

TERAPI DZIKIR PADA PASIEN KANKER STADIUM LANJUT

Indrarini Puspasari & Artiawati

Fakultas Psikologi
Universitas Surabaya

1. LATAR BELAKANG MASALAH

Kanker adalah sekelompok penyakit yang ditandai oleh tidak terkontrolnya perkembangan dan penyebaran sel-sel tubuh yang abnormal, dan dapat berakibat kematian. (*American Cancer Society*, 2007, p.1). Rasa nyeri akibat kanker yang dirasakan pasien begitu hebatnya sehingga sangat mengganggu aktivitas sehari-hari dan menimbulkan penderitaan yang luar biasa bagi pasien. Kanker juga dapat menyebabkan penampilan fisik tidak lagi menarik, misalnya: tubuh yang kian kurus hingga kerontokan rambut. Hal ini membuat pasien merasa rendah diri, cemas, stress hingga muncul depresi. (*American Cancer Society*, 2007, p.22). Meskipun tidak ada kriteria universal untuk mendiagnosa depresi pada pasien yang sakit terminal, pasien kanker stadium lanjut mempunyai 6 – 8 gejala depresi pada umumnya. Gejala-gejala paling umum muncul adalah perasaan tidak berharga, perasaan tidak tertolong, kehilangan harapan, perasaan bersalah yang berlebihan serta pemikiran menyakiti diri sendiri. Pemikiran menyakiti diri sendiri ini telah mengarah pada keinginan bunuh diri diantaranya tercermin pada pernyataan pada HAD (*The Hospital Anxiety and Depression*) Scale seperti: “aku ingin tidur dan berharap tidak akan bangun lagi”, “aku ingin mengakhiri hidupku bila ada kesempatan”, “aku berharap dokter melakukan sesuatu yang dapat mengakhiri hidupku”. Gejala-gejala somatis yang dialami antara lain: nafsu makan rendah serta takut atau minder akan bentuk tubuh dan wajah (Lloyd-Williams, 2003, p.579).

Untuk mengatasi serangan nyeri yang begitu hebat, banyak hal yang dapat dilakukan. Angket yang disebar *The American Pain Society* kepada sejumlah pasien yang dirawat di rumah sakit menyebut cara-cara mengatasi nyeri, diantaranya: pengobatan nyeri intravena (66%), injeksi nyeri (62%), relaksasi (33%), sentuhan (19%) dan pijat atau massage (9%). Cara yang paling banyak dilakukan sebesar 75% adalah berdoa individual atau melakukan pendekatan kepada Tuhan Yang Maha Esa (Puchalski, 2000, p.353). Beberapa studi telah banyak menunjukkan bahwa orang-orang yang mempunyai keyakinan spiritual cenderung mampu melihat masa depan dengan lebih positif dan mempunyai kualitas hidup lebih baik. Demikian pula pasien kanker stadium lanjut yang mempunyai keimanan terhadap agamanya merasa lebih puas dan bahagia dengan hidupnya serta merasakan nyeri lebih ringan. (Puchalski, 2001, p.353).

Di dalam ajaran agama Islam, pendekatan kepada Allah dapat dilakukan dengan mengingat nama-nama Allah beserta sifat-sifat dan kekuasaan-Nya yang dilakukan secara lisan, dalam hati maupun tercermin dalam perbuatan manusia. Pendekatan ini disebut dzikir. Menurut Hawari (2005, p.40), doa dan dzikir mengandung unsur psikoterapeutik yang mendalam. Seiring dikeluarkannya segala kegalauan hati, dipasrahkannya segala penderitaan kepada Allah, penderita merasakan Kekuatan Yang Maha Lembut yang memberikan kesejukan, kedamaian dalam jiwa. Meskipun kemungkinan sembuh kecil pada kanker stadium lanjut, dzikir sangat membantu pasien menjadikan kehidupannya lebih bermakna bagi dirinya dan orang lain.

2. IDENTIFIKASI MASALAH

Penelitian ini mempelajari dzikir sebagai alternatif pilihan penanganan depresi kepada para pasien kanker stadium lanjut terutama bagi mereka yang menganut agama Islam. Dzikir dipertimbangkan sebagai bentuk penanganan depresi yang tepat bagi pasien kanker tidak

hanya mendasarkan alasan dzikir relatif mudah dilakukan dimana saja, kapan saja dan dalam kondisi apapun. Dzikir juga sebagai amalan utama, memperoleh keridhlaan atau derajat yang tinggi di mata Allah, memantapkan keimanan kepada Allah, menjauhkan individu dari perbuatan-perbuatan yang tidak disukai Allah sekaligus menjadi media pemberi ketenteraman dan penerangan bagi jiwa individu yang sedang merasa hampa dan putus asa.

