

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan atau dalam bahasa Inggrisnya “*anxiety*” berasal dari Bahasa Latin “*angustus*” yang berarti kaku, dan “*ango, anci*” yang berarti mencekik. *Ansietas* (kecemasan) merupakan satu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disertai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan berlebihan dari susunan saraf autonomic (SSA) (Ashadi, 2008). Kecemasan merupakan suatu sinyal yang menyadarkan, memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman (Suliswati, 2006). Kecemasan juga dapat diartikan suatu kebingungan atau kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Hawari, 2008).

b. Bentuk-bentuk Kecemasan

Para ahli membagi bentuk kecemasan itu dalam dua tingkat, (Dalami, 2009), yaitu:

- 1) Tingkat psikologis. Kecemasan yang berwujud sebagai gejala-gejala kejiwaan, seperti tegang, bingung, khawatir, sukar berkonsentrasi, perasaan tidak menentu dan sebagainya.
- 2) Tingkat fisiologis. Kecemasan yang sudah mempengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, terutama pada fungsi sistem syaraf, misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya.

c. Faktor yang Menyebabkan Kecemasan

Kecemasan disebabkan faktor patofisiologis maupun faktor situasional (Sutrimo, 2012). Penyebab kecemasan tidak spesifik bahkan tidak diketahui oleh individu. Perasaan cemas diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, dapat juga diekspresikan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala dan mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan (Stuart, 2007).

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007), antara lain:

1) Faktor predisposisi

a) Teori psikoanalisis

Pandangan teori psikoanalisis memaparkan bahwa cemas merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan *insting* dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati

nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan untuk mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Teori interpersonal

Teori interpersonal menyatakan bahwa cemas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Cemas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.

c) Teori perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa cemas merupakan produk frustrasi. Frustrasi merupakan segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. dan dikarakteristikan sebagai suatu dorongan yang dipelajari untuk menghindari kepedihan.

Teori pembelajaran meyakini individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Teori konflik memandang cemas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Kecemasan terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan : konflik

menimbulkan kecemasan, dan cemas menimbulkan perasaan tak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

d) Teori kajian keluarga

Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan cemas terjadi didalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi. Setiap perubahan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan keadaan stres disebut stresor. Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan kecemasan (Ibrahim 2012). Faktor predisposisi yang dapat menimbulkan kecemasan antara lain faktor genetik, faktor organik dan faktor psikologi.

Faktor predisposisi kecemasan pada pasien pre operasi yang paling berpengaruh merupakan faktor psikologis, terutama ketidak pastian tentang prosedur dan operasi yang akan dijalani dan keadaan pasca operasi yang akan dijalannya melalui operasi (Winkjosastro 2005; Gant & Cunningham 2010).

2) Faktor presipitasi

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007), yaitu :

a) Faktor eksternal

i. Ancaman integritas diri

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).

ii. Ancaman sistem diri

Antara lain: ancaman terhadap identitas diri, harga diri, hubungan interpersonal, kehilangan, dan perubahan status dan peran.

b) Faktor internal

i. Potensial stressor

Stresor psikososial merupakan keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan sehingga individu dituntut untuk beradaptasi.

ii. Maturitas

Kematangan kepribadian individu akan mempengaruhi kecemasan yang dihadapinya. Kepribadian individu yang lebih matur maka lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

iii. Pendidikan

Tingkat pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka

individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisis akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah.

iv. Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis.

v. Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan individu mudah mengalami kecemasan.

vi. Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik. Kelelahan fisik yang dialami akan mempermudah individu mengalami kecemasan.

vii. Tipe kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan tipe kepribadian B. Individu dengan tipe kepribadian A memiliki ciri-ciri individu yang tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu-buru waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung dan mengakibatkan otot-otot mudah tegang. Individu dengan tipe kepribadian B memiliki ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A.

