindu, kepada siapa? betapa dia sadar betapa jauh jarak antara dia dan anak istrinya. Dimana caring? Apakah memerlukan

kedekatan yang menggetarkan? Seperti apa?

Ya Allah betapa caring sangat jauh dari kita-kita mahasiswa keperawatan, dirumah apakah ada caring? Di masyarakat apakah ada? Dikampus apakah ada? Pertanyaan yang terpaksa harus jujur dijawab adalah “apakah di rumah sakit kita ada caring?”. Perasaan dan pikiran yang terfokus pada pasien, ada getaran yang dirasakan sebuah kebaikan, dan menghasilkan banyak kebaikan, kebaikan yang membahagiakan, kebaikan yang membuat kita tenang, kebaikan yang membuat kita hidup dalam keberkahan, **kebaikan yang membuat Allah tidak tahan menolong perawat dalam meningkatkan citra dan kesejahteraan perawat**

## **B. Teori ”Caring”**

Caring merupakan hal indah yang dirasakan. Apakah perilaku caring merupakan teori yang sulit untuk diterapkan? Dalam sebuah pelatihan seorang peserta bertanya *”bagaimana menerapkan teori caring di dalam kondisi gawat darurat?”*. Apakah perlu?. Jawabannya sangat perlu, wajib dan harus. Tetapi ada syaratnya yaitu kekuatannya ada di hati yang tulus dan niat yang bersih, nanti anda akan tahu bagaimana anda akan melakukan tindakan di gawat darurat dengan tepat dan cerdas. Pasien akan merasa puas dan dokter sebagai mitra anda akan merasakan nyaman dan tenang. Kita bisa memahami bahwa pekerjaan perawat atau ners susah di jelaskan, kecuali oleh orang yang betul-betul mengalami dan merasakan pekerjaan tersebut, artinya orang akan mengeryitkan muka dan sedikit merenung untuk mencoba mengerti.

Perawat merupakan salah satu profesi yang mulia. Betapa tidak,

merawat pasien yang sedang sakit adalah pekerjaan yang tidak mudah. Tak semua orang bisa memiliki kesabaran dalam melayani orang yang tengah menderita penyakit. Pengalaman dan ilmu dalam menolong sesama memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang besar (Abdalati, 1989). Untuk itu perawat memerlukan kemampuan khusus dan mampu memperhatikan orang lain yang mencakup ketrampilan intelektual, teknikal dan interpersonal yang tercermin dalam perilaku *caring* atau kasih sayang/ cinta (Johnson, 1989).

Terlihat bahwa penampilan perawat tidak hanya menarik dia juga harus banyak ilmu untuk memahami masalah pasien, karena respon pasien terhadap penyakitnya sangat kompleks dari fisik, psikologi, sosial, kultural dan spiritual. Coba kita perhatikan orang masuk Rumah Sakit saja sudah banyak stressor, dari kebiasaan tidur, mandi, makan, sampai rasa sakit dan banyak lagi dan tentu saja perawat atau ners harus memperhatikan masalah tersebut. *Caring* merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain. *Caring* dalam keperawatan dipelajari dari berbagai macam filosofi dan perspektif etik. artinya bukan hanya perawat saja yang berperilaku caring tetapi sebagai manusia, kita juga harus mampu memperhatikan manusia lain.

Sulit didefinisikan, *Human care* merupakan hal yang mendasar dalam teori *caring*. Menurut Pasquali dan Arnold (1989) serta Watson (1979), *human care* terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaanya serta membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. Berdasarkan pemahaman tersebut ternyata seorang

yang berperilaku caring harus mempunyai ilmu tentang bagaimana kita mengenal diri sendiri sehingga kita mampu mengenal orang lain.

Watson yang terkenal dengan *Theory of Human Care*, mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh, disini terlihat bentuk hubungan perawat pasien adalah hubungan yang wajib dipertanggungjawabkan secara profesional.

*Caring* sebagai suatu proses yang berorientasi pada tujuan membantu orang lain bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Sungguh sebagai perilaku yang tidak semua orang mampu melakukannya, kecuali orang yang mampu berjiwa besar dan berlapang dada. Sifat-sifat *caring* seperti sabar, jujur, rendah hati. Ada juga yang berpendapat bahwa *caring* sebagai suatu sikap rasa peduli, hormat dan menghargai orang lain. Artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan-kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir, bertindak dan berperasaan. Tidak mudah untuk mendapatkan sifat-sifat tersebut memerlukan pemupukan dan penyiraman berupa support dan penguatan, sehingga ini harus diperhatikan oleh semua dosen keperawatan, maupun manager sumber daya manusia yang ada di intitusi pelayanan kesehatan dimanapun.

*Caring* sebagai suatu *moral imperative* (bentuk moral) sehingga perawat harus terdiri dari orang-orang yang bermoral baik dan memiliki kepedulian terhadap kesehatan pasien, yang mempertahankan martabat dan menghargai pasien sebagai seorang manusia, artinya menjadi seorang perawat berarti harus berani menjadi manusia istimewa. Cara perawat melihat pasien sebagai manusia yang mempunyai kekuatan, dan

bukan hanya fisik, tetapi juga mempunyai jiwa dan kebutuhan sosial harus menjadi bagian penting dari perilaku *caring*.

*Caring* juga sebagai suatu *affect* yang digambarkan sebagai suatu emosi, perasaan belas kasih atau empati terhadap pasien yang mendorong perawat untuk memberikan asuhan keperawatan bagi pasien. Dengan demikian perasaan tersebut harus ada dalam diri setiap perawat supaya mereka bisa merawat pasien. Marriner dan Tomey (1994) menyatakan bahwa *caring* merupakan pengetahuan kemanusiaan, inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filosofikal. *Caring* bukan semata-mata perilaku. *Caring* adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan. *Caring* juga didefinisikan sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien (Carruth et all, 1999) .

*Caring* adalah manifestasi dari perhatian kepada orang lain, berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan, komitmen untuk mencegah terjadinya suatu yang memburuk, memberi perhatian dan konsen, menghormati kepada orang lain dan kehidupan manusia, cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan , selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan. Menurut Watson, ada tujuh asumsi yang mendasari konsep *caring*. Ketujuh asumsi tersebut adalah :

1. *Caring* hanya akan efektif bila diperlihatkan dan dipraktikkan secara interpersonal.
2. *Caring* terdiri dari faktor karatif yang berasal dari kepuasan dalam membantu memenuhi kebutuhan manusia atau klien.
3. *Caring* yang efektif dapat meningkatkan kesehatan individu dan keluarga.

4. *Caring* merupakan respon yang diterima oleh seseorang tidak hanya saat itu saja namun juga mempengaruhi akan seperti apakah seseorang tersebut nantinya.
5. Lingkungan yang penuh *caring* sangat potensial untuk mendukung perkembangan seseorang dan mempengaruhi seseorang dalam memilih tindakan yang terbaik untuk dirinya sendiri.
6. *Caring* lebih kompleks daripada *curing*, praktik *caring* memadukan antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan mengenai perilaku manusia yang berguna dalam peningkatan derajat kesehatan dan membantu klien yang sakit.
7. *Caring* merupakan inti dari keperawatan.

Sikap *caring* diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. *Caring* menolong klien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Bersikap *caring* untuk klien dan bekerja bersama dengan klien dari berbagai lingkungan merupakan esensi keperawatan. Perilaku *caring* dalam memberikan asuhan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada disamping klien, dan bersikap *caring* sebagai media pemberi asuhan (Curruth, Steele, Moffet, Rehmyer, Cooper, & Burroughs, 1999). Para perawat dapat diminta untuk merawat, namun tidak dapat diperintah untuk memberikan asuhan dengan menggunakan *spirit caring*.

*Spirit caring* seyogyanya harus tumbuh dari dalam diri perawat dan berasal dari hati perawat yang terdalam. *Spirit caring* bukan hanya memperlihatkan apa yang dikerjakan perawat yang bersifat tindakan fisik, tetapi juga mencerminkan siapa dia. Oleh karenanya, setiap perawat dapat memperlihatkan cara yang berbeda ketika memberikan

asuhan kepada klien.

*Caring act* adalah suatu tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh, tindakan dalam bentuk perilaku *caring* seharusnya diajarkan pada manusia mulai sejak lahir, masa perkembangan, masa pertumbuhan, masa pertahanan sampai dikala meninggal. *caring* adalah esensi dari keperawatan yang membedakan dengan profesi yang lain dan mendominasi serta mempersatukan tindakan-tindakan keperawatan.

*Caring* dalam keperawatan adalah fenomena transkultural dimana perawat berinteraksi dengan klien, staf dan kelompok lain. Perilaku *caring*, bertujuan dan berfungsi membangun struktur sosial, pandangan hidup dan nilai kultur setiap orang yang berbeda pada satu tempat dengan tempat yang lain. Dalam merawat diri sendiri dan orang lain pada praktiknya akan berbeda pada setiap kultur dan etik serta pada sistem profesional *care*-nya.

*Identifikasi* kultur *universal dan nonuniversal*, kepercayaan dalam bentuk perilaku *caring* merupakan wujud dari praktik profesional yang merupakan esensi untuk menemukan epistemologi dan ontologi sebagai dasar dari ilmu keperawatan. *Care* adalah kultur yang luas, berasal dan dibutuhkan sebagai dasar pengetahuan serta praktik untuk kepuasan dan keberhasilan. Tidak akan ada *curing* tanpa *caring*, tetapi akan dapat terjadi *caring* tanpa *curing*.

Laininger (1991) telah mengembangkan bentuk yang relevan dengan teori tetapi hanya beberapa hal yang didefinisikan :

1. *Care* adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, dukungan atau perilaku lain yang berkaitan atau untuk individu lain/kelompok dengan kebutuhan untuk meningkatkan kondisi

kehidupan manusia.

2. *caring* adalah tindakan yang diarahkan untuk membimbing, mendukung individu lain/kelompok dengan nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.
3. Kultur adalah berkenaan dengan mempelajari, membagi dan transmisi nilai, kepercayaan, norma dan praktik kehidupan dari sebuah kelompok yang dapat menjadi tuntunan dalam berfikir, mengambil keputusan, bertindak dan berbahasa.
4. *Cultural care* berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang mana membimbing, mendukung atau memberi kesempatan individu lain atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, meningkatkan kondisi kehidupan atau kematian serta keterbatasan.
5. Nilai kultur berkenaan dengan pengambilan keputusan tentang suatu cara yang hendak dijalani sesuai dengan adat kebiasaan yang di percayai dalam periode waktu tertentu.
6. Perbedaan *culture* dalam keperawatan adalah variasi dari pengertian, pola nilai atau simbol dari perawatan kesehatan untuk meningkatkan kondisi manusia, jalan kehidupan atau untuk kematian.
7. *Cultural care universality* yaitu sesuatu hal yang sangat umum, seperti pemahaman terhadap nilai atau simbol dari pengaruh budaya terhadap kesehatan manusia.
8. Etnosentris adalah kepercayaan yang mana satu ide yang dimiliki, kepercayaan dan praktiknya lebih tinggi untuk *culture* yang lain.
9. *Cultural imposition* berkenaan dengan kecenderungan tenaga

kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai diatas *culture* lain karena mereka percaya bahwa ide mereka lebih tinggi dari pada kelompok lain.

Elemen–elemen utama *caring* dalam teori Watson meliputi faktor–faktor *carative*, hubungan perawat *transpersonal*, dan kesempatan perawat atau *moment* perawatan. Dari banyaknya teori yang dikemukakan diatas dapat dirasakan bahwa perilaku *caring* susah didefinisikan tetapi indah dirasakan.

### C. Nilai dan Keyakinan

Pengalaman yang tidak pernah berhenti untuk mendapatkan spirit dan nilai yang tinggi sebagai perawat. Dan mampu membuktikan bahwa menjadi perawat atau ners adalah sebuah keajaiban dengan limpahan banyak kebaikan yang terhampar di depan mata.

Nilai, apa nilai kehidupan kita? Bila seorang anak berbakti kepada orang tua itu karena berdasarkan pengalaman hidup bersama orang tua begitu banyak hal yang dia dapatkan bersama orang tua yang bernilai dalam hidupnya. Nilai mempelajari tentang observasi, alasan, dan pengalaman. Nilai merupakan hak manusia dan pertimbangan etis yang mengatur perilaku seseorang. Nilai merupakan milik setiap pribadi yang mengatur langkah yang seharusnya dilakukan. Nilai mendapat perhatian khusus perawat karena perkembangan peran perawat menjadikan mereka lebih menyadari nilai dan hak orang lain serta dirinya sendiri. Sehingga bagi perawat mengembangkan nilai–nilai dalam kehidupan sangatlah penting, karena tindakan keperawatan adalah tindakan perikemanusiaan yang sarat dengan nilai kebaikan yang tinggi.

Sebagai Ilmu yang merupakan cabang dari filsafat bersifat praktis,

normative dan fungsional sehingga berguna dalam hidup sehari – hari. Perry (1997) nilai merupakan sesuatu yang mempengaruhi tingkah laku baik sadar ataupun tidak sadar. Kemampuan *caring* memiliki nilai-nilai perawatan yang mengubah perawat dari keadaan, dimana perawat dianggap sebagai “sekedar pekerjaan” menjadi profesi yang lebih terhormat. Kemampuan *caring* tidak hanya berkisar pada mempraktikkan seni perawatan, memberi kasih sayang untuk meringankan penderitaan pasien dan keluarganya, meningkatkan kesehatan dan martabat tetapi juga memperluas aktualisasi perawat.

Seorang ners mendatangi pasien yang memanggil melalui bell yang di tekan pasien, dengan hati yang tidak menentu dia datang pasien, karena memang kalau jujur dia sedang **merasa sangat capai**, dalam waktu yang sama ada **pasien harus dimonitor** terus menerus karena kesadaran yang menurun, karena di ruangan VIP **dia harus usir rasa capai** dengan mencoba menolong pasien yang memanggilnya.

Seorang ibu dengan **ekspresi yang ragu-ragu** minta tolong ingin memenuhi kebutuhan eliminasi, tiba-tiba ners itu bertanya dalam hati, kenapa ibu kelihatan ragu-ragu terhadap saya?. Situasi ini membuat saya penasaran dan mencoba menolong dengan semangat dan senang hati menolong ibu tersebut dengan tekad bahwa pasien ini tidak boleh ragu-ragu terhadap saya sebagai ners. Dengan prosedur yang baik saya coba lakukan dengan yakin dan mantap dan tidak lupa menatap ibu tersebut dengan tersenyum yang tulus, untuk mencoba meyakinkan bahwa saya siap menolong ibu setiap saat.

Allah yang maha pengasih lagi penyayang, tiba-tiba hati saya berbisik seperti itu, saya harus menyayangi pasien saya seperti Allah menyayangi saya. Luar biasa energi saya tiba-tiba meluap ada tulus,

ikhlas, senang dan bahagia. Dampaknya pasien merasa lega walaupun tidak berkata apa-apa tetapi saya sebagai ners bisa merasakannya.

Tiba-tiba ibu tersebut memegang tangan saya dengan erat dan dengan wajah yang tulus ikhlas bahkan cenderung mau menangis berdoa untuk saya “ Ya Allah tingkatkan derajat kehidupan suster ini” saya kaget sampai lupa berucap Amin, tetapi saya yakin saat itu malaikat meng Amini doa ibu yang tulus ikhlas, karena sekarang terbukti bahwa ners tersebut derajat hidupnya meningkat.

*Sebagai ners sangat capai, bukan hanya fisik tetapi juga perasaan, termasuk menanggung beban hidup yang gajihnya pas-pasan membuat banyak peluang untuk menyakiti pasien, tetapi dengan doa pasien ners tersebut mampu memikul beban yang berat tentu saja tanpa keyakinan akan pertolongan Allah sangat tidak mungkin. Manusia sangat lemah berdoa kepada Allah adalah kekuatan kita.*

#### **D. Aspek Spiritual**

Hanya perawat atau ners yang mempunyai kecerdasan spiritual yang tinggi yang mampu memberikan pelayanan secara efektif. Menghargai dimensi-dimensi manusia dari pekerjaan perawat dan dunia kehidupan serta pengalaman nyata yang kita peroleh dari orang lain dan kita nilai secara subyektif (didasarkan diri sendiri penilaiannya) dari orang-orang yang kita layani. Manusia pada dasarnya adalah makhluk bio psiko sosio kultural dan spiritual yang utuh dalam arti merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani dan unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai dengan tingkat perkembangan . Bagi beberapa orang kegiatan spiritual memberikan kegiatan langsung yang berdampak pada coping yang efektif, artinya orang yang mempunyai

keyakinan bahwa segala sesuatu adalah sebuah bentuk pembelajaran yang harus dijalani untuk mendapatkan hikmah dalam kehidupan, ini akan mudah bagi perawat untuk berpikir alternatif untuk membantu pasien berperilaku adaptasi yang positif dalam menghadapi sakitnya.

Berdasarkan konsep ini perawat sangat memerlukan tingkat spiritual yang tinggi untuk dapat melakukan tugas pelayanannya secara optimal sehingga dapat terwujud mutu pelayanan prima. Hungelman (1985) menyatakan kesehatan spiritual adalah rasa keharmonisan saling kedekatan antara diri sendiri dengan orang lain, alam, dan dengan kehidupan yang tertinggi yaitu Tuhan Yang Maha Esa. Dalam konsep keperawatan makna spiritual tidak hanya terfokus pada ritual praktek keagamaan. Tetapi lebih daripada itu, spiritual menekankan pada konsep cinta, empati, harapan, dan makna atau hakikat kesehatan dan penyakit dalam diri seseorang. Manifestasi spiritual merupakan cara kita untuk dapat memahami spiritual secara nyata. Manifestasi spiritual dapat dilihat melalui bagaimana cara seseorang berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, dan dengan Yang Maha Kuasa, serta bagaimana sekelompok orang berhubungan dengan anggota kelompok tersebut (Koenig & Pritchett, 1998).

Contoh kebutuhan spiritual individu adalah kebutuhan seseorang untuk mencari tujuan hidup, harapan, mengekspresikan perasaan kesedihan maupun kebahagiaan, untuk bersyukur, dan untuk terus berjuang dalam hidup. Kebutuhan spiritual menyangkut individu dengan orang lain meliputi keinginan memaafkan dan dimaafkan serta mencintai dan dicintai. Menurut Nolan & Crawford (1997) kebutuhan spiritual sekelompok orang meliputi keinginan kelompok tersebut untuk dapat memberikan kontribusi positif terhadap lingkungannya.

Dalam pelaksanaannya *caring, aspek spiritual menjadi tema penting* ditunjukkan dalam konteks sebagai berikut:

1. Perawat membantu orang yang dirawat dengan sepenuh hati dan memperlakukannya sebagai manusia yang wajar dalam konteks kesadaran keperawatan.
2. Menghadirkan keyakinan yang mendalam hal-hal yang nyata dari diri sendiri dan orang yang dirawat.
3. Pemeliharaan praktik spiritual dari diri sendiri serta diri transpersonal, tidak mementingkan ego sendiri, terbuka bagi orang lain yang sensitifitas dan kasih sayang.
4. Perawat berespon dengan tulus, tidak berpura-pura dan mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dengan spontan.
5. Menghadirkan dan mendukung ekpresi perasaan positif dan negatif sebagai suatu hubungan timbal balik yang mendalam dari diri sendiri dan orang yang dirawat.
6. Mengoptimalkan kemampuan diri dengan kreatif yang penuh ide-ide dan gagasan sesuai pengetahuan dari proses perawatan, terlibat didalam praktik perawatan dan penyembuhan.
7. Perawat berusaha untuk simpati, empati dan mengerti kondisi dengan orang yang dirawat.
8. Menciptakan lingkungan yang terapeutik pada seluruh tingkatan (fisik dan non fisik) lingkungan energi dan kesadaran, kesatuan, keindahan kenyamanan, martabat dan kedamaian diciptakan.
9. Membantu pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasar, dengan kesadaran keperawatan yang disengaja, melakukan perawatan manusia yang esensial, yang menyesuaikan jiwa tubuh keseluruhan

dan kesatuan umat manusia dalam seluruh aspek keperawatan, mewujudkan semangat dan mengembangkan energi spiritual.

10. Terbuka pada misteri-spiritual dan dimensi keberadaan hidup mati manusia, perawatan jiwa untuk diri sendiri dan orang lain yang dirawat .

Ada peristiwa yang tidak saya lupakan sebagai seorang perawat. Seseorang yang memanggil saya, “diluar ada orang yang mencari suster” kata teman saya. Seorang remaja yang sangat cantik dan tidak saya kenal dihadapan saya, dia begitu senang dan cerita dengan sangat dekat dan akrab. Saya juga pura-pura akrab, sambil terus berpikir siapa ini, ya Allah siapa ini? Sampai dia pulang saya tidak mengerti kita telah bertemu dimana? Saat pamit dia menyodorkan satu bungkus kado “ suster ini untuk suster”, dengan tersenyum dan bingung saya terima kado tersebut, “terima kasih telah menemani saya waktu saya habis operasi”. Deg... langsung saya ingat pasien saya yang kesakitan dirumah sakit. Seorang pasien dengan sedikit perhatian dari perawat, akan mengorbankan waktu mencari perawatnya, untuk menyerahkan kado yang isinya makanan kecil yang sederhana, tetapi maknanya menjadi luar biasa, habatnya jadi perawat, selamat untuk perawat. Itulah sebuah pelajaran saya, waktu pertama terjun sebagai perawat yang bekerja di rumah sakit.

Nilai humanis, Orang humanis meyakini kebaikan dan nilai-nilai manusia sebagai suatu komitmen dalam bekerja untuk kemanusiaan. Contoh perilaku yang manusiawi adalah empati, simpati, terharu dan menghargai kehidupan. Humanisme ini mendapat tempat yang khusus dalam keperawatan. Humanisme merupakan suatu sikap dan pendekatan yang memperlakukan pasien sebagai manusia yang

mempunyai kebutuhan lebih dari sekedar nomor tempat tidur atau sebagai seorang berpenyakit tertentu. Perawat yang menggunakan pendekatan humanistik dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai-nilai, pengalaman, kesukaan, perilaku dan bahasa tubuh.

Pendekatan humanistik ini adalah aspek keperawatan tradisional dari *caring*, yang diwujudkan dalam pengertian dan tindakan. Pengertian membutuhkan kemampuan mendengarkan orang lain secara aktif dan arif serta menerima perasaan-perasaan orang lain. Prasyarat bertindak adalah mampu bereaksi terhadap kebutuhan orang lain dengan keikhlasan, kehangatan untuk meningkatkan kesejahteraan yang optimal .

#### **E. Mengenal Diri Untuk Mengenal Pasien**

Kesadaran bahwa tidak mungkin seseorang memahami secara tuntas tentang orang lain. Tetapi dengan belajar dari pengalaman dan ilmu yang dikembangkan setiap hari dan mampu mensintesa antara fenomena serta menggunakan nuraninya perawat akan mengerti dan memahami pasiennya. Kesadaran diri akan membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan klien. Kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara yaitu:

1. Mempelajari diri sendiri yaitu proses eksplorasi diri sendiri, tentang pikiran, perasaan, perilaku, termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan interpersonal dan kebutuhan pribadi.
2. Belajar dari orang lain. Kesediaan dan keterbukaan menerima umpan balik orang lain akan meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri. Aspek untuk memperbaikinya sehingga individu akan selalu berkembang setiap menerima umpan balik.

3. Membuka diri. Keterbukaan merupakan salah satu kepribadian yang sehat, untuk ini harus ada teman intim yang dapat dipercaya, tempat menceritakan hal yang rahasia.

Untuk memahami bagaimana perawat mendekati dengan cara humanistik, dapat melalui kasus sebagai berikut. Seorang pasien berumur 55 tahun dengan keluhan tidak bisa kencing, bersedia dioperasi karena sudah hampir satu tahun buang air kencingnya tidak lancar, bekerja sebagai SATPAM dia merasa penyebab sakitnya karena membantu istrinya di warung dan sering bekerja yang berat-berat yang mengakibatkan sakit BPH. Dalam rangka persiapan operasi, pasien masuk Rumah Sakit untuk menjalani pemeriksaan dari Rontgent, EKG, laboratorium, dan USG. Dia merasa kesal karena merasa terlalu banyak pemeriksaan yang pasien dan keluarganya tidak mengerti untuk apa. Dan pasien juga kecewa karena pasien sebelah tempat tidurnya dengan keluhan yang sama baru sepuluh hari dioperasi sedangkan dia sudah 20 hari lebih belum juga dioperasi. Akhirnya pada hari yang sama kedua pasien dengan BPH dioperasi. Sebelum operasi pasien sulit tidur dan mengatasinya dengan pasrah dan selalu dzikir karena pasien merasa kalau tidak dzikir tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun.

Pada hari pertama setelah pasien sadar dia merasa sudah sembuh walaupun masih diinfus dan ada drain dan masih dilakukan spolling untuk proses penyembuhan luka operasi. Rasa sakit sehabis operasi membuat dia cemas dan dia merasa sembuh kalau habis disuntik obat analgesik, tetapi dia merasa takut bergerak karena banyaknya slang infus dan merasa lemah. Pada hari ketiga pasien ingin cepat pulang karena takut biayanya banyak. Dan dengan keberadaannya di rumah sakit dia merasa sangat merepotkan seluruh keluarga dan saudara-saudaranya. Dia merasa setelah pulang dari Rumah Sakit tidak boleh capai bekerja

dan harus istirahat, kondisi ini membuat pasien sebagai suami tidak mampu membantu istri dengan baik dan merepotkan. Kalau kebutuhan sex pasien menganggap itu tidak masalah karena sudah tua dan menurut pasien istrinya tidak mempermasalahkannya.

