



KEPERAWATAN HOLISTIK DAN APLIKASI INTERVENSI KOMPLEMENTER

Editor
SUHARTINI ISMAIL

PENERBIT LPPM STIKES KENDAL

KEPERAWATAN HOLISTIK DAN APLIKASI INTERVENSI KOMPLEMENTER

ISBN 978-602-52571-4-3



9 786025 259463

**KEPERAWATAN HOLISTIK DAN
APLIKASI INTERVENSI
KOMPLEMENTER**

KEPERAWATAN HOLISTIK DAN APLIKASI INTERVENSI KOMPLEMENTER

Magister Keperawatan
Universitas Diponegoro
Angkatan 2016

Tim Penyusun

Editor:

- Suhartini Ismail

Penyusun

- Suhartini Ismail
- Meidiana Dwidiyanti
- Reza Indra Wiguna
- Nur Ayun R Yusuf
- Suksi Riani
- Prita Adisty
- Ilma Widiya Sari
- Thrisna Dewi
- Emy Kurniawati
- Lisnawati

Desain :

KEPERAWATAN HOLISTIK DAN APLIKASI INTERVENSI KOMPLEMENTER

Katalog dalam Terbitan



Diterbitkan oleh:

.....
Semarang

KEPERAWATAN HOLISTIK DAN APLIKASI INTERVENSI
KOMPLEMENTER - Tim Magister Keperawatan Universitas
Diponegoro Tahun Angkatan 2016. – Edisi 1-cet. 1 – Semarang:
....., 2019.

Jumlah halaman : 210 halaman
Ketebalan buku : 2,5 cm
ISBN :

Hak Cipta 2019, pada tim penulis

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apapun,
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari
penerbit

Suhartini; Meidiana Dwidiyanti; Reza Indra Wiguna, Nur Ayun Y, Suksi
Riani; Prita Adisty; Ilma Widiya S; Thrisna Dewi; Emy Kurniawati;
Lisnawati.

Keperawatan Holistik dan Aplikasi Intervensi Komplementer

Cetakan ke- 1, Februari 2018

Hak penerbitan pada Tim Holistic

Desain cover oleh -

Dicetak oleh

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Swt dengan rahmat dan karunia-Nya terhadap kita semua, khususnya kami mahasiswa magister keperawatan Universitas Diponegoro angkatan 2016 bisa menyelesaikan penyusunan buku ***“Insight Of Holistic Nursing”***. Penyusunan buku ini merupakan tugas dari mata ajar elektif keperawatan holistik pada program studi magister keperawatan Universitas Diponegoro, yang bertujuan dalam pengembangan intervensi dari keperawatan holistik.

Selama proses penyusunan buku ini, banyak pihak yang telah berkontribusi. Kami dari tim penyusun mengucapkan terimakasih untuk semua pihak yang telah berkontribusi, tidak terlepas dari para dosen mata ajar keperawatan holistik yang telah membimbing. Semoga segala bentuk kontribusi yang telah diberikan mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah Swt, semoga buku ini bermanfaat dalam memberikan sumbangsih terhadap pengembangan keilmuan keperawatan holistik.

Semarang, Februari 2017

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Sampul Buku	i
1	1
Tim Penyusun	ii
Kata Pengantar	2
Daftar Isi	3
3	3
Pendahuluan	4
4	5
5	
Prolog – Insight of Holistic Nursing	7
7	x
1. <i>Harmony of Life through a Holistic Caring Process For Patients and Families</i>	8
8	x
2. Intervensi Keperawatan Spiritual Islam	20
20	
Bagian 1 - Body Therapy	32
32	x
1. Cupping Therapy	33
33	x
2. Yoga	51
51	x
x	

3. Reflexology
63
x
4. Osteopathic Therapy
74
x

**Bagian 2 - Mind Therapy
84.....**
x

1. Terapi Kelompok Reminiscence
85
x
2. Deep Breathing
.....
102
x
3. Play Therapy
.....
112
x
4. Shirodara Therapy
.....
132
x

**Bagian 3 - Spirit
Therapy
139.....**
x

1. Mindfulness
.....
140
x
2. Healing Touch
.....

151	
x	
3. Reiki	
.....	
159	
x	

Bagian 4 - Natural Product

.....	
172	
x	
1. Nutritional Suplement	
173	
x	
2. Lulur Kunyit dan Beras Putih	
.....	
180	
x	
3. Manfaat Produk Jahe	
192	
x	
4. Teh Hijau.....	
203	

PENDAHULUAN

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dan landasan dalam pemberian asuhan keperawatan, yang harus tertanam baik pada individu, keluarga, ataupun masyarakat. Falsafah keperawatan memandang individu secara holistik, sebagai satu kesatuan yang utuh

dan kompleks, yang memiliki aspek biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Asmadi, 2005). Keseluruhan aspek tersebut saling terhubung dan berkaitan satu dengan yang lainnya. Kelima dimensi tersebut merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi oleh manusia. Kegagalan pemenuhan salah satu aspek dari dimensi holistik tersebut, akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan di keempat dimensi yang lain (Barry, 2002).

Inilah yang dinamakan konsep holistik dalam ilmu keperawatan, salah satu konsep yang mendasari asuhan keperawatan. Karena holistik merupakan salah satu pendekatan dalam kegiatan praktik keperawatan, oleh sebab itu holistik sangat terkait dalam usaha untuk mewujudkan kesejahteraan kesehatan manusia dari segala aspek kebutuhan baik; fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Konsep tersebut juga diperkuat dengan pernyataan WHO yang menyatakan bahwa sehat adalah keadaan sempurna dari fisik, mental, dan kesejahteraan sosial tidak hanya terbebas dari penyakit ataupun kelemahan fisik.

Holistik memiliki arti 'menyeluruh'. Bahwa pandangan holistik bermakna luas dalam membangun kehidupan manusia secara utuh, sehat, dan seimbang, terkait dengan seluruh aspek dalam unsur kehidupan seperti; aspek fisik, emosi, spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, dan estetika. Jadi pandangan sehat yang dimaksud bukan hanya pada aspek fisik semata, namun lebih dari hal itu, bahwa pandangan sehat merupakan sinergitas dari *mind*, *body*, dan *spirit*. Usaha dalam aspek penyembuhan tersebut, tentu

berdasarkan proses ilmiah. Karena tubuh manusia merupakan keterpaduan sistem yang sangat kompleks, dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya. Seperti, di ungkapkan oleh Janet F. Quinn dalam bukunya “*Transpersonal Human Caring and Healing*”. *“A true health care system in which people can receive adequate, nontoxic, and noninvasive assistance in maintaining wellness and in healing for body, mind, and spirit, together with the most sophisticated, aggressive curing technologies available”*.

Lebih dari itu sejalan dengan pengembangan ilmu keperawatan holistik, kini terapi berbasis holistik menjadi sesuatu yang sangat menarik dan banyak diminati oleh masyarakat. Konsep holistik memberikan paradigma baru dalam dunia kesehatan saat ini, karena ada berbagai permasalahan yang dialami oleh pasien misalnya resisten antibiotik, penyakit kronis, dan faktor-faktor ekonomi, lingkungan, dan sosial yang mempengaruhi kesehatan.

Berbagai permasalahan yang mempengaruhi kesehatan tersebut, tentu diperlukan upaya penanganan secara menyeluruh, dan konsep keperawatan holistik memandang hal tersebut dapat diatasi dengan usaha-usaha yang bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitasi. Pemahaman ini sebagai penyempurnaan definisi keperawatan holistik adalah praktek keperawatan yang menghasilkan penyembuhan menyeluruh seseorang sebagai manusia yang utuh (AHNA, 2009).

Buku *Insight Of Holistik Nursing* ini mencoba untuk mengulas berbagai macam intervensi komplementer yang bersifat holistik yang

disertai dengan *evidence based* yang mendukung dari setiap intervensi yang dibahas. Hal ini sebagai “*insight*” dalam mengembangkan khazanah dibalik luasnya konsep ilmu keperawatan holistik yang bersifat menyeluruh terutama dalam kegiatan praktiknya. Perawat holistik berupaya memfokuskan dalam menangani pasien secara keseluruhan dan bukan hanya mengobati gejala kondisi dari penyakitnya saja. Maka dalam menjalankan praktik keperawatan professional, para perawat dapat mendorong pasien untuk mengintegrasikan perawatan diri, spiritualitas, yang direfleksikan kedalam kehidupan mereka sehingga dapat membantu menjaga keseimbangan pikiran, tubuh, dan jiwa secara menyeluruh.

Keperawatan Holistik

“Filosofi pendekatan “

“Harmony of Life through a Holistic Caring Process For Patients and Families”

Suhartini Ismail*

Lecturer in Holistic Laboratory, Nursing Department, Faculty of Medicine
Diponegoro University

Holistic nursing as a nursing care approach

Holistic nursing refers to the balance between art and science in its equilibrium that put emphasis on analytic and intuitive skills, self-care skills, and the ability to care for patients using the interconnectedness of body, mind, and spirit (Dossey, 2009). In addition, nursing is indeed holistic in nature, since the nursing profession has regard to the person dignity as a whole (McEvoy & Duffy, 2008). So, the key of harmony that exists between nurses and their patients is central to holistic nursing.

Holistic nursing recognizes that health proceeds from a balance of our biological, psychological, social, and spiritual needs as human wholeness. The wholeness is dependent upon our relationship to each other, our environment and that which gives our lives meaning. The philosophy and purpose of holistic nursing are as enhancing the art of nurturing and caring for the whole person (Potter & Frisch, 2007). The nurses have the unique ability to promote the harmonious balance of human energy systems (American Holistic Nurses' Association, 2005). The heart of holistic is helping empower the patients to utilize their inner resources to improve their quality of life and adapt to changes caused by the disease trajectory.

Bio-Psycho-Socio-Spiritual model of holistic approach encompasses body, mind, and spirit. It supports the involvement of family and friends providing care and empowers individuals by providing information and education. The holistic care approach encourages healing in all dimensions (mental, emotional, spiritual, social and physical). The complementary therapies are integrated with conventional medical treatment. Nature, art, music, and space for meditation and prayer are incorporated into this environment (Joynt & Kimball, 2008; Planetree, 2009).

As nursing becomes more technical and the demands of understaffing, high patient turn-over, and market driven health care create demoralization amongst nurses, the search for a more meaningful patient/nurse relationship has begun. Nurse should be encouraged to become more holistic, on the other hand, the conditions in which we work at variance by putting holistic principles into practice. The buildings of the nonmedical/nursing management structure, the technological advances and the training of nurses all seem to be growing in number but are becoming less manageable in human terms. The unhappy and stressed nurses are able to change the performance of duties in the healing process for the patients. The nurses have begun to broaden their horizons in an effort to return to the human, have turned to complementary therapies to enrich and deepen their contact with patients.

In the hospital and community setting, Indonesian nurses did the conservative routine intervention in last ten years ago. Recently, they begin to appearance complimentary therapy as an independent

nursing intervention. They apply music, spiritual intervention, and herbal medicine. Unfortunately, the weakness of nursing science in Indonesia is lack of researches and evidences as underpin for developing the topic of holistic nursing. The areas of research in Indonesia were limited number of publication in area of holistic nursing. Several topics of holistic nursing research may not expose yet, therefore the evidence in the holistic issue also privation. In reality, these conditions of the clinical environment in Indonesia are still difficult to accept the practice of such complementary therapies.

In Indonesia, the holistic nursing is already put into nursing curricula for long time ago. Indonesian nurses also know about the issues of bio-psycho-social-spiritual concept in their relationship with patients. However, they may not create yet the environment of holistic nursing approach into their practices. Additionally, in developing science of nursing, Indonesia does not have yet a approach of holistic nursing compared with other Asia countries, like Thailand and China. Interestingly, these phenomena are always in exploring, discussing, and asking some questions somehow. Unfortunately, the research about holistic nursing approach does not conduct yet to the real study. Somewhat, the nurses homologate that the holistic nursing is complimentary therapies. Thus, the concepts of holistic nursing as a nursing science miscarried to comprehend.

Conceptual Framework of Holistic Nursing Care

Nursing theories and nursing model to guide the application of holistic nursing care in its practice as follow:

- Planetree Patient-Centered Care (PPCC) model. The model was developed at Griffin Hospital. The PPCC model uses the holistic care model that encourages healing in all dimensions (mental, emotional, spiritual, social and physical). The PPC integrates complimentary therapies with conventional medical treatment. The Planetree team had conducted a study that used this PPCC model in developing Patient-and Family-Centered Care Strategy (PFCC) (Planetree- & Picker Institute, 2008). This study will adopt the PFCC concepts and formulates it to the map.
- Bio-Psycho-Social-Spiritual Model. In this holistic model, all diseases have a psychosomatic component, and biologic, psychological, social, and spiritual factors which always contribute to the patient's symptoms, disease, or illness. The spiritual dimension in the Bio-Psycho-Social-Spiritual Model incorporates spirituality in a broad context: values, meaning, and purpose in life. It reflects the human traits of caring, love, honesty, wisdom, and imagination. The concept of spirit implies a quality of transcendence, a guiding force, or something outside the self and beyond the individual nurse or client. It may reflect a belief in the existence of a higher power or a guiding spirit.
- The Science of Unitary Human Beings Theory
This theory was developed by Martha Rogers and was more familiar with Rogers's theory. According to the theory, nursing is a humanistic science dedicated to compassionate concern for maintaining and promoting health, preventing illness, and caring for and rehabilitating the sick and disabled. Within this theory,

Nursing is the scientific study of human and environmental energy fields. *Person* is a unified whole, defined as a human energy field; human beings evolve irreversibly and unidirectional in space and time. *Health* is understood in terms of culture and, according to Rogers, individually defined by the subjective values of each person. *Environment* is the environmental energy field that is in constant interaction with the human energy fields (Frisch, 2005).

Caring as an Action in Holistic Nursing Care

In nursing science, caring is an art, a science, and a philosophy. Caring is often described as the essence of nursing (Watson, 2008) and is recommended to complement the metaparadigm concepts of nursing. Caring is a way of being (ontology), a body of knowledge and way of knowing (epistemology), a moral idea (ethic), art of practice (aesthetic) and social cultural phenomena (Ray, 2010). Caring could be a way to define the nurse's practice as caring has ingredients (Mayeroff, 1971). The essential ingredients of caring are knowing a patient, alternating rhythm, patience, honesty, trust, humility, hope and courage. These attributes are as a cornerstone for a nurse to apply caring for a patient (Mayerof, 1971). Caring should be a moral responsibility (Schaefer, 2002). Locsin (2005) viewed caring in nursing technology competencies.

Caring science is developing more nowadays. From a knowledge development standpoint, theories of caring and caring knowledge are located within nursing science. Caring science is emerging as a distinct field of nursing study (Cossette, Pepin, Cote, &

de Courval, 2008). As a result, caring knowledge and practices affect on human health (patients and families) and health care practitioners (nurses). Scotto (2003) conducted a literature review for a new definition of caring. Scotto wrote that caring should be defined as the offering of the self. This means offering is the intellectual, psychological, spiritual, and physical aspects one possesses as a human being to achieve a goal. In nursing, this goal is to facilitate and enhance a patient's ability to do and decide for his or herself. However, caring is not always agreeable; it is sometimes frustrating and rarely easy (Mayeroff, 1971).

The goal of caring in the context for holistic nursing is healing. Healing is as the emergence of a right relationship between a nurse and a patient (Lincoln & Johnson, 2009). The right relationship between a nurse and patient in caring will increase the coherence of the whole body-mind-spirit, decrease disorder, and maximize free energy in the whole body-mind-spirit, maximize freedom, autonomy, and increase the capacity for creative unfolding of the whole body-mind-spirit (Quinn, 2009).