Melalui penghayatan akan makna kalimat-kalimat dzikir yang diucapkan secara tulus dan sungguh-sungguh, dzikir dapat menjadi kegiatan transendental menuju kedekatan dengan Allah. Dengan kekuatan dzikir ini, diharapkan tidak hanya tercipta sensasi akan ketenangan dan ketenteraman hati, tapi juga kepasrahan dan keikhlasan dalam diri pasien kanker. Dalam hal ini dibutuhkan kesediaan para pasien kanker untuk melepaskan segala pikiran dan perasaan yang negatif, memasrahkan segala proses kehidupan yang akan terjadi, memohon ampun atas kesalahan dan kekhilafan yang pernah dilakukan dan berdoa kepada Allah untuk memperoleh kehidupan yang terbaik untuk dirinya. Dengan perasaan dan pikiran yang positif, maka terbentuk *mind set* yang bijaksana pula terhadap kanker. Kanker tidak lagi dipandang sebagai sebuah penderitaan, kesengsaraan atau *death sentence* (hukuman mati), melainkan sebagai anugerah, karunia dan kemuliaan dari Allah. Dengan demikian, para pasien mampu bangkit dari kondisi keterpurukan, keputusasaan dan kehampaan untuk menjalani kehidupannya dengan bersemangat dan bahagia.

3. KAJIAN PUSTAKA

Nyeri pada pasien kanker selalu menjadi keprihatinan utama. Tidak sedikit pasien kanker merasakan nyeri kronis yang begitu parah, sangat menyiksa dan berkepanjangan hingga mempengaruhi kualitas hidup mereka. Akibat nyeri, segala aktivitas sehari-hari menjadi terganggu, tidak didapatkan lagi perasaan nyaman, tidur maupun kondisi rileks menjadi terhambat hingga meningkatnya rasa cemas, depresi, stress maupun kelelahan. (*American Cancer Society, 2007, p.22*).

Kanker, sebagaimana penyakit yang mengancam kehidupan, tidak saja merubah cara pandang pasien terhadap diri dan lingkungannya, tapi juga bisa berubah menjadi ancaman atau gangguan ketidakmampuan menyelesaikan tugas-tugas perkembangan individual. Bila seseorang terkena kanker di usia dewasa pertengahan, maka lima area utama dalam kehidupan yang terancam (Holland & Rowland, 1990, p.35 – 37) adalah:

1. Perubahan hubungan interpersonal
2. Ketergantungan – kemandirian
3. Hambatan tercapainya cita-cita/angan-angan
4. Integritas dan citra diri/seksual
5. Masalah eksistensi diri

Beberapa teknik dapat dilakukan para pasien kanker untuk membantu mereka menjadi lebih tenang dan santai dalam menghadapi stresor-stresor fisiologis maupun psikologis. Teknik-teknik ini relatif mudah, dapat diterapkan kapan saja dan dimana saja serta dapat dimodifikasi sesuai dengan kondisi sakit. Teknik-teknik relaksasi tersebut (*American Cancer Society, 2008*) adalah:

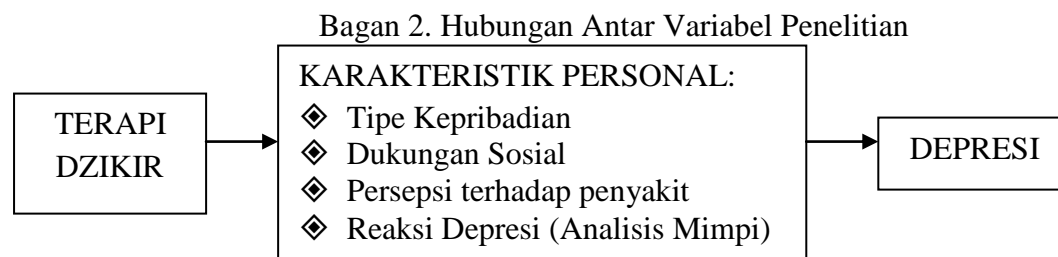
1. Peregangan dan pelepasan otot (*Muscle tension and release*)
2. Pernafasan ritmik (*Rhythmic breathing*)
3. Membuat bayangan dalam hati/secara mental (*Mental Imagery*)
4. Hipnosis (*Hypnosis*)
5. Pengalihan perhatian (*Distraction*)

Bilamana seseorang sedang mengalami masalah dalam kehidupannya, Islam mengajarkan umatnya untuk berdzikir. Al-Qur'an memberi petunjuk bahwa dzikir tidak hanya berupa ekspresi daya ingat yang ditampilkan melalui pengucapan lisan sambil duduk

termenung. Dzikir lebih bersifat implementatif dalam berbagai variasi aktif dan kreatif (Syukur, 2007, p.90). Ketika seseorang berdzikir, Allah membuka kemudian memperkuat jiwa tersebut dengan cahaya-Nya, mempertebal iman dan keyakinan serta menentramkan pikiran dan hatinya (Kabbani, 2007, p.29). QS Al-Ra'ad [13]:28 menyatakan, “Orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah, hati menjadi tenteram”. Ketentraman hati ini kemudian mengalir ke anggota-anggota tubuh lain yang membuat kulit menjadi halus dan jantung menjadi tenang (Kabbani, 2007, p.40).