Dari kasus tersebut ada tema yang penulis melihat sebagai aspek kejiwaan yang perlu dibahas yaitu:

1. Ketidaktahuan tentang tindakan diagnostik menimbulkan kekecewaan dan penantian.
2. Pasrah terhadap apa yang akan terjadi menjadi pilihan pasien
3. Takut biaya banyak dan merepotkan keluarga.
4. Cemas dan takut bergerak karena sakit dan merasa lemah
5. Harga diri rendah karena harus mengurangi aktivitas

Bagaimana memahami kondisi tersebut sehingga perawat atau dokter mampu memberikan pelayanan yang sesuai dan dimengerti oleh pasien sehingga pasien merasa tenang dan nyaman di rumah sakit dengan segala kondisi yang tidak menguntungkan dan membuat pasien sangat lemah posisinya.

Kemanusiaan mementingkan orang lain, perawat harus menghargai kepentingan orang di atas kepentingan diri sendiri. Perawat mempunyai sifat kemanusiaan terhadap sesama. Untuk mampu memberikan perawatan yang berkualitas perawat menggunakan lima langkah sebagai pendekatan yang humanistik terhadap pasien:

1. Perawat seharusnya mengerti apa yang akan terjadi. Perawat mengkaji pasien dengan memahami bahwa pengetahuan dan pengalamannya tidak boleh mempengaruhi kesimpulan yang dibuat untuk pasien, untuk itu perawat harus mempersiapkan

- diri dengan baik kalau akan mengkaji pasien, artinya perawat mengetahui segala kelebihan dan kekurangannya sebagai perawat.
2. Perawat mengetahui kata hatinya. Untuk pendekatakan humanistik kata hati atau nurani merupakan bagian yang sangat penting dalam memahami situasi/kondisi atau masalah yang sedang dialami pasien. Dengan nurani atau hati perawat mampu mengerti secara keseluruhan masalah yang sebenarnya terjadi pada pasien. Karena dari beberapa referensi menyatakan bahwa dengan nurani kebenarannya lebih dari 70 kali lipat dari mata.
  3. Perawat mengetahui ilmunya. Disini perawat bergerak dari nurani ke analisa data yang memerlukan ilmu, karena data harus dibandingkan dan diinterpretasi yang akan menghasilkan masalah pasien dengan tepat.
  4. Perawat mengetahui bagaimana mensintesa pengetahuan untuk memahami pasien. Perawat seharusnya mengetahui mengapa masalah itu terjadi, dan mampu menghubungkan kondisi atau fenomena satu dengan yang lain. Sehingga perawat mempunyai cara pandang yang luas tentang masalah pasien. Kesuksesan perawat adalah datang dari hal-hal yang kadang tidak mungkin.

#### **F. Memberi Penghargaan Pada Orang Yang Mempunyai Nilai Berbeda**

*Pasien akan memperhatikan apapun yang dilakukan perawat, dari cara berpakaian, cara berkata, gerakan tangan semua ada maknanya bagi pasien dan keluarganya. Setiap tindakan pelayanan keperawatan adalah moment ketika perawat dan pasien yang membutuhkan pelayanan keperawatan bekerja sama dalam proses penyembuhan. Keduanya, adalah manusia unik dengan perbedaan nilai dan kultur*

serta keyakinan masing-masing sehingga mengharuskan memiliki tanggung jawab untuk menghargai perbedaan satu sama lain . Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman orang lain tentang perasaan, sensasi tubuh, pemikiran, kepercayaan, tujuan dan harapan serta pengaruh lingkungan yang dapat mempengaruhi terhadap persepsi seseorang. Karena orang akan berpikir dan merasakan sesuai dengan apa yang mereka alami yang jelas setiap orang mempunyai pengalaman berbeda baik di keluarga, masyarakat dan serta apa yang diharapkan dalam kehidupannya. Kesemuanya didasarkan pada pengalaman hidup masa lalu seseorang, keadaan sekarang dan masa depan yang dibayangkan dari orang tersebut.

Hal penting yang harus diperhatikan perawat adalah kesadaran diri sehingga mampu mengontrol baik perasaan, pikiran dan situasi yang harus dikendalikan oleh perawat. Bukan sekedar tujuan untuk orang yang dirawat, Watson dalam teorinya bersikeras bahwa perawat dalam pemberi pelayanan keperawatan, juga perlu mawas akan kesadarannya sendiri dan kehadirannya adalah moment penting dengan pasiennya.

Hubungan interpersonal tergantung pada komitmen moral perawat dalam melindungi dan meningkatkan martabat manusia serta dirinya sendiri yang lebih dalam, kesadaran perawat dalam memelihara komunikasi dan menghargai jiwanya serta kesadaran perawat akan adanya potensi pasien untuk sembuh berdasarkan pengalaman selama melakukan pelayanan keperawatan. Hubungan ini menjelaskan bagaimana perawat dalam penilaian yang obyektif serta menunjukkan perhatian terhadap subjek, perawat menjadi penghubung dalam pandangan orang lain tentang keperawatan. Sehingga mampu menyatukan persepsi yang sama tentang pelayanan yang diberikan antara perawat, pasien, keluarga dan dokter.

Menurut Potter dan Perry (1993), perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang, budaya, emosi, pengetahuan, peran, dan tatanan interaksi mempengaruhi isi pesan dan sikap penyampaian pesan. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam berinteraksi dengan pasien. Perawat harus mengkaji perasaan, respon dari perilaku baik secara pribadi maupun sebagai pemberi asuhan keperawatan. Dengan melalui komunikasi dengan memperhatikan faktor-faktor berikut.

1. Perkembangan

Lingkungan yang diciptakan oleh orang tua mempengaruhi kemampuan anak untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan tehnik khusus ketika berkomunikasi pada anak sesuai dengan perkembangannya. Oleh karena itu , agar dapat berkomunikasi secara efektif dengan anak, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan bahasa dan proses berfikir yang mempengaruhi cara dan sikap anak dalam berkomunikasi.

2. Persepsi

Persepsi adalah pandangan personal terhadap suatu kejadian. Persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman ( Northouse & Northouse, 1992 ). Perbedaan persepsi menghambat komunikasi.

3. Nilai

Nilai adalah standart yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Berusaha mengetahui dan mengklarifikasikan nilai adalah penting dalam membuat keputusan dan interaksi. Jangan sampai perawat dipengaruhi oleh nilai personalnya dalam hubungan profesional.

4. Latar belakang sosial budaya

Sering kali ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien,

perawat menggunakan bahasa dan gaya komunikasi yang berbeda. Gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.

#### 5. Emosi

Emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa. Cara seseorang berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh keadaan emosinya. Emosi mempengaruhi kemampuan untuk menerima pesan dengan benar, serta menimbulkan salah tafsir atau tidak mendengarkan pesan yang disampaikan. Perawat dapat mengkaji emosi klien dengan mengobservasi klien berinteraksi dengan keluarga, dokter atau perawat lain. Perawat juga perlu mengevaluasi emosinya, karena sangat sulit untuk menyembunyikan emosi, sementara klien sangat perseptik terhadap emosi yang terpindahkan melalui komunikasi interpersonal.

#### 6. Pengetahuan

Komunikasi sulit dilakukan jika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat mengkaji tingkat pengetahuan klien dengan memperhatikan respon klien terhadap pertanyaan yang diajukan. Setelah pengkajian perawat menggunakan istilah dan kalimat yang dimengerti oleh klien sehingga dapat menarik perhatian dan minatnya

#### 7. Peran

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan orang yang berkomunikasi. Gaya perawat berkomunikasi dengan klien akan berbeda dengan caranya berbicara dengan dokter atau perawat lain. Perawat perlu menyadari perannya saat berhubungan dengan klien

ketika memberikan asuhan keperawatan. Perawat menyebut nama klien untuk menunjukkan rasa hormatnya dan tidak menggunakan humor jika baru mengenal klien. Perawat muslim harus bisa menjadi contoh peran bagi orang lain, termasuk bagi klien.

#### 8. Tatanan interaksi

Komunikasi interpersonal akan lebih efektif jika dilakukan dalam suatu lingkungan yang menunjang, karena bising, kurang keleluasaan pribadi dan ruang yang sempit dapat menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidak nyamanan. Perawat perlu memilih tatanan yang memadai ketika berkomunikasi dengan klien. Komunikasi interpersonal akan lebih efektif jika dilakukan dalam suatu lingkungan yang menunjang, karena bising, kurang keleluasaan pribadi dan ruang yang sempit dapat menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidak nyamanan. Perawat perlu memilih tatanan yang memadai ketika berkomunikasi dengan klien.

Kemampuan komunikasi adalah hal paling penting dalam berhubungan dengan pasien, dan merupakan kompetensi kunci serta menggambarkan profil seorang perawat atau ners yang wajib digunakan dalam pelayanan keperawatan. Kalau seorang perawat mengatakan "pasien itu malas sekali" jelas perkataan perawat tersebut menunjukan dia tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena kata-katanya berbentuk menuduh pasien.. atau seorang perawat mengatakan "pasien itu berada di tempat tidur dari pagi padahal seharusnya dia berjalan-jalan", ini menunjukan perawat mencoba menguraikan fakta yang tidak dia mengerti, coba kita perhatikan seorang perawat yang mengatakan bahwa 'pasien dari pagi diam di tempat tidur karena sudah dua hari

tidak ditengok keluarga, pasien terlihat gelisah” disini perawat sudah memahami kenapa pasien terlihat malas, tetapi masih belum ada empati.

Seperti apa perawat yang mampu empati, digambarkan perawat yang mampu memahami dengan mengetahui persis apa yang sedang terjadi pada pasien melalui observasi, wawancara, baik pasien maupun keluarganya. Sehingga yang dikatakan perawat yang empati adalah ” pasien sedang sedih karena keluarga tidak datang sedang mengurus biaya perawatan”. Tentu dengan pemahaman masalah pasien, perawat akan mampu berperilaku caring dengan membantu pasien memilih alternatif untuk mampu berpikir dan bersikap yang positif dalam menunggu kedatangan keluarganya. Ada 10 cara untuk meningkatkan komunikasi :

1. Mencoba mencari kejelasan ide sebelum bicara
2. Mengkaji kejelasan tujuan dari tiap bicara
3. Mempertimbangkan kemampuan fisik secara keseluruhan saat bicara
4. Pikirkan saat bicara isi pesan yang disampaikan
5. Pesan yang disampaikan cukup jelas
6. Mengikuti jalannya komunikasi
7. Bicara untuk besok sama dengan hari ini
8. Yakinkan tindakan yang dilakukan menyokong komunikasi
9. Konsultasikan dengan orang lain, jika perlu dalam merencanakan komunikasi
10. Cobalah untuk memahami dan dipahami dan jadilah pendengar yang baik

Di rumah sakit terjadi pertukaran informasi secara verbal terutama

pembicaraan dengan tatap muka. Komunikasi verbal ini biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata – kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan membangkitkan respon emosional, atau menguraikan obyek, observasi, dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespons secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif harus :

1. Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek, langsung. Makin sedikit kata – kata yang digunakan semakin kecil terjadinya kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. penerima pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata – kata yang mengekspresikan ide secara sederhana. “ Katakan pada saya dimana rasa nyeri anda “ lebih baik dari pada” saya ingin anda menguraikan kepada saya bagian yang anda rasakan tidak enak.

2. Perbendaharaan kata.

Komunikasi tidak akan berhasil, jika mengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti oleh klien. Dri pada

mengatakan, “ duduk, sementara saya akan mengauskultasikan paru – paru anda” akan lebih baik jika dikatakan “ duduklah sementara saya mendengarkan paru – paru anda”.

3. Arti denotatif dan konotatif.

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ude yang terdapat pada suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien, perawat harus hati – hati memilih kata – kata sehingga tidak salah ditafsirkan. Terutama sangat penting sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien.

4. Selaan dan kecepatan bicara.

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat dan turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata – kata tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk manekankan pada hal tertentu, memberi waktu pada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkan, menyimak isyarat non verbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan ketidak mengerti. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk diulang.

5. Waktu dan relevansi.

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap perasaan. Bila klien menangis kesakitan, tidak waktunya untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu yang tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan yang akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien.

6. Humor.

Dugan (1989) menyatakan bahwa tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Sillivan dan Deane (1988) melaporkan bahwa humor merangsang produksi catecholamines dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas memfasilitasi relaksasi pernafasan dan meningkatkan metabolisme. Namun perawat perlu berhati-hati jangan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi kemampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

Untuk itu kita perhatikan beberapa hal berikut ini dalam berkomunikasi dengan pasien yaitu ***makna dibalik apa yang dikatakan pasien.***

1. Metakomunikasi.

Komunikasi tidak hanya tergantung pada pesan tetapi juga hubungan antar pembicara dengan lawan bicaranya. Metakomunikasi adalah

suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara yang berbicara, yaitu pesan didalam pesan yang menyampaikan sikap dan pesan pengirim terhadap pendengar. Contoh : tersenyum ketika sedang marah.

## 2. Penampilan personal.

Penampilan seseorang merupakan salah satu hal pertama yang diperhatikan selama komunikasi interpersonal. Kesan pertama timbul dalam 20 detik sampai 4 menit pertama. Delapan puluh empat persen dari kesan terhadap seseorang berdasarkan penampilannya (Lalli-Ascoci, 1990 dalam Potter dan Perry, 1993). Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya dan konsep diri. Perawat yang membutuhkan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap klien mempunyai citra bagaimana seharusnya penampilan seorang perawat. Walaupun tidak sepenuhnya penampilan mencerminkan kemampuan perawat, tetapi mungkin akan lebih sulit bagi perawat untuk membina rasa percaya terhadap klien jika perawat tidak memenuhi citra klien.

## 3. Intonasi (nada suara).

Nada suara pembicara mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyatakan rasa tertarik yang tulus terhadap klien dapat

terhalangui oleh nada suara perawat.

4. Ekspresi wajah.

Hasil suatu penelitian menunjukkan enam keadaan emosi utama yang tampak melalui ekspresi wajah : terkejut, takut, marah, jijik, bahagia dan sedih. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan pendapat interpersonal. Kontak mata sangat penting dalam komunikasi interpersonal. Orang yang mempertahankan kontak mata selama pembicaraan dipersepsikan sebagai orang yang dapat dipercaya, dan memungkinkan menjadi pengamat yang baik. Perawat sebaiknya tidak memandang ke bawah ketika sedang berbicara dengan klien, oloeh karena itu ketika sedang berbicara duduk sehingga perawat tidak tampak dominan jika kontak mata dengan klien dilakukan dalam keadaan wajar.

5. Sikap tubuh dan langkah.

Sikap tubuh dan langkah menggambarkan sikap, emosi, konsep diri, dan keadaan fisik. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati sikap tubuh dan langkah klien. Langkah dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit, obat dan fraktur.

6. Sentuhan,kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian disampaikan melalui sentuhan.

Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam hubungan perawat-klien, namun harus memperhatikan norma sosial. Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat menyentuh klien, seperti ketika memandikan, melakukan pemeriksaan fisik, atau membantu memakaikan pakaian. Perlu disadari bahwa keadaan sakit membuat klien tergantung kepada perawat untuk melakukan

kontak interpersonal sehingga sulit untuk menghindarkan sentuhan. Bradley & Edinburg (1982) dan Wilson & Keneisi (1992) menyatakan bahwa walaupun sentuhan diperhatikan apakah penggunaan sentuhan dapat dimengerti dan diterima oleh klien, sehingga harus dilakukan dengan kepekaan dan hati-hati.

# KARAKTERISTIK PERAWAT SEBAGAI TERAPIS SPIRITUAL

Ns.Rufaida Nur Fitriana; Ns.Dwi Listiowati; Ns.Eddy Murtoyo

## A. Konsep Dasar Terapi Spiritual

Intervensi spiritual dapat didefinisikan sebagai “strategi terapeutik yang menggabungkan antara dimensi spiritual atau agama sebagai komponen pusat dari intervensi” (Hodge, 2006). Intervensi spiritual atau spiritual care didefinisikan sebagai praktik dan prosedur keperawatan yang diberikan perawat kepada pasien atau klien dalam memenuhi kebutuhan spiritual yang didasarkan pada nilai-nilai keperawatan spiritual dengan focus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan pasien dengan penuh perhatian, memberikan kesempatan pada pasien dalam mengekspresikan kebutuhan pasien, memberikan kekuatan pada pasien dan memberdayakan pasien dan keluarga terkait dengan penyakit atau keluhan yang dialami, serta tidak mempromosikan agama atau keyakinan tertentu dalam praktik untuk meyakinkan pasien terhadap suatu agama (Sianturi, 2015).

Dalam pemberian asuhan keperawatan, aspek spiritual klien atau pasien merupakan salah satu aspek yang harus diperhatikan perawat, terutama dalam pendekatan keperawatan menyeluruh atau *holistic nursing*. Perawatan spiritual dalam keperawatan utamanya digambarkan

dalam sikap dan perilaku praktik keperawatan dengan panduan berupa nilai-nilai keperawatan spiritual, pengakuan terutama tentang martabat manusia, kebaikan, belas kasih, ketenangan, kelembutan dan kepedulian perawat pada diri mereka sendiri dan dengan individu lainnya (Meehan, 2012).

## **B. Kebutuhan Spiritual**

Setiap manusia memiliki dimensi spiritual dan kebutuhan ini akan menonjol pada saat individu mengalami stress emosional, sakit atau bahkan menjelang ajal. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, adanya rasa keterikatan, kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf. Kebutuhan spiritual digambarkan sebagai bagian penting dari kehidupan manusia yang dapat membantu manusia untuk mengatasi kondisi yang dihadapi, menemukan makna dan tujuan serta harapan dalam hidup. Kebutuhan spiritual seorang pasien digambarkan dalam enam hal, yaitu (Hodge, et al., 2011 dalam Sianturi, 2015)

### **1. Makna, tujuan dan harapan hidup**

Merupakan kebutuhan untuk memahami peristiwa dalam kehidupan secara keseluruhan. Pasien membutuhkan penjelasan tentang sakitnya dan mengapa penyakit tersebut terjadi pada dirinya. Dengan mendapatkan penjelasan yang tepat, diharapkan pasien tidak putus asa, mampu berpikir positif, mensyukuri berkat Tuhan, focus pada hal-hal yang baik dan membuat hidup menjadi lebih berarti. Kebutuhan akan makna, tujuan dan harapan erat kaitannya dengan kebutuhan akan hubungan dengan Tuhan.

### **2. Hubungan dengan Tuhan**

Bagi pasien, hubungan dengan Tuhan menjadi kebutuhan yang

sangat penting yang dapat membantu individu dalam menghadapi masa-masa sulit, memberikan rasa yang utuh tentang makna dan tujuan serta memberikan harapan untuk masa kini, masa depan, dan masa akhirat. Perilaku yang ditunjukkan pasien adalah memohon, komunikasi dengan Tuhan, menerima kehendak Tuhan, menerima rencana Tuhan, percaya bahwa Tuhan yang menyembuhkan penyakitnya, yakin akan kehadiran Tuhan pada masa-masa perawatan penyakitnya dan pasien percaya Tuhan yang memelihara dan mengawasi mereka.

### 3. Praktek spiritual

Pasien mempunyai keinginan untuk terlibat dalam kegiatan ibadah secara rutin. Dengan kegiatan ibadah pasien berharap dapat meningkatkan hubungan dengan Tuhan sehingga dapat mengatasi segala cobaan yang mereka hadapi. Kegiatan yang dilakukan oleh pasien adalah berdoa, membaca kitab suci, pelayanan keagamaan, mendengar musik rohani dan membaca buku yang bertema rohani.

### 4. Kewajiban agama

Hal ini berhubungan dengan tradisi agama pasien misalnya adanya makanan yang halal dan tidak halal, kematian dan proses penguburan yang harus dihormati.

### 5. Hubungan interpersonal

Selain hubungan dengan Tuhan, pasien juga membutuhkan hubungan dengan orang lain, termasuk hubungan dengan kaum ulama. Kebutuhan ini meliputi : mengunjungi anggota keluarga, menerima doa orang lain, meminta maaf, menerima dukungan, dihargai dan dicintai orang lain.

### 6. Hubungan dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya

Pasien berharap memiliki interaksi dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Pasien membutuhkan para tenaga kesehatan memiliki ekspresi wajah yang ramah, kata-kata dan bahasa tubuh yang baik, menghormati, empati, peduli, memberikan informasi tentang penyakitnya secara lengkap dan akurat, dan mendiskusikan tentang pilihan pengobatan.

### **C. Karakteristik Terapis Spiritual**

Keberhasilan suatu terapi ditentukan oleh hubungan antara terapis dengan klien atau pasien. Hubungan yang menghasilkan outcome positif bagi klien atau pasien didukung oleh sifat pribadi terapis atau *personal attributes* dan teknik terapi yang diberikan. Ackerman & Hilsenroth (2003) melakukan sebuah literature review tentang karakteristik dan teknik terapis yang memberikan dampak positif bagi hubungan terapeutik. Seorang terapis seharusnya memiliki sifat seperti dapat dipercaya, berpengalaman, percaya diri, komunikasi yang jelas dan interpretasi yang tepat. Seorang terapis dalam hubungannya dengan pemberian intervensi atau pengobatan seharusnya memiliki aspek entusiasme, menarik, mampu mengeksplorasi pasien, aktif, dan terlibat dengan klien atau pasien.

Bagian penting dalam hubungan terapis dengan klien adalah berupa empati. Sikap empati dapat ditunjukkan dengan penguatan, memberikan bantuan, hangat dan bersahabat serta memahami pasien atau klien. Sifat-sifat tersebut memberikan kontribusi yang positif dalam hubungan antara terapis dengan pasien atau klien. Selain sifat personal terapis yang memberikan kontribusi positif, teknik terapis pun dipertimbangkan sebagai aspek yang memberikan kontribusi terhadap keberhasilan hubungan antara terapis dan klien. Teknik yang

harus dimiliki oleh seorang terapis antara lain kemampuan dalam eksplorasi, refleksi, mencatat keberhasilan terapi terdahulu, interpretasi yang akurat, mampu memfasilitasi perasaan klien yang mempengaruhi terapi, dan memperhatikan pengalaman pasien.

Seorang terapis spiritual dalam upaya mendapatkan efek positif dari terapi yang dilakukan tidak hanya diperlukan suatu teknik komunikasi terapeutik yang efektif. Akan tetapi, kehadiran terapeutik juga dibutuhkan oleh terapis. Kehadiran terapeutik atau *therapeutic presence* melibatkan kehadiran terapis sepenuhnya pada banyak tingkatan baik secara fisik, emosional, kognitif, spiritual dan relasional (Geller & Greenbert, 2012). Jadi, dalam kehadiran terapeutik, terapis spiritual tidak hanya hadir secara fisik memberikan terapi spiritual kepada klien tetapi semua level dalam diri terapis juga dilibatkan dalam memberikan terapi spiritual.

Kehadiran terapeutik meliputi berada dalam kontak dengan individu yang terintegrasi dan sehat diri, menjadi terbuka dan menerima pada kejadian yang dialami klien dan menyelami perasaan klien dalam kejadian tersebut; serta menggunakan perasaan yang lebih luas dalam kesadaran dan persepsi. Pada dasarnya, menyelami dan menimbulkan kesadaran terjadi dengan bersama klien secara intensif dalam proses terapi (Geller & Greenberg, 2012).

Penelitian terkait pengaruh kehadiran terapeutik telah banyak dilakukan. Geller, et al (2010) mengembangkan sebuah alat ukur untuk kehadiran terapeutik yang dinamakan Therapeutic Presence Inventory (TPI). Terdapat dua jenis TPI yang diciptakan, satu untuk terapis tentang kehadiran mereka (TPI-T) dan satu diperuntukkan bagi klien tentang persepsi mereka pada kehadiran terapis (TPI-C). dalam penelitian yang

dilakukan Geller et al (2010), didapatkan hasil utama berupa klien melaporkan hubungan terapeutik yang positif dan juga perubahan positif setelah sesi terapi dimana klien juga merasa kehadiran terapis. Sikap terapis yang terbuka dan menerima klien serta peka terhadap apa yang dialami klien dalam hubungan terapeutik berasal dari kehadiran terapis dan memungkinkan untuk memperdalam hubungan antara terapis dengan klien.

Klien akan merasa didengar, dipahami dan dimengerti serta ditanggapi hingga pada saatnya klien akan berada pada pemahaman tersebut dan membuka diri untuk hubungan yang lebih mendalam dengan terapis mereka. Ideal konselor tidak menghakimi dijelaskan oleh Rogers (1952), karena mereka akan diharapkan untuk memiliki beberapa kesadaran, pemahaman, dan menghormati proses psikologis, efek stres dan depresi, dan nilai teknik psikoterapi. Jika klien dirujuk ke konselor yang merendahkan, dengan semua upaya konseling yang serba boleh maka kebingungan dan demoralisasi akan tidak diragukan lagi terjadi. Kita kenal contoh malang yang dihadapi pasien dengan pengalaman AIDS dan ketika ini terjadi bias prasangka ekstrim, dalam proses mencari hiburan dan bimbingan mengenai penyakitnya, ia diperingatkan oleh konselor selama konsultasi pribadi dan diberitahu bahwa ia layak mendapat hukuman Tuhan.

Sangat penting bahwa respon ini harus dihindari ketika rujukan ke konselor. Kehadiran terapeutik, dari sisi klien, akan menghasilkan penerimaan diri, mengasihi diri sendiri, dan kehadiran yang mendalam melalui kehadiran terapis mereka yang pada akhirnya akan melepaskan kecenderungan yang paling mendasar klien dalam tujuan mencapai keutuhan dan pertumbuhan (Geller, 2013). Dalam hal ini, kita tidak menganggap bahwa pemahaman yang mendalam baik spiritual atau

tradisi keagamaan tertentu dan keyakinan hanya diperuntukkan bagi anggota terapis yang memiliki kesamaan spiritual dan agama dengan terapis. Dengan pemikiran ini, kami sarankan bahwa lebih baik dan berharga bagi anggota konselor yang terlatih dan khusus diidentifikasi dari para konselor untuk mengasumsikan peran spiritual daripada seorang konselor yang tidak memenuhi syarat untuk mencoba penyelidikan komprehensif ranah kecerdasan ini (*spiritual therapy*).