Harmony is as a caring outcome in holistic caring process

Nurses promote wholeness through caring using a holistic approach. Dossey, Keegan, and Guzetta (2005) have defined holistic as "concerned with the inter-relationship of body, mind, and spirit in an ever changing environment". While, The American Holistic Nurses Association (n. d.) defines wellness (health) as "a state of harmony between body, mind, and spirit". Therefore, if the nurse is helping a

patient to attain wholeness well-being, the nurse needs to provide care in each of those areas. In providing care, caring is essential to nursing, and a nurse's caring action will promote harmony of body, mind, and spirit for the patients. Easley (2007) described harmony as a link between phenomena, such as nursing intervention, or spiritual dimensions in harmony with the universe. Harmony has been typically related to music, and is used in various senses including the environment, and connected to body, mind, and spirit. In addition, harmony is an integral part of effective communication and positive relationships. Thus, it is concluded that, harmony is a connection of body, mind, and spirit to the environment that uses communication and relationships between healthcare members, and patients and families.

The attributes of harmony are balance, peace, and rhythm. Healing occurs when the client and the nurse both acknowledge their life processes and use them to move toward balance and harmony (Dossey et al., 2005). Nursing care is given to the patient with the intent of promoting his or her well-being through presence, respect, trust, and partnership. As a result this will maintain the balance and harmony of the patient (Lowe, 2002). In a study of Cumbie (2001), balance within one's self as well as with the world will result in harmony. Harmony with the environment, and balancing body, mind, and spirit was also present in adults with disabilities (Atkin, 2000). Furthermore, Islamic teachings and practice have enabled the production of a holistic framework in meeting the physical, spiritual, psychosocial, and environmental needs of individuals and communities (Ohm, 2003; Rassool, 2000).

Harmony in nursing caring manifests personal relationships, working relationships, and nurse-patient relationships as the major aspect of harmony (Easley, 2007). Personal relationship means a relation between persons. Working relationship refers to activities that are so intense that it is essential to have a united, harmonious, and committed team offering quality care, and there must be a solid base for constructive communication, friendship, and mutual respect (Martins & Robazzi, 2009). The nurse-patient relationship, which is essentially therapeutic in interaction, requires therapeutic communication to be of prime importance and is integral to holistic care (Wilkin & Slevin, 2004). Lastly, the harmonious relationship between individuals (patient, nurse) and environment will present a pleasant moment, nurse and patient satisfaction, and effective nursing intervention. Thus, harmony is potentially relevant to caring as one of the nursing outcomes.

Harmony is routinely found in nursing research, for example, reconciling with harmony is one of the coping strategies employed by Chinese family caregivers of stroke-impaired older relatives (Lee & Mok, 2011), getting in harmony with oneself is the mode to accept a chronic illness (Delmar et al., 2005) and open visiting hours in critical care will increase harmony of body, mind, spirit of the patients (Whitton & Pittiglio, 2011). All of these studies found that harmony of body, mind, and spirit help patients and their families in adjusting to the illness and environment. Thus, to achieve harmony, the nurse must maintain a pleasant environment, feelings of satisfaction, positive self-concepts, and effective nursing intervention programs for the patients. It is

suggested that nurses should be able to promote harmony in nursing care to benefit the patients.

Summary

Nurses are the people who give the nursing care to the patients and their relatives should understand the individual as a human. All the dimension of human; physical, psychological, social, and spiritual need nursing care to gain the balance of their body, mind, and spirit. Caring is the essence of nursing that employs the action of the nurses in their practice into the care. The nurses have to apply caring in order to achieve harmony of life for a patient and family. In advance, the holistic caring process can gain the quality of nursing care and improve quality of life the patients holistically.

REFERENCES

- American Holistic Nurses' Association. (2005). American Holistic Nurses' association (AHNA) Standards of Holistic Nursing Practice (Revised 2003). In AHNA (Ed.), *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Atkin, K. (2000). Adults with disabilities who reported excellent or good quality of life had established a balance of body, mind, and spirit. *Evidence Based Nursing*, 3(1), 31. doi:10.1136/ebn.3.1.31
- Cossette, S., Pepin, J., Cote, J. K., & de Courval, F. P. (2008). The multidimensionality of caring: A confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Short Scale. *Journal of*

- Advanced Nursing*, 61(6), 699-710. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x
- Cumbie, S. A. (2001). The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. *Holistic Nursing Practice*, 15(3), 56-62.
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., . . . Pedersen, B. D. (2005). Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 204-212. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00334.x
- Dossey, B. M. (2009). Integral and Holistic Nursing: Local to Global. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (5th ed., pp. 3-43). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Dossey, B. M., Keegan, L., & Guzzetta, C. E. (2005). *Holistic nursing : A handbook for practice* (4 ed.). Mississauga, Canada: Jones and Bartlett.
- Easley, R. (2007). Harmony: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 551-556. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04315.x
- Frisch, N. C. (2005). Nursing Theory in Holistic Nursing Practice. In B. M. Dossey, L. Keegan, & C. E. Guzzetta (Eds.), *Holistic Nursing A Handbook for Practice* (4th ed., pp. 79-90). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Joynt, J., & Kimball, B. (2008). Innovative Care Delivery Models: Identifying New Models that Effectively Leverage Nurses *January 2008*, 1 - 11.
- Lee, R. L. T., & Mok, E. S. B. (2011). Seeking harmony in the provision of care to the stroke-impaired: views of Chinese family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1436-1444. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03500.x
- Lincoln, V., & Johnson, M. (2009). Staff nurse perceptions of a healing environment. *Holistic Nursing Practice*, 23(3), 183-190. doi:10.1097/HNP.0b013e3181a056fd

- Locsin, R. C. (2005). Technological competency as caring and the practice of knowing persons as whole. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed., pp. 380-388). Philadelphia: F.A.
- Lowe, J. (2002). Balance and harmony through connectedness: the intentionality of Native American nurses. *Holistic Nursing Practice, 16*(4), 4-11.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. d. C. C. (2009). Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17*(1), 52-58. doi:10.1590/s0104-11692009000100009
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: HarpenCollins Publisher.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice, 8*(6), 412-419.
- Ohm, R. (2003). The African American experience in the Islamic faith. *Public Health Nursing, 20*(6), 478-486. doi:10.1046/j.1525-1446.2003.20608.x
- Planetree-, & Picker Institute. (2008). *Executive Summary Patient-and Family-Centered Care*. Retrieved from www.planetree.org and www.pickerinstitute.org
- Planetree. (2009). *Creating Relationship-Centered Caring Environments (Planetree Model)*. Retrieved from <http://planetree.org/>
- Potter, P. J., & Frisch, N. (2007). Holistic Assessment and Care: Presence in the Process. *Nursing Clinics of North America, 42*(2), 213-228. doi:10.1016/j.cnur.2007.03.005
- Quinn, J. F. (2009). Transpersonal human caring and healing. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing a handbook for practice* (5 ed., pp. 91-99). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of*

- Advanced Nursing*, 32(6), 1476-1484. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01614.x
- Ray, M. A. (2010). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Schaefer, K. M. (2002). Reflections on caring narratives: Enhancing patterns of knowing. *Nursing Education Perspectives*, 23, 286-293.
- Scotto, C. J. (2003). A new view of caring. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 289-291.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring* (Revision ed.). Boulder, Colorado: The university press of Colorado.
- Whitton, S., & Pittiglio, L. I. (2011). Critical care open visiting hours. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(4), 361-366.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 50-59. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x.

“Intervensi Keperawatan Spiritual Islam”

Meidiana Dwidiyanti¹, Reza Indra Wiguna²

¹Lecture in Magister of Nursing, Faculty of Medicine, Diponegoro University

²Student in Magister of Nursing, Faculty of Medicine, Diponegoro University

I. Latar Belakang

Konsep teori dan praktik keperawatan profesional selalu memandang pasien sebagai manusia secara menyeluruh (holistik), pandangan secara keseluruhan tersebut mencakup dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual yang merupakan kesatuan aspek yang utuh. Apabila satu aspek dalam konsep holistik tersebut terganggu maka akan mempengaruhi dimensi lainnya (Salbiah, 2006). Oleh karena itu seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus mempertimbangkan berbagai aspek baik fisik, emosional, sosial, kultural, maupun spiritual dalam rangka pemenuhan kebutuhan pasien secara holistik. Perawat juga harus mempertimbangkan respon pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya.

Jika melihat kondisi paradigma kesehatan yang berkembang di Indonesia saat ini, konsep kesehatan secara holistik yang diberikan di pelayanan kesehatan masih jarang di implementasikan secara langsung. Kebutuhan spiritual dan psikososial kurang menjadi perhatian dari pada kebutuhan fisik, karena kebutuhan tersebut seringkali abstrak, kompleks dan lebih sulit untuk diukur. Padahal jika pelayanan kesehatan yang hanya berorientasi pada aspek fisik

semata, tanpa di barengi dengan pelayanan aspek kebutuhan spiritual dan psikososial akan menyebabkan kondisi penyembuhan pasien yang sedang dalam proses perawatan kerap membutuhkan waktu dan proses yang lama, sehingga dapat menyebabkan kondisi pasien mengalami gangguan emosional seperti ansietas, dan stress fisik terhadap penyakitnya, yang lambat laun dapat mengakibatkan gangguan atau gejala fisik tambahan. Jadi, konsep pelayanan kesehatan secara holistik yang dimaksud bukan hanya pada aspek fisik semata, namun lebih dari hal itu, bahwa pandangan sehat merupakan sinergitas dari *mind*, *body*, dan *spirit*.

Pemenuhan aspek kebutuhan spiritual pada pasien menjadi bagian dari perawatan secara menyeluruh yang cukup mudah diterapkan dalam proses keperawatan dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Kebutuhan dan perawatan spiritual di dalam kerangka kerja proses keperawatan ini telah terbukti sangat membantu baik dari segi filosofis maupun praktis (Khoiriyati, 2008). Aspek spiritual harus dapat diperhatikan dalam perawatan selain aspek fisik dan psikososial karena menurut beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa keyakinan spiritual berpengaruh terhadap kesehatan dan perawatan.

Dalam sebuah studi di Iran bahwa pemberian pendidikan kesehatan spiritual Islam berpengaruh dalam peningkatan kesejahteraan spiritual (*Spiritual Wellbeing*) pada pasien wanita yang menderita kanker (Sajadi, 2018). Menurut Kim (2014), *Spiritual care* pada pasien dengan penyakit terminal dirasakan

oleh pasien sebagai hal yang penting. Hsiao (20119) menyatakan bahwa satu-satunya sumber penyembuhan (*healing*) bagi pasien dengan penyakit terminal adalah aspek spiritualitas mereka. Pasien membutuhkan intervensi spiritual dengan porsi yang cukup besar, selain pengobatan ataupun perawatan fisik.

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap insan manusia. Apabila seseorang dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Tuhannya pun semakin terhubung, mengingat seorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal. Aspek tersebut akan mempertahankan atau mengembalikan keyakinan pasien dalam memenuhi kewajiban agama, serta pasien dalam keyakinannya mendapatkan maaf dan pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan dalam masa perawatan (Hamid, 2004).

Oleh Karena itu kebutuhan akan Intervensi spiritual dapat diterapkan dalam ilmu keperawatan, Intervensi tersebut berupa pendekatan dari spiritual islam yang bertujuan dapat meningkatkan kemandirian perawatan pada pasien, pelaksanaan ibadah saat perawatan berlangsung, kesadaran tentang masalah kesehatan, keterikatan dengan Allah Swt, ketenangan dalam menghadapi masalah penyakit, dapat mengendalikan emosi, dan membantu proses penyembuhan dengan promosi intervensi adaptasi spiritual islam (Dwidiyanti & Yanuar 2017). Kebutuhan spiritual pada pasien tersebut mengacu pada konsep intervensi keperawatan berdasarkan ajaran islam, dengan berbagai macam kegiatan dalam intervensi seperti; membaca doa, mendengarkan Al Qur'an, dzikir, puasa,

metode pengobatan nabi (*Thibbun Nabawi*), dan metode-metode lainnya yang di ambil dari perspektif ajaran Islam.

II. Konsep Keperawatan Spiritual

Spiritualitas juga merupakan suatu kekuatan yang dibutuhkan pasien selama di rawat di rumah sakit. Spiritualitas dapat mempengaruhi proses penyembuhan dan penguatan diri atau koping pada pasien dalam menghadapi penyakitnya. Pendekatan sistematis terhadap perawatan spiritual pasien menjamin perawatan yang tepat dan efektif. Dalam pelayanan keperawatan selalu bermuara pada prinsip caring (Empati) yang merupakan inti dari setiap tindakan keperawatan professional (Dwidiyanti, 2008).

Peran perawat sangat dibutuhkan pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya selama dirawat di rumah sakit. Perawat dituntut harus memahami tentang konsep keperawatan spiritual. Perawatan spiritual mencakup usaha meningkatkan integritas pribadi, relasi antar pribadi dan pencarian makna hidup. Keperawatan spiritual didefinisikan dengan meringkasnya menjadi 5 (Lima) R ; ***reason and reflection***, alasan dan renungan tiap manusia yang mengalami situasi ekstrim atau wajar saja mencari makna dan tujuan hidup; ***religion*** (religi atau agama), agama merupakan sarana untuk mengungkapkan spiritualitas yang meliputi nilai – nilai, praktik dan kepercayaan; ***relationships*** (relasi) relasi dengan sesama, diri sendiri, dan Tuhan menjadi pusat spiritualitas tiap manusia; ***restoration*** (restorasi/pemulihan), aspek ini mengacu pada kemampuan spiritualitas seseorang untuk secara positif

mempengaruhi keadaan fisiknya (Young, 2007). Sedangkan menurut Heliker menggambarkan kebutuhan spiritual sebagai bidang yang menyangkut persahabatan, ikatan dan keharuan. Mempraktikkan rasa keharuan, sebagai perawat membutuhkan kesadaran tentang ikatan antara pasien dan aspek penyembuhnya. Hal ini berarti perawat mempunyai keinginan untuk berbagi dan menemukan makna dan tujuan hidup, kesakitan dan kesehatan dari orang lain (Potter, 2005).

Aspek penting lain dari perawatan spiritual adalah mengenali bahwa pasien tidak harus atau berhak mempunyai masalah spiritual. Pasien membawa kekuatan spiritual tertentu yang perawat dapat gunakan sebagai sumber untuk membantu mereka menjalani gaya hidup yang lebih sehat, sembuh dari penyakit, atau menghadapi kematian dengan tenang (Winarti, 2016). Sejalan dengan pendapat Kruizinga (2016) bahwa pasien dengan penyakit terminal akan lebih mencari makna dari kehidupan sebagai cara untuk memperpanjang kelangsungan hidup mereka. Ketika tidak ada lagi cara untuk sembuh, perhatian pasien akan terfokus ada pemahaman terhadap proses kehidupan dan keterikatan dengan kekuatan yang lebih tinggi. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian Nuraeni (2015) bahwa sebagian besar pasien kanker memerlukan spiritualitas ataupun religiusitas sebagai sumber koping untuk menghadapi kondisi tersebut, sehingga pengetahuan perawat yang baik tentang kebutuhan spiritual pasien menjadi penting untuk dimiliki.

III. Intervensi Keperawatan Holistik dengan Pendekatan Spiritual Islam

Spiritual merupakan sesuatu paham keyakinan yang kuat dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang dimana dalam hal ini jika kita menggunakan konsep spiritual berdasarkan ajaran islam maka konsep keyakinan seorang harus dilandasi keimanan kepada Allah Swt, hal ini dikenal dengan konsep tauhid dalam ajaran islam (Hussein, 2000). Keyakinan dengan tingkat spiritualitas seperti ini dapat meningkatkan kebutuhan serta kecintaan seorang pasien terhadap adanya tuhan-Nya, adanya suatu permohonan maaf atas segala kesalahan yang diperbuatnya, dan pasien mempunyai kesadaran terhadapnya penyakitnya dengan perasaan ikhlas sabar dalam menerima proses perawatan (Dwidiyanti, 2017).