4. METODE ASESMEN

Penelitian ini bertujuan melihat efektivitas dzikir yang dikombinasikan dengan teknik relaksasi otot sederhana, pernafasan ritmik dan visualisasi untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien kanker stadium lanjut. Variabel-variabel yang terlibat dalam penelitian ini adalah: Depresi sebagai variabel tergantung dan Terapi dzikir sebagai variabel bebas. Selain data statistik, penelitian ini juga melihat hasil intervensi yang dimaknakan secara individual sesuai dengan karakteristik personal dari setiap partisipan penelitian, sehingga dilakukan penggalian data secara mendalam yang dapat menggambarkan kekhasan tiap partisipan.



Penelitian ini dengan menggunakan desain eksperimental dengan subjek penelitian berjumlah sedikit (*small number of subject research*) mengingat terbatasnya jumlah pasien kanker stadium lanjut yang memenuhi kriteria sebagai partisipan penelitian. Desain ini menggunakan metode pengukuran *baseline* pertama sebelum diberikannya perlakuan (terapi dzikir) dan *baseline* kedua sesudah perlakuan. Hal ini untuk melihat efek perlakuan terhadap intensitas nyeri, kondisi perasaan, kondisi kejiwaan dan kemampuan penerimaan akan penyakit kanker. Kedua data *baseline* ini didapat berdasarkan catatan harian yang harus diisi partisipan selama seminggu sebelum dan sesudah masa terapi dzikir.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kanker baru dan lama yang sedang berobat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya bagian Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri. Namun yang menjadi terpilih sebagai partisipan di dalam penelitian ini adalah pasien kanker yang sedang berobat RSUD Dr. Soetomo Surabaya bagian Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Laki-laki dan perempuan
2. Dewasa atau di atas usia 20 tahun.
3. Berdomisili di Surabaya.
4. Menikah dan tinggal bersama keluarga.
5. Mempunyai anak.
6. Beragama Islam.
7. Kanker yang diderita berada pada stadium III – IV atau lanjut.
8. Terbukti mempunyai depresi dengan mengacu pada hasil *Beck Depression Inventory* dengan minimal total nilai 21 atau dikategorikan tingkat depresi sedang.
9. Menerima terapi medis yang utamanya berasal dari Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo.

10. Bersedia menjadi partisipan penelitian dengan menandatangani surat perjanjian.
Instrumen yang digunakan dalam penelitian asesmen ini adalah
 1. *Beck Depression Inventory*, sebuah alat ukur depresi yang telah dikenal luas, banyak digunakan di dalam penelitian-penelitian medis dan memiliki tingkat validitas dan reliabilitas paling tinggi dibandingkan alat ukur depresi lainnya (McDowell & Newell, 1996, p.243)..
 2. Skala kepribadian *The Big Five* (Prihanto, 2006) digunakan untuk mengetahui karakteristik kepribadian partisipan penelitian secara kuantitatif.
 3. Tes Baum dan DAP digunakan untuk mengetahui citra partisipan terhadap dirinya sendiri dan posisinya di dalam lingkungannya. Hasil tes Baum, DAP dan skala kepribadian *The Big Five* akan saling menguatkan untuk mendapatkan profil kepribadian partisipan penelitian secara menyeluruh.
 4. Pengujian laboratorium pada kadar sekresi hormon kortisol di dalam sampel darah vena partisipan. Kortisol adalah salah satu hormon yang diproduksi tubuh dalam jumlah banyak dan stabil dalam kurun waktu tertentu saat berada dalam keadaan stress.
 5. Catatan harian yang akan diisi masing-masing partisipan di setiap harinya selama program intervensi berlangsung untuk mengetahui perkembangan kondisi depresi dalam hal tingkat kenyamanan, kondisi perasaan, kondisi kejiwaan dan kemampuan penerimaan.
 6. Observasi serta Analisa mimpi yang dialami pasien selama menjalani terapi dzikir
Penelitian ini menggunakan perhitungan uji statistik non parametrik Kendall untuk melihat perbedaan tingkat depresi pada partisipan kanker antara kondisi sebelum dengan sesudah pemberian intervensi. Peneliti juga melakukan analisis statistik deskriptif atau analisis grafik yang menyajikan hasil-hasil penelitian. Teknik analisis secara kualitatif dilakukan pula untuk memberikan gambaran hasil penelitian secara mendalam dan menyeluruh terhadap data-data observasi dan wawancara pada tahap asesmen dan intervensi.