#### **D. Kompetensi Perawat dalam Spiritual Care**

Kompetensi yang harus dimiliki perawat dalam memberikan terapi spiritual adalah sebagai berikut (Leeuwen & Cusveller, 2004):

1. *Awareness and the use of self* (Kesadaran diri dan penggunaan diri perawat)

Kompetensi yang sebaiknya dimiliki perawat adalah perawat mampu menangani nilai dalam dirinya sendiri, keyakinan dan perasaan dalam hubungan profesional perawat dengan pasien dalam kepercayaan dan agama yang berbeda. Perilaku yang menunjukkan kompetensi tersebut antara lain:

- a. Menunjukkan perilaku menghargai kepercayaan pasien, tidak berprasangka buruk pada orang lain dan pemuka agama, tidak memberikan nama (label) pada sebuah spiritual sebagai sebuah keadaan patologis, tidak pula melawan kepercayaan yang dimiliki oleh pasien.
- b. Merefleksikan pada hubungan antara spiritualitas yang dimiliki seseorang dan respon terhadap pemberi pelayanan kesehatan seperti perasaan frustrasi, stress, ketakutan akan penyakit, penderitaan dan kematian, dan pengaruh pengalaman personal.

- c. Mengenali dan menerima kekurangan seseorang dalam memberikan pelayanan spiritual dan mengkomunikasikannya pada pasien dan tim kesehatan lain.
- d. Merujuk pada pemberi pelayanan spiritual lain seperti konselor spiritual maupun pemuka agama pada saat dan cara yang tepat.

Kompetensi lain yang dimiliki perawat dalam menyadari diri dan menggunakan dirinya untuk memberikan intervensi spiritual pada pasien adalah perawat mampu menunjukkan subyek spiritualitas dengan pasien dari budaya yang berbeda-beda dalam perilaku caring. Perilaku yang ditunjukkan dapat berupa :

- a. Mendengarkan secara aktif pada spiritualitas pasien secara umum dan aspek spiritualitas pada saat sakit, menghadapi rintangan hidup, dan sebagainya.
- b. Menerima orang lain, empati, sensitive dan menggunakan sentuhan
- c. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat, misalnya memberikan dukungan setelah menerima kabar buruk, mampu menggali aspek komunikasi transcultural.

Hasil yang diharapkan berupa mengupayakan perasaan mengerti pada pasien dalam kebutuhan spiritual dan memberikannya kesempatan dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan tentang spiritualitasnya.

## 2. Dimensi spiritual dalam keperawatan

Perawat mengumpulkan informasi tentang spiritualitas pasien dan mengidentifikasi kebutuhan pasien. Hal ini ditunjukkan dalam tindakan seperti :

- a. Mengumpulkan, menyusun dan menjelaskan informasi tentang spiritualitas pasien, latar belakang agama, riwayat hidup, kejadian dan pengalaman religious pasien, dan peran dari kebiasaan, ritual, tradisi dan symbol dalam kehidupan sehari-hari.
- b. Bertanya dan mengobservasi bagaimana spiritualitas pasien mempengaruhi cara pasien menghadapi episode penyakitnya, dan bagaimana penyakit atau kejadian yang dialami mempengaruhi spiritualitas pasien.
- c. Mampu menggunakan alat pengkajian (tool) dan pertanyaan yang tepat
- d. Melaporkan dan mendokumentasikan kebutuhan spiritual pasien

Hasil yang diharapkan adalah mampu membuat pengkajian spiritual pasien dimana intervensi berupa caring dapat memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Kompetensi yang lain adalah perawat dapat mendiskusikan dengan pasien dan tim kesehatan lain bagaimana intervensi spiritual disediakan, direncanakan, dan dilaporkan. Tindakan yang mencerminkan kompetensi tersebut adalah mampu melaporkan secara verbal dan tulisan tentang fungsi spiritual pasien (meliputi pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi) serta memastikan intervensi spiritual yang berkelanjutan; mampu membantu dalam koordinasi dengan profesi kesehatan lain dalam memberikan perawatan spiritual yang terbaik yang dibutuhkan pasien; dan mampu merujuk dan berkonsultasi dengan pemuka agama tentang masalah spiritual pasien. Hasil yang diharapkan dalam kompetensi tersebut adalah mampu

memberikan upaya yang multidisilin dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Kompetensi lain yang dimiliki perawat adalah perawat memberikan intervensi spiritual dan mampu mengevaluasinya dengan pasien dan anggota tim kesehatan lain. Tindakan yang dapat dilakukan seperti membantu pasien melanjutkan ritual ibadah, berdoa, membaca dan mendengarkan music; memonitor ekspresi spiritual selama pasien diberikan pelayanan kesehatan; memberikan perhatian pada pikiran dan perasaan pasien tentang penyakit dan penderitaannya; mendiskusikan pertanyaan yang dimiliki pasien tentang makna dan tujuan hidup, menawarkan harapan dan kenyamanan; menerapkan teknik relaksasi; dan melatih keluarga dan teman dengan mengacu pada spiritualitas.

### 3. *Assurance of quality and expertise*

Perawat berperan dalam menjamin kualitas dan meningkatkan keahlian dalam perawatan spiritual pasien dalam organisasi. Tindakan yang dilakukan dapat berupa menempatkan masalah dalam unit yang terkait perawatan spiritual, menyusun rekomendasi kebijakan tentang pengawasan dan administrasi perawatan spiritual, dan mengimplementasikan tugas pengembangan perawatan spiritual. Hasil yang diharapkan adalah menggabungkan perawatan spiritual ke dalam proses perawatan keseluruhan yang ada di dalam institusi (rumah sakit).

## **E. Etika Dalam Terapi Spiritual**

Seorang terapis dalam memberikan terapi kepada pasien atau klien berpedoman pada prinsip etika. Demikian pula dengan terapis spiritual. Dalam memberikan terapi spiritual, seorang pemberi terapi harus

berdasarkan pada prinsip etika dalam interaksinya di area spiritualitas. Prinsip etika tersebut adalah sebagai berikut:

1. Otonomi klien (*Client autonomy*)

Menghargai otonomi klien merupakan nilai dasar dalam kerja social. Pentingnya nilai ini adalah ditekankan ketika berhubungan dengan spiritualitas yang sering menjadi sesuatu yang sangat pribadi dan sensitive di antara klien (Hodge, 2006). Otonomi dapat dilanggar dengan berbagai cara. Sebagai contoh memaksakan suatu keyakinan spiritual yang tidak sesuai dengan spiritual klien dan bertentangan dengan keyakinan klien. Untuk menghormati harapan klien sepenuhnya, interaksi seharusnya didahului dengan pengkajian spiritual klien untuk menentukan nilai spiritualitas klien, tradisi keagamaan dan dasar lainnya sebagai informasi awal (Nelson-Becker et al, 2007).

Menggunakan lembar persetujuan atau informed consent merupakan mekanisme yang penting bagi jaminan keamanan otonomi klien. Informed consent sebaiknya diberikan sebelum mengkaji spiritual secara lebih mendalam tentang bagaimana spiritualitas dapat dimasukkan dalam praktik. Terapis seharusnya melakukan pengawasan secara berkala terhadap respon klien untuk memastikan bahwa klien tetap terjaga otonominya.

2. Kompetensi spiritual (*Spiritual competence*)

Kompetensi spiritual dapat dipahami sebagai sebuah kompetensi yang berhubungan dengan budaya yang melatarbelakangi spiritual klien. Kompetensi spiritual merupakan seperangkat sikap, pengetahuan dan keterampilan yang dinamis dalam menghadapi tradisi spiritual yang beragam yang dapat dikembangkan dengan

populasi yang berbeda (Sue &Sue, 2008).

3. Kompetensi profesional (*Professional competence*)

Hampir sama dengan kompetensi spiritual yang menekankan pada kemampuan interpersonal dalam memberikan intervensi, kompetensi spiritual mengacu pada kemampuan dalam intervensi mengenai pelatihan yang dirancang guna menyelesaikan masalah terutama masalah spiritual.

# ***MINDFULNESS THERAPY***

## **MENURUNKAN EFEK STRES KERJA**

Ns.Visia Hevy Prasetyaningtyas; Ns.Nunung Rachmawati

### **A. Konsep Mindfulness**

Baer dan Huss menyatakan bahwa saat ini terdapat beberapa intervensi berbasis *mindfulness* yang dianggap memiliki dukungan empirik terbaik, dan dua diantaranya adalah:

#### 1. *Mindfulness Based Stres Reduction* (MBSR)

*Mindfulness Based Stres Reduction* (MBSR) merupakan salah satu jenis terapi berbasis *mindfulness* yang fokus melatih kesadaran melalui teknik meditasi. Dengan berlatih mengobservasi sensasi tubuh (*body scan meditation*), individu dapat mencapai kondisi *mindful* dalam kehidupan sehari-harinya, termasuk ketika melakukan aktivitas rutin seperti berjalan, makan, berdiri, dll. MBSR bertujuan mengubah hubungan individu dengan situasi dan pikiran yang penuh distres. Hal ini dicapai dengan cara menurunkan reaksi emosional dan meningkatkan penilaian kognitif secara positif. *Mindful Motherhood* merupakan salah satu terapi *mindfulness* yang dikembangkan dari MBSR dan telah terbukti mampu mengatasi distres, depresi, dan kecemasan pada subjek ibu hamil (Maharani, 2013).

## 2. *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT).

*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) adalah intervensi berbasis mindfulness yang mengintegrasikan aspek *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) ke dalam format MBSR dalam sesi yang berdurasi lebih singkat. Awalnya intervensi ini digunakan terhadap pasien yang mengalami depresi berat yang kronis. Intervensi ini menambahkan elemen tradisional seperti psikoedukasi dan latihan untuk membedakan pikiran dan fakta. Namun MBCT lebih fokus untuk mengajak pasien menggunakan pendekatan *decentered* terhadap pengalaman internal daripada mengajarkan klien untuk merubah pikiran (Maharani, 2013).

### **B. Teknik Stop**

Teknik STOP adalah teknik yang sederhana, mudah digunakan dan sangat membantu. Namun kata hati-hati diperlukan terkait harapan yang dimiliki beberapa peserta dengan teknik ini. Mereka mungkin merasakan ini hanya bekerja ketika mereka menemukan rasa tenang, merasa kurang reaktif atau dorongan hilang. Yakinkan mereka bahwa tujuan mendasar dari teknik STOP adalah untuk datang sepenuhnya untuk saat ini dan mengamati apa yang terjadi bukan hanya bereaksi. Kadang-kadang kita mungkin melihat bahwa sensasi di dalam tubuh, pikiran atau emosi kita telah berubah, dan kadang-kadang kita mungkin melihat bahwa tidak berubah sama sekali.

Tujuannya adalah untuk melihat, tidak mengubah pengalaman kita. Tekanan membuat kita rentan untuk bereaksi dengan cara kebiasaan. Dan ketika kita di bawah tekanan, kita sering memiliki akses terbatas ke sumber daya internal. Kebiasaan bereaksi ini mungkin bukan cara yang paling terampil tersedia untuk kita di setiap saat. Jadi bila ingin

menanggapi stres dengan terampil, bukannya bereaksi tanpa berpikir, cobalah teknik STOP. Sangat mudah untuk mengingat stop bahkan dalam situasi stres (Goldstein, 2015; Wolf & Serpa, 2015).

Metode STOP terdiri dari beberapa langkah yaitu :

**1. S – Stop (Berhenti)**

Berhenti untuk sementara dari apa yang kita pikirkan atau lakukan.

**2. T – Take a breath (Tarik Nafas)**

Tarik nafas dan keluarkan, atur pernafasan kita dan rasakan mengalir di dada . Kita juga dapat mengatakan pada diri kita sendiri “tarik nafas” saat kita menarik nafas dan “lepaskan” saat kita mengeluarkan nafas jika itu membantu kita untuk berkonsentrasi.

**3. O – Observe (Mengobservasi)**

Amati apa yang terjadi dengan diri kita saat ini, yang meliputi apa yang kita pikirkan (misal : judgement : “ aku seharusnya..), sensasi tubuh / perasaan (misal : nyeri) dan emosi ( misal : marah, stres). Kita dapat merefleksikan tentang apa yang ada di dalam pikiran kita dan juga merasakan bahwa yang kita pikirkan tidak nyata dan tidak permanen. Rasakan emosi saat ini dan bagaimana diekspresikan melalui tubuh. Penelitian menunjukkan bahwa hanya dengan memberikan nama pada emosi kita dapat menurunkan volume lingkaran ketakutan di otak dan mempunyai efek yang menenangkan. Kemudian rasakan tubuh kita, apakah kita berdiri atau duduk?, bagaimana postur kita?, apakah ada nyeri atau pusing?.

**4. P – Proceed (Proses)**

Lakukan sesuatu yang akan mendukung kita pada saat ini, seperti bicara dengan teman, membasuh bahu kita, meminum secangkir teh. Peduli dan lakukan hal baik untuk dirimu sendiri dan orang

lain. Kita juga dapat menggunakan indikator pesan di handphone sebagai pengingat untuk berhenti (STOP), memupuk dan mengolah kesadaran melalui mindfulness dengan teknologi.

### C. Aplikasi Teknik STOP *Mindfulness Therapy*

Perawat sebagai bagian penyedia layanan kesehatan menghadapi banyak tuntutan dan tanggung jawab yang dapat menimbulkan stres dan kelelahan umum, khususnya saat menghadapi sistem kesehatan yang rumit terkait dengan kondisi pasien. Program MBRS merupakan salah satu upaya untuk menurunkan tingkat stress dan kelelahan umum ini (Praisman, 2008). Program ini merupakan bentuk fasilitas unik rumah sakit yang menggabungkan Zen Buddhisme dengan perawatan paliatif barat. Meskipun tidak semua pasien berlatih meditasi, MBM diintegrasikan ke dalam rutinitas sehari-hari hospice. Semua tenaga kesehatan dan relawan memulai dan mengakhiri shift mereka dengan meditasi. Selain itu, sebagian besar tenaga kesehatan mempraktekan meditasi di rumah (Bruce & Davies, 2005).

Banyak tenaga kesehatan melaporkan bahwa mereka merasa benar-benar hadir dengan pasien mereka sehingga mereka dapat memberikan perawatan yang lebih baik. Tenaga kesehatan juga melaporkan bahwa belajar focus pada saat ini (*exist in the moment*) membantu mereka lebih baik dalam mengatasi pasien yang dengan kematian dekat. Hal itu menjadikan mereka lebih mudah untuk mendiskusikan kematian dengan pasien mereka, karena mereka tidak lagi melekat perasaan mereka sendiri tentang kematian. Tema-tema empati dan perhatian yang benar adalah menggunakan pendekatan "*mendengarkan aktif*", meskipun perhatian benar kepada pasien bisa menjadi bagian yang sulit dicapai dalam sistem kesehatan yang rumit saat ini. Sehingga

sangat penting bagi rumah sakit memaksimalkan setiap jumlah waktu yang mereka miliki untuk memperhatikan pasien dengan sepenuhnya melalui peningkatan praktik mindfulness pada praktisi perawat (NP) dan praktik mindfulness perawat dapat ditingkatkan dengan mengambil kursus MBSR dan berlatih MBM (Wolf & Serpa, 2015).

Bentuk praktik *mindfulness therapy* dalam meningkatkan performa kerja tenaga kesehatan telah banyak diteliti. Penelitian “*enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness- based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress*” pada 20 bidan dan 20 perawat sebagai partisipan menunjukkan bahwa terjadi perbedaan skor general health question (GHQ12), *Sence of coherence* (SOC)-Orientation to life dan subskala *the depression, anxiety and stress scale* (DASS) dimana setiap perbedaan mempunyai arah yang positif : kesehatan umum lebih baik, orientasi hidup lebih positif dan level stress yang lebih rendah (Foureur, Burton, Yu, & Crisp, 2013). Hal ini dipertegas dengan data kualitatif partisipan yang menyatakan bahwa “*Saya merasa sangat tenang dalam setiap akhir hari, Saya hampir tertidur dalam setiap acara dan hal ini sungguh relaks*”.

Program training mindfulness juga memberikan dampak yang efektif dalam menurunkan tingkat stress dan meningkatkan kesejahteraan diantara perawat ICU (Kim, 2014). Hal tersebut dibuktikan dengan perbedaan rata-rata nilai tingkat stress sebesar 3.14  $p = .002$  sebelum dan sesudah mengikuti program latihan brief-MBCT yang mengandung teknik STOP didalamnya serta perubahan level *mindfulness* dengan rata – rata 0.56,  $p < .001$  dan peningkatan level kebahagiaan subjektif rata – rata 1.57,  $p = .028$ .

Studi diatas diselesaikan oleh 90% partisipan yang mengikuti setidaknya 4 dari 5 sesi latihan b-MBCT. Beberapa faktor yang

mementukan efektifitas program b-MBSR ini antara lain:

1. Durasi program b-MBCT yang lebih pendek dibandingkan dengan b-MBSR terkait dengan jadwal kerja shif dan tanggung jawab perawat terhadap keluarga mereka.
2. Penggunaan teknik STOP yang dianggap paling praktis dan pendek dalam metode mindfulness therapy yang dilakukan dalam 1, 3, 5 atau 10 menit jika dibandingkan dengan b-MBSR yang berdurasi 30 – 45 menit.
3. Terminologi jenis program yang dipilih adalah promosi kesehatan dan bukan program kesehatan mental yang memungkinkan untuk terintegrasi dengan program pengembangan profesional (CPD) di RS.
4. Pengalaman dan keahlian instruktur mempengaruhi kehadiran peserta.

# MEDITASI MINDFULNESS

## METODE *RAIN*

Ns.Emi Eliya Astutik; Ns.Eltanina U. Dewi;  
Ns.Brigitta Ayu Dwi S.

### A. Definisi

Mindfulness meditasi merupakan teknik meditasi yang menekankan pada Mindfulness, yaitu: perhatian dan kesadaran yang hadir penuh, menyadari apapun yang terjadi di sini, dan sekarang ini serta menyadari secara apa adanya. Meskipun teknik mindfulness berakar pada Meditasi Buddhist, namun dalam praktiknya tidak ada satu ritual pun yang dilakukan berkaitan dengan agama, sepenuhnya bersifat sekuler (Dossey and Keegan, 2013). Secara umum penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa mengendalikan stres dan menggunakan strategi koping yang efektif dapat berguna dalam mengobati penyakit kronis (Graven and Grant, 2013). Dibutuhkan program pengurangan stres yang berdasarkan kesadaran/mindfulness dan dikenal dengan *Mindfulness-Based Stress-Reduction Program* (MBSRP). MBSRP adalah salah satu modalitas pengobatan dianggap efektif dalam pelatihan kesehatan fisik individu dan penyakit psikologis.

Mindfulness meditasi didasarkan pada tiga komponen yaitu menghindari penghakiman, meningkatkan kesadaran, dan berfokus pada saat ini. Komponen yang paling penting dari praktek mindfulness

adalah peningkatan kesadaran, yang berarti komitmen untuk menghadirkan pikiran sehingga individu dapat berpindah dari satu saat ke saat yang lain dengan mudah tanpa menyerah pada pikiran menghakimi (Dossey and Keegan, 2013). Mindfulness meditasi telah menunjukkan keberhasilan dalam mengobati gejala fisik dan mental seperti kecemasan umum, gangguan panik, gangguan makan, dan gejala stres serta dalam meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan kanker payudara dan prostat dan fibromyalgia (Rosenzweig et.al., 2010).

Sebuah meta-analisis menunjukkan bahwa meditasi mindfulness merupakan metode yang efektif untuk mengurangi stres dan meningkatkan kualitas hidup pada individu dengan diagnosis penyakit yang berbeda (Bohlmeijer et.al, 2010). Studi ini dilakukan pada pasien dengan kanker yang menderita gangguan kejiwaan, nyeri kronis, dan penyakit kardiovaskuler lainnya. Sebuah studi dilakukan untuk menunjukkan efektivitas mindfulness meditasi pada pasien dengan hipertensi, menunjukkan bahwa program ini adalah pengobatan yang efektif baik untuk mengurangi stres dan kecemasan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam mengurangi gejala penyakit kronis seperti tekanan darah tinggi (Yeh et.al., 2008).

## **B. Manfaat *Mindfulness***

Tidak heran penelitian saat ini membuktikan bahwa hampir seluruh penyakit berhubungan dengan Stress, apakah disebabkan langsung oleh stress, dicetuskan oleh stress, atau diperparah oleh stress. Saat pikiran kita mengalami Stress, kadar hormon Cortisol dalam darah akan meningkat, dan akibatnya adalah Tekanan Darah Meningkat, Jantung berdetak lebih cepat, otot lebih kaku, dan pencernaan akan

terganggu. Pada kasus kronis, Stress juga dapat meningkatkan risiko terjadinya Kanker, meningkatkan kadar gula darah, dan mempercepat penuaan dini. Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn, seorang professor Emeritus dari University of Massachusetts Medical School, membuat suatu program 8 minggu Meditasi Mindfulness yang dinamakan sebagai Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), dimana pasien-pasien akan dipandu untuk belajar berbagai teknik meditasi mindfulness dan melakukan meditasi selama 20 menit per hari, selama 8 minggu. Dari 18.000 pasien yang terdiagnosis berbagai penyakit (termasuk kanker), yang mengikuti program 8 minggu ini, ternyata didapatkan penurunan Gejala Fisik sebesar 35% dan gejala Psikologis sebesar 40% setelah 8 minggu kemudian.

### C. Teknik Meditasi Mindfulness

Terdapat tiga hal yang sangat berperan bagaimana *mindfulness* dapat berperan dalam mengatasi gejala-gejala fisik dan psikis yang antara lain *intention*, yaitu berkaitan dengan pentingnya penetapan tujuan dari melakukan meditasi, menurut Kabat Zinn bahwa suatu penentuan *intention* bertujuan menjadikan sesuatu mungkin untuk dicapai, dan tujuan akan mengingatkan seseorang akan maksudnya dalam melakukan *mindfulness*. Dalam penelitian Shapiro bahwa hasil yang dicapai dari melakukan meditasi berhubungan dengan tujuannya dalam melakukan meditasi. Jika seseorang mempunyai tujuan untuk mampu mengelola diri, maka di akan mampu untuk mengelola dirinya.

Kedua *attention* yaitu berkaitan dengan pengamatan terhadap peristiwa kekinian, pengalaman internal dan eksternal, dalam wilayah psikologi hal tersebut menjadi hal yang penting dalam proses penyembuhan. Ketiga *attitude* yaitu berkaitan dengan cara dalam

melakukan *mindfulness*, yaitu tanpa banyak melakukan evaluasi atau penilaian, penuh penerimaan, kebaikan, keterbukaan meskipun apa yang terjadi adalah di luar keinginan seseorang (Afandi, 2009).

Ada beberapa cara untuk melakukan meditasi Mindfulness. Namun postur tubuh menjadi penting. Langkah – langkah melakukan mindfulness dengan metode RAIN, antara lain adalah :

1. Atur posisi



**Gambar 1. Posisi Meditasi Mindfulness**



**Gambar 2. Posisi Meditasi Mindfulness duduk Rileks**

2. Kemudian rileks-kan badan anda, tidak perlu terlalu tegang. Anda tidak perlu ‘berusaha bermeditasi’. Duduk sajalah dengan santai.
3. Tulang Belakang usahakan tetap tegak, namun tidak tegang (jika anda duduk di kursi, jangan bersandar).
4. Bawa perhatian anda kepada nafas anda yang masuk dan keluar. Sadari setiap nafas masuk dan nafas keluar anda.
5. Sadari gerakan dinding dada atau dinding perut anda yang mengembang dan mengempis seiring anda bernafas. Jika pikiran anda berlarian dan hanyut ke tempat lain, tidak masalah. Bawa kembali pikiran anda menyadari nafas yang keluar dan masuk.
6. Lakukan ini selama 5 menit.
7. Teknik meditasi Mindfulness metode RAIN, dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :
  - a. R: Recognize (Kenali apa yang terjadi)

Luangkan waktu sejenak untuk mengenali bahwa emosi yang kuat hadir dan lembut ke arah apa yang Anda alami saat ini dengan cara yang terbuka dan tidak menghakimi. Fokus ke pengalaman langsung saat ini dari apa yang terjadi di dalam tubuh dan pikiran serta emosi, pikiran dan perasaan yang ada di sini. Hal ini dapat membantu untuk mengenali mental, misalnya, “Saya merasa stres” atau “Saya merasa kewalahan.” Pengakuan ini sesuai perasaan Anda, membuka ruang dalam pikiran dan membawa Anda ke dalam pikiran diri sendiri dan aktualitas saat ini.
  - b. A: Acknowledge (Biarkan hidup menjadi seperti itu)

Memiarkan peristiwa atau kejadian untuk dibiarkan menjadi

seperti itu. Ini adalah pengakuan dan penerimaan dari realitas saat ini Anda. Membiarkan tidak berarti kita harus menyukai situasi. Itu berarti kita bertujuan untuk melunakkan (atau drop) resistensi mental kita dengan apa yang terjadi. Alasan ini begitu penting karena kita sering memiliki dorongan bawah sadar untuk mendorong diri, menekan atau mengabaikan emosi dengan sulit. Ketika kita terlibat dalam sebuah perjuangan batin dengan cara ini, kita tidak sadar menciptakan lebih banyak penderitaan dan ketegangan. Dalam keadaan ini secara tidak sadar kita juga cenderung untuk 'terjebak' di pikiran dan emosi kita, oleh karena itu kita lebih cenderung untuk bereaksi bukannya dapat memilih respon sadar. Dengan memungkinkan, dapat membawa batin 'ya' untuk pengalaman saat kita sekarang. Anda mungkin segera melihat rasa pelunakan dan kemudahan dengan membiarkan emosi.

c. I: Interest (Menyelidiki pengalaman batin)

Sekarang bahwa Anda telah diperbolehkan mengelola emosi ini Anda untuk dapat memilih dan menyelidiki pengalaman batin. Anda mungkin tidak selalu merasa Anda memerlukan "Aku" kadang-kadang hanya pengakuan dan penerimaan cukup. Di lain waktu Anda mungkin merasa tertarik dengan menggunakan langkah ini. Jadi untuk menyelidiki, Anda secara mental dapat menanyakan dengan pertanyaan-pertanyaan seperti "Apakah ada peristiwa yang terjadi dengan emosi yang mungkin telah terjadi?" "Apakah ada faktor fisiologis (seperti tidak mendapatkan cukup tidur) yang mempengaruhi emosi?" "Apa yang benar-benar saya butuhkan sekarang?" Pertanyaan-pertanyaan ini dapat membantu kita datang ke

dalam hubungan bijaksana dengan emosi dan pikiran. Dengan proses ini penyelidikan kita juga bisa memilih respon sadar untuk menumbuhkan kehidupan yang lebih bermakna.

d. N: Non-Identifikasi

Dalam “N” langkah R.A.I.N, Anda mengalihkan perhatian untuk realisasi sederhana yang ANDA tidak ingin pikirkan atau apakah ada kesadaran bahwa selalu ada di setiap pikiran, emosi dan rasa persepsi. Non-identifikasi berarti bahwa rasa yang Anda alami tidak menyatu atau ditentukan oleh pikiran dan emosi. Hal ini membawa rasa kebebasan dan kemudahan. Ini memberikan rasa memiliki kedamaian di tengah-tengah itu semua. Tidak peduli seberapa intens dan menyakitkan badai emosional, selalu ada dari bagian Anda yang, diam dan tak tersentuh. Metode RAIN digunakan kapan Anda merasa stres, kewalahan. Ini adalah cara yang ampuh dalam waktu yang menantang.