Aspek kebutuhan spiritualitas merupakan suatu refleksi dari pengalaman internal (*inner experience*) yang diekspresikan secara individual, maka aspek spiritualitas mempresentasikan dari banyak aspek dalam diri manusia, antara lain agama seseorang, keyakinan atau kepercayaan yang kuat, harapan, transendensi, dan pengampunan (Potter, 2005).

Jika aspek spiritual Islam tersebut di implementasikan dalam konsep keperawatan Holistik yang bersifat secara menyeluruh baik dasar, lanjut, dan komplementer, maka hal ini tepat dengan spiritual Islam yang dapat di implementasikan dalam segala kondisi pasien yang sedang mengalami proses perawatan. Hal ini, akan menghasilkan sebuah keharmonisan dan penyembuhan pasien

sebagai manusia utuh terdiri seluruh aspek biologis, psikologis, kognisi, sosial, kultural, dan spiritual yang saling terkait satu sama lain. Karena Islam mengajarkan konsep keseluruhan (*Kaaffah*) dalam menjalankan ajaran agama hal tersebut sesuai dengan dengan konsep holistik yang bersifat menyeluruh.

Islam merupakan agama yang mengajarkan ummatnya dengan jalan hidup (*way of life*) ajaran yang menyeluruh, mempunyai praktek ibadah spiritual yang dapat diterapkan secara langsung dalam praktek keperawatan holistik (Mardiyono, 2017). Intervensi spiritual tersebut terdiri dari ajaran islam berdasarkan Al-Qur'an dan Sunnah yaitu yang di ajarkan melalui kehidupan Nabi Muhammad SAW. Intervensi spiritual dalam praktik keperawatan holistik sejak 1994 diawali adaptasi tindakan konvensional menjadi intervensi spiritual yaitu *religious psychotherapy* terhadap ansietas pada pasien jiwa di Malaysia (Mardiyono, 2017). Di Indonesia, Aplikasi intervensi spiritual dengan terapi zikir terhadap kecemasan preoperasi sejak tahun 1997 hingga saat ini sudah banyak terapi-terapi yang dikembangkan dari konsep agama Islam secara ilmiah. Selain itu pengembangan terapi *mindfulness caring* dengan pendekatan spiritual yang dikembangkan oleh tim pasca UNDIP saat ini sudah di aplikasikan pada pasien jiwa Semarang yang di kembangkan dari konsep terapi penyembuhan (Dwidiyanti & Yanuar, 2017).

Dalam berbagai penelitian yang berbasis intervensi spiritual islam sudah mulai marak dilakukan dan dikembangkan baik diluar negeri maupun di dalam negeri. Seperti penelitian dengan

randomized control trial (RCT) di Iran yang dilakukan oleh Sajadi tahun (2018) baru – baru ini, menemukan bahwa pengaruh pendidikan islam melalui konseling dengan depalapan kali sesi pertemuan pada wanita yang menderita kanker payudara terdapat adanya peningkatan aspek psikologis, dan kesejahteraan spiritual (*Spiritual Wellbeing*), yang ditandai dengan meningkatnya hubungan pasien dengan tuhan nya dan lebih memaknai tujuan hidup dengan harapan kehidupan (Sajadi et al., 2018).

Sedangkan penelitian di dalam negeri dengan konsep Zikir 4T yang dilakukan oleh Mardiyono (2014) menunjukkan hasil bahwa dzikir 4T yang terdiri dari kalimat (*Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar dan Laaillahailallah*), dapat menurunkan kecemasan selama dalam 72 jam setelah masuk perawatan pada pasien sindrom koroner akut ($p<0,05$). Ada pengaruh yang sangat bermakna penurunan kecemasan yaitu pada jam ke- 24 jam ($p<0,001$) dan 72 jam ($p<0,001$) (Mardiyono, 2014).

Sedangkan dalam artikel “*Caring in Nursing from an Islamic Perspective: A Grounded Theory Approach*” Dalam jurnal *International Journal For Human Caring*, Dijelaskan bahwa konsep Caring dalam keperawatan jika dipadukan dengan perspektif Islam, maka akan meningkatkan lima aspek dimensi seperti fisik, etika, moral atau etika, spiritual, dan intelektual dari pasien yang terkait dengan pendekatan caring dalam pelayanan asuhan keperawatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa proses perawatan dari perspektif Islam tersebut, dapat dimodifikasi lebih lanjut dan dilanjutkan

dengan membandingkannya dengan sudut pandang ilmuwan muslim dan perawat dari negara-negara muslim lainnya (Barolia, 2008).

IV. Kesimpulan

Intervensi spiritual dapat diterapkan dalam ilmu keperawatan, Intervensi berdasarkan spiritual islam dapat membantu pasien untuk kemandirian perawatan, pelaksanaan ibadah saat perawatan berlangsung, kesadaran tentang masalah kesehatan, keterikatan dengan Allah, ketenangan dan ikhlas dalam menghadapi masalah penyakit, sehingga dapat membantu proses penyembuhan dengan promosi adaptasi dari aspek perawatan spiritual islam.

Intervensi spiritual mengacu pada intervensi keperawatan berdasarkan ajaran islam termasuk metode islam yang bersumber dari Al- Qur'an dan Sunnah Nabi Muhammad Saw seperti; membaca doa, murottal Al Qur'an, puasa, shodaqoh, metode pengobatan nabi (*Thibbun Nabawi*), dan metode-metode lainnya yang di ambil dari perspektif ajaran Islam.

Perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual, khususnya bagi perawat muslim kepada pasien yang beragama islam, tanpa membedakan aspek keyanikan beragama pasien yang lainnya dalam pemberian pelayanan keperawatan. Jadi, setiap perawat harus bisa memahami setiap kondisi pasien dengan berbagai latar keyakinan tentang spiritual dan bagaimana keyakinan spiritual dapat berpengaruh dalam kehidupan setiap orang (Winarti, 2016).

REFERENSI:

- AHNA. (2009). What is Holistik Nursing? Retrieved October 28, 2017, from AHNA; <http://www.ahna.org/AboutUs/whatisholistiknursing/tabid/1165/default.aspx>.
- Barolia Rubina. (2008). *Caring in Nursing from an Islamic Perspective: A Grounded Theory Approach*. International Journal For Human Caring. Aga Khan University School of Nursing. Karachi. Pakistan
- Dwidiyanti, Meidiana. Yanuar, F. Hasanah, EW. (2017). *Mindfulness Caring Pada Stress*. Undip Press; Semarang.
- Feudtner C, dkk . (2003). *Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a natural survey of pastoral care provider's perception, Pediatrics vol 111 no 1*. pp e67-e72 <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/1/e67?ck=nck>.
- Hamid, A. Yani. (2004). *Buku Ajar Spiritual Dalam Keperawatan*, Jakarta: Widya Medika.
- Hussein Rassool. (2000). *The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring*. Philosophical and ethical issues. journal of Advanced Nursing, 2000, 32(6), 1476-1484
- Hsiao S, Gau M, Ingleton C, Ryan T, Shih F. An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited November 27, 2016]; 20(7/8): 950-959. Available from: CINAHL
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Esmail Akbari, M., Jamshidifar, Z., Mousavi, M., & Shirvani, F. (2014). Spiritual Interventions and Distress in Mothers of Children with Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 224–227. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.361>

- Kruizinga R, Hartog I, Jacobs M, Daams J, Scherer-Rath M, Van Laarhoven H, et al. The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology* [serial on the Internet]. (2016, Mar), [cited November 27, 2016]; 25(3): 253-265. Available from: CINAHL Complete.
- Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771–774. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034>
- Mardiyono. (2017). Intervensi Spiritual Dalam Keperawatan Holistik. Seminar Kesehatan Nasional. Updating In Islamic Holistic Care. Makalah HELP-Sharia. Semarang.
- Mardiyono, Sukarni, Made Desak. (2014). 4T Zikr in Anxiety Reduction in Acute Coronary Syndrome Patients Dzikir 4T terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Sindrom Koroner Akut. *Nurse Media Journal*. Semarang.
- M. Rezaei, M. Adib-Hajbaghery, N. Seyedfetemi, F. Hoseini. (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy, Complement. *Therapy. Clinical. Practice* 14.
- M. Cheraghi, S. Payne, M. Salsali. (2005). Spiritual aspects of end of life care for Muslim patients, *International. Journal of Palliative. Nursing*, 11 (9). PMID 468e474.
- Nuraeni Aan. Nurhidayah I, Hidayati N, Windani, Mirwanti R. (2015). Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Kanker. *Research Gate Journal Of Nursing*. (2015, Agustus). Available from: [Researchgate Publication/1463650](https://www.researchgate.net/publication/1463650).
- Oh P, Kim S. The Effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Oncology Nursing Forum* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited November 27, 2016]; 41(5): E290-301. Available from: CINAHL Complete.

- Potter, PA. & Perry, AG. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. (Y. Asih, M. Sumarwati, D. Evriyani, L. Mahmudah, Ellen. P., Kusrini, Sari, K., E. Novie Astari, Penerjemah). Edisi 4. Jakarta : EGC. (Buku Asli dipublikasikan 1997).
- Sajadi, M., Niazi, N., Khosravi, S., Yaghobi, A., Rezaei, M., & Koenig, H. G. (2018). Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.011>.
- Salbiah. (2006). *Konsep Holistik Dalam Keperawatan Melalui Pendekatan Model Adaptasi Sister Callista Roy*. Jurnal Keperawatan Rufaidah Universitas Sumatera Utara, Sumatera Utara.
- Winarti Rahayu. (2016). Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien di RSI Sultan Agung Semarang. Tesis. Magister Keperawatan UNDIP. Semarang.

Body Therapy

Bagian I:

1. Cupping Therapy
2. Yoga
3. Reflexology
4. Osteopathic

***“Cupping Therapy Untuk Menurunkan Tekanan Darah
Pada Pasien Hipertensi”***

(Nur Ayun R Yusuf, Sri Handayani, Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Hipertensi atau yang biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat baik di negara maju maupun negara berkembang. Hipertensi menjadi *silent killer* karena sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala apapun hingga pada suatu hari hipertensi menjadi *stroke* dan serangan jantung yang menyebabkan penderitanya meninggal.

Prevalensi hipertensi di dunia hampir 1 miliar orang dan diperkirakan pada tahun 2025 jumlahnya mencapai 1,6 miliar orang. Di Inggris penyakit hipertensi diperkirakan mengenai lebih dari 16 juta orang. Menurut Depkes RI tahun 2013 bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%). Prevalensi kasus hipertensi esensial di Provinsi Jawa Tengah tahun 2008 adalah 865.204 jiwa, pada tahun 2009 adalah 698.816 jiwa, pada tahun 2010 adalah 562.117 jiwa dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 634.860 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011).

Beberapa data di atas menunjukkan bahwa angka kejadian hipertensi masih cukup tinggi. Oleh karena itu, tindakan pencegahan maupun penanganan sangat penting segera dilakukan untuk menghindari peningkatan penderita hipertensi di dunia terutama di Indonesia. Dalam mencegah komplikasi, maka penanganan untuk

hipertensi dapat dilakukan dengan pengobatan farmakologis, nonfarmakologis, maupun komplementer. Akhir-akhir ini banyak orang menyukai pengobatan komplementer, beberapa alasannya adalah biaya terjangkau, tidak menggunakan bahan-bahan kimia, efek penyembuhan cukup signifikan (Umar, 2008).

Tren pengobatan komplementer untuk mengobati hipertensi saat ini yaitu dengan menggunakan *Cupping Therapy*. *Cupping Therapy* merupakan salah satu cara penyembuhan yang dianggap masyarakat Indonesia dapat membantu dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Kamaluddin, 2010). *Cupping Therapy* atau *hijamah* yang dianjurkan oleh Rasulullah *Sallallahualaihi Wasalam*, yang kemudian dianjurkan oleh dokter-dokter Islam Terapi bekam dalam penelitian oleh Refaat, El-Shemi, Ebid, Ashsi, & BaSalamah (2014), menggambarkan bahwa *Cupping Therapy* dapat bermanfaat dalam mencegah penyakit kardiovaskuler dengan menurunkan tekanan darah, menurunkan tingkat LDL (*Low Density Lipoprotein*) dan meningkatkan HDL (*High-Density Lipoprotein*). Penelitian yang dilakukan El Sayed, et al., (2014) tentang *Cupping Therapy* juga telah membuktikan bahwa *Cupping Therapy* dapat membersihkan darah secara signifikan dari substansi yang menyebabkan penyakit seperti serum *trigliserida*, kolesterol total, *LDL-cholesterol*, *ferritin*, asam urat, *autoantibodi*, reseptor sitokin, dan lain-lain, dari manfaat tersebut dapat menyembuhkan beberapa penyakit seperti, *hiperlipidemia*, hipertensi, *aterosklerosis*, penyakit jantung koroner, asam urat, nyeri otot, hepatitis, dan kondisi kelebihan zat besi dalam darah seperti talasemia. Hal ini

membuktikan *Cupping Therapy* sebagai pengobatan yang di anjurkan oleh Nabi Muhammad Sallallahualihi Wasalam mempunyai manfaat yang dibuktikan secara ilmiah dapat mengobati penyakit dengan membersihkan darah dan cairan interstisial dari substansi penyebab penyakit (El Sayed, Mahmoud, & Nabo, 2013; Hasan, Ahmad, & Ahmad, 2014).

Penelitian yang dilakukan Mustika (2012) menunjukkan bahwa *Cupping Therapy* dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Penelitian serupa yang dilakukan Setio (2011), menunjukkan ada pengaruh *Cupping Therapy* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi di Klinik Griya Sehat Madina Pekalongan. Oleh karena itu, penulis ingin membahas lebih lanjut tentang *Cupping Therapy* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi.

II. Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ vital seperti jantung dan ginjal (Risksedas, 2013). Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda (Corwin, 2009). Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (Ganong, 2008).

Insiden penyakit hipertensi lebih banyak menyerang wanita dari pada pria, sekitar 20% populasi dewasa mengalami hipertensi. Penyebab terjadinya hipertensi menurut Corwin (2009) yaitu kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, asupan tinggi garam, vasokonstriksi arterio dan arteri kecil, stress berkepanjangan, dan genetic. Sedangkan menurut Tambayong (2000) hipertensi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, ras, pola hidup, diabetes mellitus, hipertensi sekunder (penyakit parenkim dan renovaskuler).

Individu yang menderita hipertensi terkadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala biasanya menunjukkan adanya kerusakan vascular, dengan manifestasi yang khas sesuai system organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah yang bersangkutan (Brunner & Suddarth, 2002). Gejala klasik hipertensi yaitu sakit kepala, epistaksis, pusing, dan tinnitus. Akibat utama dari hipertensi adalah stroke, infark miokard, gagal ginjal, dan ensefalopati (Tambayong, 2000).

a. Penatalaksanaan/ Intervensi Keperawatan

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan bahwa tujuan dari tiap program penanganan dan penatalaksanaan pasien hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan nonfarmakologis termasuk penurunan berat badan, pembatasan alcohol, natrium, dan tembakau, latihan dan

relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi anti hipertensi. Terapi non farmakologis ini dapat mengurangi angka kejadian pasien pre-hipertensi meningkat menjadi hipertensi dan terapi farmakologis dengan menggunakan obat-obatan dapat membantu menurunkan serta menstabilkan tekanan darah, serta resiko terjadinya komplikasi akibat hipertensi *In Health Gazette* (2013).

Selain terapi farmakologis dan nonfarmakologis, ada juga pengobatan terapi komplementer yang dikenal dengan terapi tradisional digabungkan dalam pengobatan modern. Teori keperawatan yang ada dapat dijadikan dasar bagi perawat dalam mengembangkan terapi komplementer misalnya teori transkultural yang dalam praktiknya mengaitkan ilmu fisiologi, anatomi, patofisiologi, dan lain-lain. Hal ini didukung dalam catatan Florence Nightingale yang telah menekankan pentingnya pengembangan lingkungan untuk penyembuhan. Selain itu, terapi komplementer meningkatkan kesempatan perawat dalam menunjukkan *caring* pada klien. Macam terapi komplementer yaitu akupuntur, bekam (*Cupping Therapy*), terapi energi (reiki), terapi biologis (herbal), pijat bayi, refleksi, dll. (Widyatuti, 2008). Salah satu terapi komplementer yang dapat dilakukan untuk menangani hipertensi adalah bekam atau *Cupping Therapy* (Umar, 2008).