Tipe kepribadian B merupakan individu yang penyabar, tenang, teliti dan rutinitas.

viii. Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan di lingkungan yang sudah dikenalnya.

ix. Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan merupakan sumber coping individu. Dukungan sosial dari kehadiran orang lain membantu seseorang mengurangi kecemasan sedangkan lingkungan mempengaruhi area berfikir individu.

x. Usia

Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua.

xi. Jenis kelamin

Gangguan kecemasan tingkat panik lebih sering dialami wanita daripada pria. Dampak negatif dari kecemasan merupakan rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata maupun potensial. Keadaan cemas akan membuat individu menghabiskan tenaganya, menimbulkan rasa gelisah, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal maupun hubungan sosial (Videbeck 2008). Faktor presipitasi

timbulnya kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarea* pada faktor eksternal pada ancaman integritas dirinya karena prosedur operasi, kekhawatiran yang mengenai pada sistem diri pasien berupa kekhawatiran terhadap gambaran diri yang nantinya berpengaruh pada hubungan interpersonalnya (Sutrimo, 2012).

d. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

Menurut Kaplan dan Sadock (2009), beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien antara lain :

1) Faktor Internal

a) Usia pasien

Menurut Kaplan dan Sadock (2009) gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

b) Jenis Kelamin

Gangguan kecemasan lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita.

c) Pengalaman pasien menjalani pengobatan

Kaplan dan Sadock (2009) mengatakan pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai

bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang operasi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan operasi.

d) Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu berhubungan dengan orang lain. Menurut Stuart & Sundeen (2007), peran adalah pola sikap perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2) Faktor Eksternal

a) Kondisi medis (diagnosis penyakit)

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

b) Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya.

c) Akses informasi

Adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan operasi, proses operasi, resiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi.

d) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu

pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

e) Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Berdasarkan hasil penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi psikiatriknya lebih banyak. Jadi keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan ke cemasan pada klien..

f) Jenis tindakan pembedahan

Adalah klasifikasi suatu tindakan medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tentang tindakan pembedahan, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang dilakukan operasi.

g) Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani proses pembedahan. Hampir sebagian besar pasien yang menjalani pembedahan mengalami kecemasan. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap pembedahan selanjutnya. Pasien yang cemas saat akan menjalani pembe-

dahan kemungkinan mengalami efek yang tidak menyenangkan bahkan akan membahayakan.

e. Gejala dan Gambaran Klinik Cemas

Kecemasan sebagai suatu gangguan jiwa (*neurosa cemas*) dapat dieskpresikan sebagai kecemasan yang mengambang bila seseorang selalu waspada tanpa adanya bahaya yang beralasan dan dapat juga berupa ketakutan yang tidak layak bagi orang lain (*fobi*) atau suatu ketakutan yang mendadak dan tidak dapat diterangkan (Hawari, 2008).

Keluhan-keluhan yang sering ditemukan pada orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain adalah pernyataan cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut, takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang, gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan, gangguan konsentrasi dan daya ingat, keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya (Hawari, 2008).

Kecemasan ditandai dengan emosi yang tidak stabil, sangat mudah tersinggung dan marah, sering dalam keadaan *excited* atau gemetar dan gelisah (Kartono, 2011). Manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal berikut ini:

- 1) Manifestasi kognitif, yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.
- 2) Perilaku motorik, kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.
- 3) Perubahan somatik, muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.
- 4) Afektif, diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

Menurut Sudiyanto (2010), gejala dan gambaran klinik cemas adalah:

- 1) Secara fisiologis
 - a) Kardiovaskuler. Palpitasi, jantung berdebar, tensi meningkat, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun, *shock*, dan lain-lain.
 - b) Respirasi. Napas cepat dan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik.
 - c) Sistem kulit. Perasaan panas, atau dingin, muka pucat atau berkeringat seluruh tubuh, rasa terbakar pada muka, telapak tangan berkeringat, gatal-gatal.

- d) Gastrointestinal. Anoreksia, rasa tidak nyaman pada perut, rasa terbakar pada jantung, nausea, diare.
- e) Neuromuskuler. Reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, kaku, gelisah, wajah tegang, gerakan lambat.