# ***SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE* MENGURANGI KECEMASAN DAN PENURUNAN INSOMNIA**

Ns. Alvi Ratna Yuliana; Ns.Novita Wulan Sari;  
Ns.Siti Juwariyah; Ns. Nila Putri P.; Ns.Zuniati;  
Ns.Rendi Editya D.; Ns.Hernandia Distinarista

## **A. Definisi**

Metode SEFT sebelum dikembangkan di Indonesia, awalnya berasal dari EFT, dikembangkan oleh Gary Craig di AS, teknik ini menggabungkan ilmu akupunktur dengan teknik perilaku dalam psikologi. EFT menggunakan jari untuk menekan titik-titik energi ini dengan sejumlah ketukan dan urutan, bersama dengan afirmasi positif, beberapa teknik relaksasi dan visualisasi(Safitriet all, 2013).

SEFT bekerja dengan prinsip yang kurang lebih sama dengan akupunktur dan akupresur. Akupunktur dan akupresur adalah sebuah metode pengobatan yang diduga telah ditemukan sekitar 5500 tahun yang lalu,dimana ketiganya merangsang titik –titik kunci disepanjang 12 jalur energi tubuh yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Pada SEFT digunakan stimulasi berupa ketukan ringan atau *tapping* pada titik *acupoint*. Pada saat *tapping* terjadi peningkatan proses perjalanan sinyal-sinyal neurotransmitter yang menurunkan regulasi

*hypothalamic-pituitary-adrenal Axis* (HPA axis) sehingga mengurangi produksi hormon stres yaitu kortisol (Church, 2009).

Efek *tapping* telah dibuktikan dengan sebuah penelitian di *Harvard Medical School*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketika seseorang yang dalam keadaan takut kemudian dilakukan *tapping* pada titik *acupointnya* maka terjadi penurunan aktivitas *amygdala*, dengan kata lain terjadi penurunan aktivitas gelombang otak, hal tersebut juga membuat respons *fight or flight* pada partisipan terhenti. Untuk kemudian memunculkan efek relaksasi yang akan menetralkan segala ketegangan emosi yang dialami individu. Efek ini sama dengan respon yang muncul ketika seseorang distimulasi dengan jarum akupuntur pada titik meridiannya (Feinsten & ashland, 2012). Respon yang sama pada *amygdala* terhadap stimulasi titik-titik akupuntur ini juga ditunjukkan dalam penelitian penelitian lainnya para ahli lainnya (Dhond, Kettner, & Napadow, 2007; Fang, Jin, & Wang, 2009; Hui, Liu, Marina, Napadow, Haselgrove, Kwong & Makris, 2005).

## **B. Tehnik SEFT**

Menurut Zainudin (2006) ada 15 tehnik yang mendukung keefektifan dari metode ini (termasuk kekuatan spiritual), sehingga efektif untuk mengatasi berbagai macam masalah fisik dan emosi. Adapun teknik-teknik yang digunakan dalam SEFT yaitu sebagai berikut:

### 1. NLP (*Neuro Linguistic Programming*)

*Neuro Linguistic Programming* adalah cara kerja terapi yang sistematis. Artinya kita melihat orang sebagai sebuah sistem dalam sebuah sistem. Menurut teorinya NLP ingin menyelidik tentang bagaimana kompleksnya seseorang.<sup>7</sup> Dalam proses terapi NLP

pada saat kita melakukan „set up’ kita telah melakukan proses reframing dan anchoring yang biasa dilakukan di NLP. Pada saat seseorang melakukan tapping, itu berarti orang tersebut sedang melakukan proses breaking the pattern.

## 2. Systematic desensitization

Pada saat kita melakukan tapping pada orang yang mengidap phobia, trauma, kecemasan, dan berbagai masalah psikologis lainnya maka dalam SEFT kita sekaligus melakukan proses systemic desensitization. Ketika terapi berlangsung kita membuat yang awalnya klien sangat sensitive dapat tidak menjadi sensitive kembali.

## 3. Pshycoanalisa

Terapi psikoanalisa yang dikemukakan oleh Sigmund Feud. Terapi Psikoanalisa merupakan suatu metode penyembuhan yang lebih bersifat psikologis daripada dengan cara-cara fisik.<sup>8</sup> Ketika kita berusaha menemukan akar masalah (finding the core issues) dari keluhan fisik, SEFT menggunakan teknik psikoanalisa. Psikoanalisa berasumsi bahwa apapun yang kita rasakan saat ini sebenarnya berasal dari segala hal yang kita alami dimasa lalu.

## 4. Logotherapy

Dengan keikhlasan, kepasrahan, dan rasa syukur pada saat melakukan SEFT, kita telah memberikan makna spiritual atas penderitaan yang kita rasakan (meaning in suffering). Hal ini menurut Victor E. Frankl (*founder logotherapy*) membuat kita mampu bertahan dalam kondisi apapun. Kenyataannya dalam SEFT sikap ikhlas, pasrah, dan rasa syukur tersebut diucapkan ketika terapi berlangsung.

## 5. EMDR

Pada bagian akhir dari proses SEFTing, kita akan melakukan beberapa gerakan mata (*nine gamut procedure*). Kemampuan kita melakukan kendali atas gerakan mata ini berpengaruh pada kemampuan kita mengendalikan emosi kita. Proses SEFTing selain berfungsi melepaskan hambatan-hambatan emosi, juga melatih kita untuk memiliki kendali penuh atas kondisi emosi kita.

## 6. Sedona Methode

Dalam Sedona Methode, proses melepaskan segala penyakit disebut sebagai letting go. Satu kondisi yang akan mempercepat proses penyembuhan baik luka fisik maupun emosi. Dalam SEFT sikap ikhlas dan pasrah yang dilatih terus menerus akan menghasilkan kemampuan menerima dan melepaskan segalanya dengan nyaman dan bahagia (*let go, let God*)

## 7. Ericksonian Hypnosis

Dalam proses SEFTing, kita melakukan hypnosis ringan diri (*mild hypnosis*) dalam bentuk sugesti diri dan afirmasi dengan menggunakan pilihan kata yang memiliki efek hypnosis (*hypnotic word*). Proses ini juga digunakan dalam hypnosis aliran Ericksonian

## 8. Provocative Therapy

Terapi provocative juga digunakan dalam proses SEFTing, saat “individu” dipaksa masuk kedalam kondisi yang paling tidak menyenangkan, paling menyakitkan. Pada masa itulah dilakukan ketukan (*tapping*), sehingga keluhan pasien menjadi hilang.

## 9. Suggestion And Affirmation

kondisi akan menciptakan harapan dan rasa optimis yang

terprogram dalam alam bawah sadar kita. Harapan dan rasa optimis yang muncul akan membantu proses penyembuhan individu tersebut.

#### 10. Creative visualization

Teknik ini menstimulasikan titik-titik akupuntur di tubuh. Teknik ini mengubah kondisi fisik kita (kesehatan, kesejahteraan, prestasi, dan lain sebagainya) dengan menugubah kondisi pikiran kita. Proses tapping yang dilakukan pada titik-titik akupuntur di sepanjang jalur energy meridian akan menetralsir gangguan sistem energi tubuh.

#### 11. Relaxation and meditation

*Relaxation and meditation* dalam perkembangannya meditasi menjadi praktek yang sangat umum untuk dipraktekan. Menjadi salah satu teknik penyembuhan fisik maupun psikis. Metode menghilangkan stress sangat populer serta bahan riset yang menarik.hingga saat ini, terdapat lebih dari 500 riset mutakhir yang mempelajari efektivitas meditasi dalam penyembuhan berbagai penyakit (termasuk kanker, jantung, dan penyakit kronis lain), mengatasi berbagai gangguan emosi. Dalam prakteknya SEFT menggunakan teknik simple meditation juga. Satu praktek yang tidak ditemukan dalam EFT versi Original. Saaft kita melakukan SEFT, kita dianjurkan melakukan dalam kondisi meditative (Yakin, Khusus, Ikhlas, pasrah dan syukur). Dengan begitu efek SEFT akan terasa lebih efektif.

#### 12. Gestald therapy

Merupakan pendekatan eksistensial atau humanistic pada konseling dan psikoterapi yang telah digunakan selama lebih dari 50 tahun.

Dalam proses SEFTing, kita banyak melakukan pengulangan kata-kata yang memberdayakan diri. Kondisi ini akan menciptakan harapan dan rasa optimis yang terprogram dalam alam bawah sadar kita. Harapan dan rasa optimis yang muncul akan membantu proses penyembuhan individu tersebut.

13. Energy pshycology

Proses tapping yang dilakukan pada acupoints di sepanjang jalur energy meridian akan menetralsisir gangguan sistem energy tubuh.

14. Powerfull prayer

Kondisi yang sangat dianjurkan dalam proses tapping adalah individu diminita untuk yakin, khususy, ikhlas, pasrah, dan bersyukur.

15. Loving-kindness Therapy

Prof. Decher Keltner dari University California Berkley dalam bukunya, *Born to be Good*, menjelaskan berbagai penelitian ilmiah yang menyimpulkan bahwa cinta kasih dan kebaikan akan menyembuhkan kita dan menyembuhkan orang yang kita kasihi. Saat melakukan SEFTing, energy cinta kasih dan kebaikan hati sang SEFTer akan membantu kesembuhan

### C. Tahapan SEFT

Ada dua versi dalam melakukan *SEFT*. Pertama adalah versi lengkap yang, dan yang kedua adalah versi ringkas (*short-cut*). Keduanya terdiri dari 3 langkah sederhana, perbedaannya hanya pada langkah ketiga (*the Tapping*). Pada versi singkat, langkah ketiga dilakukan hanya pada 9 titik, dan pada versi lengkap tapping dilakukan pada 18 titik. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal versi lengkap harus lebih dikuasai

lebih dahulu, sebelum belajar versi ringkas. Terdapat 3 tahapan dalam SEFT, yaitu :

1. *The set up*

*The set-up* bertujuan untuk memastikan agar aliran energi tubuh kita terarahkan dengan tepat. Langkah ini kita lakukan untuk menetralkan “*psychological reversal*” atau “perlawanan psikologis” (biasanya berupa pikiran negative spontan atau keyakinan bawah sadar negative). Contoh *psychological reversal* ini diantaranya:

- a. Saya tidak dapat berhenti merokok
- b. Saya tidak dapat bicara di depan public
- c. Saya adalah korban pelecehan seksual yang malang
- d. Saya tidak bisa mencapai impian saya
- e. Saya tidak dapat menghindari rasa bersalah yang terus menghantui hidup saya
- f. Saya marah dan kecewa pada istri/suami saya karena dia tidak seperti yang saya harapkan
- g. Saya...saya...

Kalimat pada metode set-up dapat digambarkan sebagai berikut: “Yaa Allah... meskipun saya (menderita sakit kepala yang tak kunjung sembuh), saya ikhlas, saya pasrah pada-Mu sepenuhnya” Sambil mengucapkan kalimat di atas sebanyak tiga kali, kita menekan dada kita, tepatnya di bagian Sore Spot (Titik Nyeri = daerah di sekitar dada atas yang jika ditekan terasa agak sakit) ATAU mengetuk dengan dua ujung jari di bagian Karate Chop. Kata-kata The Set-Up Words maksudnya yaitu beberapa kata yang perlu anda ucapkan dengan penuh perasaan untuk menetralkan

Psychological Reversal keyakinan dan pikiran negatif. Dalam bahasa religiousnya, the Set-Up words adalah doa kepasrahan kita pada Tuhan kita menurut kepercayaan masing- masing sambil mengucapkan Ya.. Allah atau Ya Tuhan meskipun saya... sebutkan keluhan penyakit, saya ikhlas, menerima sakit masalah saya ini, saya pasrahkan pada-Mu kesembuhan saya.

*The set-up* itu sebenarnya terdiri dari 2 aktivitas, yang pertama adalah mengucapkan kalimat seperti di atas dengan penuh rasa khusyu' ikhlas dan pasrah sebanyak 3 kali. Dan yang kedua adalah sambil mengucapkan dengan penuh perasaan, kita menekan dada kita , tepatnya di bagian Sore Spot yaitu daerah di sekitar dada atas yang jika ditekan terasa agak sakit atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian Karate Chop

## 2. *The Tune-In*

*Tune in* adalah keadaan dimana terapis akan memberikansuatu bayangan kepada pasien mengenai penyakit yang sedang ia derita. Klien akan memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin di hilangkan sehingga akan terjadi reaksi negative seperti menangis, marah, sedih. Untuk masalah fisik, kita melakukan tune-in dengan cara merasakan rasa sakit yang kita alami, lalu mengarahkan pikiran kita ke tempat rasa sakit dan sambil terus melakukan 2 hal tersebut, hati dan mulut kita mengatakan, 'Saya ikhlas, saya pasrah ... Yaa Allah..''Untuk masalah emosi, kita melakukan tune-in dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin kita hilangkan. Ketika terjadi reaksi negatif (marah, sedih, takut dsb) hati dan mulut kita

mengatakan, “Saya ikhlas, saya pasrah ... Yaa Allah..”(Bersamaan dengan Tune-In ini kita melakukan langkah ke 3 yaitu tapping. Pada proses inilah Tune-In yang dibarengi tapping kita menetralkan emosi negatif atau rasa sakit fisik”)

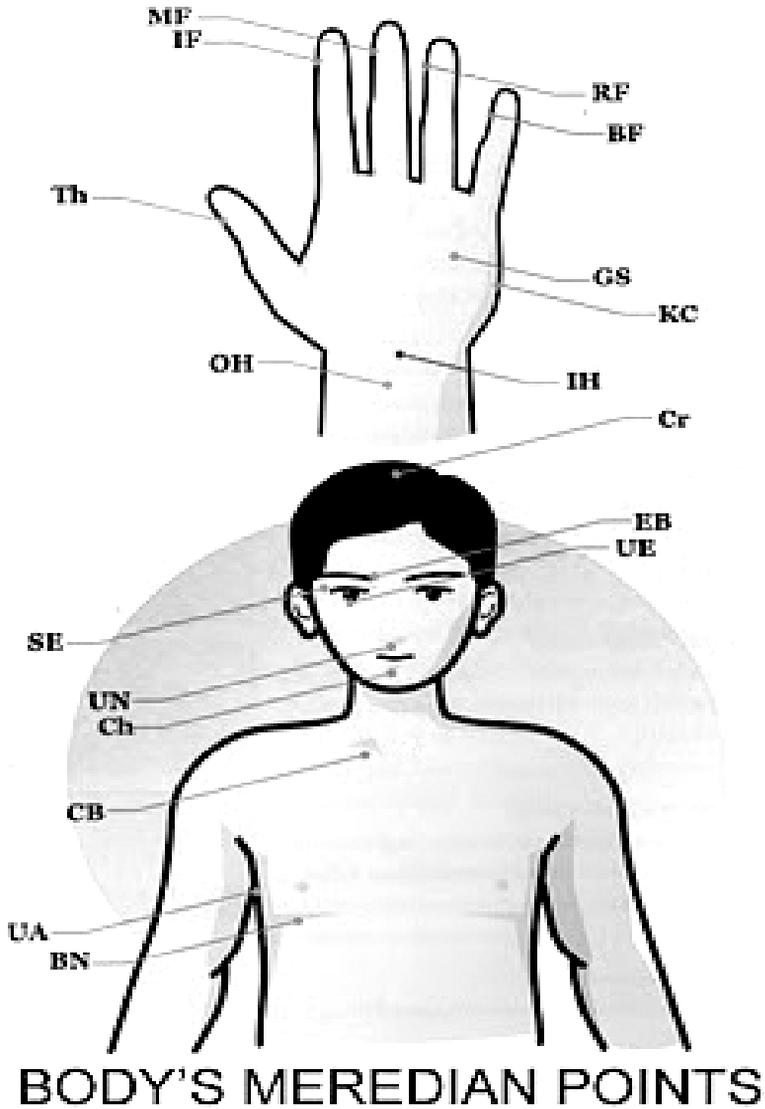
### 3. *The Tapping*

*Tapping* adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh kita sambil terus Tune-In. Titik-titik ini adalah titik-titik kunci dari “The Major Energy Meridians”, yang jika kita ketuk beberapa kali akan berdampak pada ternetralsirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan. Karena aliran energi tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali. Berikut adalah titik-titik tersebut:

- a. Cr = Crown yaitu titik di bagian atas kepala
- b. EB = Eye Brow, yaitu titik permulaan alis mata
- c. SE = Side of the Eye, yaitu di atas tulang di samping mata
- d. UE = Under the Eye, yaitu 2cm di bawah kelopak mata
- e. UN = Under the Nose, yaitu tepat dibawah hidung
- f. Ch = Chin, yaitu diantara dagu dan bagian bawah bibir
- g. CB = Collar Bone, yaitu diujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama
- h. UA = Under the Arm, yaitu dibawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) Atau tepat dibagian tengah tali bra (wanita).
- i. BN = Bellow Nipple, yaitu 2,5cm di bawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara (wanita).

- j. IH = Inside of Hand, yaitu dibagian dalam tangan yang berbatasan dengantelapak tangan
- k. OH = Outside of Hand, yaitu dibagian luar tangan yang berbatasan dengantelapak tangan
- l. Th = Thumb, yaitu ibu jari disamping luar bagian bawah kuku
- m. IF = Index Finger, yaitu jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)
- n. MF = Middle Finger, yaitu jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dbagian yang menghadap ibu jari)
- o. RF = Ring Finger, yaitu jari manis di samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)
- p. BF = Baby Finger, yaitu di jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku(dibagian yang menghadap ibu jari)
- q. KC = Karate Chop, yaitu di samping telapak tangan, bagian yang kita guna-kan untuk mematahkan balok saat karate.
- r. GS = Gamut Spot, yaitu dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dantulang jari kelingking.

Untuk lebih jelasnya bisa dilihat dari berbagai macam gambar berikut ini.



Gambar 7.1 Titik Tapping Pada SEFT

Khusus untuk titik terakhir, sambil men-tapping titik tersebut kita melakukan THE 9 GAMUT PROCEDURE. Ini adalah 9 gerakan untuk merangsang bagian otak tertentu. Sembilan gerakan itu dilakukan sambil tapping pada salah satu titik energi tubuh yang dinamakan Gamut Spot, yang terletak diantara ruas tulang jari kelingking dan jari manis. 9 Gerakan itu adalah :

- a. Menutup mata
- b. Membuka mata
- c. Mata digerakkan dengan kuat ke kanan bawah
- d. Mata digerakkan dengan kuat ke kiri bawah
- e. Memutar bola mata searah jarum jam
- f. Memutar bola mata berlawanan arah jarum jam
- g. Bergumam dengan berirama selama 3 detik
- h. Menghitung 1, 2, 3, 4, 5
- i. Bergumam lagi selama 3 detik

Setelah menyelesaikan 9 Gamut Procedure, langkah terakhir adalah mengulang lagi tapping dari titik pertama hingga ke-17 (berakhir di Karate Chop). Dan diakhiri dengan mengambil nafas panjang dan menghembuskannya, sambil mengucap rasa syukur, Alhamdulillah. Tapping tidak harus dilakukan secara berurutan seperti dikemukakan di atas, bisa secara acak asal dilakukan semua, dan kita boleh melakukannya pada sisi sebelah kiri atau sebelah kanan atau kedua-duanya. Tetapi dianjurkan untuk melakukannya secara berurutan dari bagian tubuh atas ke bagian bawah, seperti tadi disebutkan, agar mudah dihafal.

#### **D. Lima Kunci Keberhasilan SEFT**

Menurut Zainudin (2006) terdapat lima hal yang harus diperhatikan

agar *SEFT* yang dilakukan efektif, yaitu sebagai berikut :

### 1. Yakin

Sebagai terapis atau klien tidak perlu yakin sama *SEFT* atau diri anda sendiri. Kita hanya perlu yakin pada Maha Kuasanya Tuhan dan Maha Sayangnya Tuhan pada anda. Jadi *SEFT* tetap efektif walaupun pasien maupun klien skeptis, ragu, tidak percaya diri, malu kalau tidak berhasil, dsb. Asalkan klien dan terapis masih yakin sama Allah, *SEFT* tetap efektif. Anehnya, semakin anda percaya diri (PD) semakin tidak bagus hasilnya. Semakin anda tidak PD, anda jadi semakin PA (percaya Allah) atau PT (percaya Tuhan), dan hasilnya makin menakjubkan. Ingat, ketika anda PD, berarti 'ego' anda naik. Dan apa artinya ego? EGO adalah singkatan dari *Edging God Out = Menyingkirkan Tuhan Ke Luar*. Artinya, semakin ego anda naik, semakin Tuhan menyingkir dari kehidupan anda. Semakin anda kurangi atau bahkan "nol" kan ego anda, semakin Tuhan ingin membuat keajaiban dalam hidup anda.

### 2. Konsentrasi (Khusyu'),

Saat melakukan Set-Up (Jari menekan *Sore-Spot*) klien diminta untuk melakukan afirmasi/masalahnya (*Doa*) harus dengan penuh konsentrasi, kerendahan hati, dan sepeoleh hati. Disinilah pintu gerbang pertama kesembuhan, karena kita sedang membuka hubungan dengan Tuhan Yang Maha Kuasa, "Sang Maha Penyembuh.

### 3. Ikhlas

Ikhlas artinya ridho atau menerima rasa sakit kita (baik fisik maupun emosi) dengan sepeoleh hati. Ikhlas artinya tidak mengeluh, tidak komplain atas musibah yang sedang kita terima. Yang membuat hati kita makin sakit adalah karena kita tidak mau menerima dengan ikhlas rasa sakit atau masalah yang sedang kita hadapi itu. Ikhlas ini

pula yang membuat sakit apapun yang kita alami menjadi sarana menyucikan diri dari dosa dan kesalahan yang pernah kita lakukan.

“*Wong sakit koq disuruh ikhlas, saya ini pengen sembuh*”, begitu respon salah satu peserta training. Maka seperti yang diprediksi, dia sulit sekali sembuh, walaupun mayoritas peserta lain dalam sekejap hilang rasa sakitnya setelah melakukan SEFT. Inilah *Pain Paradox* (paradoks penyakit), semakin kita berontak, semakin senang ia menghinggapi kita. Semakin kita ikhlas menerimanya, semakin cepat ia pergi. Jadi, ikhlaskan hati anda, maka rasa sakit anda akan pergi. Kalaupun ia tak kunjung pergi juga, at least sakit itu dapat menjadi berkah penebus dosa, penambah pahala.

#### 4. Pasrah,

Kepasrahan yang dimaksud adalah apapun hasil yang akan terjadi dari proses terapi kita pasrahkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa. Tugas kita adalah berusaha semaksimal mungkin dengan penuh semangat pantang menyerah, dan hasil akhirnya kita pasrahkan kepada Tuhan.

#### 5. Syukur

Setelah melakukan proses terapi kita ucapkan syukur kepada Tuhan (Alhamdulillah/Puji Tuhan). Ini adalah bentuk terima kasih kita kepada-Nya, apapun hasil dari terapi pastilah hal yang terbaik bagi kita.

### **E. Aplikasi SEFT Pada Penelitian**

Penelitian mengenai terapi SEFT yang berjudul Efektivitas Terapi *Spiritual Emotion Freedom Technique* (SEFT) terhadap Penurunan Insomnia pada Remaja sebagai Residen NAPZA. Subjek dari penelitian berjumlah 4 orang residen NAPZA yang sedang menjalani rehabilitasi di Panti Rehabilitasi NAPZA “X”. Adapun kriteria subjek penelitian yaitu:

remaja residen NAPZA yang dikategorikan pihak Panti Rehabilitasi memiliki gangguan tidur/insomnia, mendapatkan skor skala insomnia dalam kategori sangat tinggi, berada di Panti Rehabilitasi NAPZA “X”, jenis kelamin laki-laki dengan usia 12-21 tahun, berpendidikan minimal sekolah dasar. Subjek penelitian ini kemudian dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Cara pembagiannya adalah dengan diberikan *pretest* terlebih dahulu. Dari hasil *pretest* dengan menggunakan skala insomnia, didapatkan skor insomnia masing-masing subjek. Kemudian, subjek dengan kategori skor insomnia sangat tinggi dibagi secara random dan dimasukkan dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen mendapat perlakuan berupa terapi SEFT, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan terapi SEFT. Kelompok kontrol juga mendapatkan perlakuan terapi SEFT setelah proses penelitian selesai (*waiting list*). Alat ukur yang digunakan untuk pengumpulan data berupa skala insomnia, kuesioner kualitas tidur, *self monitoring*, lembar observasi, agenda refleksi dan tindakan, dan lembar evaluasi penelitian. (Verasari, 2014)

Hasil yang didapat adalah hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa residen NAPZA yang mendapatkan terapi SEFT mengalami penurunan skor insomnia yang signifikan dibandingkan dengan residen NAPZA yang tidak mendapatkan terapi SEFT. Hal ini sejalan dengan analisis kualitatif yang pada umumnya residen NAPZA yang pada umumnya residen NAPZA yang mengalami terapi merasa adanya perubahan setelah terapi seperti dapat tidur dengan mudah, tidak terbangun dini hari, jika terbangun malam hari mudah untuk tidur lagi, dapat mempertahankan tidur, melaksanakan kegiatan sehari-hari dengan semangat, terlepas dari penggunaan obat tidur, adanya motivasi

untuk mencapai cita-cita/keinginan yang selama ini belum tercapai setelah keluar dari pusat rehabilitasi, dan serta ingin membahagiakan orang-orang yang dicintai seperti orang tua (Verasari, 2014).