III. Cupping Therapy

Cupping Therapy merupakan metode pengobatan dengan cara mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh melalui permukaan kulit. Pengobatan ini sudah dikenal sejak ribuan tahun sebelum masehi. Nama lainnya adalah *canduk*, *canthuk*, *kop*, *mambakan*, di eropa dikenal dengan istilah *Cupping Therapeutic Method* (Kasmui, 2010). *Cupping Therapy* merupakan suatu metode pembersihan darah dengan mengeluarkan sisa toksid dalam tubuh melalui permukaan kulit dengan cara *cupping* (Santoso, 2012).

a. Jenis *Cupping Therapy*

Menurut Kasmui (2010), ada beberapa jenis *Cupping Therapy*:

- 1) *Dry Cupping*, yaitu menghisap permukaan kulit dan memijat tempat sekitarnya tanpa mengeluarkan darah kering
- 2) *Sliding Cupping*, yaitu *cupping* dengan meng kop bagian tubuh tertentu dan meluncurkan kearah bagian tubuh yang lain. Teknik *cupping* ini biasanya untuk pemanasan pasien, fungsinya melancarkan peredaran darah, pelepasan otot, dan menyehatkan kulit.
- 3) *Flash Cupping*, yaitu melakukan *cupping* dengan cara ditarik-tarik. *Dicupping* hanya beberapa detik kemudian ditarik dan ditempelkan lagi hingga kulit yang *dicupping* menjadi merah
- 4) *Wet Cupping*, yaitu melakukan *cupping* kering kemudian melukai permukaan kulit dengan jarum tajam (lancet), lalu dihisap dengan alat cuuping set dan hand pump untuk mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh.

b. Standar Operasional Prosedur Cupping Therapy

Menurut Ridho (2012), alat dan bahan yang digunakan yaitu:

- 1) *Cupping set* dan *hand pump*
- 2) *Lancing device* (pen untuk jarum)
- 3) Jarum
- 4) Kassa steril
- 5) Antiseptik (bahan pencuci seperti alkohol 70%)
- 6) *Handscoon* (steril - non steril)
- 7) Minyak zaitun atau minyak butbut
- 8) Alat cukur rambut atau gunting
- 9) Masker
- 10) Stetoskop
- 11) Tensimeter
- 12) Glukometer
- 13) Termometer
- 14) Tissue
- 15) Bengkok
- 16) Ember kecil untuk merendam dan mencuci alat
- 17) Larutan clorin 10-15%
- 18) Sabun cuci / savlon
- 19) Spon untuk mencuci
- 20) Bak instrumen
- 21) Pinset
- 22) Lap kering

c. Hal-hal yang harus diperhatikan

Menurut Ridho (2012), banyak hal-hal yang harus diperhatikan ketika ingin dilakukan *cupping therapy*, antara lain:

- 1) Daerah anggota tubuh yang dilarang untuk *cupping therapy*
 - a) Lubang alamiah (mata, telinga, hidung, mulut, putting susu, alat kelamin, dubur)
 - b) Area tubuh yang banyak simpul limpa
 - c) Area tubuh yang dekat pembuluh darah besar
 - d) Bagian tubuh yang ada varises, tumor, retak tulang, jaringan luka
- 2) Kondisi pasien yang tidak boleh dicupping therapy
 - a) Terkena infeksi terbuka dan cacar air
 - b) Penderita DM
 - c) Penderita kelainan darah (hemophilia)
 - d) Penderita anemia dan hipotensi
 - e) Penderita kanker darah
 - f) Penderita dehidrasi
 - g) Wanita hamil dan keguguran

- 3) Waktu yang dianjurkan untuk *cupping therapy*

Waktu yang paling baik untuk bekam yaitu pada waktu tengah hari (jam 2-3 sore) karena pada saat itu saluran darah sedang mengembang dan darah-darah yang mengandung toxin sangat sesuai untuk dikeluarkan (Salamah, 2009).

d. Titik-titik *cupping therapy*

Menurut Santoso (2012) di bawah ini adalah titik *cupping therapy* berdasarkan jenis penyakitnya

1) *Ummu Mughits* (puncak kepala)

Titik tersebut berada di ubun-ubun dan bermanfaat untuk mengatasi vertigo, migraine, sakit kepala menahun

2) *Al-Akhada'ain* (dua urat leher)

Titik ini adalah dua urat disamping kiri dan kanan leher. Posisinya di bawah garis batas rambut kepala belakang sejajar tulang servikal 3-7. Manfaatnya mengatasi hipertensi, stroke, sakit bagian kepala dan wajah

3) *Al-Kaahil* (pundak)

Titik ini berada di ujung atas tulang belakang. Bermanfaat untuk masalah penyakit sekita kepala dan saraf serta 72 penyakit lain

4) *Al-Katifain* (bahu kiri dan kanan)

Titik ini berada di bahu kiri dan kanan bermanfaat untuk hipertensi, nyeri bahu, stroke, sakit leher

5) *Dua jari* di bawah pundak

Bermanfaat untuk penyakit bronchitis, batuk, sesak nafas, asi kurang, asma dan stroke

6) Belikat kiri *dan* kanan

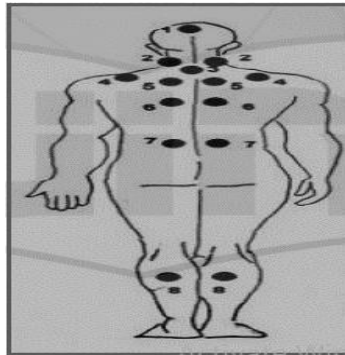
Bermanfaat untuk gangguan paru-paru, gangguan jantung, saluran pernafasan, stroke, dan masuk angin

7) *Ala- Warik* (*pinggang*)

Posisinya pertemuan otot *gluteus maximus* dengan *gluteus medius* bawah, kiri dan kanan. Bermanfaat untuk masalah gangguan ginjal, sakit pinggang, haid tidak lancar, susah buang air kecil

8) *Ala Dzohril Qadami* (betis)

Titik ini berada di betis kiri dan kanan. Mengatasi gangguan asam urat, kesemutas, pegal-pegal, stroke.



Gambar. Titik- Titik *Cupping Therapy*

e. Proses *Cupping Therapy*

- 1) Mengucapkan salam perkenalan
- 2) Menanyakan nama dan umur pasien
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- 4) Menanyakan kesiapan pasien
- 5) Memakai sarung tangan
- 6) Mengukur tekanan darah pasien (perhatikan nilai normal tekanan darah dari usia dan jenis kelamin)
- 7) Mengukur kadar gula darah pasien

- 8) Periksa pasien dengan memakai alat diagnosis seperti telapak tangan, iridologi, denyut nadi dan sebagainya (menyesuaikan kondisi pasien)
- 9) Menanyakan keluhan pasien
- 10) Menanyakan apakah pasien sedang mengkonsumsi obat dokter (kimia sintetis)
- 11) Menanyakan apakah pasien menderita diabetes militus (kencing manis)
- 12) Menanyakan riwayat lain yang terkait dengan larangan tindakan bekam
- 13) Menyiapkan alat
- 14) Memakai masker
- 15) Menganjurkan pasien membuka pakaian atas
- 16) Menganjurkan pasien tidur posisi tengkurap
- 17) Menganjurkan pasien istirahat 15 – 30 menit untuk membantu melebarkan pembuluh darah
- 18) Mulai membekam dengan menganjurkan pasien berdoa bersama terapis untuk kesembuhan
- 19) Mengoleskan minyak but – but / herbal jawi atau minyak zaitun secara merata pada punggung pasien
- 20) Aturilah kekuatan menyedot dengan menyesuaikan kekuatan pasien dalam menahan sakit
- 21) Melakukan bekam luncur untuk mengawali bekam kering dan basah

- 22) Untuk bekam luncur lakukan peluncuran dengan cup selama 10 -15 menit pada area yang sakit dengan memperhatikan arah peredaran darah
- 23) Mulai bekam dengan menyedot daerah belakang tubuh yang dirasakan sakit oleh pasien, kalau tidak ada berarti memulai daerah yang paling vital pada pasien yaitu daerah otak (al akhda'ain dan al kaajil) atau sesuaikan dengan kebutuhan
- 24) Untuk bekam tarik lakukan penarikan pada titik yang diperlukan selama 3 detik, lakukan penarikan sampai terjadi warna kemerahan
- 25) Untuk bekam kering sedotlah dengan cup titik – titik sesuai dengan keluhan pasien selama 15 sampai dengan 50 menit
- 26) Untuk bekam basah sedotlah dengan cup titik – titik sesuai dengan keluhan pasien selama 3 sampai 5 menit kemudian lakukan penusukan dengan lanset dengan jumlah tusukan minimal 21 maksimal menyesuaikan kebutuhan pasien, kemudian lakukan penyedotan dengan cup, ulangi hal ini 3 – 4 kali dengan menyesuaikan kebutuhan pasien. Maksimal sedotan tidak lebih dari 7 kali. Bersihkan darah dengan kassa steril
- 27) Melakukan observasi terhadap keluhan pasien saat melakukan bekam
- 28) Membersihkan minyak pada daerah yang dibekam
- 29) Menganjurkan pasien menggunakan pakaian kembali
- 30) Melepas masker dan sarung tangan

- 31) Melakukan evaluasi kepada pasien
- 32) Melakukan dokumentasi pada pasien.

IV. Penelitian Terkait *Cupping Therapy* Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi.

Cupping Therapy dilakukan dua kali dengan interval waktu dua minggu. Pemilihan waktu dua minggu dikarenakan sesuai dengan pelaksanaan *cupping therapy* sebaiknya diberikan waktu 2-3 minggu pada titik yang sama. Tekanan *pump* saat melakukan *cupping* disesuaikan dengan ketahanan pasien menahan nyeri namun ada sumber yang menyatakan bahwa jumlah pompaan saat melakukan *cupping* adalah sebanyak 3-5 kali atau sampai *cupping set* menempel kokoh pada bagian tubuh yang di *cupping* (Fatahillah, 2006).

Cupping Therapy yang telah banyak menunjukkan hasil dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi adalah *wet cupping*. Saat *wet cupping* terjadi suatu proses membuang darah kotor/toksin yang berbahaya dari dalam tubuh melalui permukaan kulit. Darah kotor adalah darah yang mengandung racun/toksin atau darah statis yang menyumbat peredaran darah, mengakibatkan sistem peredaran darah tidak dapat berjalan lancar sehingga akan mengganggu distribusi nutrisi dan imunitas seseorang, baik secara fisik maupun secara mental. Toksin adalah endapan racun/zat kimia yang tidak bisa diurai oleh tubuh. Toksin-toksin ini berasal dari pencemaran udara, maupun dari makanan yang banyak mengandung

zat pewarna, zat pengembang, penyedap rasa, pemanis, pestisida sayuran, dan lain-lain. Melalui minuman seperti zat pewarna, zat aroma, logam berat, bahan kimia dan lain-lain. Melalui pernapasan disebabkan oleh asap kendaraan, asap pabrik, asap rokok dan sebagainya. Serta melalui obat-obatan yang berupa *antibiotic*, *analgesic*, *anti pyretic* dan sebagainya (Sharaf, 2012).

Proses ini akan mengurangi kadar lemak dan kolesterol berbahaya, dalam hal ini *Low Density Lipid* (LDL) dalam darah maupun yang mengendap di dinding pembuluh darah sehingga mengurangi penyumbatan pembuluh darah. *Wet cupping* juga meningkatkan suplai darah kelapisan dalam endothelium yang berperan memproduksi zat *nitritoksida (endothelium-derived relaxing factor)* yang membantu peregangan dan pelebaran dinding pembuluh darah (Sharaf, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Kusyati (2012), membuktikan bahwa *cupping therapy* dapat menurunkan tekanan darah penderita hipertensi. Dalam penelitiannya, Kusyati mengemukakan bahwa apabila dilakukan *cupping therapy* pada satu titik maka kulit (*kutis*), jaringan bawah kulit (*subkutis*), *fasia*, dan otot akan mengaktivasi *mast cell* untuk melepaskan beberapa zat seperti *serotonin*, *histamine*, *baradikinin*, *slowreachig substance* (SRS) serta zat lain yang belum diketahui. Zat-zat ini menyebabkan terjadinya pelebaran kapiler dan arteriol serta *flare reaction* pada daerah yang *dicupping*. Dilatasi kapiler juga dapat terjadi di tempat yang jauh dari tempat *cupping*. Hal ini menyebabkan terjadinya perbaikan mikrosirkulasi pembuluh darah. Akibatnya timbul efek relaksasi (pelemasan) otot-

otot yang kaku serta akibat vasodilatasi umum akan menurunkan tekanan darah secara stabil (Kusyati, 2012).

Penatalaksanaan *cupping therapy* juga memberikan efek yang serupa pada penelitian yang dilakukan oleh Umar pada tahun 2008, dimana *cupping therapy* dapat menstimulasi sirkulasi darah di tubuh secara umum melalui zat *Nitrit Oksida* (NO) yang berperan memperluas pembuluh darah sehingga menyebabkan turunnya tekanan darah. NO juga berperan meningkatkan suplai nutrisi dan darah yang dibutuhkan oleh sel-sel dan lapisan-lapisan pembuluh darah arteri maupun vena, sehingga menjadikannya lebih kuat dan elastis serta mengurangi tekanan darah. Mekanisme penyembuhan *cupping therapy* pada hipertensi didasarkan atas teori aktivasi organ, dimana *cupping therapy* akan mengaktifasi organ yang mengatur aliran darah seperti hati, ginjal dan jantung agar organ-organ ini tetap aktif dalam mengatur peredaran darah sehingga tekanan darah tetap terjaga. Selain itu, *cupping therapy* juga berusaha menyeimbangkan secara alamiah bila ada tekanan darah yang meningkat. Dengan memilih titik yang tepat, maka bekam bisa membantu penanganan hipertensi (Umar, 2008).

Cupping therapy berpengaruh dalam menstabilkan saraf simpatik sehingga sekresi *renin* dapat dikontrol (Ganong, 2008). Kestabilan sekresi *renin* ini kemudian menstabilkan pengeluaran hormon *aldosterone*, hal ini menyebabkan sekresi natrium didalam tubuh dapat dikontrol akibatnya pengeluaran garam dan air dapat disesuaikan dengan kondisi tubuh seseorang dan volume cairan

dalam tubuh dapat dikendalikan, yang kemudian berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah menjadi normal kembali. Pada proses autoregulasi vaskular, kadar natrium dalam darah yang normal menyebabkan tekanan vaskular terutama pada tekanan arteri sistemik pembuluh darah menjadi normal (Sharaf, 2012).

Cupping Therapy dilakukan dua kali dengan interval waktu dua minggu. Pemilihan waktu dua minggu dikarenakan sesuai dengan pelaksanaan *cupping therapy* sebaiknya diberikan waktu 2-3 minggu pada titik yang sama. *Cupping Therapy* yang telah banyak menunjukkan hasil dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi adalah *wet cupping*. *Cupping therapy* terutama *wet cupping* dapat dilakukan sebagai upaya penurunan tekanan darah pada pasiendengan tekanan darah tinggi. Terapi ini cukup dikenal di masyarakat dengan nama terapi bekam atau dengan terapi hijamah di kalangan umat islam, terjangkau dan termasuk ke dalam terapi non farmakologis sehingga dapat meminimalkan efek samping pengobatan penderita hipertensi.

REFERENSI

Brunner and Suddarth. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi. 8 volume 2. Jakarta : EGC

Corwin, E. J 2009, Buku Saku Patofisiologi, edk 3, trans. BS Nike, EGC, Jakarta.

Depkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia*. Departemen Republik Indonesia. Jakarta. 2013

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011, *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2011*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

El Sayed, S., Mahmoud, H., & Nabo, M. (2013). *Medical and Scientific Bases of Wet Cupping Therapy (Al-hijamah): in Light of Modern*. *Alternative and Integrative Medicine*, 2(5), 1 - 12.

Fatahillah, A. (2006). *Keampuhan bekam pencegahan dan penyembuhan penyakit ala Rasulullah*. Jakarta: Qultum Media.

Ganong, W. F. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Ed.22*. Jakarta: EGC.

Husain as-Syekh, Dr. Izzuddin, *Menyikapi Hadist-hadist saling bertentangan" (Hadist Nasikh & Mansukh)*, cet I, Jakarta : Pustaka Firdaus, 2004.

In Health Gazette. 2013, Tenapril Biscor Hytroz Canderin Cordila SR Spironolactone Propanolol Nifedipine, *obat@inhealth.co.id*, Divisi Pelayanan Obat: DEXA Medica

Kasmui. 2006. *Bekam Pengobatan Menurut Sunnah Nabi*. ISYFI : Semarang. 2010

Kusyati, E. *Bekam sebagai Terapi Komplementer Keperawatan*. Popup Design: Yogyakarta. 2012

Mustika, F. (2012). *Pengaruh Terapi Bekam Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Klinik Bekam Debesh Center Ar Rahman dan Rumah Sehat Sabbihisma Kota Padang Tahun 2012*. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas (Skripsi).

Refaat, B., El-Shemi, A. G., Ebid, A. A., Ashsi, A., & BaSalamah, M. (2014). *Islamic Wet Cupping and Risk Factor of Cardiovascular Disease: Effects on Blood Pressure, Metabolic Profile and*

Serum Electrolytes in Healthy Young Adult Men. Alternative & Integrative Medicine, 3(1), 1 - 7.

Ridho, Achmad Ali. *Bekam Sinergi: Rahasia Sinergi Pengobatan Nabi, Medis Modern, dan Tradisional Chinese Medicine*. Aqwamedika: Solo. 2012

Salamah, Ummu. 2009. *Imunisasi dampak, Konspirasi dan Solusi Sehat Ala Rasulullah SAW*. Nabawiyah Press: Tangerang.

Santoso, Ody. *Pelatihan Bekam atau Hijamah*. Yayasan Amal Media Suara Islam: Jakarta. 2012

Setio, Kurnianto. (2011). *Pengaruh Terapi Bekam Basah Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien dengan Hipertensi di Klinik Griya Sehat Madina Pekalongan (Skripsi)*.

Sharaf, A. K 2012, *Penyakit dan Terapi Bekamnya: Dasar-dasar Ilmiah Terapi Bekam*, Thibia, Surakarta.

Tambayong, Jon. 2000. *Patofisiologi untuk Keperawatan*. EGC: Jakarta.

Umar, W. A. 2008. *Sembuh dengan Satu Titik*, AL- Qowam, Solo.

Widyatuti (2008). *Terapi komplementer dalam keperawatan*. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 12, No. 1, Maret 2008.

“Terapi Yoga Untuk Menurunkan Tekanan Darah “

(Suksi Riani, Resa Nirmala Jona, Dewi Wijayanti , Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Hampir semua pedoman utama baik dari dalam maupun luar negeri, menyatakan bahwa seseorang dikatakan hipertensi apabila

memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnostik hipertensi (*American Society of Hypertension*, 2013).

Menurut *American Heart Association* (AHA) menunjukkan bahwa penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa. Namun hampir sekitar 90-95% kasus ini tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu, dan hampir sama dengan penyakit lainnya. Gejalanya yaitu rasa sakit kepala atau rasa berat di tengkuk, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (Publikasi, Sedunia, & Perenungan, 2016).

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5%. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran (menggunakan kriteria hipertensi JNC VII) cenderung turun dari 31,7% pada tahun 2007 menjadi 25,8% pada tahun 2013.

Tekanan darah tinggi atau hipertensi dapat diatasi dengan dua cara yaitu dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan secara farmakologi yaitu dengan menggunakan obat-obatan kimiawi. Salah satu penanganan secara non farmakologi dalam mengatasi hipertensi adalah dengan latihan yoga (Ovianasari & Wantonoro, 2015).

Yoga merupakan salah satu latihan senam pernafasan yang cukup terkenal saat ini. Ini dibuktikan dengan berdirinya tempat-tempat latihan yoga di beberapa kota besar di Indonesia. Salah satu aspek penting dari yoga adalah meditasi yang menimbulkan beberapa perubahan fisiologis yang disebut respons relaksasi (Sasmita & Rachmatullah, 2007).

Latihan yoga juga menstimulasi pengeluaran hormon *Endorphin*. *Endorphin* adalah *neuropeptide* yang menghasilkan tubuh pada saat tenang. *Endorphin* dihasilkan di otak dan susunan syaraf tulang belakang. Hormon ini dapat berfungsi sebagai obat penenang alami yang diproduksi otak yang menyalurkan rasa nyaman dan meningkatkan kadar *endorphin* dalam tubuh untuk mengurangi tekanan darah tinggi. (Ovianasari & Wantonoro, 2015).

Yoga merupakan latihan yang dapat menurunkan tingkat tekanan darah, Dari hasil penelitian Anis dan Wantonoro menunjukkan bahwa dilihat dari perbedaan hasil pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan latihan yoga terhadap perubahan pada tekanan darah lansia terdapat nilai yang signifikan. Perubahan tekanan darah itu ditandai dengan adanya penurunan tekanan darah pada hari pertama sampai hari ketujuh dengan dilakukanya latihan yoga.

sehingga penulis menarik kesimpulan terhadap intervensi non-farmakologi seperti terapi Yoga terhadap proses penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi berdasarkan *evidence based* yang ada, bahwa terapi tersebut dapat diterapkan pada pasien hipertensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi.

II. Hipertensi

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dalam selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang). Hipertensi didefinisikan oleh *Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* sebagai tekanan yang lebih dari 140/90 mmHg.

a. Etiologi

1.1 Hipertensi Essensial (Primer)

Hipertensi *essensial* merupakan hipertensi tanpa kelainan dasar patologis yang jelas. Penyebab hipertensi meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik mempengaruhi kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi insulin, dll. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan antara lain diet, kebiasaan merokok, stress emosi, obesitas, dll (Nafrialdi, 2009).

1.2 Hipertensi Sekunder

kasus hipertensi sekunder dari penyakit komorbid dan obat-obatan tertentu yang dapat menaikkan tekanan darah sekitar 5-10%. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal merupakan akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskuler yang merupakan penyebab paling sering (Nafrialdi, 2009).

b. Klasifikasi

Klasifikasi Tekanan Darah berdasarkan WHO/ISH

Kategori	Sistolik (mm Hg)	Diastolik (mm Hg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi:		
Derajat 1	140-159	90-99
Derajat 2	150-179	100-109
Derajat 3	\geq 180	\geq 10

c. Manifestasi Klinik

Gejala hipertensi antara lain sakit kepala bagian belakang, kaku kuduk, sulit tidur, gelisah, kepala pusing, dada berdebar-debar, lemas, sesak napas, berkeringat dan pusing (Price, 2005).

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun adalah nyeri kepala saat terjaga, kadang disertai mual dan muntah yang disebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Corwin, 2009).

III. Pembahasan Yoga

a. Definisi

Secara etimologi, kata yoga diturunkan dari kata *yuj* (sansekerta), *yoke* (Inggris), yang berarti “penyatuan”. Yoga berarti penyatuan kesadaran manusia dengan sesuatu yang lebih luhur, trasenden, lebih kekal dan ilahi. Menurut Panini, Yoga diturunkan dari akar sansekerta *yuj* yang memiliki tiga arti yang berbeda, yakni: Penyerapan (*samadhi* (*yujyate*), menghubungkan (*yunakti*), dan pengendalian (*yojyanti*) (Matius, 2010).

b. Manfaat

Manfaat Yoga pada organ tubuh, antara lain :

1) Pernafasan

Manfaat yoga terhadap sistem pernapasan yaitu meningkatkan kapasitas pernapasan, dan menambah suplai oksigen (Somvir, 2006).

2) Jantung

Yoga akan memberikan manfaat langsung yaitu menurunkan frekuensi detak jantung (efek kronotropik negatif) dan meningkatkan kekuatan kontraksi jantung (efek inotropik positif), sehingga para peyoga memiliki detak nadi relatif lambat (Somvir, 2006).

3) Pembuluh darah

Manfaat yoga dapat memperbaiki sistem pembuluh darah kecil, meningkatkan sirkulasi darah sampai tingkat sel,

melancarkan aliran darah, menormalkan tekanan darah (Somvir, 2006).

4) Darah

Pengaruh latihan yoga pada sel darah merah adalah memperkaya oksigen sehingga oksigenasi sel membaik. Yoga juga membuat sel-sel darah putih bekerja dan bergerak lebih aktif sebagai mekanisme pertahanan tubuh (Somvir, 2006).

Manfaat Yoga pada psikis, antara lain :

1) Mengurangi stress dan lebih tenang

Beberapa gaya yoga menggunakan teknik meditasi khusus untuk membuat pikiran yang sering stres menjadi lebih tenang. Manfaat yoga untuk anti stres dihubungkan dengan *biochemical* misalnya terjadi penurunan *catecholamines*, yaitu hormon yang dihasilkan oleh kelenjar adrenalin dalam respon terhadap stress dan menciptakan rasa tenang (Somvir, 2006).

2) Konsentrasi dan mood yang lebih baik

Manfaat yoga yang didapat adalah adanya peningkatan aliran oksigen ke otak. Yoga juga disarankan sebagai terapi untuk meringankan gejala *obsessive* dan *disorder*. (Somvir, 2006).

c. Tahapan Yoga

1) Panca Yama Brata

Panca yama Brata adalah lima pengendalian diri tingkat jasmani yang harus dilakukan tanpa kecuali.

2) Panca Niyama Brata

Panca Nyama Brata adalah lima penengendalian diri tingkat rohani dan sebagai penyokong dari pantangan dasar.

3) Asana

Asana adalah sikap duduk pada waktu melaksanakan yoga. Sikap duduk yang nyaman antara lain : silasana bagi laki-laki dan bajrasana bagi wanita, dengan punggung yang lurus dan tangan berada diatas kedua paha, telapak tangan menghadap keatas.

4) Pranayama

Pranayama adalah pengaturan nafas keluar masuk paru-paru melalui lubang hidung dengan tujuan menyebarkan prana (energi) keseluruh tubuh. Pada saat manusia menarik nafas mengeluarkan suara *So*, dan saat mengeluarkan nafas berbunyi *Ham*. Dalam bahasa Sansekerta *So* berarti energi kosmik, dan *Ham* berarti diri sendiri (saya).

5) Pratyahara

Adalah penguasaan panca indra oleh pikiran sehingga apapun yang diterima panca indra melalui saraf ke otak tidak mempengaruhi pikiran. Panca indra menimbulkan nafsu kenikmatan setelah mempengaruhi pikiran. Yoga bertujuan memutuskan mata rantai pikiran dari rangsangan saraf ke keinginan (nafsu).

6) Dharana

Dharana yaitu mengendalikan pikiran agar terpusat pada suatu objek dan konsentrasi.

7) Dyana

Dhyana adalah suatu keadaan dimana arus pikiran tertuju tanpa tergoyahkan oleh objek atau gangguan atau godaan lain baik yang nyata maupun yang tidak nyata.

8) Samadhi

Samadhi adalah tingkatan tertinggi dari *Astangga-yoga*, yang dibagi dalam dua keadaan yaitu *Samprajnatta-samadhi* atau *Sabija-samadhi*, adalah keadaan dimana yogin masih mempunyai kesadaran, dan *asamprajnata-samadhi* atau *nirbija-samadhi*, adalah keadaan dimana yogin sudah tidak sadar akan diri dan lingkungannya.

d. Gerakan Yoga untuk menurunkan tekanan darah

Meditasi yoga adalah yoga yang dilakukan dengan relaksasi yang melibatkan pengosongan pikiran dari semua hal yang menarik, membebani, maupun mencemaskan dalam hidup kita sehari-hari. Makna harfiah meditasi adalah kegiatan pemahaman terhadap pikiran, memikirkan, merenungkan.

Lotus Position



Shoulder stretch



Berguna untuk menghilangkan stress dan rasa kaku didaerah pundak dan punggung atas.

Bidalasana (Cat Pose)



Tujuannya untuk membuat punggung, leher, pundak, seluruh badan dan pikiran menjadi rileks.

Janu Sirsana



Tujuannya untuk melepaskan stress, menyetatkan saraf punggung dan panggul.

Ardha Matsyendrasana (Half spinal twist)



Tujuannya untuk menghasilkan kesegaran.

Anuloma Viloma
(Alternate Nostril)

Breathing tehnik)



Untuk enenangkan emosi dan pikiran

IV. Penelitian Terkait Terapi Yoga Dalam Menurunkan Tekanan Darah

Beberapa gaya yoga menggunakan teknik meditasi khusus untuk membuat pikiran yang sering stres menjadi lebih tenang. Beberapa manfaat yoga anti-stres dihubungkan dengan biochemical misalnya terjadi penurunan catecholamines, yaitu hormon yang dihasilkan oleh kelenjar adrenalin dalam respon terhadap stres. Menurunkan tingkat hormon neurotransmitter, dopamine, norepinephrine, epinephrine dan menciptakan rasa tenang. (Somvir: 2006).

Berdasarkan studi systematic review yang dilakukan Sieverdes dkk, pada tahun 2014, dengan judul "*Effect of Hatha Yoga on Blood Pressure, Salivary, α -amylase, and Cortisol Function Among Normotensive and Prehypertension Youth*", dengan hasil perubahan BP dari pra sampai pasca intervensi dari terapi yoga adalah $-3.0/-2.0$ mmHg untuk kelompok HYP dan $-0,07/-0,79$ mmHg untuk kelompok AC ($=0,30$ dan $0,57$). Hal ini didukung dalam penelitian Hagins dkk (2014), signifikan pada kelompok yoga ($-3,93,-4,7, -4,23$ mmHg) masing-masing kelompok intervensi namun tidak ada perubahan dalam kelompok yang signifikan dalam kelompok kontrol.

REFERENSI

- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC
- Corwin, Ellizabeth, J. (2009). *Patofisiologi: buku saku*. Jakarta: EGC
- Hagins, M., Rundle, A., Consedine, N. S., & Khalsa, S. B. S. (2014). A *Randomized Controlled Trial Comparing the Effects of Yoga With an Active Control on Ambulatory Blood Pressure*. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/jch.12244>
- Kemenkes RI. (2014). *Pusdatin Hipertensi. Infodatin, (Hipertensi), 1–7*. Retrieved from, <http://www.depkes.go.id/download>.
- Ovianasari, A., & Wantonoro. (2015). *Pengaruh latihan yoga terhadap tekanan darah pada lansia penderita hipertensi di Dusun Niten Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta*, 1–5.
- Pal, P. (2014). *Effect of Yoga Therapy on Heart Rate, Blood Pressure and Cardiac Autonomic Function in Heart Failure*. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14–17. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7844.3983>
- Publikasi, T., Sedunia, H. H., & Perenungan, S. H. (2016). *Hipertensi the Silent Killer*, 1–8.
- Sasmita, A., & Rachmatullah, P. (2007). *Pengaruh latihan Hatha Yoga selama 12 minggu terhadap tekanan darah diastole dan sistol wanita berusia 50 tahun keatas*.
- Sieverdes, J. C., Mueller, M., (2014). *Effects of Hatha Yoga on Blood Pressure, Salivary α -Amylase, and Cortisol Function Among Normotensive and Prehypertensive Youth*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(4), 241–250. <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0139>.