2) Secara psikologis

- a) Perilaku. Gelisah, tremor, gugup, bicara cepat, tidak ada koordinasi, menarik diri, menghindar, dan lain-lain.
- b) Kognitif. Gangguan perhatian konsentrasi hilang, pelupa, salah tafsir, bloking, gampang bingung, lapangan persepsi menurun, kesadaran diri yang berlebihan, obyektifitas menurun, takut kecelakaan atau mati, dan lain-lain.
- c) Afektif. Tidak sabar, tegang, neurosis, tremor, gugup yang luar biasa, sangat gelisah dan lain-lain.

f. Tingkat dan Rentang Respon Kecemasan

1) Tingkat Kecemasan

Dalami (2009) menyatakan bahwa ada dua tingkatan kecemasan. Pertama, kecemasan normal, yaitu pada saat individu masih menyadari konflik-konflik dalam diri yang menyebabkan cemas. Kedua, kecemasan neurotik, ketika individu tidak menyadari adanya konflik dan tidak mengetahui penyebab cemas, kecemasan kemudian dapat menjadi bentuk pertahanan diri. Secara luas, ada 4 (empat) tingkat kecemasan, yaitu:

a) Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Individu masih waspada dan berhati-hati, serta lapang persepsinya melebar. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Respon fisiologi kecemasan ringan adalah sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar, sedang respon perilaku dan emosinya adalah tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

b) Kecemasan Sedang

Individu lebih memfokuskan hal-hal penting saat itu dan mengenyampingkan hal lain, lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Respon fisiologi pada kecemasan sedang adalah sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anorexia, konstipasi atau diare, gelisah, sedang respon perilaku dan emosinya adalah gerakan tersentak-sentak (meremas tangan), bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, perasaan tidak aman.

c) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil (spesifik) dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berfikir realistis dan

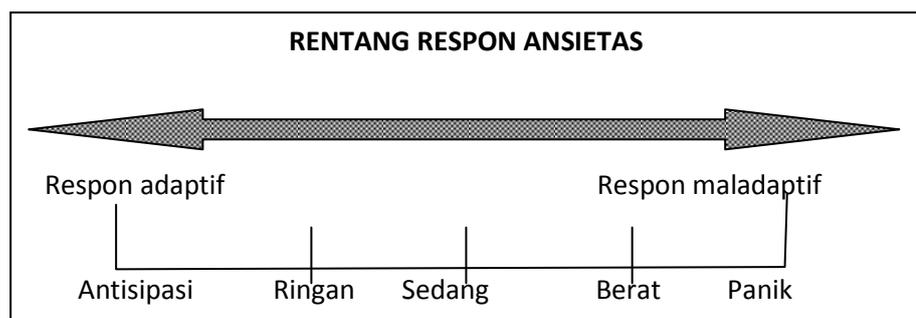
membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respon fisiologi pada kecemasan berat adalah : nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, ketegangan, sedang respon perilaku dan emosinya adalah : perasaan ancaman meningkat, verbalisasi cepat.

d) Panik

Pada tingkatan ini lapangan persepsi Individu sudah sangat menyempit dan sudah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberikan pengarahan. Respon fisiologi pada tingkat kecemasan ini adalah : nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah, sedang respon perilaku dan emosi nya adalah : mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak, kehilangan kendali atau kontrol diri, persepsi kacau.

2) Rentang respon kecemasan

Rentang respon kecemasan dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1. Rentang respon Cemas (Stuart, 2009)

Kecemasan atau ansietas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti atau berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan.

g. Pengukuran Kecemasan

Instrumen untuk pengukuran tingkat kecemasan dapat menggunakan beberapa cara pengukuran yaitu *Taylor Manifestation Anxiety Scale (T-MAS)* dan *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* (Kusumawati 2010). *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale (AAS)*. Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRS-A ($r = 0,57-0,84$) (Rahmy 2013). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HRS-A terdapat 14 *symptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang

diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*not present*) sampai dengan 4 (*severe*) (Rahmy 2013).

Skala HRSA pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang *valid* dan *reliable* (Rahmy 2013).