5. RANCANGAN INTERVENSI

Sebelum melangkah pada penerapan intervensi, peneliti mempersiapkan hal-hal berikut ini:

1. Menyiapkan instrumen-instrumen yang digunakan untuk pelaksanaan intervensi, diantaranya: audio pra-dzikir, alat pemutar CD, *speaker* dan *earphone*.
2. Mengajukan *Informed Consent* kepada masing-masing partisipan dan meminta mereka untuk mengisi lembar tersebut.
3. Menyusun jadwal pelaksanaan intervensi, buku manual terapis, buku panduan partisipan, catatan harian, lembar *baseline* data pra terapi dan lembar evaluasi pasca terapi.
4. Melakukan pengukuran-pengukuran, yaitu:
 - a. Pengukuran depresi pra maupun pasca pelaksanaan intervensi dengan menggunakan *Beck Depression Inventory*.
 - b. Pengukuran tipe kepribadian dengan menggunakan skala kepribadian *The Big Five*.
 - c. Tes DAP dan Baum
 - d. Pengambilan data tingkat kenyamanan, kondisi perasaan, kondisi kejiwaan dan kemampuan penerimaan pra maupun pasca pelaksanaan intervensi.
 - e. Pengambilan sampel darah vena partisipan untuk pengujian kadar kortisol pra maupun pasca pelaksanaan intervensi.
5. Menyerahkan buku panduan partisipan, catatan harian dan jadwal pelaksanaan intervensi kepada masing-masing partisipan pada hari pertama pelaksanaan intervensi.

Untuk membuat audio pra-dzikir, peneliti melakukan persiapan-persiapan khusus sebagai berikut:

1. Peneliti mencari sampel-sampel suara dari berbagai macam binatang
2. Peneliti mencari sampel bunyi dengungan menggunakan *binaural beat* yang dapat

menurunkan gelombang otak beta ke gelombang otak alfa untuk memberikan efek meditatif kepada partisipan selama mendengarkan audio pra-dzikir.

3. Peneliti menggabungkan sendiri sampel-sampel audio tersebut dengan menggunakan *software* komputer
4. Peneliti melakukan pengujian volume dan frekuensi dari masing-masing sampel suara. Untuk pengujian volume suara, dapat langsung diketahui hasilnya dengan menggunakan alat *Sound Level Meter*.
5. Peneliti melakukan uji coba audio pra-dzikir ke beberapa orang yang dianggap memahami bidang psikologis, audiologi dan perawatan paliatif.

Setelah audio pra-dzikir siap, peneliti masuk kepada tahap perkenalan yang berjalan selama 15 menit. Di sini peneliti memperkenalkan diri, memberikan informasi penting mengenai maksud dan tujuan diadakan terapi dzikir, manfaat dzikir, dasar-dasar hukum dari Al-Qur'an dan Hadits Rasulullah SAW mengenai dzikir, tata cara pelaksanaan dzikir

Selanjutnya, peneliti masuk kepada tahap pemberian bimbingan selama 7 hari. Peneliti memberikan bimbingan mengenai tata cara pelaksanaan dzikir secara tepat. Diharapkan partisipan meneruskan kegiatan berdzikir secara mandiri menurut metode yang telah diajarkan peneliti selama 21 hari berturut-turut. Intervensi berupa terapi dzikir ini memiliki lima fase, yaitu: fase relaksasi bersama visualisasi, fase pemutaran audio pra-dzikir, fase penyampaian do'a pembuka, fase dzikir (membaca 5 kalimat dzikir, yaitu: Istighfar, Tahliil, Tasbih, Tahmid dan Takbir sebanyak masing-masing 7 kali), fase penyampaian do'a penutup dan fase berdiam diri. Dalam kurun waktu 21 hari, partisipan akan melakukan kegiatan dzikir ini sebanyak 2 kali sehari, yaitu pagi dan malam hari dengan masing-masing kesempatan dilakukan selama 20 menit. Dzikir di pagi hari dilaksanakan antara pukul 05:30 WIB – 10:00 WIB. Dzikir di malam dilaksanakan antara pukul 17:30 WIB – 22:00 WIB. Selama pelaksanaan dzikir, partisipan dibekali CD audio pra-dzikir, Pemutar CD, Alat dengar pribadi dan Buku panduan partisipan.

Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk kegiatan berdzikir ini adalah:

1. Ruangan untuk berdzikir yang memungkinkan partisipan dapat berbaring dengan leluasa, mempunyai penerangan dan ventilasi yang cukup
2. Pakaian yang dikenakan partisipan hendaknya memberikan keleluasan bergerak secara nyaman
3. Partisipan dibebaskan memilih posisi yang paling nyaman untuk dirinya. Partisipan boleh duduk di atas kursi, duduk di atas lantai bersandar pada dinding dengan kedua kaki disilangkan, dengan kedua kaki diluruskan atau berbaring. Apapun posisinya, diharapkan partisipan duduk atau berbaring menghadap kiblat. Bila tubuh partisipan sangat sulit digerakkan, posisi menghadap kiblat dapat diganti dengan niat atau pembayangan secara mental bahwa dirinya sedang menghadap kiblat.
4. Bila memungkinkan, partisipan sebaiknya mengambil air wudlu terlebih dulu.