Selain itu penelitian lain yang berjudul *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) to Reduce Depression for Chronic Renal Failure Patients are in Cilacap Hospital to Undergo Hemodialysis* dengan teknik sebelum pengobatan dilakukan, peserta diberi pretest menggunakan *Beck Depression Inventory (BDI)*. pelaksanaan SEFT membutuhkan pertemuan 3 kali sehingga waktu yang dibutuhkan adalah 2 minggu. Setiap pertemuan membutuhkan waktu selama  $\pm 30$  menit - 1 jam. Para peserta diberi lembar evaluasi setelah pelatihan selesai dan diberikan SEFT posttest menggunakan BDI. SEFT dipandu oleh dua peneliti yang bertindak sebagai fasilitator dan co-fasilitator. alat-alat penelitian adalah: lembar BDI, daftar hadir, formulir persetujuan, lembarinform concent, leaflet tentang depresi, buku panduanSEFT, buku pelatihan. (Safitri et al, 2013)

Hasil t-test dilakukan pada pretest data dan posttest dari 12 pasien menggunakan BDI dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat depresi yang dialami pasien hemodialisis sebelum dan sesudah perlakuan tingkat depresi menurun setelah terapi. Hal ini ditunjukkan oleh hasil yang signifikan, dengan sampel berpasangan korelasi  $0,182 > 0,05$  (signifikan) dan Sig F Perubahan  $0,000 < 0,01$  (sangat signifikan). Hasil t-test adalah signifikan atas semua BDI kemudian dilakukan uji t pada item BDI terkait dengan fisik dan psikis untuk melihat perbedaan dalam perubahan gejala fisik dan psikologis yang dialami sebelum dan setelah terapi. Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan gejala fisik yang dialami pasien sebelum dan setelah terapi, dengan penurunan gejala fisik secara signifikan setelah terapi. Hal ini ditunjukkan dengan hasil

0.570 sampel korelasi berpasangan > 0,05 (sangat signifikan) dan Sig F Perubahan 0002 <0,01 (signifikan). Selain itu, tidak ada perubahan yang signifikan dalam gejala kejiwaan sebelum dan setelah terapi (Safitri et al, 2013).

Hal ini ditunjukkan dengan hasil 0042 sampel berpasangan korelasi > 0,05 (tidak signifikan) dan Sig F Perubahan 0002 <0,01 (signifikan). Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa perbedaan tingkat depresi pada pasien hemodialisis setelah terapi diberikan, dengan tingkat depresi yang lebih rendah setelah terapi diberikan. Dalam BDI adalah item yang mengukur perubahan fisik dan psikologis, dari hasil uji t menunjukkan bahwa perubahan fisik lebih terlihat daripada perubahan psikologis setelah terapi (Safitri et al, 2013).

# **HYPNOTHERAPY, HYPNOPARENTING, HYPNOBIRTHING**

Ns.Gede Arya Bagus A; Ns. Ana Jumatulaely;  
Ns. Eviwindha Swara; Ns.Raudhotun Nisak; Ns.Adiyati Mardiyah;  
Ns.Margiyati; Ns.Florida L.; Ns.Diana Dayaningsih;  
Ns.Sang Ayu Ketut Candrawati

## **A. Pengaruh Hypnotherapy Terhadap Nyeri Dan Kecemasan**

### **1. Pengaruh Hypnotherapy Terhadap Nyeri**

Penelitian yang dilakukan Hawkins (2001) menemukan bahwa ada bukti yang sangat jelas dimana hipnosis cukup berkualitas dan memiliki khasiat terhadap penurunan nyeri. Meta-analisis dari efek analgesia hipnosis dilakukan oleh Montgomery, Duhamel dan Redd (2000) menunjukkan efektivitas hipnosis untuk mengontrol rasa nyeri. Penulis menyimpulkan bahwa sebuah sugesti adalah analgesik yang efektif didasarkan pada analisis dari 27 efek ukuran dan lebih dari 900 peserta. Untuk 75% dari populasi, hipnosis memberikan bantuan nyeri substansial. Selain itu, bahwa sugesti lebih efektif dalam mengurangi nyeri dari intervensi nonhypnotic psikologis, terutama pada kanker dan pasien luka bakar.

Grondahl dan Rosvold (2008) melakukan uji coba RCT pada penggunaan hipnosis untuk mengobati sakit kronis dalam praktek umum. Peserta secara acak dibagi menjadi dua kelompok yang terdiri dari delapan orang. Tujuh dari delapan pasien dalam kelompok perlakuan selesai pengobatan hipnosis. Setelah sepuluh minggu, lima pasien dalam kelompok kontrol memilih untuk menerima pengobatan hipnosis selama sepuluh minggu. Penelitian ini menarik karena, meskipun sampel kecil, para peneliti memperoleh hasil yang signifikan secara statistik untuk hipnoterapi. Grondahl dan Rosvold (2008) menyimpulkan bahwa pengobatan hipnosis mungkin memiliki efek positif pada rasa sakit dan kualitas hidup pasien dengan nyeri otot kronis. Efeknya tampak bertahan selama setidaknya satu tahun. Peneliti merekomendasikan untuk menggunakan hipnosis sebagai pengobatan pilihan pada presentasi klien lainnya, termasuk kecemasan dan depresi.

Accardi dan Milling (2009) meninjau studi yang meneliti efektivitas hipnosis untuk mengurangi rasa sakit pada tindakan keperawatan/medik terkait untuk anak-anak dan remaja. Hal ini bermanfaat untuk mempelajari anak-anak dan tanggapan orang-orang muda untuk hipnosis karena potensi mereka untuk menjadi lebih terbuka untuk saran daripada orang dewasa. Pentingnya manajemen nyeri yang efektif dengan anak-anak dan remaja ditekankan oleh Palermo, Eccleston, Lewandowski, Williams, dan Morley (2010), nyeri kronis mempengaruhi 15-30% dari anak-anak dan remaja.

Accardi dan Milling (2009) membahas 13 studi dan menyimpulkan bahwa hipnosis secara konsisten ditemukan lebih efektif dalam mengurangi ketidaknyamanan terkait dengan aspirasi sumsum tulang, pungsi lumbal, dan nyeri pasca bedah. Penelitian oleh Price dan Barber (1987, seperti dikutip dalam Accardi & Milling, 2009) menunjukkan

bahwa pengobatan hipnosis lebih efektif dalam mengontrol rasa sakit ketika terjadi nyeri kuat. Hypnosis lebih efektif dalam mengurangi rasa sakit ketika diberikan bersamaan dengan prosedur medis, daripada sebelum prosedur. Accardi dan Milling (2009) fokus pada potensi self-hypnosis yang sangat efektif, karena peserta tidak perlu bekerja terus menerus dengan dokter hipnosis. Namun, mereka menyimpulkan bahwa efektivitas self-hypnosis harus dipelajari lebih lanjut.

Landolt & Milling (2011) membahas mengenai penggunaan hipnosis untuk persalinan dan nyeri saat melahirkan. Mereka menyimpulkan bahwa hipnosis cenderung mengungguli perawatan medis standar dan intervensi yang non-hipnotis dalam mengurangi rasa sakit. Baik hetero-hypnosis dan self-hypnosis menunjukkan intervensi yang cukup sebagai intervensi untuk mengelola persalinan. Terdapat efek menguntungkan saat hipnosis diberikan selama persalinan dan melahirkan, bukan dari sebelum kelahiran. Mereka merekomendasikan bahwa intervensi self-hypnosis diajarkan sebelum awal persalinan sehingga ibu hamil dapat menggunakan self-hypnosis selama persalinan untuk mengurangi mereka rasa nyeri.

Sebuah *cochrane collaboration* review oleh Uman, Birnie, Noel, Parker, Chambers, McGrath dan Kisely (2013) menyimpulkan bahwa terdapat bukti kuat yang mendukung khasiat hipnotherapy dalam mengurangi nyeri. Penulis mereview 21 studi dan termasuk tambahan 18 studi untuk. Mereka menyatakan bahwa dari semua intervensi dinilai hipnosis memiliki efek ukuran signifikan terbesar di beberapa hasil (Uman et al., 2013). Dalam review sistematis terbaru mereka, Uman et al. (2013) lagi menyimpulkan bahwa, hipnosis memiliki efek ukuran terbesar untuk mengurangi nyeri dan rasa takut pada jarum. Hypnosis telah dibandingkan dengan gangguan dan terapi perilaku kognitif.

Sebuah penelitian tentang pengaruh hipnosis terhadap management nyeri kronis dilakukan oleh Jensen & Patterson (2014) menyimpulkan bahwa percobaan klinik menunjukkan bahwa hipnosis efektif untuk mengurangi rasa nyeri kronis, meskipun hasilnya bervariasi antara individu. Jensen dan Patterson (2014) juga menemukan bahwa pengobatan hipnosis memberikan tambahan manfaat untuk menghilangkan nyeri dan dokter harus memberikan saran menggunakan pengetahuan tentang beberapa manfaat hipnosis untuk meningkatkan hasil pengobatan, manfaat tambahan yang diperoleh dari hipnosis termasuk rasa kenyamanan, meningkatkan kualitas tidur, dan meningkatkan kualitas hidup.

Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo dan Sasaki (2014) melakukan meta-analisis terhadap penggunaan klinis hipnosis untuk nyeri kronis. Para penulis mengklaim bahwa, sampai saat ini, meta-analisis mereka hanya berfokus pada rasa sakit kronis. Adachi et al. (2014) menyimpulkan bahwa ada bukti yang cukup mengenai efektivitas hipnosis, lebih dari intervensi lain, dipengobatan sakit kepala. Namun bila dibandingkan dengan intervensi spesifik dan pengobatan seperti biasa, hipnosis menunjukkan khasiat yang baik dalam memmanagement nyeri kronis. Hipnosis menyebabkan efek ukuran yang lebih besar jika dibandingkan dengan intervensi lainnya. Adachi et al (2014) menyimpulkan bahwa hipnosis dapat dilihat sebagai suatu psikoterapi yang efektif untuk nyeri kronis. Meskipun hasil yang tidak meyakinkan pada sakit kepala, ada implikasi yang positif dalam penerapan hipnosis untuk pengobatan kondisi sakit kronis.

Dalam penelitian yang dilakukannya Tan, Rintala, Jensen, Fukul, Smith dan Williams (2015) dengan memberikan peserta dua sesi pelatihan self-hypnosis serta rekaman self-hypnosis praktek audio yang mungkin setara

dengan delapan sesi pengobatan hipnosis menunjukkan hasil bahwa self-hypnosis lebih efektif daripada biofeedback. Terdapat pengurangan besar dalam intensitas nyeri. Para penulis juga menyimpulkan bahwa memberikan saran individu untuk melakukan self-hypnosis dapat menjadi pengobatan lini pertama yang layak untuk pengelolaan CLBP (Nyeri punggung kronis).

## **2. Pengaruh Hipnoterapi Terhadap Kecemasan.**

Penelitian yang dilakukan oleh Baker, Ainsworth, Torgerson dan Torgerson (2009) mengevaluasi penggunaan hipnosis mengurangi kecemasan. Meskipun Baker et al. (2009) menyimpulkan bahwa hipnosis cukup efektif dalam pengurangan kecemasan. Namun, penulis menyatakan bahwa review ini tidak membantu dalam menentukan optimal dosis hipnoterapi yang diberikan. Hammond (2010) secara khusus mengkaji efektivitas hipnosis dalam mengurangi kecemasan, dan menemukan ada tingkat pengaruh yang tinggi dari hasil penelitian yang membuktikan bahwa hipnosis sangat efektif dalam pengobatan kecemasan terkait dengan kanker, operasi, luka bakar dan varietas prosedur medis. Hammond (2010) menemukan beberapa efek positif dari pengobatan hipnosis untuk sakit kepala, merekomendasikan bahwa dokter dapat memberikan hipnosis.

Selanjutnya penelitian yang dilakukan Chauveau, Dupre-Goudable, Kolko, Lakdja dan Cazenave (2013) meneliti efek dari hipnosis pada kecemasan dan kondisi kesehatan mental lainnya untuk orang-orang yang menjalani hemodialisis. Mereka menyimpulkan bahwa terapi hipnosis terhadap penurunan kecemasan dengan cara yang sama dengan studi yang dilakukan Hammond (2010) dan Yapko (2010). Meskipun studi ini tidak memiliki kelompok kontrol, mereka berpendapat bahwa

minggu awal sebelum sesi hipnosis menjadi tolak ukur yang positif terhadap efek dari pre-intervensi. Penulis merekomendasikan bahwa pengobatan hipnosis diberikan sementara pasien mengalami cuci darah dengan tujuan untuk meningkatkan perawatan global pasien nefrologi. Studi ini memberikan dukungan lebih lanjut untuk hipnosis pengobatan yang diterapkan pada saat prosedur medis untuk menjadi yang paling efektif

## **B. Hypnoparenting**

### **1. Definisi Hypnoparenting**

*Hypnoparenting* bersal dari kata *hypnosis* dan *parenting*. Kata hipnosis berarti upaya mengoptimalkan pemberdayaan energi jiwa bawah sadar (dalam hal ini untuk komunikasi) dengan mengistirahatkan energi jiwa sadar pada anak (komunikasi mental) maupun pada pembinanya (Lucy, 2012). Menurut beberapa ahli, hipnosis didefinisikan sebagai seni komunikasi untuk mempengaruhi seseorang sehingga mengubah tingkat kesadarannya yang dicapai dengan cara menurunkan gelombang otak. Kondisi hipnosis menyerupai tidur dengan kondisi dimana perhatian terpusat sehingga tingkat sugestibilitas meningkat sangat tinggi (Goldberg, 2007). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hipnosis adalah suatu seni, metode dan teknik berkomunikasi yang sangat persuasif dan sugestif dengan tujuan agar apa yang dimaksudkan dapat dipahami dan dilakukan oleh lawan bicara.

*Parenting* adalah segala sesuatu yang berurusan dengan tugas-tugas orangtua dalam mendidik, membina dan membesarkan anak. Menurut Indonesian Association of Clinical Hypnotherapist (2010) bahwa pembinaan anak meliputi tiga bidang, yaitu fisik, mental, dan spiritual

sejak merencanakan kehamilan sampai masa remaja oleh orang-orang di sekitarnya (orangtua, wali, guru, dan sebagainya).

*Hypnoparenting* diartikan sebagai pola asuh orangtua terhadap anak dengan menggunakan metode hypnosis yaitu seni berkomunikasi efektif dengan teknik tertentu yang langsung mendapat respon melalui penanaman sugesti ke dalam pikiran bawah sadar anak-anak untuk membentuk kepribadian anak dengan penuh cinta dan kasih sayang tanpa dengan kekerasan dan paksaan. *Hypnoparenting* merangsang anak secara fisiologis dan menyugesti secara psikologis (Komariyah, 2014).

*Hypnoparenting*, tanpa disadari sebenarnya telah lama dipraktikkan oleh masyarakat. Contoh, anak dari suku Padang senang dengan makanan pedas. Hal ini terjadi karena di Padang, makanan disajikan dengan rasa pedas setiap harinya. Contoh lain, anak-anak dari daratan Cina lebih senang dengan warna merah. Hal ini karena warna merah merupakan warna magis yang dipercaya memberikan energi kehidupan, oleh sebab itu orangtua di sana selalu dominan menggunakan warna merah dalam kesehariannya, seperti penggunaan simbol, baju, makanan, ornamen. Bentuk pengulangan semacam ini secara tidak langsung merupakan *hypnoparenting* yang alami (Faeni, 2015).

Terwujudnya perilaku positif anak tentu tidak lepas dari pengetahuan orangtua atas perkembangan anak dan bagaimana cara yang efektif dalam menyikapi setiap perkembangan anak. Pengetahuan tentang cara pengasuhan yang tepat harus dimiliki oleh setiap orangtua agar anak dapat menjadi seperti yang diinginkan oleh orangtuanya. Namun demikian, metode *hypnoparenting* ini belum sepenuhnya diketahui oleh orang tua bahkan ada yang belum mengerti bagaimana

pola asuh yang baik dan benar terhadap anak (Komariyah, 2014).

## 2. Manfaat Hipnoparenting

*Hypnoparenting* sangat bermanfaat sekali bagi orangtua atau anak. Bagi orangtua, memiliki anak yang lebih baik dari segi sikap dan perilaku sesuai dengan harapan orangtua yang ditanamkan dan disugestikan pada anak. Sedangkan bagi anak, memiliki kemampuan untuk mengarahkan dan membentuk perilaku yang lebih tepat sesuai dengan harapan orangtua, sehingga ia pun akan mendapatkan feedback positif yang semakin meningkatkan kepercayaan diri dan konsep diri yang baik. Secara garis besar manfaat *hypnoparenting* dapat dibedakan menjadi :

### a. Pengobatan Fisik

Pengertian pengobatan fisik yang dimaksud bahwa dengan *hypnoparentin*, orangtua dapat memotivasi anak agar tetap semangat dalam menjalani proses penyembuhan serta dapat merekonstruksi mental anak agar terhindar dari putus asa dan stres akibat penyakit yang tak kunjung sembuh (Swadarma, 2014). Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2012) tentang Peranan *Hypnoparenting* dalam Penanganan Stres Hospitalisasi Anak Usia Dini di kecamatan Ungaran, menunjukkan bahwa dari 36 responden anak yang mengalami hospitalisasi di RSUD Ungaran mengalami penurunan skala/tingkat stres terhadap hospitalisasi.

Selain itu, pada uji hipotesis juga disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat stres hospitalisasi anak sebelum dengan setelah diberikan *hypnoparenting*. Perilaku stres hospitalisasi anak setelah mendapatkan perlakuan *hypnoparenting* lebih rendah dibandingkan dengan perilaku stres hospitalisasi

sebelum mendapatkan perlakuan *hypnoparenting*.

Hospitalisasi dapat menjadi faktor stres tersendiri bagi anak. Kondisi fisik yang tidak nyaman serta suasana lingkungan yang baru dapat mengakibatkan anak menjadi trauma pasca perawatan di rumah sakit dan menjadi anak dengan kepribadian baru. Penerapan *hypnoparenting* oleh orangtua diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang tepat antara orangtua sehingga efek stres akibat hospitalisasi dapat diminimalkan.

Joseph Murphy dalam Swadarma (2014) mengatakan : "*Faktor utama dalam kesembuhan adalah kekuatan dan keyakinan pikiran bawah sadar pasien itu sendiri. Pikiran bawah sadarlah yang memerintahkan semua hukum alam untuk membantu proses penyembuhan.*" Sehingga apapun penyakit fisiknya, maka dengan *hypnoparenting* dapat dibantu penyembuhannya dan hal tersebut sangat bergantung pada penderita itu sendiri.

b. Penyembuhan Mental

Banyak orang yang menjadi stres dan depresi pascatrauma yang disebabkan oleh tidak kuatnya mental untuk menerima sesuatu. *Hypnoparenting* membantu orangtua untuk membenahi mental anak agar kuat dan dapat mengatasi berbagai permasalahan yang sedang dihadapinya (Swadarma (2014).

c. Membantu mengatasi problematika belajar anak yang mengalami hambatan, seperti anak sulit berkonsentrasi, anak dengan emosi tinggi, anak tidak percaya diri, anak berkebutuhan khusus (autis, gagap, latah atau lainnya)

d. Membantu meningkatkan kualitas kesehatan fisik/psikis anak dengan mengatasi permasalahan, seperti anak yang masih suka

mengompol, anak yang kecanduan games, insomnia, vertigo, kecanduan narkoba.

- e. Membantu mengatasi ketakutan (fobia) terhadap ketinggian, binatang, tempat gelap, pergi ke kamar mandi.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Komariyah (2014) tentang Efektifitas Penyuluhan Pola Asuh Orang Tua Berbasis Hypnoterapi pada Wali Murid Paud Pelangi di Bogor dengan 4 responden menunjukkan bahwa setelah dilakukan penyuluhan pola asuh berbasis hypnoparenting didapatkan orangtua menjadi lebih sabar dalam menghadapi anak, anak yang awalnya mengalami masalah seperti mengompol dan susah makan menjadi tidak mengompol lagi dan mau saat disuruh makan, murid yang mengalami gagap dalam berkomunikasi dan mempunyai emosi tinggi menjadi tidak gagap dan emosi lebih terkontrol serta berperilaku yang lebih baik, murid yang pemalu setelah dilakukan hypnoparenting oleh ibunya menjadi lebih berani dan dapat bersosialisasi lebih baik dengan teman-temannya.

Berbeda halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningrum dan Fitri (2012) tentang Pengaruh Hypnoparenting terhadap Status Gizi Balita menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap status gizi balita antara sebelum dan sesudah pada kelompok yang dilakukan intervensi hypnoparenting. Hal ini dimungkinkan pada usia balita anak melakukan tindakan aktif dan eksplorasi sehingga kebutuhan akan zat pembangun seperti karbohidrat proetin dan lemak sangat tinggi. Selain itu berdasarkan observasi peneliti bahwa orangtua tidak secara rutin melaksanakan hypnoparenting melainkan saat-saat dilakukan adalah saat orang mengingat hal tersebut.

*Hypnoparenting* ini dapat berhasil apabila orangtua atau pengasuh

konsisten dan komitmen untuk menerapkan terapi ini dengan kesabaran. Walaupun anak mudah dipengaruhi, bukan berarti dapat menyulap anak seperti yang diinginkan dalam waktu yang cepat. Berilah anak motivasi atau semangat agar anak mampu melakukan hal yang diinginkan tersebut saat memberikan sugesti. Diperlukan waktu dan frekwensi yang lebih panjang untuk menerapkan *hypnoparenting* pada anak. Sebagaimana yang dikemukakan Smart (2010) bahwa *hypnoparenting* ini sebaiknya dilakukan secara rutin dan proses pengulangan yang konsisten.

Pemanfaatan Hypnoterapi juga dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh Silawati dan Yanti (2015) tentang Pemanfaatan *Hypnoparenting* dalam Menanamkan Karakter Anak di Lembaga Konseling dan Konsultasi Pekanbaru. Berdasarkan hasil penelitian tersebut bahwa dalam mendidik anak dengan menggunakan *hypnoparenting* ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh setiap orang tua yaitu menumbuhkan sifat persaingan, menghindari sikap ambivalensi, menekankan hubungan sebab akibat, menghindari melakukan intervensi terlalu banyak, berkomunikasi dengan sehat. Penelitian tersebut juga menyatakan waktu efektif dalam melakukan *hypnoparenting* antara lain :

- a. Saat mengajak anak berdoa. Saat berdoa, suasana relaks dan suara lirih sehingga tercipta ketenangan dan anak pun sudah dihipnosis.
- b. Saat anak bermain. Ketika bermain anak biasanya fokus pada permainan. kondisi ini bisa orang tua manfaatkan untuk menanamkan sugesti-sugesti positif.
- c. Saat anak menggambar. Menggambar adalah media yang bisa digunakan untuk menghipnosis anak. Gunakan gambar sebagai awal masuk sugesti.

- d. Saat sebelum tidur. Inilah waktu terbaik untuk menghipnosis anak. ia berada dalam kondisi sangat rileks, tenang dan otaknya berada dalam gelombang alpha atau theta sehingga RAS (Reticular Analysis System) terbuka lebar dan sugesti lebih mudah ditanamkan.
- e. Saat sebelum bangun. Kondisi ini mirip dengan kondisi anak pulas tidur. Perhatikan ketika pagi hari ketika ia mulai terbangun, menggerakgerakkan tubuhnya dan ada gerakan bola mata. Dibalik matanya yang terpejam suntikkan sugesti yang orang tua kehendaki.
- f. Saat anak makan. Anak yang sedang makan dalam keadaan relaks. Selain menikmati rasa dalam makanan itu ia juga menikmati suasana yang tercipta di sekelilingnya. Saat ini lah orang tua bisa memasukkan sugesti positif dalam pikirannya.
- g. Saat mendingkan anak menangis. Ketika anak menangis, anak dalam keadaan tersakiti, tetapi saat tangisannya mereda, ia justru sedang menciptakan ketenangan dalam dirinya sendiri. Sambil menenangkan perasaan dan pikirannya, orang tua bisa menghipnosis anak secara perlahan.
- h. Saat menggendong dalam bentuk buaian. Cara ini sangat efektif digunakan untuk menghipnosis anak, anak berada dalam kondisi sangat tenang. Pikiran dan perasaannya juga berada pada level yang rendah, kondisi ini sama dengan ketika ia hendak tidur.
- i. Melalui nyayian. Ada banyak nyayian yang bisa digunakan untuk menghipnosis anak, nyayian lembut dan pelan bisa membuat anak terhipnosis dengan mudah. Orangtua juga bisa mengubah syair-syair lagu yang familiar ditelinga anak dengan kalimat-kalimat yang menggugah semangat anak melakukan sesuatu atau meningkatkan

rasa percaya diri.