Skala *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)* yang dikutip Hawari (2013) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi gejala perasaan cemas, gejala ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala somatik fisik/somatik, gejala kardiovaskuler dan pembuluh darah, gejala respiratori, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala autonom, sikap dan tingkah laku. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara 0 – 4. Tidak ada gejala diberi skor 0, gejala ringan diberi skor 1, gejala sedang diberi skor 2, gejala berat diberi skor 3, gejala berat sekali diberi skor 4 (Hawari 2013).

2. Teknik Relaksasi Genggam Jari

a. Pengertian

Tehnik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen cemas non farmakologis dalam strategi penanggulangan cemas, disamping metode TENS (*Transcutaneous electric nerve stimulation*), *biofeedback*, *placebo* dan distraksi. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Tehnik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau cemas, stress fisik dan emosi pada cemas (Potter dan Perry, 2008). Relaksasi genggam jari adalah sebuah tehnik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Tehnik genggam jari disebut juga *finger hold* (Liana, 2008).

Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyalurkan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati. Relaksasi genggam jari digunakan untuk memindahkan energi yang terhambat menjadi lancar (Hill, 2011).

Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non *nosiseptor*. Serabut saraf non *nosiseptor* mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus cemas terhambat dan berkurang (Pinandita, 2012). Pada jari kaki dan tangan ketika dipijat kadang timbul rasa cemas dan adanya perasaan seperti butiran-butiran pasir atau bahkan benjolan kecil sebesar kacang hijau. Keadaan seperti ini menunjukkan jalur energi setempat sedang mengalami penyumbatan yang disebabkan oleh masalah kesehatan maupun keadaan mental seseorang (Liana, 2008).

b. Tujuan

Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesik sebagai terapi pereda cemas post operasi. Dilakukan saat cemas tidak dirasakan pasien. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode cemas yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan cemas (Smeltzer, 2001).

c. Penatalaksanaan Tehnik Genggam Jari

Menurut Liana (2008), langkah prosedurnya teknik genggam jari adalah sebagai berikut :

- 1) Memegang tiap jari mulai dari ibu jari selama 2-3 menit
- 2) Lalu menggunakan tangan yang mana saja.

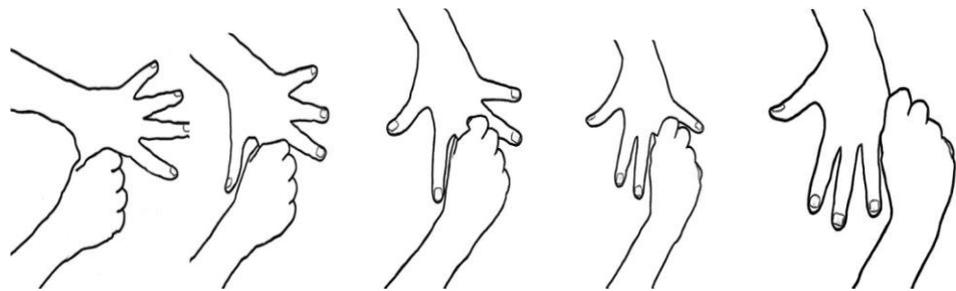
- 3) Menarik nafas yang dalam dan lembut, menghembuskan nafas secara perlahan dan melepaskannya dengan teratur.
- 4) Ketika menarik nafas, dilanjutkan dengan menghirup rasa dengan harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan.
- 5) Ketika menghembuskan nafas, disertai hembusan secara perlahan sambil melepaskan perasaan yang mengganggu pikiran dan membayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran dan masuk ke dalam bumi.
- 6) Selanjutnya memikirkan perasaan yang nyaman dan damai, sehingga klien terasa nyaman.
- 7) Hal ini diarahkan untuk fokus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.

d. Mekanisme Relaksasi Genggam Jari dalam Menurunkan Kecemasan

Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respons relaksasi (Potter & Perry, 2006). Mekanisme relaksasi genggam jari dijelaskan melalui teori *gatecontrol* yang menyatakan bahwa stimulasi kutaneous mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat.