“Penerapan Terapi *Reflexology* Terhadap Pasien Dengan Gangguan Pernafasan “

(Siti Mardiyah, Siti Munawaroh, Heru Ginanjar Triyono,
Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Reflexology atau yang biasa disebut pijat refleksi merupakan salah satu terapi keperawatan holistik. *Reflexology* adalah sistem penyembuhan atau terapi berdasarkan pada keseimbangan energi pada daerah tangan dan kaki yang berkaitan dengan organ tubuh, kelenjar, dan bagian-bagian tubuh lainnya. *Refleksology* dilakukan pada area tangan dan kaki karena ini berkaitan dengan seluruh tubuh. Dengan menerapkan tekanan pada daerah tertentu, maka aliran darah yang mengalir akan menciptakan energi dan dapat menciptakan respon positif sehingga dapat meningkatkan rasa nyaman pada pasien, karena dapat meningkatkan dalam mengurangi rasa nyeri pada lokasi atau area tubuh, mampu memperlancar sistem aliran darah dalam tubuh sehingga dapat memperlancar pernafasan (Andrews and Dempsey, 2007).

Reflexology yang merupakan terapi komplementer ini dilakukan tanpa menimbulkan efek samping atau risiko pada tubuh, sehingga aman digunakan. Terapi ini juga bernilai efisien secara ekonomi. *Reflexology* kaki merupakan teknik pengobatan dengan memijit titik syaraf bagian kaki yang berhubungan dengan daerah penyakit menggunakan tangan. Refleksi kaki merupakan suatu cara

memanipulasi titik area refleksi yang bertujuan untuk merangsang aliran atau pergerakan energi disepanjang saluran atau zona sehingga membantu mengembalikan homeosta-sis. Reflexology kaki terbagi menjadi beberapa zona refleksi, konsep zona refleksi berdasarkan ilmu pengetahuan beranggapan bahwa terdapat hubungan antar zona-zona telapak kaki dan berbagai bagian tubuh lain (Jones, Thomson, Irvine & Leslie 2013).

Setiap stimulasi yang dilakukan berpengaruh pada organ-organ tubuh yang terkait. Stimulasi zona refleksi mungkin dapat mengaktifkan proses penyembuhan sendiri serta sistem pengaturan pada beberapa sistem tubuh yang lain. Efek yang timbul pada *reflexology* adalah terjadinya relaksasi rangsangan, pengurangan rasa nyeri, dan pembuangan toksin sehingga diharapkan terjadi keseimbangan tubuh secara keseluruhan, berkurangnya sesak nafas atau melancarkan sistem pernafasan (*International Patents and Trademark Right*, 2009).

Sistem pernafasan merupakan kebutuhan yang sangat vital pada manusia. Fungsi-fungsi sistem pernafasan yakni; pertama tempat pertukaran gas dari atmosfer dengan sirkulasi darah. Kedua memindahkan udara dari dan ke permukaan paru. Ketiga melindungi dan menjaga mukosa pernafasan agar tetap lembap. Keempat memproduksi suara untuk berbicara. Kelima Menyediakan sensasi penciuman. Keenam membantu regulasi volume tekanan darah. Saluran pernafasan berfungsi untuk menghantarkan udara dari dan ke permukaan paru (Muttaqin, 2008).

Gangguan yang terjadi pada sistem pernafasan dapat mengakibatkan kondisi yang memburuk pada pada pasien serta dapat menyebabkan gagal nafas pada kondisi penyakit-penyakit tertentu. Gangguan pernafasan dapat berupa sesak nafas, nafas yang tidak teratur, ISPA.

Dalam perspektif keperawatan holistik, perawat memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dan selalu mengembangkan ilmu pengetahuan dalam keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien terutama kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar utam manusia yang paling utama yakni adalah kebutuhan fisiologi, salah satunya adalah kebutuhan dalam sistem pernafasan. Metode *reflexology* pada kaki yang dilakukan dengan melakukan penekanan pada titik yang berpusat pada titik pernafasan maka akan merangsang impuls saraf pada kaki yang akhirnya merangsang aliran darah menjadi lancar menuju paru-paru dan jantung, sehingga dapat menjadikan pernafasan menjadi stabil dan lebih efektif. Penerapan penatalaksanaan *reflexology* dapat diterapkan pada pasien atau penderita yang mengalami gangguan pernafasan sehingga dapat mengurangi keluhan-keluhan pada pasien dengan gangguan pernafasan.

II. Pembahasan Reflexology

Reflexology adalah terapi yang dilakukan berdasarkan pada keseimbangan energi terhadap daerah tangan dan kaki yang berkaitan dengan organ tubuh, kelenjar, dan bagian-bagian tubuh lainnya. *Refleksology* dilakukan pada area kaki yang berkaitan

dengan seluruh tubuh. Dengan menerapkan tekanan pada daerah tertentu, maka aliran darah yang mengalir akan menciptakan energi dan dapat menciptakan respon positif sehingga dapat menstabilkan pernafasan pada pasien (Andrews and Dempsey, 2007).

Paru-paru merupakan organ vital yang berkaitan dengan pernafasan yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh sel tubuh untuk kelangsungan hidup manusia. Paru-paru pada manusia tidak dapat bekerja dengan maksimal apabila terdapat gangguan-gangguan pernafasan seperti sesak nafas maupun ISPA. Sebagai terapi holistik untuk penatalaksanaan gangguan pernafasan pada pasien dapat dilakukan reflexologi yang dilakukan dengan melakukan pemijatan pada yang langsung berkaitan dengan organ pernafasan yakni paru-paru (gala, 2004).

a. Manfaat Reflexology Terhadap Gangguan Pernafasan

Reflexology kaki dapat dilakukan dengan memijit titik syaraf bagian kaki yang berhubungan dengan daerah penyakit menggunakan tangan ataupun bantuan alat yakni tongkat kecil halus yang digunakan untuk membantu pemijatan pada area atau titik-titik tertentu. untuk menekan area yang berhubungan dengan organ tubuh.

Teori *Endorphin Pommeranz* menyatakan bahwa tubuh akan bereaksi dengan mengeluarkan endorphin karena pemijatan. Endorphin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti *morphin*. *Endorphin* bersifat menenangkan, memberikan efek nyaman,

dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang kurang berfungsi dengan efektif. reflexologi juga memberikan manfaat bagi sistem dalam tubuh. Manfaat reflexology yang berkaitan dengan pernafasan adalah dengan melakukan pemijatan pada area kaki yang merupakan area penghubung dengan sistem pernafasan sangat bermanfaat untuk memelihara jantung dan sistem pernafasan. Hal ini memberikan efek pernafasan menjadi stabil, mengurangi sesak nafas (Muttaqin, 2008).

Penatalaksanaan *reflexology* sebagai intervensi keperawatan holistik ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ebadi, et all pada tahun 2015 yang berjudul *the effect of foot reflexology on physiologic parameters and mechanical ventilation weaning time in patients undergoing open-heart surgery: A clinical trial study*. Hasil penelitian tersebut adalah terdapat pengaruh refleksi kaki pada parameter fisiologis dan ventilasi mekanik pada pasien jantung yang menjalani operasi. Parameter fisiologis yang digunakan adalah keteraturan frekuensi pernafasan. Frekuensi pernafasan normal normal yakni 12 – 20 kali pe menit (Muttaqin, 2008).

b. Prosedur Pelaksanaan Reflexology

Ada beberapa hal yang dilakukan sebelum dilakukan reflexology kaki antara lain Rendam kaki. Rendam kaki merupakan suatu tindakan yang dilakukan dengan cara memberikan tekanan, menggosok, dan vibrasi atau getaran

menggunakan sentuhan jari tangan, siku, kaki dan alat-alat manual atau elektrik yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi kesehatan. Selain menggunakan cara-cara diatas sebelum dilakukan *reflexology* sebaiknya pasien merendam kaki air hangat dengan suhu $\pm 40^{\circ}\text{C}$ (Guyton & Hall, 2007).

Perendaman kaki dengan air hangat bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, mengendorokan otot, relaksasi otot, menghilangkan stress, meningkatkan permeabilitas kapiler, meningkatkan kualitas tidur. Rendam kaki sangat mudah dilakukan oleh orang lain karena tidak membutuhkan biaya yang mahal, tidak memiliki efek samping yang berbahaya (Potter & Perry, 2010).

Hasil tersebut sesuai dengan yang dikemukakan Amirta (2007), bahwa Merendam kaki dalam air hangat yang bertemperatur $37-39^{\circ}\text{C}$ akan menimbulkan efek *sopartifik* (efek ingin tidur). Secara fisiologi didaerah kaki terdapat banyak syaraf terutama di kulit yaitu flexus venosus dari rangkaian syaraf ini stimulasi diteruskan ke kornu posterior kemudian dilanjutkan ke medula spinalis, dari sini diteruskan ke lamina I, II, III Radiks Dorsalis, selanjutnya ke *ventro* basal talamus dan masuk ke batang otak tepatnya di daerah rafe bagian bawah pons dan medula disinilah terjadi efek soparifik atau efek ingin tidur (James, 2002).

Rasa sakit yang dirasakan oleh tubuh di atur oleh dua sistem serabut saraf yaitu serabut *A-Delta* bermielin dan cepat dan serabut C tidak bermeilin berukuran sangat kecil dan lambat

mengolah sinyal sebelum dikirim ke sistem saraf pusat atau sistem serebral. Rangsangan yang masuk ke sistem saraf serabut A-Delta mempunyai efek menghambat rasa sakit yang menuju ke serabut saraf C, serabut saraf C bekerja untuk melawan hambatan. Sementara itu, signal dari otak juga mempengaruhi intensitas rasa sakit yang dihasilkan. Seseorang yang merasa sakit bila rangsangannya yang datang melebihi ambang rasa sakitnya, secara reflek orang akan mengusap bagian yang cedera atau organ tubuh manusia yang berkaitan dengan daerah titik tekan tersebut. Usaha tubuh untuk merangsang serabut saraf A-Delta menghambat jalannya sinyal rasa sakit yang menuju ke serabut C menuju ke otak, dampaknya rasa sakit yang diterima otak bisa berkurang bahkan tidak terasa sama sekali (Guyton & Hall, 2007).

Tidak hanya mampu mengurangi nyeri pada pasien. *Reflexology* yang dilakukan dengan pemijatan dapat membuat keadaan pasien lebih nyaman. Kenyamanan tersebut dapat memperlancar pernafasan pasien dalam frekuensi maupun kualitas pernafasan. pasien yang bernafas dengan baik dapat memperlancara sistem peredaran daran tubuh sehingga sel-sel dalam tubuh mendapatkan nutrisi dengan baik sehingga dapat membuat tubuh menjadi lebih baik dan sehat.

Refleksi kaki merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat dilakukan dalam keperawatan. Refleksi kaki dapat menstimulasi sistem imun dan memperkuat daya tahan tubuh agar mencegah keparahan penyakit, melancarkan peredaran

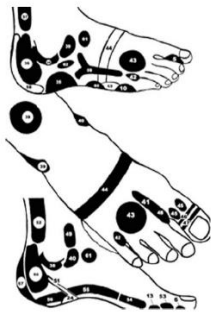
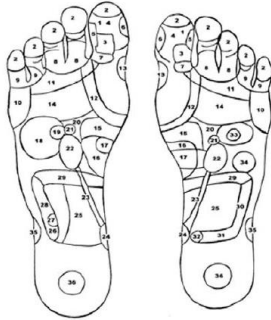
darah dan pernafasan. Refleksi juga dapat digunakan sebagai alat untuk mempertahankan atau membangun hubungan antar individu, mengatasi stres (Yuwono, 2014).

Refleksi dapat membantu permasalahan pernafasan, dibuktikan dengan hasil penelitian dari Wyatt, Gwen et al (2012), menunjukkan bahwa *reflexology* aman untuk pasien yang paling rapuh sekalipun yaitu kanker payudara stadium lanjut dimana menunjukkan adanya perbaikan dalam fungsi fisik, dyspnea (sesak nafas) dan kelelahan.

Reflexology menjadi intervensi *complementary* dengan tujuan sistematis berfokus pada hemodinamik. Pengaruh refleksi terkait dengan sistem limfatik dan penyakitnya kemampuan untuk mengeluarkan racun tubuh. Refleksi kaki terbagi dalam berbagai zona antara lain tulang kepala bagian atas, kelenjar pituitary, sinus frontal dan paranasal, nodus limfatik, bagian leher, paru-paru, kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid, lambung, pankreas, kolon ascedence, kolon transversum, usus kecil daerah pelvis, tulang belakang. Stimulasi melalui zona refleksi bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, relaksasi otot tengkuk dan leher, memperbaiki pernafasan melalui relaksasi otot gelang bahu, penyelarasan sistem urat syaraf otonom dan pleksus solar, penyelarasan pencernaan, memperlancar sirkulasi pelvis dan sistem sistem pernafasan (Tompson, et all. 2013).

c. Gambar titik-titik reflexology

Gambar 1 : titik refleksi telapak kaki



Gambar 2 : titik refleksi punggung kaki

III. Penelitian Terkait Terapi *Reflexology*

Reflexology merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat dilakukan dalam keperawatan. Selain itu dapat ditambahkan ke dalam perawatan pendukung berbasis bukti, yaitu pengobatan alternatif komplementer atau (*Complementary Alternative Medicine/CAM*). *Reflexology* membantu dengan cara mengendurkan otot-otot dada, memperbaiki pernapasan, meningkatkan sirkulasi darah untuk memperbaiki kondisi paru-paru

dan bekerja pada diafragma yang memiliki efek relaksasi yang pada tubuh (Sharon, 2002).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ebadi, et all pada tahun 2015 yang berjudul “*the effect of foot reflexology on physiologic parameters and mechanical ventilation weaning time in patients undergoing open-heart surgery : A clinical trial study*”. Hasil penelitian tersebut adalah terdapat pengaruh refleksi kaki pada parameter fisiologis dan ventilasi mekanik pada pasien jantung yang menjalani operasi. Parameter fisiologis salah satunya adalah keteraturan frekuensi pernafasan. Hal ini dikuatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Ejindu, Anna (2007), setelah dilakukan refleksi kaki, *respiratory rate* pasien per menit mengalami penurunan (nilai $p = 0.0337$).

Refleksology merupakan tindakan yang memiliki efek samping paling sedikit, hal ini menjadi alasan dipilih sebagai CAM yang paling aman, terutama dalam mengatasi masalah gangguan pernafasan (The AQTN team, 2012).

REFERENSI

Andrews and Dempsey. (2007). *Acupressure & reflexology*. Wiley Publishing. Canada.

Bahan Ajar Kursus dan pelatihan Pengobatan Pijat Refleksi Relaksasi. (2015). *Ilmu Pijat Pengobatan Reflexi Relaxasi*.

- Ebadi A, Kavei P, Moradian S, Saeid S. (2015). *The effects of foot reflexology on physiologic parameters and mechanical ventilation weaning time in patients undergoing open-heart surgery: A clinical trial study.*
- Ejindu, Anna. 2007. *The Effects of Foot and Facial Massage on Sleep Induction, Blood Pressure, Pulse And Respiratory Rate : Crossover Pilot Study.* *Complementary Therapies in Clinical Practice* (2007) 13, 266–275 Retrieved Mei 24,2017. from : www.elsevierhealth.com/journals/ctnm.
- Guyton & Hall. (2007). *Text Book Of Medical Physiologi.* International patents and trademrk righ. (2009). *Reflex zones.*
- James A. (2002). *Hand On Reflexology A Complete Guide.* London : Hodder ft Stoughton. Retrieved Mei 20, 2017.
- Jones, J., Thomson, P., Irvine, K., & Leslie, S. J. (2013). *Is There a Specific Hemodynamic Effect in Reflexology? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.* *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(4), 319–328. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0854>
- Laksana A.(2015).*Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Timbulnya kejadian Sesak Nafas Penderita Asma Bronkhial*
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan.* Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing Edisi 7.* Jakarta : EGC.
- Sharon. 2002. *Holistic Healing & Reiki By Sharon Reflexology* Retrieved Juni 10, 2017 from : <http://www.reikibysharon.com/uploads/6/9/2/3/6923892/reflex.part2.pdf>
- The AQTN.ca team. 2012. *Reflexology –a scientific literary review compilation.* Retrieved Juni 10, 2017 From:www.maa.org.au/Portals/39/AQTN%20Reflexology-full-Litterature-Review.pdf.