Sejalan dengan 21 hari masa pelaksanaan dzikir individual, akan dilaksanakan pula tahap transfer pengalaman melalui pendampingan yang dilakukan peneliti sebanyak minimal 2 kali dalam seminggu. Peneliti melakukan pemantauan, pemberian koreksi bila terjadi kesalahan pelaksanaan dzikir dan pemberian moril kepada partisipan agar tetap bersemangat dalam melakukan dzikir. Pada tahap ini, peneliti bersama partisipan mendiskusikan pengalaman-pengalaman yang diperoleh melalui kegiatan relaksasi, visualisasi, pemutaran audio pra-dzikir dan berdzikir tersebut serta merefleksikan pengalaman-pengalaman tersebut pada persoalan-persoalan nyata sehari-hari. Dalam konteks hubungan terapis dengan klien, peneliti juga memberikan konseling untuk membantu partisipan mengatasi persoalan-persoalan sehari-harinya baik yang ditimbulkan oleh kondisi sakitnya maupun hal lain yang masih menjadi stressor bagi partisipan. Apabila ternyata ada masalah-masalah medis yang dialami partisipan di luar pengetahuan dan keahlian peneliti, peneliti akan mendiskusikan

masalah tersebut dengan dokter-dokter dari poliklinik paliatif.

Tahap evaluasi pelaksanaan dzikir ini menggali hasil pembelajaran setiap partisipan atas pengalaman berdzikirnya selama 28 hari. Yang difokuskan adalah perubahan aspek fisik, perasaan, kejiwaan dan penerimaan terhadap kondisi sakitnya pada partisipan sebagai pengaruh dari kegiatan dzikirnya. Pada tahap ini, peneliti bersama partisipan membahas usaha-usaha apa yang akan dilakukan partisipan dalam mempertahankan perubahan-perubahan positif pada aspek-aspek tersebut dan meningkatkan kualitas hidupnya menjadi lebih baik.

6. SIMPULAN

Dari hasil perhitungan uji beda Kendall didapatkan hasil nilai $\chi^2 = 0.667$ ($p = 0.717 > p = 0.05$), artinya tidak ada perbedaan signifikan pada kondisi depresi dalam hal tingkat kenyamanan, kondisi perasaan, kondisi kejiwaan dan kemampuan penerimaan terhadap kondisi sakit pada para partisipan kanker antara kondisi sebelum, selama dan sesudah pelaksanaan terapi dzikir. Dapat dikatakan bahwa terapi dzikir masih belum efektif dalam menurunkan depresi para partisipan kanker di penelitian ini. Peneliti juga melakukan uji beda Kendall terhadap performansi diantara ketiga partisipan untuk melihat perubahan antar aspek pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi diberikan. Aspek fisik diukur berdasarkan tingkat kenyamanan, aspek emosional diukur dari kondisi perasaan, aspek psikologis diukur dari kondisi kejiwaan dan aspek spiritual diukur dari kemampuan penerimaan yang dilakukan secara mandiri oleh setiap partisipan. Dari hasil perhitungan, diperoleh $\chi^2 = 4.655$, $p = 0.199$ untuk kondisi sebelum terapi, $\chi^2 = 8.379$, $p = 0.039$ untuk kondisi selama terapi dan $\chi^2 = 5.036$, $p = 0.169$ untuk kondisi sesudah terapi. Perhitungan ini mengindikasikan tidak adanya perbedaan di antara aspek fisik, emosional, psikologis dan spiritual baik pada kondisi sebelum, selama maupun sesudah intervensi diberikan. Hal ini disebabkan salah satunya terdapat perbedaan berupa kemunduran kondisi fisik disertai kemunduran kondisi perasaan, kejiwaan maupun penerimaan pada Sukirno.

Berdasarkan analisis secara kualitatif pada data-data wawancara, observasi, catatan harian pelaksanaan dzikir individual, evaluasi pelaksanaan intervensi, *Beck Depression Inventory* dan uji kortisol, tampak ada perubahan lebih positif dari hasil intervensi pada Supardi dan Chomarul. Skor total BDI menunjukkan adanya penurunan tingkat depresi pasca intervensi pada kedua partisipan ini. Tingkat depresi Supardi mengalami penurunan dari kategori sedang ke kategori sedang cenderung ringan, sedangkan Chomarul yang sebelumnya mengalami tingkat depresi sedang menjadi tingkat depresi ringan setelah intervensi berlangsung. Beberapa parameter depresi pada Supardi dan Chomarul juga memperlihatkan adanya perbaikan kondisi pasca pelaksanaan intervensi. Parameter depresi yang mengalami kemiripan perbaikan pada kedua partisipan ini adalah parameter kepekaan perasaan berlebihan (*Irritability*), perasaan sedih (*Sadness*), perasaan bersalah (*Guilt*) dan persepsi terhadap perubahan fisik diri sendiri (*Body image change*). Penurunan parameter ini mengindikasikan dzikir mempunyai pengaruh positif dalam proses pengolahan emosi para partisipan sehingga perasaan sedih, bersalah, tersinggung dan khawatir terhadap citra tubuh secara keseluruhan yang muncul akibat kondisi sakitnya menjadi lebih terkontrol. Pengolahan emosi secara sehat ini akan mempengaruhi mekanisme fisiologis yang sehat pula dan pada akhirnya membantu menstabilkan hingga meningkatkan kondisi kesehatan partisipan. Hasil pengujian kortisol pasca intervensi memberikan penguatan terhadap kesimpulan ini. Pada Supardi, terjadi perbaikan kondisi sekresi kortisol, sedangkan Chomarul mengalami kondisi fisiologis yang relatif stabil.