Proses ini menurunkan transmisi melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter lebih kecil. Proses ini terjadi dalam kornu dorsalis

medula spinalis yang dianggap sebagai tempat memproses cemas. Sel-sel inhibitori dalam kornu dorsalis medula spinalis mengandung enkefalin yang menghambat transmisi cemas, gerbang sinaps menutup transmisi impuls cemas sehingga bila tidak ada informasi cemas yang disampaikan melalui saraf asenden menuju otak, maka tidak ada cemas yang dirasakan (Pinandita, Purwanti & Utoyo, 2012).



Gambar 1.6 *Finger Hold Relaxation* (Henderson, 2007)

3. Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

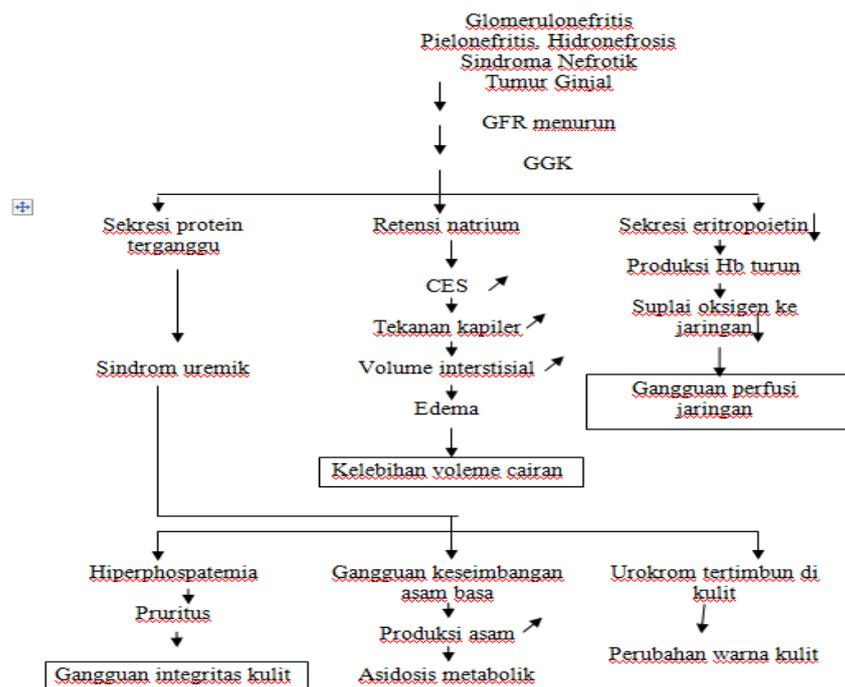
Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Brunner & Suddarth, 2010).

Gagal ginjal kronik adalah penurunan fungsi ginjal yang bersifat peristen dan ireversibel, gangguan fungsi ginjal yang terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus yang dapat digolongkan ringan, sedang dan berat. (Mansjoer, A; 2009).

b. Etiologi

Gagal Ginjal Kronik CRF dapat disebabkan oleh penyakit sistemik diantaranya adalah sebagai berikut: Glomerulo nefritis, Nefropati analgesic, Nefropati refluks, Ginjal polikistik, Nefropati diabetic, Hipertensi. (Mansjoer, dkk 2000)

c. Pathway



(Suzzane, 2012)

d. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik terjadi setelah ginjal atau salurannya mengalami berbagai macam penyakit yang merusak nefron ginjal. Dimana penyakit ini lebih banyak diparenkin ginjal, meskipun demikian lesi obstruksi pada saluran kemih juga dapat menyebabkan

gagal ginjal kronik. Perjalanan umum penyakit gagal ginjal kronik (Suzzane, 2012) dapat dibagi menjadi beberapa tahapan :

- 1) Fungsi renal menurun. Produk akhir metabolisme protein (yang normalnya dieskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat.
- 2) Gangguan klinis renal. Banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat penurunan laju glomerulus yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Menurunnya filtrasi glomerulus (akibat tidak berfungsinya glomerulus) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum akan meningkat. Kreatinin serum merupakan indicator yang paling sensitive dari fungsi renal karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh.
- 3) Retensi cairan dan natrium. Ginjal juga tidak mampu mengkonsetrasikan dan mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir, respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit, tidak terjadi. Pasien sering menahan natrium dan cairan, meningkatkan resiko terjadinya oedema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi.
- 4) Asidosis metabolik. Dengan berkembangnya penyakit renal, terjadi asidosis metabolic seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan (H^+) yang berlebihan.