- j. Melalui dongeng. Mendongeng bisa menjadi metode hypnosis yang sangat efektif. Anak akan terduduk terdiam menyimak dongeng yang orangtua ceritakan. pilihlah dongeng yang memotivasi.
- k. Saat belajar. Ketika anak sedang fokus terhadap sesuatu, ia lebih mudah menerima sugesti dengan suara yang lembut dan nada yang rendah.

### **C. Hypnobirthing**

Ibu adalah sosok perempuan yang paling berjasa dalam kehidupan seorang anak termasuk kita. Kasih ibu sepanjang masa, begitulah peribahasa yang kita kenal untuk menggambarkan betapa besarnya kasih sayang ibu untuk anaknya, tak ada perumpamaan seindah apapun mungkin yang sebanding dengan realita kasih sayang yang ibu berikan dengan tulus kepada kita (Infodatin, 2014). Menjadi seorang ibu merupakan kodrat seorang perempuan. Hamil, melahirkan, dan mempunyai anak juga hal yang sangat dinanti-nantikan oleh perempuan yang telah hidup berkeluarga. Menurut Manggarsari (2010) bahwa ibu yang sedang mengalami kehamilan dan ingin melahirkan secara normal, dituntut tidak hanya harus siap secara fisik, tetapi juga harus siap secara mental.

Melahirkan normal merupakan proses melahirkan yang diidamkan oleh para ibu yang sedang menjalani kehamilan. Selain itu, melahirkan normal juga merupakan proses melahirkan yang disarankan oleh dunia medis. Dengan menjalani melahirkan normal, salah satunya menandakan bahwa kehamilan yang telah dikandung, atau janin serta ibunya mengalami kesehatan yang baik (Manggarsari, 2010). Menurut Arafah dan Aizar (2012) kehamilan

dan persalinan pada seorang perempuan merupakan suatu siklus yang normal dan alamiah. Akan tetapi siklus itu tetap menjadi beban tersendiri bagi seorang perempuan.

Menurut Mansjoer, kehamilan adalah suatu fenomena fisiologis yang dimulai dengan pembuahan dan diakhiri dengan proses persalinan (dalam Patriasari, 2009). Ketika hamil, ibu mengalami perubahan yang signifikan pada fungsi fisiologis dan psikologis, proses penyesuaian diri terhadap keadaan baru ini seringkali menimbulkan kecemasan (Aprianawati & Sulistyorini, 2007). Menurut Martalisa (2013), perubahan secara fisik pada ibu hamil seperti perubahan bentuk tubuh dengan badan yang semakin membesar, munculnya jerawat di wajah atau kulit muka yang mengelupas. Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil antara lain rasa cemas mengenai kelahiran, konsentrasi mengenai perubahan hubungan dengan pasangan dan teman, serta rasa cemas mengenai masalah keuangan. Pada saat yang sama, juga akan merasakan kegelisahan mengenai kelahiran bayi dan permulaan dari fase baru dalam hidup calon ibu. Menurut Nurdiana (2012), rasa cemas yang dialami oleh ibu hamil itu disebabkan karena meningkatnya hormon progesteron. Selain membuat ibu hamil merasa cemas, peningkatan hormon itu juga menyebabkan gangguan perasaan dan membuat ibu hamil cepat lelah.

Menurut Sijangga (2010), tidak jarang kehamilan membawa rasa cemas yang akan berpengaruh terhadap fisik dan psikis baik pada ibu maupun janin yang dikandung, misalnya mengakibatkan kecacatan jasmani dan kemunduran potensi intelegensi serta aspek mental emosional. Perasaan cemas ibu saat memikirkan proses melahirkan serta kondisi bayi yang akan dilahirkan tidak hanya berlangsung

pada kehamilan pertama, tetapi juga pada kehamilan-kehamilan berikutnya. Meskipun ibu hamil telah mempunyai pengalaman dalam menghadapi persalinan tetapi rasa cemas tetap akan selalu ada (Patriasari, 2009).

Seperti yang dialami oleh ibu Putri yang berdomisili di Klaten (dalam Aprillia, 2013) yang mengalami ketakutan dan kecemasan akan kelahiran bayi yang dikandung ibu Putri. Terlebih ketika pada usia kandungan 41 minggu, ibu putri begitu cemas ketika dokter mengatakan bahwa air ketuban sudah habis. Ibu Putri merasa begitu takut akan keadaan janinnya apabila terjadi keguguran. Namun akhirnya ibu Putri berhasil melahirkan dengan normal berkat pelatihan *hypnobirthing* yang rutin dilakukan selama kehamilan.

Selain itu, rasa takut dan cemas juga dialami oleh Rika, 28 tahun (dalam Amalia, 2009) yang menginjak usia kehamilan 6 bulan. Sebelumnya, calon ibu muda ini merasa senang dan antusias menjalani kehamilan karena menjadi dambaan bersama untuk memiliki momongan. Perasaan bahagia semakin bertambah karena penyakit morning sickness sudah berhasil dilewati. Perasaan bahagia tersebut berbalik menjadi perasaan cemas dan takut. Ujung pangkal perasaan takut dan cemas bermula ketika Rika membaca buku-buku mengenai proses persalinan. Dalam buku tersebut digambarkan secara jelas bagaimana cara membantu proses mengeluarkan bayi. Dalam buku tersebut juga digambarkan gunting yang digunakan untuk membantu proses tersebut, sehingga Rika merasa begitu takut dan gelisah ketika memikirkan hal tersebut terjadi pada dirinya ketika melahirkan nanti.

Ibu hamil semakin merasa cemas dengan bertambahnya usia kehamilan yang akan mendekati kelahiran. Rasa takut menjelang persalinan menduduki peringkat teratas yang paling sering dialami

ibu selama hamil (Aprianawati & Sulistyorini, 2012). Bagi seorang perempuan khususnya ibu muda, proses persalinan seringkali merupakan sesuatu yang menakutkan. Hal ini diperparah dengan rumor-rumor yang beredar dan menyatakan bahwa proses melahirkan itu menyakitkan, sehingga rasa takut yang dimiliki semakin tinggi dan cenderung menyebabkan kecemasan pada ibu hamil.

Tingginya rasa cemas perempuan hamil juga diungkapkan oleh Kartono (dalam Sijangga, 2010) bahwa pada setiap perempuan apabila hamil pasti akan dihindangi campuran perasaan yaitu rasa kuat dan berani menanggung segala beban dan rasa lemah hati, takut, ngeri, rasa cinta dan benci, keraguan dan kepastian, kegelisahan dan rasa tenang bahagia, harapan penuh kegembiraan dan rasa cemas, yang semuanya akan menjadi lebih intensif pada saat mendekati masa kelahiran bayi. Hal-hal yang biasanya menjadi penyebab ketakutan dan kegelisahan pada ibu hamil saat mendekati masa kelahiran tersebut adalah takut mati, trauma kelahiran, perasaan bersalah atau berdosa dan ketakutan bayi akan lahir cacat (Sijangga, 2010).

Pendapat lain yang juga mengatakan bahwa ibu hamil sering mengalami perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan adalah menurut Ikarowina (2013) beberapa perasaan cemas yang sering dialami ibu yang sedang menjalani masa kehamilan seperti karena memikirkan rasa sakit saat melahirkan akan membuat ibu pingsan, memikirkan tidak bisa melahirkan secara normal, ketakutan apabila melahirkan dengan cara operasi caesar, dan ketakutan dengan kondisi janin yang akan dilahirkan tidak sehat atau mengalami kecacatan. Beberapa ibu hamil mengaku sangat mencemaskan bentuk tubuhnya, takut menjadi gemuk setelah melahirkan nanti. Ada yang takut tidak bisa melahirkan dengan cara yang normal, ada

juga yang mengaku takut keguguran karena terdapat pengalaman pernah keguguran sebelumnya, selain itu terdapat pula ibu hamil yang begitu mencemaskan keadaan janin di dalam kandungannya sampai takut bertemu dengan orang-orang banyak atau keramaian.

Kematian ibu menurut *World Health Organization* (WHO) adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Target global MGDs (*Millenium Development Goals*) ke -5 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Infodatin, 2014).

Menurut Sulistiyani (2013) bahwa salah satu komplikasi kehamilan yang sering terjadi pada ibu saat mengandung adalah pra eklampsia yang merupakan kondisi kehamilan disertai dengan naiknya tekanan darah walaupun tanpa adanya riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya pada calon ibu. Pra eklampsia merupakan penyebab utama perempuan hamil meninggal. Pra eklampsia terjadi karena obesitas, perempuan merokok, dan kecemasan berlebihan yang berpengaruh pada respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor (Sulistiyani, 2003).

Menurut Astria (2009), bahwa ibu hamil yang mengalami kecemasan tingkat tinggi dapat meningkatkan resiko kelahiran bayi prematur bahkan keguguran. Penelitian lain menunjukkan bahwa ibu

hamil dengan kecemasan yang tinggi ketika hamil akan meningkatkan risiko hipertensi pada kehamilan. Risiko hipertensi dapat berupa terjadinya stroke, kejang, bahkan kematian pada ibu dan janin (Astria, 2009). Jika hal itu dibiarkan terjadi, maka angka mortalitas dan morbiditas pada ibu hamil akan semakin meningkat.

Perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan yang dirasakan ibu hamil merupakan suatu bentuk kecemasan yang dialami oleh ibu selama menjalani masa mengandung. Kondisi cemas yang berlebihan, khawatir dan takut tanpa sebab yang terus dirasakan seiring dengan bertambahnya usia kehamilam, sehingga akan berujung pada stres, maka akan dapat mempersulit proses persalinan dan juga membahayakan calon bayi (Enikmawati, 2008). Kondisi tersebut yang mengakibatkan otot tubuh menegang, terutama otot-otot yang berada di jalan rahim ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Selain itu, emosi yang tidak stabil dapat membuat merasa sakit yang menjadi-jadi. Menurut Freud (dalam Sijangga, 2010) mengemukakan lima faktor yang memengaruhi kecemasan, yaitu: frustrasi, konflik, ancaman, harga diri dan lingkungan.

Ketika ibu menjalani masa kehamilan sampai menjelang persalinan, ibu hamil membutuhkan ketenangan agar tidak mengalami kecemasan yang berlebih sehingga proses persalinan menjadi lancar tanpa hambatan. Semakin ibu tenang menghadapi persalinan maka persalinan akan berjalan semakin lancar. Terdapat beberapa cara olah tubuh yang bisa dilakukan ibu hamil untuk menjaga kesehatan tubuh dan janin agar berkembang dengan baik dan juga membuat emosi ibu tetap stabil, seperti senam hamil, yoga hamil (Larasati & Komolohadi, 2010). Selain itu, terdapat satu alternatif alami yang bisa dilakukan oleh ibu hamil untuk membuat jiwa menjadi lebih tenang dengan energi-

energi positif dan membantu meringankan rasa sakit saat kontraksi serta dapat mempercepat proses persalinan adalah dengan teknik relaksasi *hypnobirthing*. Menurut Ilmiasih (2010), istilah *hypnobirthing* dipatenkan oleh Marie F. Mongan sejak tahun 1989. Metode *hypnotherapy* untuk melahirkan di Amerika Serikat sudah dikenal sejak tahun 1950-an dengan istilah lain yang mengandung pemaknaan yang sama yaitu *hypnobabies*, *hypnobirth*, *hypnosis for birthing*, *hypnosis for babybirth*, atau *hypnosis for child*.

Metode *hypnobirthing* mulai disebarluaskan pada tahun 2003 oleh Lanny Kuswandi di Indonesia. *Hypnobirthing* adalah penggunaan hipnosis untuk membantu ketenangan jiwa ibu hamil serta membantu proses persalinan yang lancar dan alami (Manggarsari, 2010). Metode *hypnobirthing* berguna untuk mengurangi rasa sakit dan memperlancar proses persalinan karena dalam metode ini selalu memberikan energi-energi positif untuk ibu hamil. Selain itu, *hypnobirthing* atau penggunaan hipnosis selama masa kehamilan bisa mencegah gangguan emosional baik saat sebelum persalinan dan setelah persalinan (Andriana, 2012).

Menurut Manggarsari (2010), *hypnobirthing* memiliki manfaat yang cukup besar bagi ibu hamil, diantaranya adalah kemampuan untuk mengatur kadar rasa sakit saat proses persalinan, menekan cemas, stres atau depresi saat proses persalinan, memudahkan ibu hamil untuk mengontrol emosinya, mendatangkan rasa tenang, aman, nyaman, dan bahagia karena proses persalinan berjalan lancar, dan mengurangi komplikasi akibat proses persalinan. *Hypnobirthing* juga bermanfaat untuk memperkuat ikatan batin dan kedekatan emosi janin dengan sang ibu.

Dengan relaksasi akan membantu ibu hamil untuk mencapai kondisi yang senantiasa rileks dan tenang, efek dari kondisi ini akan berpengaruh pada ibu hamil dan lingkungan ibu hamil hingga proses persalinan (Harianto, 2010). Melahirkan merupakan suatu proses yang sangat kompleks, perlu kesiapan mental dan semangat yang besar, ketenangan dan keyakinan yang kuat untuk dapat melahirkan bayi secara alami disamping syarat-syarat untuk proses persalinan normal secara medis sudah terpenuhi semua. Disinilah *hypnobirthing* berperan besar, membantu memberikan kesiapan mental dan keyakinan untuk melahirkan secara alami dengan rasa sakit yang minimal. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas bayi yang dilahirkan, karena terhindar dari kekurangan oksigen (asfiksia) selama proses persalinan sehingga perkembangan otaknya lebih baik.

Pengontrolan nyeri dan pencegahan kecemasan pada persalinan telah menjadi salah satu fokus dan tujuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap ibu agar dapat bersalin dengan nyaman dan sehat. Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik baik bio-psiko-sosial dan spiritual. Metode *hypnobirthing* ini sangat sesuai bagi perawat dari aspek legal etik kewenangan perawat dan dapat menjadi metoda alternatif yang dipilih oleh banyak ibu.

Hipnosis dalam persalinan menggunakan filosofi persalinan di samping teknik atau metode untuk melahirkan. Anggapan mendasar dalam metode ini adalah melahirkan merupakan suatu fungsi normal, alami, dan sehat bagi wanita. Penggunaan tehnik hipnosis untuk proses persalinan tetap dilakukan dalam keadaan relaksasi dan sadar sambil mendengarkan kalimat-kalimat

penegasan positif dan lembut sehingga menciptakan pengalaman persalinan yang sehat dan nyaman. Teknik hipnosis dalam persalinan ini menggunakan kemampuan diri sendiri untuk masuk dalam kondisi relaksasi sehingga masuk dalam kategori hipnosis diri.

Perawat sebagai tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu bersalin perlu merencanakan persiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Penggunaan teknik relaksasi hipnosis diri sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis mengatasi rasa nyeri dan cemas dalam persalinan pada prinsipnya bertujuan untuk membuat ibu yang melahirkan lebih tenang dan rileks, sehingga sikap tersebut dapat memblokir rasa cemas dan takut yang dirasakan. Metode hipnosis selama persiapan persalinan dapat menumbuhkan rasa relaksasi, nyaman dan percaya diri serta memfasilitasi peningkatan *sense of control* dalam menjalani proses persalinan normal yang nyaman dan sehat (Martin, Schauble, Rai & Curry, 2001).

Metode hipnosis diri ini oleh perawat dapat diterapkan dalam materi pendidikan kesehatan pada kelas persiapan persalinan bagi ibu hamil khususnya ibu primigravida untuk mempersiapkan kondisi psikologisnya saat persalinan. Hal ini sesuai dengan Nichols dan Humenick (2000) yang menyatakan bahwa pendidikan persalinan adalah suatu proses pembelajaran yang dinamis pada ibu hamil, mengenai informasi tentang persiapan fisik dan emosi dalam kehamilan, persalinan awal menjadi orang tua, mengajarkan ketrampilan koping dan teknik-teknik yang digunakan dalam melahirkan.

# ***PROGRESIIVE MUSCLE RELAXATION*** **MENURUNKAN RESPON STRESS** **PSIKOFISIOLOGIS PADA MAHASISWA**

Ns.Novita Nirmalasari; Ns.Ary Astuti

## **A. Definisi**

*Progresive Muscle Relaxation/ PMR* merupakan metode relaksasi yang bertujuan untuk menurunkan ketegangan otot seluruh tubuh dan meningkatkan suplai oksigen. *Progresive muscle relaxation* menimbulkan perubahan ekspresi wajah sebagai salah satu indikator ketegangan psiko-fisiologis (Heenan, 2014). Teknik *progresive muscle relaxation* direkomendasikan sebagai salah satu relaksasi yang harus dikuasai oleh para mahasiswa menjelang akhir studi (Boyd, 2014).

*Progresive muscle relaxation* memiliki efek yang sebanding dengan *sleep hygiene* untuk mengatasi insomnia primer (Alexandru, 2009). Terapi relaksasi *progresive muscle relaxation* juga dapat menurunkan kadar kortisol dan meningkatkan kadar *imunoglobulin A* (IgA) pada *saliva* (Pawlow, 2005). Bahkan latihan *progresive muscle relaxation* dapat menurunkan kelelahan dan meningkatkan kualitas tidur pada pasien *Ca. Mammae* yang mendapatkan terapi kemoterapi (Demiralp, 2009).

## **B. Dampak Latihan Progressive Muscle Relaxation Terhadap Penurunan Tingkat Stress Mahasiswa**

Penelitian pertama dilakukan oleh Pawlow (2005) terhadap 60 orang mahasiswa (laki-laki 30 orang dan wanita 30 orang). Rerata umur responden 30 tahun dengan standar deviasi 2 tahun. Dilakukan randomisasi untuk menentukan anggota kelompok perlakuan dan kontrol yang sebanding dalam jenis kelamin. Kelompok perlakuan terdiri dari 41 orang dan kelompok kontrol 14 orang. Kelompok perlakuan diberikan latihan *PMR* selama 30 menit sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan apa-apa. Hasil penelitian menunjukkan rerata skor persepsi stress *pre-test* pada kelompok perlakuan 27,34 dan kelompok kontrol 25,01 sedangkan rerata skor persepsi stress *post-test* pada kelompok perlakuan 23,24 dan pada kelompok kontrol 24,01. Nilai  $F(1, 40) = 36.14$  dan  $p < 0,001$  menunjukkan ada penurunan skor persepsi stress yang bermakna secara statistik setelah melakukan sesi latihan *PMR*.

Penelitian ini menggunakan desain RCT. Populasi dan sampel penelitian teridentifikasi dengan baik begitu juga intervensi dan *outcome* yang ingin dicapai. Intervensi utama adalah latihan *PMR* tanpa intervensi pembanding, artinya hanya melihat bagaimana dampaknya jika latihan dilakukan dibandingkan jika tidak dilakukan. Randomisasi sudah dilakukan dan pada kedua kelompok seimbang dalam hal *gender*. Tetapi tidak dijelaskan tata cara randomisasi dan apakah randomisasinya *blind* atau tidak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *outcome* yang dicapai (penurunan tingkat persepsi stress) menurun secara bermakna setelah dilakukan latihan *PMR* sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna. Mengingat kesamaan populasinya maka hasil penelitian ini dapat digunakan dalam pembahasan dan penelitian

selanjutnya sebab latihan *PMR* terbukti bermanfaat, menyehatkan dan bebas biaya.

Penelitian kedua adalah penelitian yang dilakukan oleh Alexandru (2009) terhadap 3 orang mahasiswa perempuan dari Universitas Babeş-Bolyai di Cluj-Napoca, yang berusia 22, 24 dan 30 tahun dan mengalami *insomnia* primer. Sampling dilakukan pada populasi mahasiswa yang melaporkan mengalami gangguan tidur dan berobat ke klinik kampus. Seleksi dilaksanakan 2 tahap, seleksi tahap 1 untuk mengeliminasi mahasiswa yang mengalami gangguan tidur selain *insomnia*, memiliki masalah terkait mental/psikologi dan dalam terapi medik (minum obat tidur). Selanjutnya dilakukan seleksi tahap 2 untuk mencari mahasiswa dengan *insomnia* primer berusia 18-30, onset terjadi minimal 30 menit dalam satu malam yang berlangsung minimal 3 malam perminggu, *insomnia* menetap sedikitnya selama 1 bulan dan menunjukkan tanda *insomnia* pada siang hari (kelelahan, gangguan *mood* dan kelainan fungsi). Intervensi latihan *PMR* selama 30 menit diberikan 1 kali sehari berulang selama 1 minggu. Hasil uji statistik Pre Test dengan Post Test menunjukkan ada penurunan tingkat stress secara statistik ( $p : 0,001$ ), Post Test dengan Follow-Up 1 bulan kemudian ada perbedaan bermakna secara statistik ( $p : 0,006$ ) dan antara Pre Test dengan Follow-Up 1 bulan kemudian juga ada perbedaan bermakna secara statistik ( $p : 0,001$ )

Penelitian yang dilakukan menggunakan desain *case control* dan mencoba menerapkan latihan *PMR* pada populasi khusus yang memiliki gangguan tidur sebagai salah satu tanda dan gejala stress. Pemilihan subyek sudah menggunakan seleksi yang tepat dengan menyingkirkan faktor perancu (gangguan mental/psikologi, medikasi, dan *insomnia* sekunder), tetapi jumlah subyek masih terlalu sedikit untuk merepresentasikan populasi. Namun demikian umur subyek

yang tidak jauh berbeda dengan umur mahasiswa S1 pada umumnya, maka hal ini dapat dianggap cukup representatif terhadap mahasiswa perempuan sebab seluruh sampel adalah perempuan. Penelitian ini tidak memiliki intervensi pembandingan dan berhasil membuktikan bahwa latihan *PMR* dapat menurunkan tingkat persepsi stress pada mahasiswa yang mengalami *insomnia*.

Penelitian ketiga dilakukan oleh Ghoncheh (2004) yang dilakukan pada 40 orang mahasiswa keperawatan. Rerata umur mereka 33.97 tahun dan standar deviasinya 8.67 tahun. Kemudian dilakukan pembagian dengan cara memberikan tugas dalam amplop tertutup secara acak. Kelompok perlakuan yang mendapatkan latihan *PMR* memiliki rerata umur 34.50 tahun dengan standar deviasi 8.98 tahun dan Kelompok pembandingan yang diberikan sesi *Yoga Stretching (Hatha)* memiliki rerata umur 33.45 tahun dengan standar deviasi 8.60 tahun. Kedua kelompok masing-masing mempraktekkan latihan *PMR* dan *Yoga Stretching* selama 30 menit, sekali dalam 1 minggu selama 5 minggu. Hasil penelitian menunjukkan kelompok yang melakukan latihan *PMR* memiliki skor lebih tinggi pada unsur : *Disengagement* ( $F(1,37) = 12.23$  dan  $p = 0,0005$ ) dan *Physical Relaxation* ( $F(1,37) = 13.55$  dan  $p = 0,0005$ ) di minggu 4 *post test*, serta menunjukkan skor lebih tinggi pada unsur : *Joy* ( $F(1,37) = 7.38$  dan  $p = 0,01$ ) dan *Mental Quiet* ( $F(1,38) = 4.43$  dan  $p = 0,04$ ) pada minggu 5 *after test*.

Penelitian ketiga ini menggunakan desain RCT dan sudah melakukan randomisasi dengan baik untuk membagi dua kelompok sehingga setara dalam umur. Selain itu cara undian sudah memenuhi unsur *blind* sebab peneliti maupun responden sama-sama tidak tahu “siapa mendapatkan apa” dalam proses undiannya. Sampel yang digunakan juga representatif untuk mahasiswa secara umum dan

jumlahnya memadai untuk dianalisis secara statistik. Hasil yang didapatkan juga memiliki kemaknaan yang tinggi dan lebih spesifik dari seluruh indikator-indikator stress yang ada. Hal lain yang menarik adalah pemilihan intervensi perbandingan yaitu *yoga stretching* yang sudah banyak dikenal dan diminati sebagai salah satu cara memperoleh relaksasi. Tidak efektifnya yoga di penelitian ini menurut Penulis adalah karena waktu pelaksanaannya hanya 30 menit. Sebab yoga sebagai sebuah terapi relaksasi biasanya membutuhkan waktu lama, mulai dari beberapa puluh menit hingga beberapa jam. Dampak yang dirasakan dari latihan yoga juga bergantung dari tingkat kelenturan tubuh serta kedalaman keheningan yang dirasakan oleh pelakunya. Waktu 30 menit tidaklah mencukupi untuk mencapai kedalaman dari keheningan yang dibutuhkan. Tetapi hal ini justru memperkuat asumsi bahwa latihan *PMR* memang lebih efisien sebab dengan waktu lebih singkat dapat mencapai hasil yang optimal dibandingkan dengan yoga yang membutuhkan lebih banyak usaha dan lebih banyak waktu.

Menurut Li (2011), Chiang (2012), Prato (2013) serta Heenan (2014) kehidupan mahasiswa penuh dengan stress. Respon stress bisa berupa *anxietas*, penurunan kualitas tidur, hingga ketidakmampuan melihat fenomena secara benar sehingga berpengaruh terhadap performa akademik dan performa kerja mahasiswa. Menurut Li (2011) stress tersebut bersumber dari kurangnya pengetahuan dan keterampilan terkait kompetensi yang harus dikuasai, tetapi Takasu et.al. (2012) mengemukakan bahwa stress yang terjadi pada mahasiswa lebih dikarenakan perubahan gaya hidup dan kebiasaan, seperti jadwal tidur dan bangun yang terlambat, harus terjaga semalaman saat akhir pekan atau saat libur panjang sehingga irama sirkadia berubah.

Fatima (2014) lebih jauh menerangkan bahwa paparan stimulus

yang terlalu banyak membuat tubuh “bingung” akan merespon yang mana. Karena itulah tubuh butuh untuk kembali di *reset* agar memperoleh ketenangan dan kembali ke “titik nol”. Salah satu cara yang dapat ditempuh adalah melakukan relaksasi (dengan latihan *PMR*). Ketika tubuh merasakan rileks maka pikiran akan menjadi tenang dan kerja persyarafan menjadi fokus. Hal inilah yang akan membantu tubuh mengembangkan kemampuan adaptasi yang adaptif terhadap stimulus-stimulus tadi.