Saat diminta mengevaluasi mengenai manfaat yang diperoleh dari hasil intervensi, para partisipan menyatakan intervensi ini memberikan perubahan-perubahan positif dalam banyak aspek terutama aspek perasaan dan kejiwaan. Supardi mengaku dapat lebih mudah

mengatasi kegelisahan atas keadaan sakitnya sebagai efek positif dari berdzikir. Chomarul mengaku tidak lagi mudah menangis setelah berdzikir selama 4 minggu ini.

Pada Sukirno, keseluruhan data kuantitatif menunjukkan tidak ada perbedaan kondisi depresi sebelum dengan sesudah pelaksanaan intervensi, sekalipun Sukirno mengaku merasakan ada manfaat dari hasil berdzikir, yaitu: perasaannya menjadi lebih tenang, damai dan lebih dapat mengontrol emosi dan pikiran negatif termasuk kesedihan dan kekecewaan dalam dirinya yang sebelumnya sangat mudah terpicu oleh pengaruh tingkah laku orang lain. Skor total BDI menunjukkan tingkat depresi Sukirno justru meningkat dari kategori sedang menjadi kategori sedang cenderung berat. Parameter depresi dalam BDI dan evaluasi terhadap catatan harian juga tidak menunjukkan adanya perbaikan kondisi depresi maupun aspek-aspek dalam diri partisipan. Penyebaran sel-sel kanker di bagian otak beserta gejala fisik yang menyertainya ditambah dengan persoalan dari pihak keluarga dan tetangga yang terus-menerus dipikirkan partisipan nampaknya mempunyai pengaruh sangat besar dalam memperberat kondisi depresi partisipan. Meskipun peneliti bekerjasama dengan istri (Annisya) telah berusaha memberikan banyak pendampingan dengan mengajak partisipan untuk berdzikir, nampaknya tidak membawa banyak perubahan dalam menguatkan kondisi emosi dan kejiwaannya.

Pada Supardi dan Sukirno, aspek penerimaan belum banyak mengalami perubahan pada pasca intervensi. Meskipun pada dasarnya partisipan memperoleh dukungan sosial yang positif dari lingkungannya, terutama keluarga, dalam melaksanakan kegiatan dzikirnya, ada satu hal bersumber dari dalam diri partisipan yang berkontribusi pada kurang maksimalnya pencapaian tahap penerimaan akan kondisi sakitnya. Hal tersebut adalah masih adanya keterikatan partisipan dengan permasalahan-permasalahan duniawinya. Para partisipan ini masih belum bisa sepenuhnya melepaskan persoalan-persoalan yang selama ini selalu dipikirkan dan dirasakannya hingga menimbulkan tumpukan emosi negatif di alam bawah sadarnya. Misalnya, Sukirno masih memikirkan kekurangharmonisan hubungan antara dirinya dengan saudara-saudara kandung, istri II, istri III dan para tetangga dan Supardi sibuk memikirkan begitu banyak cita-cita yang belum tercapai dan mempertanyakan mengapa ia tidak dapat mereguk hasil jerih payahnya selama ini.

Dzikir tatkala dilaksanakan dengan penuh penghayatan, dzikir tersebut pasti akan mampu membawa seseorang ke dalam apa yang disebut Hidayat (2006, p.98 – 99) sebagai ruang keabadian yang penuh dengan kebahagiaan batin dimana benar-benar dirasakan kedekatan hingga penyatuan antara dirinya dengan Yang Absolut. Hal ini dapat diibaratkan ketika seseorang bertemu dengan kekasihnya, ia seakan terlepas dari kungkungan ruang dan waktu dan yang ada hanyalah perasaan bahagia. Sebaliknya bila seseorang selalu berpikir tentang masa lalu atau tenggelam dalam pembayangan mengenai kemungkinan yang akan terjadi di masa depan, maka orang tersebut akan kehilangan ruang keabadian tersebut.

Apa yang dikatakan Sukirno mengenai kesadaran bahwa dunia ini milik Allah sepenuhnya, Supardi mendapati adanya kekosongan tatkala ia tidak berdzikir atau Chomarul merasakan sebuah kebahagiaan sejati seperti kebahagiaan di masa lalunya saat ia berdzikir, sebenarnya merupakan sebuah pertanda yang baik bahwa para partisipan ini mulai menangkap adanya ruang keabadian tersebut. Agar kebahagiaan dan kenyamanan selalu berada di dalam hati manakala menghadapi suatu masalah, tidak hanya sekedar kebahagiaan sesaat selama berdzikir, sangatlah dibutuhkan sikap kepasrahan kepada Allah atas segala peristiwa dalam kehidupan baik yang telah, sedang dan akan terjadi.