- 5) Anemia. Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan mengalami perdarahan akibat status uremik pasien.
- 6) Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. Abnormalitas lain dari gagal ginjal kronis adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah satunya meningkat yang lainnya akan menurun.

e. Manifestasi Klinik

Karena pada gagal ginjal kronik setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan tanda dan gejala. Tanda dan gejala yang ditimbulkan menurut Bruner and Sudarth, (2009) yaitu :

- 1) Manifestasi kardiovaskuler. Pada gagal ginjal kronik mencakup hipertensi, gagal jantung kongesti, oedema pulmoner, dan perikarditis.
- 2) Gejala dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah dan butiran uremi.
- 3) Gejala gastrointestinal, juga sering terjadi yang mencakup anoreksia, mual, muntah, dan cegukan.

f. Komplikasi

- 1) Hiperkalemia: akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.
- 2) Perikarditis : Efusi pleura dan tamponade jantung akibat produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- 3) Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron.
- 4) Anemia, akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah.
- 5) Penyakit tulang serta kalsifikasi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum rendah, metabolisme vitamin D dan peningkatan kadar aluminium.
- 6) Asidosis metabolik, Osteodistropi ginjal Sepsis, Neuropati perifer, Hiperuremia.

g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Suyono, S., (2008) untuk memperkuat diagnosis diperlukan pemeriksaan penunjang, diantaranya :

1) Pemeriksaan Laboratorium,

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menetapkan adanya gagal ginjal kronik, menetapkan ada tidaknya kegawatan, menentukan derajat gagal ginjal kronik, menetapkan gangguan sistem dan membantu menetapkan etiologi. Dalam menetapkan ada atau tidaknya gagal ginjal, tidak semua faal ginjal perlu diuji. Untuk

keperluan praktis yang paling lazim diuji adalah laju filtrasi glomerulus (LFG).

2) Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG)

Untuk melihat kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis (misalnya voltase rendah), aritmia, dan gangguan elektrolit (hiperkalemia, hipokalsemia).

3) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostat. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mencari adanya faktor yang reversibelseperti obstruksi oleh karena batu atau massa tumor, juga untuk menilai apakah proses sudah lanjut (ginjal yang lisut). USG ini sering dipakai karena merupakan tindakan yang non-invasif dan tidak memerlukan persiapan khusus.

4) Foto Polos Abdomen

Sebaiknya tanpa puasa, karena dehidrasi dapat memperburuk fungsi ginjal. Menilai bentuk dan besar ginjal dan apakah ada batu atau obstruksi lain.

5) Pemeriksaan Pielografi Retrograd

Dilakukan bila dicurigai ada obstruksi yang reversible

6) Pemeriksaan Foto Dada

Dapat terlihat tanda-tanda bendungan paru akibat penumpukan cairan (fluid overload), efusi pleura, kardiomegali dan efusi perikardial.

h. Penatalaksanaan

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialysis atau transplantasi ginjal :

1) Terapi konservatif

Tujuan pengobatan pada tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif :

Pengobatan :

a) Pengaturan diet protein, Kalium, Natrium dan Cairan

b) Pencegahan dan Pengobatan Komplikas

2) Dialisis dan Transplantasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialysis dan transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor

ginjal. Dialisis dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6mg/100ml pada laki-laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dri 4 ml/menit (Suharyanto dan Madjid, 2009).

4. Hemodialisa

a. Pengertian Hemodialisa

Hemodialisa adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisa digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat (Nursalam, 2008).