Wyatt, Gwen et al. (2012). *Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Reflexology Trial With Patients With Advanced-Stage Breast Cancer*. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 39, No. 6, November 2012 Vol. 39, No. 6, Retrieved Maret 30, 2017.

Yuwono P. (2014). *Pengaruh terapi reflexology Terhadap pada Kaki Terhadap Ankle Brachial Index*.

“Osteopathic Manipulative Treatment Pada Neck Pain “

(Yuliana, Giat Wantoro, Lilik Sriwiyati)

I. Latar Belakang

Nyeri leher adalah masalah yang umum terjadi yang dikaitkan dengan berbagai tingkat ketidakmampuan. Sekitar 54% orang dewasa menderita sakit leher dalam periode 6 bulan, dan pada periode ini 4,6% populasi orang dewasa akan mengalami keterbatasan aktivitas. Riwayat alami nyeri leher ditandai dengan periode remisi dan eksaserbasi, dan kebanyakan individu dengan nyeri leher tidak mengalami resolusi yang lengkap dari gejala dan ketidakmampuan mereka. Nyeri leher sering dikaitkan dengan keterbatasan rentang gerak dan kekakuan. Sakit kepala, brachialgia (sakit di lengan), pusing, dan tanda gejala lainnya biasanya muncul bersamaan dengan nyeri leher. (Helge F, et al., 2015).

Terapi osteopatik pada tulang belakang dapat membantu penyembuhan luka, patologi, atau disfungsi pada daerah servikal. Terapi osteopatik terdiri dari kombinasi berbagai macam teknik manual dan manipulasi tulang belakang, jaringan lunak, teknik mobilisasi pasif (artikulasi), fungsional (tidak langsung), pelepasan myofascial, kraniosakral. Beberapa peneliti telah melaporkan bahwa

terapi manual lebih manjur dibanding perawatan lainnya. Pada akhir program perawatan 6 minggu, peneliti menemukan bahwa 68,3% dari pasien yang mendapat terapi manual merasa jauh lebih baik atau sembuh total, dibandingkan dengan 50,8% di kelompok terapi fisik dan 35,9% pada terapi medical (Gary, et al., 2005).

II. Terapi Manipulative

Cozzolino, V., et al., (2008) menjelaskan bahwa salah satu tindakan yang termasuk Complementary Alternative Medicine (CAM) adalah *Manipulative and Body-Based Methods*. Metode ini menggunakan manipulasi atau gerakan tubuh atau anggota tubuh. Manipulasi didefinisikan sebagai aplikasi terapeutik manual. Contoh dari metode manipulative ini adalah :

1. Chiropractic

Bentuk terapi manual yang berfokus pada hubungan antara struktur dan fungsi, khususnya pada tulang belakang untuk mengurangi rasa sakit.

2. Osteopathic

Suatu sistem terapi yang didasarkan pada konsep bahwa tubuh memiliki kekuatan untuk menemukan pengobatannya sendiri terhadap penyakit bila tubuh berada dalam hubungan struktural yang normal, lingkungan yang normal, dan mendapatkan gizi yang baik. *Chiropractic* masuk dalam jenis terapi di dalam *osteopathic*.

3. Massage

Terapi dengan memanipulasi otot dan jaringan ikat untuk meningkatkan fungsi jaringan, dan relaksasi.

III. Pembahasan Osteopathic

Osteopathic adalah praktek pengobatan *holistik* yang ditujukan kepada semua orang dalam upaya menyembuhkan tubuh. *Osteopathic* sebagaimana didefinisikan oleh *General Osteopathic Council (GOC)* sebagai suatu kesatuan dari pengobatan pencegahan secara medik yang berfokus terutama pada sistem muskuloskeletal. *Osteopathic* sangat menekankan untuk mempertahankan hubungan yang benar antara tulang, otot, ligament, jaringan ikat, dan jaringan-jaringannya, serta keseluruhan fungsi dan gerak tubuh. Perhatian diutamakan pada tulang belakang sebagai jalur utama yang menyalurkan signal - signal syaraf dari otak kepada organ tubuh dan bagian – bagian lain pada tubuh manusia (Helge F, et al. 2015).

Osteopathic meyakini bahwa fungsi tubuh sebagai kesatuan sistem yang saling melengkapi, sehingga permasalahan yang mempengaruhi struktur tubuh dapat menimbulkan permasalahan dan gangguan pada keseimbangan kesehatan tubuh secara general. *Osteopathic* digunakan untuk mengobati berbagai bentuk disfungsi tubuh termasuk rasa sakit, ketidaknyamanan, dan keterbatasan gerakan disebabkan oleh penyakit atau cedera. Tujuannya adalah untuk menghilangkan hambatan agar tercapai kesehatan (Cozzolino V, et al., 2008).

a. Indikasi *Osteopathic*

Osteopathic terbukti efektif menangani pasien dengan berbagai usia, dari bayi hingga dewasa. Praktek *osteopathic* sering mencakup siropraksi (*chiropractic*) seperti penyesuaian struktur

rangka. Terapi kraniosakral, praktek di mana tulang dan jaringan pada kepala dan leher dimanipulasi. Dapat digunakan untuk mengobati masalah struktural dan fungsional pada tulang, persendian, jaringan, dan otot-otot tubuh (Thomas, 2013).

Osteopathic terutama efektif dalam perawatan pada berbagai variasi kondisi kesehatan termasuk sakit punggung bawah, sakit pada leher, sakit kepala/migren, pinggul, lutut dan sakit pada kaki, cedera olahraga, sciatica, arthritis, sikap badan yang tidak baik dan scoliosis (Cozzolino, V., et al., 2008)

b. Manfaat Osteopathic

Menurut Adragna, Vito, et al. (2015) manfaat terapi osteopathic adalah:

1. Dapat digunakan untuk mengobati berbagai macam penyakit umum, termasuk sakit kepala, radang sendi, cedera stres, cedera olahraga, dan nyeri di daerah seperti punggung bawah, leher, bahu, dan lutut
2. Menyediakan pilihan pengobatan non-invasif untuk pasien
3. Dapat dilakukan di berbagai lingkungan
4. Dapat diberikan dengan aman dalam kombinasi dengan perawatan medis lainnya untuk memperbaiki hasil

c. Cara Kerja Osteopathic

Menurut *Osteopathic Practice Standar* (2013) teknik yang dilakukan dalam *osteopathic* adalah pemijatan, manipulasi atau penyesuaian sistem kerangka dan peregangan untuk menguraikan

hubungan yang seharusnya tidak terbentuk di dalam tubuh, sehingga mendukung kembali tubuh dalam memperbaiki keselarasan dan fungsi sendi, saraf dan otot termasuk dalam pengobatan *osteopathic*.

1. Pemijatan

Teknik ini dapat memanipulasi jaringan halus yang ada pada bagian terdalam otot. Jaringan tersebut dapat kehilangan hubungannya yang terjadi antara otot dan tulang dimana seharusnya hal ini tidak boleh ada. Jaringan parut yang terbentuk oleh proses inflamasi dapat menyebabkan saraf terjebak dan menjadi nyeri.

2. Peregangkan

Mengatur sendi dan otot dengan berbagai macam tindakan rutin yang dapat membantu meluruskan kembali sistem kerangka dan mengembalikan jangkauan atau gerakan pada anggota tubuh. Hasilnya adalah dengan memulihkan saraf ke otot dan sendi pada jalur yang tepat jika gerakan ini diikuti.

Osteopathic menekankan hubungan timbal balik pada struktur dan fungsi, dan apresiasi kemampuan tubuh untuk sembuh dengan sendirinya. Bagian tubuh yang berbeda berfungsi bersama dalam cara yang terpadu. Jika salah satu bagian tubuh dibatasi, bagian tubuh lainnya akan mencoba untuk beradaptasi dan mengimbangi perbedaannya. Mobilisasi lembut berkualitas, manipulasi pada sendi akan sangat membantu proses penyembuhan. *Osteopathic* menggunakan hubungan antara sistem neuromuskuloskeletal untuk

mengembalikan fungsi atau menghilangkan hambatan gerak dan penyembuhan.

IV. Penelitian terkait *Osteopathic Manipulative Treatment*

Pada tahun 2014, sebuah penelitian *systematic review* dan meta-analisis terhadap 15 uji coba terkontrol secara acak menemukan bukti kualitas moderat bahwa OMT mengurangi rasa sakit dan memperbaiki status fungsional pada nyeri punggung bawah nonspesifik akut dan kronis (Franke, dkk. 2014). Analisis yang sama juga menemukan bukti kualitas moderat untuk mengurangi nyeri untuk nyeri punggung rendah nonspesifik pada wanita *post partum* dan bukti kualitas rendah untuk mengurangi nyeri pada nyeri punggung rendah nonspesifik pada wanita hamil. (Franke, dkk. 2014).

Sebuah tinjauan sistematis pada tahun 2013, menemukan bukti yang tidak memadai untuk menilai manipulasi osteopati untuk nyeri punggung bawah nonspesifik kronis. (Orrock, Myers, 2013). Pada tahun 2013, *Cochrane Review* mengkaji enam uji coba terkontrol secara acak yang menyelidiki pengaruh empat jenis fisioterapi dada (termasuk OMT) sebagai pengobatan tambahan untuk pneumonia pada orang dewasa dan menyimpulkan bahwa "berdasarkan bukti terbatas saat ini, fisioterapi dada mungkin tidak direkomendasikan sebagai rutinitas. Pengobatan tambahan untuk pneumonia pada orang dewasa. "Teknik yang diteliti dalam penelitian ini meliputi penghambatan paraspinal, peningkatan tulang rusuk, dan pelepasan myofascial. Kajian tersebut menemukan bahwa OMT tidak mengurangi angka kematian dan tidak meningkatkan tingkat

kesembuhan, namun OMT sedikit mengurangi durasi tinggal di rumah sakit dan penggunaan antibiotik. (Yang, Et al., 2013).

V. Prosedur Pelaksanaan Terapi Osteopatik Untuk Nyeri Leher

Tujuan: mengurangi atau menyembuhkan nyeri pada leher

Alat : handuk atau sabuk atau kain

Gerakan 1

1. Tekan muskulus trapezius dan omohyoid menggunakan dua jari
2. Selama melakukan penekanan tersebut, rotasikan lengan
3. Lakukan gerakan ini selama 1 menit



Gerakan 2

1. Tekan area subclavia dan muskulus pektoralis
2. Selama melakukan penekanan tersebut, rotasikan lengan
3. Lakukan gerakan ini selama 1 menit



Gerakan 3

1. Tekan muskulus trapezius menggunakan handuk atau sabuk atau kain, dengan satu tangan memegang handuk dari bagian belakang dan tangan satu lagi memegang dari depan
2. Ketika ekshalasi, tundukkan kepala secara perlahan
3. Ketika inhalasi, angkat kepala secara perlahan
4. Lakukan gerakan ini sebanyak 7 – 10 kali



Gerakan 4

1. Letakkan handuk pada belakang kepala, menutupi telinga
2. Selama ekshalasi tarik handuk, masukkan dagu selama 3 detik
3. Kembali ke posisi semula selama inhalasi
4. Ulangi gerakan tersebut sebanyak 7 kali



Gerakan 5

1. Tangan yang dekat dengan dada menarik handuk ke depan bersilangan dengan kaki, dengan tangan ke atas tempatkan handuk di bawah telinga
2. Kemudian tarik leher menggunakan handuk: fleksi perlahan dan rotasi. Ulangi gerakan tersebut 7-14 kali.



REFERENSI

- Adragna, Vito, et al. 2015. *Osteopathic manipulative treatment of headache in a polytrauma patient : case report*.
- Cozzolino, V., et al., 2008. *Osteopathic Manipulative Medicine (Omm) Explained*.
- Franke H, Franke JD, Fryer G (August 2014). "Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis". *Pmid: 25175885. doi:10.1186/1471-2474-15-286*.
- Gary F, et al., 2005. *The effect of osteopathic treatment on people with chronic and sub-chronic neck pain: A pilot study*
- Helge F, et al., 2015. *Osteopathic manipulative treatment for chronic nonspecific neck pain: A systematic review and meta-analysis*
- Orrock PJ, Myers SP (2013). "Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review". *BMC Musculoskelet Disord (Systematic review). PMID 23570655. doi:10.1186/1471-2474-14-129*.
- Thomas, Lucky, et al. 2013. *Effect of Selected Manual Therapy Intervention for Mecanic Neck Pain on Vertebra and Internal Caroted Arterial Blood Flow and Cerebral inflow*.
- Yang, M; Yuping, Y; Yin, X; Wang, BY; Wu, T; Liu, GJ; Dong, BR (2013). *Dong, Bi Rong, ed. "Chest physiotherapy for pneumonia in adults"*. *Cochrane Database of Systematic Reviews. PMID 23450568. doi:10.1002/14651858*.

Mind Therapy

Bagian III:

1. Reminiscence Therapy
2. Deep Breathing
3. Play Therapy
4. Ayurveda Shirodara

“Terapi Kelompok *Reminiscence* Terhadap Penurunan Depresi Lansia “

(Novita Wulan Sari, Purnomo, Restu Amalia Azmy,
Meidiana Dwidiyanti)

I. Latar Belakang

Peningkatan kualitas kesehatan penduduk dan umur harapan hidup manusia terutama pada lanjut usia dikatakan sebagai dampak kemajuan dalam bidang kesehatan (Firdausi, 2016). Menurut Tel, 2013 (dalam Melani Kartika Sari 2016), perubahan menua pada manusia merupakan proses yang normal, biologis dan universal yang dialami oleh manusia. Usia harapan hidup penduduk Indonesia akan semakin meningkat dan akan mengalami *Aged Population Boom* pada dua dekade abad ke 21 ini (Santika, 2009). Peningkatan populasi lanjut usia menimbulkan banyak permasalahan karena lanjut usia banyak mengalami perubahan fisik, mental, sosial dan kesehatan (Osman, 2012).

Proses penuaan yang terjadi pada lanjut usia sangat mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL) yang dilakukan secara mandiri dan akan menjadi ketergantungan kepada orang lain. Keterbatasan dalam melakukan ADL, penyakit degeneratif, ketidakmampuan fisik, nyeri, penurunan fungsi kognitif, gangguan tidur, isolasi sosial, dan kepuasan sosial yang mampu mempengaruhi kualitas hidup lansia (Tel, 2013). Banyak lanjut usia sulit dalam beradaptasi dengan proses menua pada lansia, merasa sendiri, frustrasi,

depresi dan kehilangan kepercayaan diri yang mampu mempengaruhi kualitas hidup para lansia (Osman, 2012).

Depresi pada lansia merupakan masalah kesehatan mental yang serius. Menurut *World Health Organization* (WHO) depresi menempati urutan ke-empat sebagai salah satu penyakit yang paling banyak terjadi di dunia, WHO juga menyebutkan pada tahun 2000 jumlah lansia di dunia sekitar 600 juta (11%), diperkirakan mencapai 1,2 milyar (22%) pada tahun 2025 dan menjadi 2 milyar pada tahun 2050. Pada negara berkembang jumlah lansia mencapai 400 juta di tahun 2000 dan diperkirakan pada tahun 2025 mencapai 800 juta serta tahun 2050 mencapai 1,49 milyar (WHO, 2002).