Penelitian yang penulis dapatkan dan lakukan telaahan dalam *systematic review* ini dilakukan Ghoncheh (2004), Pawlow (2005) serta Alexandru et.al (2009) dan seluruhnya menggunakan teknik *PMR* yang dilakukan selama 30 menit dalam satu sesi. Onset latihan ini menurut Boyd (2014) merupakan onset standar untuk memberikan kesempatan pada jantung dan sirkulasi untuk memompa dan menyalurkan lebih banyak oksigen ke organ di seluruh tubuh secara terfokus. Latihan *PMR* yang berisi gabungan latihan *stretching* dan relaksasi dari kelompok otot-otot besar di tubuh manusia dari kepala sampai kaki secara teratur, termasuk latihan ringan sehingga jika dilaksanakan selama 30 menit tidak akan menimbulkan kelelahan.

Latihan *PMR* secara rutin, yang dilakukan 1 kali sehari dan dilaksanakan terus menerus selama 1 minggu ternyata mampu membuat efek relaksasi terhadap penurunan stress tadi bertahan bahkan sampai 1 bulan sesudah latihan terakhir seperti yang sudah dibuktikan oleh Alexandru et.al (2009). Situasi ini melalui serangkaian *pathway* kemudian menimbulkan respon tubuh yang bermacam-macam dan oleh individu pengalaman ini akan disimpan dalam memori jangka panjang serta akan mempengaruhi individu untuk memilih reaksi/respon seperti apa yang harus terjadi jika berhadapan dengan stimulus yang identik.

Dengan demikian melakukan relaksasi dapat mengurangi rasa stres yang dialami dan melatih tubuh untuk tetap rileks saat paparan stimulus terjadi berulang. Bahkan McCallie (2006) mengungkapkan relaksasi juga dapat dikatakan sebagai suatu proses yang dapat menyengarkan dan mengembalikan rasa semangat melalui *counter conditioning* dan pelepasan.

Latihan *PMR* bahkan dilaporkan lebih efektif daripada *Yoga Stretching* dalam meningkatkan pelepasan dan membangkitkan rasa senang seperti dilaporkan dalam penelitian ketiga. Ghoncheh (2004) telah membuktikan bahwa *PMR* lebih baik dibandingkan dengan yoga dalam meningkatkan pelepasan stress dan meningkatkan rasa rileks, meskipun hanya dilakukan 1 kali dalam seminggu selama 4 minggu. Dan jika dilakukan sampai 5 minggu, *PMR* juga lebih baik dalam membangkitkan rasa bahagia dan menenangkan fungsi mental dibandingkan *yoga stretching*. Hal ini kemungkinan besar berhubungan dengan adanya peningkatan asupan oksigen akibat bernapas dalam yang tidak dilakukan pada latihan *yoga stretching*. Meskipun keduanya sama-sama mampu mereduksi stress namun efek bahagia dan ketenangan lebih tinggi pada latihan *PMR*.

Schroder (2013) mengemukakan bahwa peregangan otot pada latihan *PMR* meningkatkan kebutuhan oksigen di tingkat sel pada otot-otot besar secara simultan. Sedangkan bernapas dalam yang dilakukan di sela-sela latihan meningkatkan suplai oksigen lebih dari yang seharusnya dikompensasi oleh tubuh. Peningkatan oksigenasi dan distribusinya yang lancar akibat peningkatan kerja jantung saat peregangan menyebabkan otak dipenuhi oksigen sehingga menurunkan metabolisme basal dan kinerja organ mengalami perlambatan, persis ketika seseorang sedang tidur. Hal inilah yang membantu meningkatkan pelepasan stress dan

pencapaian relaksasi yang lebih baik.

Heenan (2014) lebih jauh menjelaskan bahwa oksigen bermanfaat untuk meningkatkan regenerasi sel, meningkatkan daya serap nutrisi-nutrisi vital dan vitamin-vitamin esensial, menyegarkan kembali tubuh dan pikiran, mencegah penuaan kulit dan mencegah penuaan, menambah daya ingat dan merangsang otak, menghilangkan stress dan kecemasan serta menambah stamina dan tingkat energi tubuh. Oksigen dengan tingkat kemurnian yang tinggi bahkan dapat meningkatkan kekebalan tubuh manusia dan meningkatkan produktivitas serta menurunkan kadar stress, ketegangan dan membuat tubuh menjadi lebih relaks, dan masih banyak lagi manfaat-manfaat lainnya.

Penelitian penunjang yang dilakukan Feldman (2012) berhasil membuktikan bahwa latihan *PMR* mampu membuat seseorang lebih memiliki harapan hidup, tujuan hidup dan *vocational calling* saat mereka mampu mengendalikan stress yang dialaminya. Sedangkan teknik-teknik lain yang juga dapat digunakan untuk mereduksi stress antara lain: terapi tidur (Chiang, 2012), pelibatan rekan sebaya dalam mentoring pembelajaran (Li et.al, 2011), pengaturan pola tidur (Takasu et.al, 2012), dan terapi musik (Zhou et.al, 2014).

Apabila dilakukan perbandingan terhadap hasil analisis statistik, penelitian Alexandru et.al. (2009) adalah yang terbaik dalam pembuktian manfaat *PMR*. Penelitian ini menunjukkan bahwa kemungkinan adanya terjadinya hasil pemeriksaan *pre-post test* yang sama hanya sebesar 0,1 % ( $p = 0,001$ ), kemungkinan hasil pemeriksaan *post test* yang sama dengan dengan *follow-up* 1 bulan hanya sebesar 0,6 % ( $p = 0,006$ ) dan kemungkinan hasil pemeriksaan *follow up* sama dengan hasil *pre test* hanya sebesar 0,1 % ( $p = 0,001$ ). Adapun pada penelitian Ghoncheh

(2004) kemungkinan latihan *yoga stretching* untuk bisa sama dengan latihan PMR pada unsur *disengagement* hanya sebesar 0,05 % ( $p = 0,0005$ ), dan pada unsur *physical relaxation* juga sama besar. Artinya kecil sekali kemungkinan latihan *yoga stretching* untuk menyamai hasil yang dicapai oleh PMR pada kedua unsur tersebut. Meskipun dalam PMR juga terdapat aktifitas *stretching*. Hal ini jelas menunjukkan bahwa bukan ada unsur lain selain *stretching* yang secara bermakna menurunkan stress, yaitu latihan pernapasan yang mendahuluinya dan adanya relaksasi di antara gerakan-gerakannya. Tetapi dalam hal merasakan unsur *joy*, ternyata latihan *yoga stretching* memiliki peluang lebih besar yakni 1 % ( $p : 0,01$ ) untuk menyamai PMR dan dalam mencapai *mental quiet* peluang *yoga stretching* menyamai latihan PMR adalah sebesar 4 % ( $p = 0,04$ ). Hal ini kemungkinan karena keduanya dilakukan secara terstruktur sehingga memberikan efek bahagia.

Namun sayangnya jumlah *evidence* yang mendukung maupun membantah hal ini tidak Penulis dapatkan dalam penelusuran literatur. Meskipun minimnya literatur sejenis membuat *evidence* tentang dampak PMR terhadap penurunan stress pada mahasiswa masih lemah tetapi hal ini justru memperkuat analisis Penulis bahwa hal ini membutuhkan penelitian-penelitian lebih lanjut untuk memperkaya hasil penelitian yang sudah ada. Dalam *systematic review* ini Penelitian Pawlow memiliki nilai  $p$  yang tidak disebutkan sehingga diabaikan dalam pembahasan hasil statistiknya.

### **C. Dampak Latihan *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Mahasiswa**

Penelitian pertama tentang dampak latihan PMR terhadap tingkat kecemasan sebenarnya adalah bagian dari penelitian RCT yang dilakukan

oleh Pawlow (2005) yang ditampilkan di atas sehingga Penulis tidak melakukan telaahan lebih jauh terhadap sampel dan metode. Dalam mencapai hasil, penelitian ini berhasil menunjukkan bahwa latihan *PMR* juga mampu menurunkan tingkat kecemasan mahasiswa sebagai dampak ikutan dari penurunan tingkat stress. Sebelum latihan *PMR* diberikan kelompok perlakuan memiliki rerata skor kecemasan 35,05 dan kelompok kontrol memiliki rerata skor kecemasan 37,21. Hasil uji statistik  $F(1, 53) = 0,028$  dan  $p : 0,867$  menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rerata skor kecemasan pada kedua kelompok (keduanya homogen sehingga memenuhi syarat untuk dibandingkan). Hasil pengukuran *post test* menunjukkan rerata skor kecemasan kelompok perlakuan 25,17 dan rerata skor kecemasan kelompok kontrol 36,57. Hasil uji statistik  $F(1, 53) = 21,33$  dan  $p < 0,001$ . Perbandingan hasil *pre* dan *post test* kelompok perlakuan didapatkan nilai  $F(1, 53) = 149,57$  dan  $p < 0,001$ .

Penelitian kedua adalah penelitian yang dilakukan oleh Prato (2013) terhadap 14 orang mahasiswa pendidikan keperawatan semester 3. Mahasiswa wanita 13 orang dan laki-laki 1 orang. Rerata usia mahasiswa 24,5 tahun dengan standar deviasi 4,7 tahun. Ras 50% kulit putih, 20% hispanik, 30% asia-fasifik. Sampel dipilih dengan melakukan pengukuran tingkat kecemasan terlebih dahulu terhadap seluruh mahasiswa keperawatan semester 1 – 4 dan didapatkan skor kecemasan tertinggi ada pada mahasiswa semester 3 dan selanjutnya diambil sebagai sampel penelitian. Intervensi yang diberikan adalah latihan *PMR* selama 15 menit dengan intervensi pembanding berupa latihan pernapasan diafragma dan latihan autogenik yang dilaksanakan masing-masing 15 menit. Hasil pemeriksaan *pre-test* menunjukkan rerata skor kecemasan pada seluruh mahasiswa adalah  $53,4 \pm 14,1$

dan rerata skor kecemasan pada pemeriksaan post test adalah  $54,8 \pm 15,0$ . Hasil uji statistik didapatkan nilai  $t = -0,852$  dan  $p = 0,412$  yang menunjukkan tidak ada perbedaan rerata skor kecemasan sebelum dan sesudah perlakuan (apapun perlakuannya). Dengan kata lain tidak ada perbedaan efek antara latihan PMR, latihan pernapasan diafragma dan latihan *autogenik* dalam menurunkan kecemasan pada mahasiswa yang tingkat cemasnya tinggi.

Penelitian kedua ini menggunakan desain *case control* dan dilakukan pada kelompok mahasiswa dengan tingkat kecemasan tertinggi. Teknik pemilihan sampel untuk menguji intervensi-intervensi yang dipilih sudah baik dan bebas subyektifitas, yaitu dengan mengukur tingkat kecemasan semua populasi secara bersamaan lalu dicari yang rerata skor kecemasannya paling tinggi. Hasil pengukuran dari “babak penyisihan” ini juga sekaligus dijadikan *baseline* dalam mengukur dampak. Metode ini dapat diterima namun dalam grup yang dipilih, secara gender tidak seimbang antara laki-laki dan perempuan. Pemilihan kelompok pembanding juga sudah acak tetapi sayangnya tidak dilaporkan pelaksanaan uji homogenitas pada masing-masing ketiga kelompok. Skor kecemasan hanya diukur secara kolektif lalu diberikan perlakuan berbeda-beda pada masing-masing sampel secara acak kemudian diukur kembali skor kecemasan secara kolektif. Dengan desain seperti ini maka sulit diidentifikasi efektifitas masing-masing intervensi yang diberikan. Maka dapat disimpulkan bahwa penelitian ini memiliki bias perlakuan sehingga hasil pengukuran kurang dapat diterima untuk dilakukan generalisasi terhadap populasi. Namun demikian hasil penelitian ini dapat diterima sebagai data utama sebab ada kemungkinan juga, tidak efektifitasnya perlakuan karena waktu pelaksanaan intervensi yang kurang dari semestinya.

#### **D. Dampak Latihan *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Penurunan Kadar *Cortisol* Mahasiswa**

Penelitian pertama tentang dampak latihan PMR terhadap kadar *cortisol* sebenarnya juga bagian dari penelitian RCT oleh Pawlow (2005) yang ditampilkan di atas sehingga tidak dibahas secara mendalam lagi. Penelitian menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan kadar *cortisol pre test* > kadar *cortisol post test* dengan nilai  $F(1,38) = 20,91$  dan  $p = 0,001$ . Hal ini menunjukkan bahwa latihan PMR yang dilakukan selama 30 menit per hari selama 1 minggu.

Penelitian kedua dilakukan oleh Krajewski et. al. (2011) yang dilakukan terhadap 14 mahasiswa laki-laki yang secara sukarela menjadi responden lalu diundi untuk dua perlakuan berbeda dengan jumlah masing-masing sama. Kelompok pertama diberikan latihan PMR dengan privasi dan kelompok kedua menghabiskan waktu dalam lingkungan *small talk group* masing-masing selama 20 menit saat istirahat siang lalu diukur kadar *cortisol* air liur pagi hari dan siang hari. Ada perbedaan rerata kadar *cortisol pre* dan *post test* yang diukur siang hari antara kedua kelompok ( $F(7, 96) = 2,56$ , dan  $p < 0,05$ ) tetapi tidak ada perbedaan rerata kadar *cortisol pre* dan *post test* yang diukur pagi hari antara kedua kelompok ( $F(7, 96) = 1,99$  dan  $p < 0,10$ ).

Penelitian kedua ini melakukan randomisasi dan membagi dua kelompok sama besar dan seimbang secara gender sehingga menghilangkan faktor bias akibat perbedaan karakteristik gender. Populasi, sampel, intervensi dan hasil dipaparkan dengan jelas dalam laporan penelitiannya. perlakuan yang diberikan juga menunjukkan kemampuan Penelitinya mengendalikan stimulus-stimulus eksternal yang dapat mengganggu konsentrasi. Dalam penelitian ini pengukuran

dilakukan pagi dan siang hari untuk mengeliminir kemungkinan bias hasil pengukuran karena faktor lain (misalnya kualitas tidur yang kurang baik). Hasil yang dicapai cukup representatif dan bermakna untuk diaplikasikan, sebab pada pengukuran pagi hari terbukti semua kelompok memiliki tingkat stress yang rendah secara merata, baru pada siang hari tingkat stress itu dikendalikan dengan cara yang berbeda.

# ***HEALING TOUCH THERAPY***

Ns. H. Agung Pambudi

Terapi komplementer adalah sebuah kelompok dari macam - macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktik dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional. Adapun dalam terapi ini yang bisa di gunakan untuk menurunkan tekanan darah misalnya terapi bekam, terapi relaksasi, terapi pijat dan juga terapi *healing touch*.

*Healing touch* adalah terapi yang diyakini dapat mengidentifikasi dan memperbaiki ketidak seimbangan energy klien dengan meletakkan/ mengusapkan tangan di atas pasien atau tubuh yang merasa sakit . Dalam peran ini otak dan kulit adalah organ yang sangat penting. Kulit adalah system organ yang paling penting ia menempatkan nilai yang besar pada nilai terapeutik sentuhan terutama sebagai alat untuk menurunkan efek ketegangan. Kulit adalah organ terkuat yang dapat menerima rangsangan pada tubuh manusia, dan ketika reseptor sensoriknya dirangsang, hormone oksitoksin (yang membuat tubuh merasa lebih baik) dilepaskan. Pada saat yang bersamaan *kortisol* (hormon stress) berkurang. Berhubungan dengan orang lain melalui sentuhan merupakan ekspresi kepedulian secara sederhana dan pengalaman terapeutik yang kuat.

Penggunaan sentuhan telah di aplikasikan secara universal dalam konteks penyembuhan. Sentuhan digunakan untuk memberi

kenyamanan, berkomunikasi dan mengaktivasi sifat tubuh dalam penyembuhan diri. Menyentuh pijat telah terbukti mengurangi kecemasan dan rasa sakit, dan meningkatkan kualitas kesehatan di kondisi lain kesehatan berkurang, di mana penurunan kecemasan tampaknya menjadi manfaat yang paling menonjol. Sehingga ada alasan untuk percaya bahwa terapi sentuhan juga dapat mengurangi kecemasan dan rasa sakit, dan improvisasi kualitas hidup setelah stroke. Selanjutnya, beberapa penelitian menunjukkan bahwa stimulasi somatosensori dapat meningkatkan sensitifitas fungsi sorimotor.

No	Peneliti / Tahun	Judul	Desain	Tujuan	Sampel	Hasil
1	Sukarmin (2014) Tempat : Indonesia	Pengaruh Terapi Healing Touch Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di Desa Tulakan Donorojo Jepara	Kuantitatif. Desain yang di gunakan adalah Pretes-Posttest Control Group Design. Dalam desain ini terdapat dua kelompok yang dipilih secara random, kemudian diberi pre test untuk mengetahui keadaan awal	Untuk mengetahui perubahan tekanan darah sistolik dan diastolic setelah dilakukan intervensi Healing Touch	38 lansia yang ada di desa Donorojo Jepara (19 kelompok eksperimen dan 19 kelompok control)	Dari hasil analisa wilcoxon didapatkan bahwa selisih perbandingan rata-rata tekanan darah sistole pada kelompok kontrol adalah 4.21mmHg, selisih perbandingan rata-rata tekanan darah diastole pada kelompok kontrol adalah 1.06 mmHg, selisih perbandingan rata-rata tekanan darah sistole pada kelompok intervensi adalah 20.0 mmHg, selisih perbandingan rata-rata tekanan darah diastole pada kelompok intervensi adalah 11.57 mmHg dan didapatkan p value sebesar $0.000 < \alpha (0.05)$ . dengan demikian Ha diterima dan Ho ditolak yang berarti ada Pengaruh Terapi Healing Touch Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Tulakan Kecamatan Donorojo Kabupaten Jepara Terdapat penurunan nilai rata-rata tekanan darah sistolik dari 151.58 mmHg menjadi 131.58 mmHg setelah terapi healing touch dan penurunan nilai rata-rata tekanan darah diastolik dari 93.68 mmHg menjadi 82.11 mmHg setelah terapi healing touch

2	<p>M. Scrfaty S. Wilkinson, C. Freeman K. Mannix and M. King (2012) Tempat : London</p>	<p>The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT) : a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/ palliative care</p>	<p>Random Sample Pasien pada semua tahap kanker, direkrut dari klinik onkologi rawat jalan dan skrining delapan atau lebih untuk kecemasan dan / atau depresi pada HADS</p>	<p>Untuk menguji klinis efektivitas pijat aromaterapi terhadap kognitif terapi perilaku untuk tekanan emosional pada pasien pada kanker / perawatan paliatif .</p>	<p>39 penderita kanker dengan kelompok AM 20 sample, dan kelompok CBT 19 sample</p>	<p>Kedua paket diterima dengan baik. preferensi itu untuk AM, dengan lebih sesi yang diambil; (Sesi jumlah Berarti AM 5 7.2 (SD 2.0) dan CBT 5 5.4 (SD 3.1); Po0.05). perbaikan yang signifikan dalam POMS (Total suasana hati, depresi dan skor kecemasan) terjadi dengan kedua intervensi. Antara-kelompok pembandingan menunjukkan kecenderungan yang tidak signifikan terhadap peningkatan yang lebih besar dalam depresi dengan CBT.  Kesimpulan: Rekrutmen adalah layak; intervensi diterima dan keterlibatan dengan pengobatan adalah tinggi. Perbaikan dengan kedua intervensi yang diamati. Efek menguntungkan pada depresi dengan CBT</p>
---	---	---	---	--	---	---

3	<p>3</p> <p>Maria Toth, MD, PhD, Edward R. Marcantonio, MD, SM, Roger B. Davis, ScD, Tracy Walton, MS, LMT, Janet R. Kahn, PhD, LMT, and Russell S. Phillips, MD (2013)</p> <p>Tempat : Boston</p>	<p>Message Therapy for Patients with Metastatic Cancer</p>	<p>Randomized controlled trial</p>	<p>Tujuan penelitian adalah untuk menentukan kelayakan dan efek dari pemberian terapi pijat di rumah untuk pasien dengan kanker metastatik. Ada tiga intervensi: terapi pijat, tanpa sentuhan intervensi, dan perawatan biasa.</p>	<p>Terapi Pijat = 20 sample Tanpa sentuhan intervensi = 10 sample dan Perawatan biasa = 9 sample</p>	<p>Dalam penelitian ini, adalah mungkin untuk memberikan intervensi untuk semua pasien di rumah dengan pijat profesional terapis. Jumlah rata-rata sesi terapi pijat per pasien adalah 2,8. Sebuah peningkatan yang signifikan adalah ditemukan dalam kualitas hidup pasien yang menerima terapi pijat setelah 1 minggu tindak lanjut, yang tidak diamati baik dalam ada kontrol Touch atau kelompok kontrol Perawatan Biasa, tetapi perbedaan itu tidak dipertahankan pada 1 bulan. Ada kecenderungan menuju peningkatan rasa sakit dan tidur pasien setelah terapi pijat tetapi tidak pada pasien di kelompok kontrol. Tidak ada efek samping serius terkait dengan intervensi.</p> <p>Kesimpulan:</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa itu adalah layak untuk memberikan terapi pijat di rumah bagi pasien dengan kanker stadium lanjut, dan untuk mengacak pasien untuk intervensi tanpa sentuhan. Menyediakan terapi pijat meningkatkan kualitas hidup pada akhir hidup bagi pasien dan dapat berhubungan dengan efek menguntungkan lanjut, seperti peningkatan rasa sakit dan kualitas tidur. acak terkontrol yang lebih besar diperlukan untuk mendukung temuan ini.</p>
---	--	--	------------------------------------	--	--	--

4	<p>Kristina Lämås, Charlotte Häger, Lenita Lindgren, Per Wester and Christine Brulin Tempat : Swedia</p>	<p>Does touch massage facilitate recovery after stroke?</p>	<p><i>Randomized controlled trial</i> Percobaan rol dengan evaluasi buta (PROBE-desain).</p>	<p>Tujuan : mengetahui pengaruh sentuhan setelah terkenana serangan stroke dalam peningkatan kualitas hidup.</p>	<p>30 pasien stroke dirawat unit stroke yang akan acak ke salah satu intervensi TM atau non-aktif stimulasi saraf transkutan listrik (non-TENS) kelompok ontlol. Sepuluh sesi 30 perawatan min (TM atau kontrol) akan diberikan selama dua minggu. 15 sample kelompok perlakuan dan 15 sample sebagai kelompok control.</p>	<p>TM tampaknya mengurangi kecemasan dan rasa sakit, meningkatkan menyembuhkan terkait kualitas hidup, dan meningkatkan sensorimotor fungsi setelah stroke, tapi lapangan sebagian besar belum diselidiki. Mengingat efek menyenangkan yang di dokumentasikan pijat di umum, tidak adanya efek samping yang dilaporkan, dan potensi efek dalam kaitannya dengan stroke, adalah penting untuk mengevaluasi efek dari TM selama fase sub-akut setelah stroke. Hasil dari proyek ini diharapkan akan memberikan pengetahuan penting bagi <i>Evidence Base Practice</i></p>
---	--	---	--	--	---	---

# PHYSICALLY ORIENTED THERAPIES FOR THE SELF-MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN

Ns. Hosnu Inayati; Ns. Ainul Yaqin Salam; Ns. Erna Handayani

## A. *Acupressure*

Adalah teknik pemijatan atau pemberian tekanan pada titik-titik tubuh (akupunktur) yang memiliki manfaat mengembalikan penyembuhan dan keseimbangan tubuh energi dalam rangka untuk mempromosikan relaksasi, kesehatan, dan pengobatan penyakit. Masalah kesehatan umum yang dapat diperlakukan dengan akupresur adalah gangguan rasa nyeri, mual, depresi dan kecemasan. Dari tiga artikel jurnal RCT dengan terapi fisik *Acupressure* didapatkan hasil bahwa teknik *acupressure* yang dilakukan selama satu hingga satu setengah jam memberikan hasil secara efektif untuk menurunkan nyeri kronis.

## B. *Self Correcting Exercise*

Adalah bentuk perawatan diri aktif yaitu mobilisasi dan manipulasi terapi non-allopathic yang meliputi peregangan dan latihan fleksibilitas. bentuk terapi fisik yang diberikan yakni penyedia medis memberikan diagnosis yang berorientasi fungsional dan memfasilitasi pengembangan program latihan untuk pasien untuk menggunakan sebagai bentuk pengobatan diri. Latihan ini dapat difasilitasi oleh

dokter baik chiropractic atau osteopathic pengobatan, terapis fisik, atau profesional berlisensi, dan individu telah sepenuhnya dilatih untuk melakukan latihan ini. Dari lima artikel jurnal RCT dengan terapi fisik *self correcting exercise* didapatkan hasil bahwa teknik *self correcting exercise* yang diselesaikan dalam periode waktu 4 sampai dengan 8 minggu memberikan hasil secara efektif untuk menurunkan nyeri kronis.

### **C. TENS ( *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* ).**

TENS adalah terapi dengan menggunakan elektroda yang terhubung ke kulit untuk memberikan arus listrik tertentu yang dihasilkan oleh perangkat untuk merangsang saraf untuk tujuan terapeutik. TENS adalah yang paling umum digunakan untuk pengobatan nyeri, seperti kronis nyeri punggung, nyeri leher, dan osteoarthritis lutut. Dari dua artikel jurnal RCT dengan terapi fisik TENS didapatkan hasil bahwa teknik TENS yang diberikan dalam 6 hingga tujuh jam lebih dari 2 minggu memberikan hasil secara efektif untuk menurunkan nyeri kronis.