Hemodialisis adalah cara terpilih pada pasien yang mempunyai laju katabolisme tinggi dan secara hemodinamik stabil (Stein, 2011).

b. Tujuan Hemodialisa

Tujuan Hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam tubuh dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodilisis, aliran darah yang penuhdengan toksin dan limbah nitrogen dialihkandari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan dikembalikan lagi kedalam tubuh pasien (Smeltzer dan Bare, 20012)

c. Indikasi Hemodialisa

Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi :

- 1) BUN > 100 mg/dl (BUN = 2,14 x nilai ureum)
- 2) Ureum > 200 mg%
- 3) Kreatinin > 100 mg %
- 4) Hiperkalemia > 17 mg/liter
- 5) Asidosis metabolic dengan pH darah < 72
- 6) Sindrom kelebihan air
- 7) Intoksikasiobat jenis barbiturat

d. Proses Hemodialisa

Secara keseluruhan sistem hemodialisa terdiri dari 3 elemen dasar ,yaitu sistem sirkulasi darah diluar tubuh (ekstrakorporeal), dialiser, dan sistem sirkulasi dialisat.

1) Sistem Sirkulasi Darah Ekstrakorporeal

Selama hemodialisa darah pasien mengalir dari tubuh kedalam dialiser melalui akses arteri, kemudian kembali ke tubuh melalui selang vena dan akses vena. Sistem sirkulasi darah di luar tubuh ini disebut sistem sirkulasi darah extra corporal

2) Dialiser

Dialiser adalah suatu alat berupa tabung atau lempeng, terdiri dari kompartemen darah dan kompartemen dialisat yang dibatasi oleh membran semi permieabel. Di dalam dialiser ini terjadi proses pencucian darah melalui proses difusi dan ultrafiltrasi, sehingga dihasilkan darah melalui yang sudah” bersih” dari zat-zat yang tidak dikehendaki.

3) Sistem Sirkulasi Dialisat

Dialisat adalah cairan yang digunakan dalam proses diálisis. Dialisat dialirkan ke dalam kompartemen pada dialiser dengan kecepatan tinggi. (1,5 x 500 ml/ mnt).

e. Prinsip Hemodialisis

1) Akses Vaskuler

Seluruh dialysis membutuhkan akses ke sirkulasi darah pasien. Kronik biasanya memiliki akses permanent seperti fistula atau graf sementara. Akut memiliki akses temporer seperti vascoth.

2) Membran semi permeable

Hal ini ditetapkan dengan dialiser aktual dibutuhkan untuk mengadakan kontak diantara darah dan dialisis terjadi.

3) Difusi

Dalam dialisat yang konvesional, prinsip mayor yang menyebabkan pemindahan zat terlarut adalah difusi substansi. Berpindah dari area yang konsentrasi tinggi ke area dengan konsentrasi rendah. Gradien konsentrasi tercipta antara darah dan dialisat yang menyebabkan pemindahan zat pelarut yang diinginkan. Mencegah kehilangan zat yang dibutuhkan.