Pada Sukirno maupun Supardi yang berkarakteristik *Conscientiousness* tinggi, nampaknya belum seutuhnya melakukan kerelaan menerima kenyataan yang tengah terjadi dan lebih sibuk mempertanyakan bagaimana kenyataan tersebut bisa menimpa diri mereka dan bagaimana cara memperoleh kenyataan seperti yang mereka harapkan. Kondisi ini berbeda dengan Chomarul. Chomarul nampaknya mengalami perbaikan kondisi depresi yang

lebih menonjol dibandingkan partisipan-partisipan lainnya. Kepribadian Chomarul yang berkarakteristik *Conscientiousness* rendah ke arah *Flexible* nampaknya sangat mempengaruhi Chomarul dalam menerima keadaan sakitnya dengan lebih santai dan seakan-akan tidak terlihat banyak beban dalam pikirannya. Pola pikir yang cenderung melihat dunia secara positif, polos dan sederhana, begitu pula dengan pengetahuan medis yang terbatas, turut membantu Chomarul dalam menjalani keadaan sakitnya dengan lebih ringan. Chomarul hanya memikirkan bagaimana ia harus berjuang mengobati penyakit kankernya dan dapat bertahan hidup dengan kondisi sekarang ini.

Berkaitan dengan area-area masalah pada tahapan perkembangan dewasa madya, area integritas diri yang dipengaruhi oleh area finansial nampaknya merupakan area yang terkena dampak paling besar dan rentan membawa seorang pasien kanker ke kondisi depresi. Sejalan dengan dideritanya penyakit kanker, seorang pasien kanker secara otomatis mengalami pergeseran peran sebagai orang yang membutuhkan perawatan. Hal ini lebih fatal dan berpotensi lebih besar mengarah ke depresi bagi kaum laki-laki dengan mengacu pada pengaruh budaya terhadap pembentukan integritas kaum laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga. Budaya Indonesia masih sangat menjunjung tinggi keutamaan pada kaum laki-laki sebagai tulang punggung keluarga dibandingkan kaum perempuan. Tidak ada tuntutan bagi kaum perempuan untuk menafkahi keluarganya. Tatkala orang laki-laki tidak lagi dapat menjalankan fungsinya sebagai pencari nafkah keluarga sebagai dampak dari kondisi sakitnya, hal ini secara otomatis akan mempengaruhi integritas dirinya. Ia akan sangat mudah mempersepsikan dirinya sebagai beban keluarga dan pada gilirannya akan menimbulkan perasaan tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya dan sebagainya.

Peluang ke arah depresi sama besarnya pada seseorang baik laki-laki maupun perempuan yang sedang berada di dalam puncak kejayaan kariernya ketika terserang penyakit kanker. Ketika karier dipersepsikan sebagai sesuatu yang sangat penting dan berharga dalam kehidupannya, kanker bisa menjadi suatu pukulan atau sumber stres yang sangat besar bagi orang tersebut. Akibat kanker, kesempatan berkariernya dan mencetak prestasi tidak hanya lenyap tapi sekaligus dapat meruntuhkan kepercayaan maupun harga diri pada orang tersebut.

Kondisi-kondisi di atas menjelaskan bagaimana gambaran depresi pada Sukirno dan Supardi cenderung lebih berat dibandingkan Chomarul. Baik Sukirno maupun Supardi lebih sulit menerima kondisi sakit kankernya karena mereka mempersepsikan kanker sebagai sumber penghalang pemenuhan kebutuhan mereka untuk mengaktualisasikan diri melalui pekerjaan. Tidak demikian dengan Chomarul yang sebelumnya bukanlah seorang wanita karier. Ia tidak merasa kehilangan apa-apa ataupun dirugikan oleh penyakit kankernya, sehingga ia mampu menghadapi kondisi sakitnya dengan lebih santai dan tenang.

Berdasarkan keseluruhan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa dzikir belum efektif dalam menurunkan tingkat depresi pasien kanker stadium lanjut selama mereka masih berada dalam kondisi-kondisi sebagai berikut:

1. Dzikir tidak dilakukan dengan penuh kesediaan, keikhlasan dan penghayatan
2. Individu tidak melepaskan segala beban pikiran (keinginan, harapan, cita-cita dan sebagainya) dan perasaan (ketakutan, kekhawatiran, kemarahan, kekecewaan dan sebagainya) kepada Allah, tidak memasrahkan segala proses kehidupan terjadi atas kekuasaan-Nya serta tidak mempercayai bahwa Allah selalu memberikan keputusan yang terbaik untuk setiap umat-Nya.
3. Individu tidak sungguh-sungguh menghayati manfaat dzikir kepada kehidupannya.
4. Individu masih melibatkan diri dengan penyakit maupun persoalan-persoalan kehidupannya baik secara emosional maupun kognitif.
5. Individu memaksakan pencapaian target-target dalam kehidupannya, misalnya berkaitan dengan kesembuhan maupun tujuan-tujuan hidup lainnya.