Peneliti	Judul	Design	Intervensi/komparasi	Hasil
(Hurley et al., 2016)	Theory-Driven Group-Based Complex Intervention to Support Self-Management of Osteoarthritis and Low Back Pain in Primary Care Physiotherapy: Protocol For a Cluster Randomised Controlled Feasibility Trial (SOLAS)	<i>Cluster Randomised Controlled Feasibility Trial</i>	Penelitian ini bertujuan ini untuk mengevaluasi dan menilai penerimaan ( <i>acceptability</i> ) dan Penerimaan ( <i>demand</i> ) pasien dan ahli fisioterapi dari intervensi SOLAS ( <i>Self-management of Osteoarthritis and Low back pain through Activity and Skills</i> ) berbasis kelompok yang menjadi grup intervensi dibandingkan dengan grup kontrol yang tidak diberikan intervensi SOLAS pada pasien dengan Chronic low back pain dan Osteoarthritis (OA)	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh menyimpulkan bahwa intervensi berbasis kelompok ( <i>Group-based interventions</i> ) yang pertama kali dirancang, disesuaikan dan diuji untuk menilai kelayakan ( <i>feasibility</i> ) dan implikasi biaya ( <i>cost</i> ) dalam kemitraan dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan dalam pengaturan pelayanan kesehatan lokal sebelum evaluasi yang kuat dalam persidangan efektivitas memiliki potensi

(Lee, Crawford, & Hickey, 2014)	Mind-Body Therapies for The Self-Management of Chronic Pain Symptoms.	Systematic Review	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengumpulkan studi primer tentang beberapa intervensi yang berkaitan dengan <i>mind-body therapies</i> dan menilai tentang kualitas, bukti keberhaslilan dan efektifitas dalam mengobati nyeri kronis.</p>	<p>Pelaksanaan terapi yang aman dan efektif dari ACT-CIM, khususnya terapi <i>mind-body</i>, sebagai bagian penting dari praktek holistik, pendekatan integratif dengan pengelolaan nyeri kronis, adalah penting mengingat potensi yang menguntunhkan (misalnya, biaya relatif rendah, kemampuan untuk menjadikan pasien lebih mandiri menjadi baik) dari terapi ini; Namun, penelitian saat ini mendukung pelaksanaan tersebut lemah karena kualitas yang rendah secara keseluruhan dari studi yang ada, dan kurangnya pelaporan tentang keselamatan pasien</p>
				<p>Meskipun penelitian sebelumnya mempromosikan efektivitas modalitas ini (<i>mind-body therapies</i>), penulis sangat menyarankan agar dilakukan penelitian dengan design penelitian yang lebih baik, dan ditujukan untuk menjawab pertanyaan - pertanyaan yang belum terjawab yang ditimbulkan oleh ulasan ini dan diperlukan untuk menentukan kegunaan dan penerapan untuk diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang ada.</p>

(Song & Nam, 2014)	Effectiveness of a Stroke Risk Self-Management Intervention for Adults with Prehypertension	A Single-Blinded, Repeated Measures Quasi-Experimental Design	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi efektivitas intervensi berbasis masyarakat ( <i>community-based intervention</i> ) untuk orang dewasa dengan prehipertensi. Kelompok intervensi diberikan intervensi manajemen diri ( <i>The stroke risk self-management</i> ) dan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi. Masing-masing kelompok	Kepatuhan terhadap pedoman penelitian terapi pikiran-tubuh ( <i>mind-body therapy</i> ), termasuk pelaporan yang konsisten berkaitan keselamatan dan efek dari terapi adalah penting agar dapat direkomendasikan pelaksanaan pendekatan ini (( <i>mind-body therapy</i> ) dalam meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan bagi masyarakat secara luas
				Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap dua kelompok penelitian disimpulkan bahwa dilakukan intervensi, terdapat perbaikan signifikan yang ditemukan pada kelompok eksperimen ( <i>The stroke risk self-management</i> ) terhadap kesadaran risiko stroke, pemantauan tekanan darah mandiri dan aktivitas fisik secara teratur, dan berkelanjutan dari waktu ke waktu. Kesimpulan: Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi manajemen diri risiko stroke ( <i>The stroke risk self-management</i> ) layak dan berhubungan dengan peningkatan manajemen diri dari faktor risiko stroke untuk pencegahan stroke primer pada populasi prehipertensi.

				penelitian akan dinilai tentang pola hidup preventif ( <i>preventive life style</i> ).

## DAFTAR PUSTAKA

- A.Aziz Alimul Hidayat. 2004. *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Accardi, M. & Milling, L .S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 328-339. doi 10.1007/s10865-009-9207-6.
- Ackerman, SJ. & Hilsenroth, MJ. (2003) A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*. 23: 1–33
- Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., & Sasaki, J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: A comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1-28. doi: 10.1080/00207144.2013.841471.
- Afandi NA. Pengaruh Meditasi Mindfulness Terhadap Tingkat Penerimaan Diri Mahasiswa. *Pamator J Ilmu Sos Ekon dan Hum*. 2009;2 Nomor 2.
- Alexandru, B.V., Robert, V., Viorel, L., Vasile, B. (2009) Treating Primary Insomnia: A Comparative Study of Self-Help Methods and Progressive Muscle Relaxation. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 9, No. 1, March 2009, 67-82
- Astuti, Henny Puji. 2012. *Peranan Hypnoparenting dalam Penanganan Stres Hospitalisasi Anak Usia Dini di Kecamatan Ungaran*. Indonesian Journal of Early Childhood Education Studies, Volume 1 (1) : 26-31
- Baker, J., Ainsworth, H., Torgerson, C., & Torgerson, D. (2009). A sys-

- tematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the effect of hypnosis on exam anxiety. *Effective Education*, 1, 1, 27–41.
- Bernardy, K., Füber, N., Klose, P., & Häuser, W. (2011). Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 133-143.
- Black M. Joyce&Jane H. Hawks. 2005. *Medical surgical nursing : clinical management for positive outcome*. 7<sup>th</sup> edition. St Louis : Elseiver Inc.
- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Health of Adults with a Chronic Medical Disease: a Meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010;68:539–44.
- Boyd, C. (2014) Study Skills for Nurses Student. *Survival Skills Series : Survive your nursing course with these essential guides for all student nurses*. West Sussex : John Wiley & Sons, Ltd
- Budioro B. *Pengantar pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat*. Semarang: Badan penerbit Universitas Diponegoro. 1998
- Catherine. (2012”, 25 April). Panti rehabilitasi ketergantungan NAPZA. Diunduh dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/30086/3/Chapter%20II.pdf>.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A., & Chiang, A. M. (2011). A pilot study on the effect of progressive muscle relaxation training of patients after stoma surgery. *European Journal Of Cancer Care*, 10(2), 107-114.
- Chiang,Y.C., Arendt, S.W., Zheng, T., Hanisch, K.A. (2012) The Effects of Sleep on Academic Performance and Job Performance. *College Student Journal*.
- Clark, C. M., Nguyen, D. T., & Barbosa-Leiker, C. (2014). Student Perceptions of Stress, Coping, Relationships, and Academic Civility.
- Crawford, C., Lee, C., May, T., Buckenmaier, C. C., Crawford, P., Delgado, R., ... York, A. (2014). Physically oriented therapies for the

self-management of chronic pain symptoms. *Pain Medicine (United States)*, 15(S1). <http://doi.org/10.1111/pme.12410>

- Dayapoğlu, N., & Tan, M. (2012). Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 18(10), 983-987. doi:10.1089/acm.2011.0390
- Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadeghian, S., & Gho-franipour, F. (2009). Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *The Indian Journal Of Medical Research*, 129(5), 603-608
- Demiralp, M., Oflaz, F., & Komurcu, S. (2010). Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1073-1083. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03037.x
- Dhond, R. P., Kettner, N., & Napadow, V. (2007). Neuroimaging Acupuncture Effects In The Human Brain. *Journal Of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 603–616.
- Dhond, R. P., Kettner, N., & Napadow, V. (2007). Neuroimaging Acupuncture Effects In The Human Brain. *Journal Of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 603–616.
- Dossey BM, Keegan L. *Holistic Nursing : A Handbook for Practice*. Sixth Edit. Barrere CC, Helming MB, editors. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013.
- Elisha Goldstein. (2015). STOP. Retrieved April 2, 2016, from Mindful.org
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57, 378–385. doi: 10.1080/00029157.2015.1011465.
- Elliott, N. (n.d.). Exploring mindfulness meditation in occupational therapy: An introduction to basic practice. *OCCUPATIONAL*

*THERAPY NOW*, 17.1.

- Elly Nurachmah. *Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit*. <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel>. (diakses 27 Agustus 2006).
- Eurike, R. R. & C. W. H. (2012). Stres Kerja Dengan Pemilihan Strategi Coping. *Kesehatan Masyarakat*, 2, 149–155.
- Faeni, Dewi P. 2015. *Hypnoparenting*. Jakarta : Noura Books
- Farland M&Leininger M. 2002. *Transcultural nursing, concept, theories, research & practice*. Mc. Grow-Hill Companies.
- Fatima, H. (2014). An extensive mixed-methods analysis: mindfulness meditation, attentional abilities, perceived stress and emotional acceptance.
- Feldman, D. D. (2012). Can Hope be Changed in 90 Minutes? Testing the Efficacy of a Single-Session Goal-Pursuit Intervention for College Students. *Journal Of Happiness Studies*, 13(4), 745-759.
- Foureux, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114–125. <http://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114>
- Gaultney, J.F. (2010) The Prevalence of Sleep Disorders in College Students: Impact on Academic Performance. *Journal of American College Health*, Vol. 59, No. 2
- Geller, S. M (2013). Therapeutic Presence as a Foundation for Relational Depth. In Knox, R., Murphy, D., Wiggins, S., & Cooper, M. (Eds.), *Relational depth: New perspectives and developments*. pp. 175-184. Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic Presence: A Mindful Approach to Effective Therapy*. Washington, DC: APA publications.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S., & Watson, J, C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development

- of a measure. *Journal of Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- George B. Julia. 1995. *Nursing theories : the base professional nursing practice*. 4<sup>th</sup> edition. Connecticut : Appleton&Lange.
- Ghafari, S., Fazlolah A., Nabavi, M., Anoshirvan, K., Memarian, R., and Rafatbakhsh, M. (2009). "Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients with multiple sclerosis." *Journal Of Clinical Nursing* 18, no. 15: 2171-2179. MEDLINE with Full Text, EBSCOhost (accessed November 22, 2014)
- Ghoncheh, S., Smith, J.C. (2004) Progressive Muscle Relaxation, Yoga Stretching, and ABC Relaxation Theory. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 60(1), 131–136. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.10194
- Golberg, Bruce. 2007. *Self Hypnosis : Bebas Masalah dengan Hypnosis*. Penerjemah Cahya Wiratama. Yogyakarta : PT.Bentang Pustaka
- Graffin, M. L. (2010). Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction and organizational commitment and the Burnout of correctional staff. *Criminal Justice and Behavior*, 2, 239–255.
- Graven L, Grant J. Coping and Health-Related Quality of Life in Individuals with Heart Failure: an Integrative Review. *Hear Lung*. 2013;42:183–94.
- Grøndahl, J. R. & Rosvold, E.O. (2008). Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 124-130. doi:10.1186/1471-2474-9-124.
- Gura, S. T. (2010). *Mindfulness in occupational therapy education*. *Occupational Therapy in Health Care*,.
- Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Review Newsletter*, 10(2), 263-273.
- Hammond, D. C. (2015). Defining hypnosis: An integrative, multi-factor conceptualization. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57:439–444.doi:10.1080/00029157.2015.1011496.

- Hanif Mauludin. *Analisis kualitatif pelayanan, pengaruhnya terhadap image*. [http://www.free-college-essays.com/Foreign\\_Languages/934](http://www.free-college-essays.com/Foreign_Languages/934). (diakses 27 Agustus 2006).
- Hawkins, R. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 1, 47–73. doi: 10.1191/0968130201pr175ra.
- Hee Kim, L., Pathmawathi, S., Norsiah, R., & Phang Cheng, K. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22–31.
- Heenan, A., & Troje, N. F. (2014). Both physical exercise and progressive muscle relaxation reduce the facing-the-viewer bias in biological motion perception. *Plos One*, 9(7), e99902. doi:10.1371/journal.pone.0099902
- Hodge, D. R. (2006a). A template for spiritual assessment: A review of the JCAHO requirements and guidelines for implementation. *Social Work*, 51(4), 317-326.
- Hodge, DR., Bonifas, RP., & Chou, RJ-A., (2010). Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work*. 11(1) : 1 – 16
- Hudak Gallo. 1997. *Keperawatan kritis pendekatan holistik*. Philadelphia : JB Lippincot.
- Hurley, D. A., Hall, A. M., Currie-Murphy, L., Pincus, T., Kamper, S., Maher, C., ... Matthews, J. (2016). Theory-driven group-based complex intervention to support self-management of osteoarthritis and low back pain in primary care physiotherapy: protocol for a cluster randomised controlled feasibility trial (SOLAS). *BMJ Open*, 6(1), e010728. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010728>
- Indonesian Association of Clinical Hypnotherapist. 2010. *The Fast to Your Success*. Yogyakarta : IACH Training DIY
- Jenny Marlindawani Purba. *Komunikasi dalam keperawatan*. <http://inna-ppni.or.id/index.php?name=News&file=print&sid=88>. (diakses 27 Agustus 2006).

- Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69(2), 167-177. doi: 10.1037/a0035644.
- Kidd Pamela Stinson. 2001. *High acuity nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. New Jersey : Prentice Hall.
- Komariyah, Siti Nur. 2014. *Efektifitas Penyuluhan Pola Asuh Orang Tua Berbasis Hypnoparenting pada Wali Murid Paud Pelangi di Bogor*. Skripsi : tidak dipublikasikan
- Krajewski, J. R. (2011). Relaxation-induced cortisol changes within lunch breaks - an experimental longitudinal worksite field study. *Journal Of Occupational & Organizational Psychology*, 84(2), 382-394.
- Kusumaningrum, Arie & Eka Y.F. 2012. Pengaruh Hypnoparenting terhadap Status Gizi Balita. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, Volume 2 (2) : 93-100
- Landolt, A. S. & Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1022-1031. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.002.
- Lauche R; Materdey S; Cramer H; Haller H; Stange R; Dobos G; Rampp T, (2013) Effectiveness of Home-Based Cupping Massage Compared to Progressive Muscle Relaxation in Patients with Chronic Neck Pain—A Randomized Controlled Trial. *Plos One* [PLoS One], ISSN: 1932-6203, 2013 Jun 07; Vol. 8 (6), pp. e65378; Publisher: Public Library of Science; PMID: 23762355
- Lee, C., Crawford, C., & Hickey, A. (2014). Mind-body therapies for the self-management of chronic pain symptoms. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 15 Suppl 1(1526-4637 (Electronic)), S21–39. <http://doi.org/10.1111/pme.12383>
- Leeuwen Rv & Cusveller B. (2004) Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 48 (3): 234-246
- Leeuwen, R.R.v, Tiesinga, L.J. Jochemsen H., Post

- D. (2004) The connection between spirituality and health in physical healthcare: an analysis of medical and nursing-related studies. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82 (5), 307-316
- Leininger M. Madeline. *Culture care diversity and universality : a theory of nursing*. 1991. New York : National league for nursing press.
- Li, H. C., Wang, L. S., Lin, R. H., Lee, I. (2011) The effect of a peer-mentoring strategy on student nurse stress reduction in clinical practice. *International Nursing Review* 58, 203–210
- Lucy, Bunda. 2012. *5 Menit Menguasai Hypnotherapy*. Jakarta : Penerbit Plus
- Lynn, S. J. & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Laurence, J-R. & Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57, 314–329. doi: 10.1080/00029157.2014.976783.
- M. Margaretha Ulemadja Wedho. *Modalitas perawat adalah empati (refleksi memperingati ulang tahun PPNI)*. <http://www.indonesia.com/poskup/2005/03/16/edisi16/1603pin1.htm>. (diakses 29 Agustus 2006).
- Maharani, E. A. (2013). *Pengaruh Pelatihan “Meditasi Sadar Diri” Terhadap Penurunan Tingkat Distres Remaja yang Mengalami Kehamilan Pranikah*. Universitas Gadjah Mada. Retrieved from [etd.repository.ugm.ac.id/index.php?](http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?)
- Masters, KS. & Spielmanns, GI., (2007). Prayer and health: review, meta-analysis, and research agenda. *J Behav Med*. 30 : 329 – 338
- McCallie, M.S., Bloom, C.M., Hood, C.J. (2006) Progressive Muscle Relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, Vol. 13(3) 2006. doi:10.1300/J137v13n03\_04
- Meehan, TC. (2012). Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. *Journal of Nursing Management*. 1 – 12

- Meidiana Dwidiyanti. 1998. *Aplikasi model konseptual keperawatan*. Edisi 1. Semarang : Akper Depkes Semarang.
- Mende, M. (2009). Hypnosis: State of the art and perspectives for the twenty-first century. *Contemporary Hypnosis*, 26(3), 179–184. doi: 10.1002/ch.383.
- Mendosa, M. E. & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. Retrieved from <http://www.cop.es/papeles>
- Milling, L. S. (2008). Recent developments in the study of hypnotic pain reduction: A new golden era of research? *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 165–177. doi: 10.1002/ch.362.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi:10.1080/00207140008410045.
- Munir Kamarullah. *Upaya meningkatkan profesionalisme perawat*. <http://risetdua.tblog.com/>. (diakses 27 Agustus 2006).\
- Nelson-Becker, H. (2005). Religion and coping in older adults: A social work perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1/2), 51-67.
- Nila Ismani. 2000. *Etika keperawatan*. Jakarta : Widya Medika.
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., Williams, A. C. de C., & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain*, 148(3), 387-397. doi:10.1016/j.pain.2009.10.004.
- Patterson, D. R. (2004). Treating pain with hypnosis. *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 252-255.
- Pawlow, L. A., & Jones, G. E. (2005). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol and salivary immunoglobulin A (sIgA). *Applied Psychophysiology And Biofeedback*, 30(4), 375-387.

- Potter A. Patricia & Anne G. Perry. 2001. *Fundamentals of nursing*. 5<sup>th</sup> edition. St Louis : Mosby, Inc.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 212–216. <http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x>
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212–216. Retrieved from <http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x>
- Prato, C.A. & Yucha, C.B. (2013) Biofeedback-Assisted Relaxation Training to Decrease Test Anxiety in Nursing Students. *Nursing Education Perspective*. March/April 2013. Vol.34., No.2.
- Rasid, Z. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence*, 33(129), 99.
- Rawin. 2005. *Action research dalam rangka meningkatkan kemampuan perilaku caring perawat di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang*. Universitas Diponegoro Semarang. Tidak dipublikasikan.
- Robert, M. K. (2010). Teachers collective efficacy, Job Satisfaction and Job Stress in Cross-cultural contest. *The Journal of Experimental Education*, 4, 464–486.
- Roger, C. & Keller, C. (2009) Roy's Adaptation Model To Promote Physical Activity Among Sedentary Older Adults. *Geriatr Nurs*. 2009;30 (2 Suppl) : 21–26. doi:10.1016/j.gerinurse.2009.02.002
- Rokiah Kusumapradja. *Pelayanan prima dalam keperawatan*. [www.pd-persi.co.id/mukisi/hospex/rokiah.ppt](http://www.pd-persi.co.id/mukisi/hospex/rokiah.ppt). (diakses 29 Agustus 2006).
- Rosenzweig S, Greeson J, Reibel D, Green J, Jasser S, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res*. 2010;68:29–36.
- Roswita Hasan. *Konsep pemenuhan kebutuhan dasar manusia*. <http://www.pjnhk.go.id/asuhankeperawatan3.htm>. (diakses 27 Agustus 2006).

- Safitri, Rias Pratiwi and Ria Safaria Sadif. 2013. *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) to Reduce Depression for Chronic Renal Failure Patients are in Cilacap Hospital to Undergo Hemodialysis. International Journal of Social Science and Humanity, Vol. 3, No. 3, May 2013.*
- Schröder, A. R., Heider, J., Zaby, A., Gollner, R. (2013). Cognitive Behavioral Therapy Versus Progressive Muscle Relaxation Training for Multiple Somatoform Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy & Research*, 37(2), 296-306.
- Serpa, C. W. and J. G. (2015). *A Clinician's Guide To Teaching Mindfulness*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Sianturi, HI. (2015). Persepsi Perawat dan Manajer Perawat Tentang Spiritual Care di Rumah Sakit. Tesis tidak dipublikasikan
- Silawati & Yanti, A. 2015. Pemanfaatan *Hypnoparenting* dalam Menanamkan Karakter Anak di Lembaga Konseling dan Konsultasi Pekanbaru. *Jurnal Risalah*, Volume 26 (2) : 77-85
- Singh, V. P., Rao, V., V. P., R C, S., & K, K. P. (2009). Comparison of the effectiveness of music and progressive muscle relaxation for anxiety in COPD--A randomized controlled pilot study. *Chronic Respiratory Disease*, 6(4), 209-216. doi:10.1177/1479972309346754
- Smith, CM., (1995) *Community Health Nursing; Theory and Practice*
- Soekidjo Notoatmodjo. 2003. *Ilmu kesehatan masyarakat : prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka cipta.
- Song, H. Y., & Nam, K. A. (2014). Effectiveness of a Stroke Risk Self-Management Intervention for Adults with Prehypertension. *Asian Nursing Research*, 9(4), 328–335. <http://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.002>
- Spiegel, D. (2013) Tranceformations: Hypnosis in brain and body. *Depression and Anxiety*, 30, 342–352.
- Stew, G. (2011). Mindfulness training for occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 269–276.
- Sudjana N. 1989. *Dasar-dasar proses belajar mengajar*. Bandung :

Sinar baru.

- Sue, D., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5<sup>th</sup> ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Suresh, P., Matthews, A., Coyne, I. (2012) Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 770–779, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x
- Swadarma, Doni. 2014. *Kedahsyatan Hypnoparenting secara Otodidak*. Jakarta : Padi
- Tabrani Rab. 1998. *Agenda gawat darurat (critical care)*. Jilid 1. Bandung : PT Alumni.
- Takasu, N.N., Takenaka, Y., Fujiwara, M., and Toichi, M. (2012) Effects of regularizing sleep–wake schedules on daytime autonomic functions and psychological states in healthy university students with irregular sleep–wake habits. *Sleep and Biological Rhythms*. 2012; 10: 84–93 doi:10.1111/j.1479-8425.2011.00524.x
- Tan, G., Rintala, D. H., Jensen, M. P., Fukul, T., Smith, D., & Williams, W. (2015). A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 19, 271-280. doi:10.1002/ejp.545.
- Taylor, S. . (2006). *Health Psychology*. New York: Mc Graw Hill Inc.
- Tim YIPD/ CLGI. *Rumah sakit umum daerah yang berpihak pada pelanggan, suatu keharusan menjelang “korporatisasi” : perjalanan sistematis mengelola perubahan*. [http://www.clgi.or.id/publikasi/index.php?act=ndetail&sub=artikel&p\\_id=28](http://www.clgi.or.id/publikasi/index.php?act=ndetail&sub=artikel&p_id=28). (diakses 29 Agustus 2006).
- Tom, Kus, Tedi,, (1999) *Bahaya NAPZA Bagi Pelajar* , Bandung :Yayasan Al-Ghifari
- Tri Mulyati. *Hubungan antara pola asuh orang tua pada masa anak-anak dengan kemampuan caring perawat di RSUD DR R Soedjati Purwodadi Grobogan*. Universitas Diponegoro

Semarang. Tidak dipublikasikan. 2004.

- Uman, L. S., Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-135. doi: 10.1002/14651858.CD005179.pub3.
- Untas, A., Chauveau, P., Dupre-Goudable, C., Kolko, A., Lakdja, F., & Cazenave, N. (2013). The effects of hypnosis on anxiety, depression, fatigue, and sleepiness in people undergoing hemodialysis: A clinical report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(4), 475-483. doi: 10.1080/00207144.2013.810485.
- Verasari, Metty. 2014. *Efektivitas Terapi Spiritual Emotion Freedom Technique (SEFT) terhadap Penurunan Insomnia pada Remaja sebagai Residen NAPZA. Jurnal Sosio-Humaniora Vol. 5 No. 1., Mei 2014 ISSN : 2087-1899*
- Wampold, BE. (2012). Qualities and Actions of Effective Therapists.
- Wark, D. M. (2008). What we can do with hypnosis: A brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 29-36. ProQuest Psychology Journals.
- Washington, G. T. (2009). Effects of Anxiety Reducing Interventions on Performance Anxiety in Graduate Nurses.
- Weisberg, M. B. (2008). Fifty years of hypnosis in medicine and clinical health psychology: A synthesis of cultural crosscurrents. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 13-27.
- Wijiyanti, F. (2010). Efektivitas spiritual emotion freedom technique (SEFT) terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien paska-operasi sectio caesaria (*Thesis* tidak diterbitkan), Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia
- Wolf C, Serpa JG. A Clinician's Guide to Teaching Mindfulness : The Comprehensive Session-by-Session Prgram for Mental

- Health Professionals and Health Care Providers. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2015. 207 p.
- Wolf, C., & Serpa, J. G. (2015). *A Clinician's Guide to Teaching Mindfulness: Comprehensive session by session Program for Mental Health Professionals and a Health Care Providers. PhD Proposal* (Vol. 1). Oakland: New Harbinger Publications, Inc. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Yapko, M. (2012). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, NY: Routledge
- Yeh G, Wang C, Wayne P, Phillips R. The Effect of Tai Chi Exercise on Blood Pressure: a Systematic Review. 2008;11:82–9.
- Zainudin, A.F. (2006). *SEFT: Spiritual emotion freedom technique*. Jakarta: PT. Argha Publizing
- Zainudin, A.F. (2008). *SEFTfor healing succes happiness greetness*. Jakarta: PT. Argha Publizing
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2014). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*, [Eur J Oncol Nurs], ISSN: 1532-2122, 2014 Aug 30; Publisher: Churchill Livingstone; PMID: 25181938