4) Konveksi

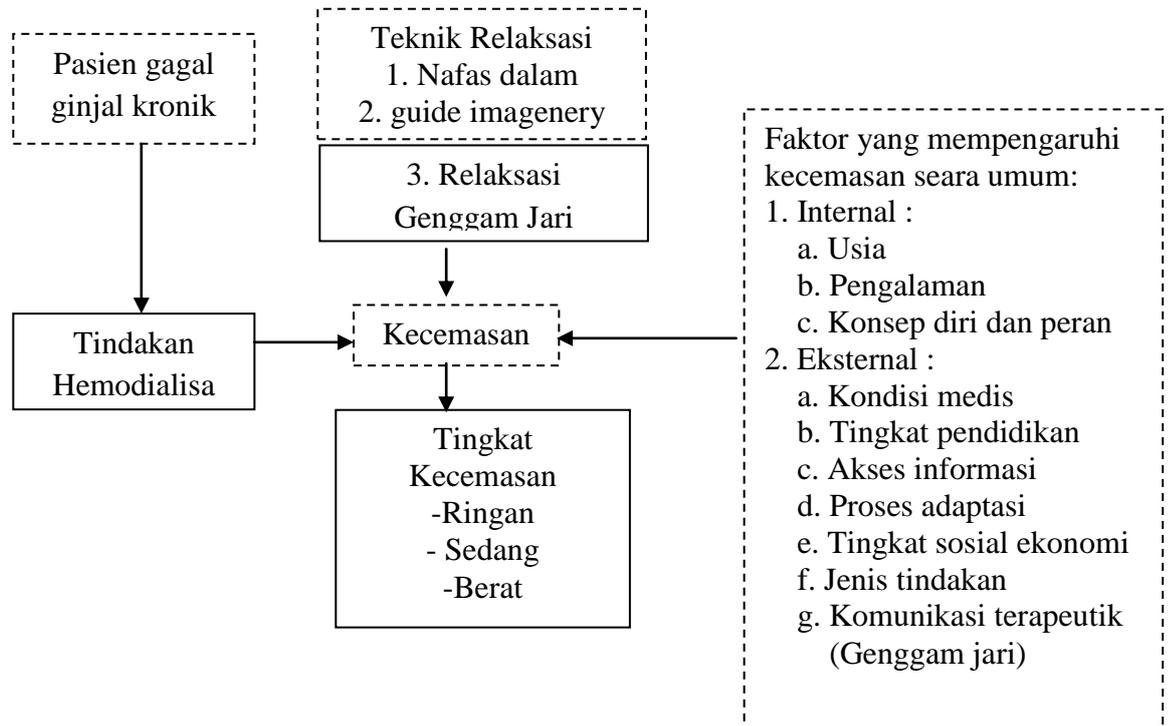
Saat cairan dipindahkan selama hemodialisis, cairan yang dipindahkan akan mengambil bersama dengan zat terlarut yang tercampur dalam cairan tersebut.

5) Ultrafiltrasi

Proses dimana cairan dipindahkan saat dialisis dikenali sebagai ultrafiltrasi artinya adalah pergerakan dari cairan akibat beberapa bentuk tekanan. Tiga tipe dari tekanan dapat terjadi pada membran :

- a) Tekanan positif merupakan tekanan hidrostatis yang terjadi akibat cairan dalam membran. Pada dialisis hal ini dipengaruhi oleh tekanan dialiser dan resisten vena terhadap darah yang mengalir balik ke fistula tekanan positif “mendorong” cairan menyeberangi membrane
- b) Tekanan negative merupakan tekanan yang dihasilkan dari luar membran oleh pompa pada sisi dialiser dari membran tekanan negative “menarik” cairan keluar darah.
- c) Tekanan osmotik merupakan tekanan yang dihasilkan dalam larutan yang berhubungan dengan konsentrasi zat terlarut dalam larutan tersebut. Larutan dengan kadar zat terlarut yang tinggi akan menarik cairan dari larutan lain dengan konsentrasi yang rendah yang menyebabkan membrane permeable terhadap air.

B. Kerangka Teori



Keterangan :

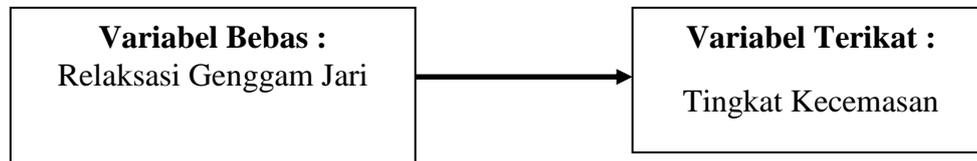
⋯ : variabel yang diteliti

▭ : tidak diteliti

Gambar 2.2. Kerangka Teori

Sumber: Brunner & Suddarth (2007), Notoatmodjo (2010), Nursalam (2008)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara yang masih perlu dibuktikan kebenarannya. Berdasarkan permasalahan yang diajukan dan uraian teori serta kerangka konsep yang telah disampaikan maka dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

Ho : Tidak ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di klinik hemodialisis PMI kota Surakarta.

Ha : Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di klinik hemodialisis PMI kota Surakarta.