7. SARAN

7.1. SARAN BAGI PASIEN KANKER DAN KELUARGA

Berdasarkan hasil penelitian, agar dzikir dapat memberikan manfaat secara optimal ke dalam kehidupannya, maka dapat disarankan:

1. Individu hendaknya bersedia untuk lebih ikhlas, pasrah dan berserah diri kepada Allah.
2. Individu hendaknya membuang jauh semua pikiran negatif tentang penyakit, kehidupan dan orang-orang sekitarnya.
3. Dalam melakukan dzikir, individu hendaknya menikmati dan melakukan kegiatan dzikirnya dan semata-mata untuk memperoleh keridhlaan Allah. Tidak perlu dibuat target-target untuk kegiatan dzikir tersebut. *Let the magic of dhikr work!*
4. Setiap pasien berhak mengetahui secara persis gambaran perjalanan kondisi sakit kankernya saat ini dan selanjutnya.

7.2. SARAN BAGI PENELITIAN SELANJUTNYA

Berdasarkan hasil penelitian dan evaluasi terhadap rancangan dan pelaksanaan program intervensi, peneliti mempunyai saran-saran yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kualitas penelitian-penelitian selanjutnya yang sejenis, yaitu:

1. Apabila peneliti berikutnya ingin menggunakan materi audio yang serupa dengan penelitian ini, disarankan menggunakan sumber suara aslinya, serta memodifikasinya dengan menggunakan alat penggabungan suara layaknya pengambilan suara di studio rekaman.
2. Peneliti selanjutnya sebaiknya mempertimbangkan preferensi partisipan dan memperhatikan adanya fobia partisipan terhadap komponen-komponen suara alam.
3. Untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih terpercaya dan akurat, peneliti berikutnya disarankan untuk menggunakan EEG (*Electroencephalography*).
4. Peneliti berikutnya disarankan bekerjasama dengan ahli keagamaan maupun ahli medis untuk menangani masalah spiritual maupun masalah medis yang lebih kompleks dan berpotensi mengarah pada kematian
5. Peneliti yang sekaligus bertindak sebagai terapis untuk lebih peka terhadap persoalan-persoalan kehidupan yang belum terselesaikan (*the unfinished business*) pada masing-masing partisipan kanker yang sekiranya menghalangi terciptanya penghayatan dalam hati terhadap kegiatan dzikir maupun bentuk-bentuk intervensi spiritual lainnya.
6. Peneliti disarankan membekali diri dengan keterampilan-keterampilan terapeutik yang memadai yang berkenaan dengan pemberian relaksasi dan penanganan nyeri pada pasien kanker,

7.3. SARAN BAGI KEPROFESIAN PSIKOLOGI DAN PROFESI LAINNYA YANG TERKAIT

1. Dzikir dikembangkan dan diterapkan sebagai terapi komplementer.
2. Penerapan dzikir ini dapat menggunakan kalimat-kalimat dzikir yang berbeda dari yang digunakan dalam penelitian ini.
3. Dzikir digabungkan dengan teknik-teknik terapeutik lainnya yang dapat meningkatkan kesejahteraan partisipan penelitiannya selama metode-metode tersebut tidak menyalahi kaidah-kaidah agama Islam.
4. Para professional non muslim dapat mempertimbangkan pengembangan kegiatan religius yang serupa dengan dzikir sesuai dengan agama dan keyakinan mereka masing-masing.

8. DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2007). *Cancer Facts and Figures 2007*. Diambil tanggal 10 November 2007 dari:
<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>
- American Cancer Society. (2008). *What is chemotherapy and how does it work?* Diambil tanggal 3 Juli 2008 dari:
http://www.cancer.org/docroot/MBC/content/MBC_2_3X_What_Is_Chemotherapy_And_How_Does_It_Work.asp?sitearea=MBC
- Hawari, H. D. (2005). *Dimensi Religi dalam Praktik Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, K. (2006, November). *Psikologi Kematian: Mengubah ketakutan menjadi optimisme*. Penerbit hikmah.
- Holland, J. C. & Rowland, J. H. (1990). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Kabbanni, S. M. H. (2007, Februari). *Ensiklopedia Akidah Ahlusunah: Energi zikir dan shalawat*. PT. Serambi Ilmu Semesta.
- Lloyd-Williams, M. (2003, Januari 22). Depression – the hidden symptom in advanced cancer. *Palliative Care Forum. J R Soc Med*, 96, 577 – 581.
- McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire*. (2nd ed). Oxford University Press.
- Prihanto, S. (2006, November). *The Big Five*. Handout kuliah Magister Profesi Psikologi tidak dipublikasikan. Universitas Surabaya, Surabaya.
- Puchalski, C. M. (2001, Oktober). The Role of Spirituality in Health Care. *BUMC Proceedings*, 14, 352 – 357.
- Syukur, A. (2007, Juni). *Zikir Menyembuhkan Kankerku*. Jakarta: Mizan media utama.