Lansia harus menyesuaikan perubahan yang terjadi dalam dirinya baik berupa perubahan fisik, mental dan sosial. Perubahan yang terjadi sebagai proses kehidupan harus dihadapi oleh individu lansia yang akan dapat berpotensi menjadi sumber tekanan dalam hidup (Indriana, 2010). Pada *setting* perawatan primer diidentifikasi bahwa depresi dialami oleh 17% sampai dengan 37% lansia, dan 30% diantaranya mengalami depresi mayor (Meiner & Lueckenotte, 2006). Ebersole *et al.* (2005) menyebutkan prevalensi depresi pada lansia pada unit perawatan yang lama mungkin mencapai 25% dan disertai dengan *stressor* seperti penyakit kronis dan ketidakmampuan, demensia, nyeri kronik, kematian pasangan hidup, gangguan depresi yang sudah ada sebelumnya dan penempatan dalam suatu institusi atau panti.

Terapi *reminiscence* atau kenangan untuk meningkatkan kemampuan memori lansia dikembangkan menggunakan prinsip

story-telling dengan bercerita dan berkomunikasi dalam kelompok. Terapi kenangan dapat juga diberikan pada lansia secara individu, keluarga dan kelompok. Pelaksanaan terapi kelompok dengan memberikan kesempatan pada lansia untuk berbagi pengalaman dengan anggota kelompoknya dan menciptakan suasana yang harmonis dan memberikan efek relaksasi (Endang, 2014).

Reminiscence bukan hanya kegiatan mengingat peristiwa masa lalu tetapi merupakan proses yang sistematis yang berguna dalam merefleksikan kehidupan seseorang dalam mengevaluasi ulang, menyelesaikan konflik yang terjadi pada masa lalu, menemukan kembali makna kehidupan, dan menilai bagaimana coping adaptif yang dapat digunakan. Dari diskusi dengan kelompok tersebut akan dapat memotivasi seseorang dari upaya untuk menyelesaikan masalah. (Syarniah, 2010).

II. Terapi Kelompok *Reminiscence*

Kelompok adalah sekumpulan individu yang berjumlah dua atau lebih, kelompok dapat dikategorikan dengan berbagai cara, antara lain berdasarkan konseptual dari kelompok, berdasarkan tujuan dan penanganan serta berdasarkan jumlah dari semua anggota kelompok atau hubungan interpersonal antara anggotanya (boyd & Nihart, 1998).

Terapi *Reminiscence* Kelompok adalah sebuah terapi yang memberikan perhatian dan kenangan terapeutik kepada lansia tentang pengalaman yang menyenangkan, paling berkesan dan kesuksesan yang pernah dicapai dan dialami oleh lansia pada masa lalunya, lansia

kemudian dimotivasi dalam mengingat kembali pengalaman tersebut untuk disampaikan kepada anggota kelompok yang lain (Syarniah, 2010).

Reminiscence terapi merupakan salah satu jenis psikoterapi kepada seseorang untuk mengurangi rasa sendirian, kecemasan dan depresi yang dialami oleh lansia (S.M Syed Elias et al. 2015). *Reminiscence* merupakan terapi non-farmakologi dan bagian dari intervensi terapeutik yang sering digunakan kepada lansia. Klasifikasi dan intervensi dan perawatan yang diberikan menggambarkan kejadian masa lalu yang akan di ulang kembali, merasa dan berpikir lansia dalam membentuk serta memfasilitasi perasaan senang, menambah kualitas hidup, dan mengangkat situasi saat ini yang dialami oleh lansia (Syarniah, 2010). Sedangkan menurut Buck & Levine, (dalam Collins, 2006) *Reminiscence* adalah proses untuk mengumpulkan kembali kenangan seseorang akan masa lalunya.

a. Indikasi Terapi Kelompok Reminiscence

Menurut RIPFA, 2006 Indikasi medis dari pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah lansia yang sedang mengalami depresi, dementia dan gangguan kognitif seperti *alzheimer*.

Indikasi keperawatan dari terapi kelompok *Reminiscence* adalah lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keptusasaan, dan isolasi sosial (Syarniah, 2010).

b. Tipe Terapi Kelompok reminiscence

Menurut Kennard (2006) terapi reminiscence dikategorikan menjadi 3 tipe terapi utama, yaitu :

a. Simple atau Positive Reminiscence

Tipe ini merefleksikan informasi dan pengalaman serta perasaan menyenangkan pada masa lalu dengan cara menggali pengalaman masa lalu dengan menggunakan pertanyaan secara langsung seperti interaksi sosial antara klien dengan terapis. Simple reminiscence ini bertujuan untuk membantu klien beradaptasi terhadap kehilangan dan memelihara harga diri.

b. Evaluative Reminiscence

Tipe ini lebih tinggi dari tipe yang pertama, hampir sama dengan *life review*, atau menggunakan pendekatan dalam menyelesaikan masalah konflik.

c. Offensive Reminiscence

Tipe ini dikatakan juga sebagai tipe berkala, dengan menggunakan informasi yang tidak menyenangkan dan informasi yang menyenangkan dalam tipe ini dapat menyebabkan atau menghasilkan perilaku dan emosi, pada tipe ini juga mampu menimbulkan resolusi terhadap informasi yang penuh dengan konflik yang tidak menyenangkan yang dialami lansia pada masa lalu.

c. Media dalam Terapi Kelompok Reminiscence

Menurut Collins 2006, media yang dipakai dalam kegiatan terapi Reminiscence adalah *Kit Reminiscence* yang berisi berbagai barang dan benda pada masa lalu, majalah, alat untuk memasak

dan membersihkan, foto masing-masing lansia, video, kaset buku, rasa (coklat, jeruk dll), dan bahan sentuhan untuk menstimulasi sensori sentuhan (bulu binatang, wol, dll). Media ini juga dapat digunakan untuk kegiatan terapi Reminiscence yang dilakukan secara berkelompok. Benda-benda pada masa lalu digunakan sebagai media untuk membantu lansia dalam mengingat kembali masa lalunya berkaitan dengan benda tersebut. Media yang dipakai diharapkan bisa mempercepat daya ingat lansia untuk dapat mengingat kembali pengalaman yang terjadi pada masa lalunya yang berkaitan dengan benda tersebut dan akan diceritakannya kepada orang lain sehingga proses dan tujuan terapi dapat tercapai (Lestari M.F dan Sumintardja, N.E, 2016).

d. Pelaksanaan Terapi Kelompok Reminiscence

Menurut Ebersole, 2005 dan Kennard, 2006 (dalam, Syarniah, 2010), terapi Reminiscence dapat diberikan kepada lansia secara individu, keluarga dan kelompok. Pelaksanaan terapi secara kelompok mempunyai banyak keuntungan lebih banyak dibandingkan secara individu, keuntungan terapi yang dilakukan secara kelompok adalah lansia akan mempunyai kesempatan untuk saling berbagi (sharing) pengalaman dengan anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dan sosialisasi sesama lansia anggota kelompok serta efisiensi biaya dan efektivitas waktu. Selain dengan media benda masa lalu, perawat juga memerlukan item pertanyaan yang berkaitan dengan masa lalu

klien sesuai topik dalam pelaksanaan terapi, pertanyaan yang diajukan perawat untuk review kehidupan dan pengalaman lansia.

Terapi kelompok Reminiscence dapat dilaksanakan dalam beberapa sesi (pertemuan), terapis dapat menentukan jumlah sesi yang digunakan dalam kegiatan terapi yang dilakukan, dalam menetapkan prosedur pelaksanaan terapi reminiscence dalam 12 sesi konseling. Yang masing masing konseling menggunakan benda masa lalu, pertanyaan, dan menggunakan stimulus (Collins, 2006).

Jumlah sesi dalam terapi reminiscence ini sebanyak 5 sesi dan dilaksanakan dalam 9 kali pertemuan. Sesi 1 sampai 4 dilaksanakan 2 kali pertemuan dan sesi 5 dilakukan dalam 1 kali pertemuan. Waktu untuk setiap pertemuan selama 75 menit dan maksimal waktu pertemuan 90 menit. Dalam setiap minggu dilakukan 3 kali pertemuan dengan selang waktu 1 hari setiap pertemuan. Jumlah anggota dalam setiap kelompok terapi kelompok Reminiscence sebanyak 7-8 lansia (Syarniah, 2010).

III. Depresi Pada Lansia

Depresi adalah salah satu masa dimana terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan dengan perasaan sedih dan gejala penyertanya adalah perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi menurun, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya serta bunuh diri (Kaplan and Sadock, 2010).

Depresi adalah gangguan mental yang sering terjadi pada kehidupan manusia yang ditandai dengan emosi, motivasi fungsional

dari gerakan tingkah laku dan kognitif (Pieter, dkk, 2011). Depresi adalah keadaan emosional yang ditandai kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, serta kehilangan minat untuk tidur dan melakukan hubungan seks juga hal-hal menyenangkan lainnya (Nasir & Muhith, 2011).

Depresi termasuk syndrom depresi dan gangguan mood lainnya seiring ditemukan pada lansia tetapi bukan merupakan suatu hal yang alami dalam proses menua. Pada seting perawatan utama, diidentifikasi bahwa depresi dialami oleh 17 % sampai dengan 37 % lansia, dan 30% diantaranya mengalami depresi mayor. Di unit komunitas prevalensi depresi pada lansia lebih bervariasi antara 1 – 35 % (Frazer, Chirtensen & Griffith, 2005).

a. Penyebab depresi

Depresi dapat disebabkan oleh berbagai faktor biologis, psikologis maupun sosial. Faktor yang dapat mengakibatkan depresi adalah a) genetik, b) stress; kehidupan yang penuh stress seperti kehilangan pekerjaan, perpisahan atau perceraian, kematian, c) kesehatan yang buruk; individu dengan penyakit kronis seperti individu dengan penyakit jantung, stroke, diabetesmellitus, kanker atau gagal ginjal kronik, d) obat – obatan ; pengobatan dalam jangka waktu lama seperti obat anti hipertensi, obat tidur dan lain – lain dapat menimbulkan gejala depresi, e) depresi post partum, f) ketidakseimbangan hormonal; ketidakseimbangan hormon tiroid seperti hipotiroid dapat mengarah pada kejadian depresi , g) penyalahgunaan zat;

konsumsi alkohol, meroko atau penggunaan obat – obatan berkontribusi terjadinya depresi dan kecemasan) karakter kepribadian; karakter kepribadian tertentu seperti harga diri rendah, perasaan bersalah yang berlebihan, perasaan tidak berdaya, ketidakmampuan mengatasi tekanan hidup atau pandangan yang negatif tentang kehidupan dapat membuat seseorang tertekan (Indian Womens Health, 2009).

Pada lansia menurut Blazer (1993, dalam Miller, 2004) depresi disebabkan oleh faktor biologi, psikologi dan kognitif . penyebab dan faktor resiko yang berkontribusi terjadinya depresi pada lansia adalah:

- a. Kesepian dan isolasi; hidup sendiri, berkurangnya lingkungan sosial karena kematian atau tinggal di tempat penampungan panti), menurunnya mobilitas fisik akibat penyakit atau kehilangan motivasi untuk berkegiatan.
- b. Penurunan perasaan tujuan; perasaan tidak mempunyai tujuan karena kehilangan identitas akibat pensiun atau keterbatasan aktivitas fisik.
- c. Masalah kesehatan; penyakit dan ketidakmampuan, nyeri kronik atau nyeri hebat, penurunan kemampuan kognitif, kerusakan anggota tubuh akibat pembedahan penyakit.
- d. Pengobatan; beberapa obat dapat mencetuskan atau mengakibatkan depresi.
- e. Ketakutan; takut akan kematian dan sekarat (dying), cemas yang berlebihan terhadap masalah finansial dan masalah kesehatan.

- f. Kesedihan yang baru terjadi; kematian teman, anggota keluarga, binatang kesayangan, hilangnya pasangan atau mitra.

b. Tanda dan Gejala Depresi

Menurut Lubis (2010), gejala – gejala depresi dapat dilihat dari tiga aspek yaitu gejala fisik, psikis dan sosial.

1) Gejala fisik

Gejala fisik yang dapat ditemukan pada individu yang mengalami depresi meliputi :

- Gangguan pola tidur (sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit)
- Menurunnya tingkat aktivitas. Pada umumnya orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton televisi, makan dan tidur.
- Menurunnya efisiensi kerja. Pada orang yang mengalami depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal atau pekerjaan.
- Mudah merasa letih dan sakit. Pada dasarnya, depresi itu adalah perasaan negatif, sehingga jika individu menyimpan perasaan negatif maka akan membuatnya letih karena membebani pikiran dan perasaan disetiap waktu dan tempat.

2) Gejala psikis

Adapun gejala psikis yang dapat ditemukan pada imdividu yang mengalami depresi adalah:

- Kehilangan rasa percaya diri. Individu yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatunya dari sisi negatif, termasuk meilai diri sendiri.
- Merasa diri tidak berguna. Perasaan ini muncul karena individu merasa menjadi orang yang gagal terutama dibidang atau dilingkungan yang seharusnya individu kuasai.
- Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul pada individu yang mengalami depresi. Individu memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan dirinya.
- Perasaan terbebani. Banyak ormag yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Individu merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

c. Dampak depresi pada lansia

Depresi yang dialami oleh lansia dapat menimbulkan masalah baru bagi lansia tersebut baik bersifat fisik, psikologis maupun sosial menurut Baldwin (2010) Depresi yang tidak ditangani pada lansia berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia dan mengarah pada penurunan kemampuan perawatan diri. Lansia yang mengalami depresi akan mengalami penurunan motivasi untuk melakukan aktivitas baik aktivitas

untuk perawatan diri sendiri maupun aktivitas yang berhubungan dengan orang lain.

Depresi pada lansia dapat mengakibatkan munculnya penyakit fisik, penyalaggunaan obat, alkohol dan nikotin, angka kematian yang lebih tinggi bukan bahkan bunuh diri. Penurunan fungsi fisik merupakan salah satu kosekuensi dari depresi yang dialami oleh lansia (Blazer, et al., 2002; Mehta, et al., 2002, dalam Miler, 2004). Lansia yang mengalami depresi juga akan lebih banyak keluhan fisik dan melaporkan kesehatannya lebih buruk.

IV. Penelitian Terkait Terapi Reminiscence

Upaya dalam menanggulangi stress pada lansia yaitu dengan *reminiscence therapy* adalah suatu terapi yang memberikan perhatian terhadap kenangan terapeutik pada lansia (Webster, 1999, dalam Collins 2006). *Reminiscence therapy* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu mencapai kesadaran diri dan untuk memahami diri sendiri untuk dapat beradaptasi terhadap stress. Terapi ini dapat membantu memotivasi lansia dalam mengingat pikiran, perasaan, peristiwa yang dialami di masa lalu dan menyampaikan hal yang sangat berharga bagi dirinya, menceritakan hobi, prestasi yang pernah diraih oleh lansia, dengan itu lansia dapat melupakan peristiwa yang tidak menyenangkan dalam kehidupannya saat ini, sehingga mengurangi emosinegative yang dirasakan dan dapat meningkatkan mood positif dari lansia (Imelda, 2017).

Intervensi dalam terapi *reminiscence* dilakukan secara berkelompok dengan memberikan kesempatan kepada lansia dalam berbagi pengalamannya, meningkatkan sosialisasi, komunikasi, menghemat biaya dan waktu (Imelda 2017). Dalam kegiatan terapi ini terdapat beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah depresi pada lansia menurut Chen Li, et. al, 2012 mengatakan bahwa *cognitive behaviour therapy, problem solving therapy, interpersonal therapy* merupakan jenis terapi yang dapat digunakan untuk mengurangi depresi pada lansia, dari beberapa terapi-terapi tersebut terapi *reminiscence* merupakan terapi yang sangat direkomendasikan diberikan kepada lanjut usia yang sedang mengalami depresi.

Menurut Sharif, Mansouri, Jalan bin dan Zare (2010), terapi *reminiscence* juga memiliki efektivitas dalam menurunkan depresi pada lanjut usia di Iran. Terapi *reminiscence* dilakukan dua kali dalam seminggu selama 3 minggu, terapi ini diikuti oleh 49 lansia yang berusia 60 tahun keatas yang menunjukkan skor GDS-SF menurun setelah dilakukan terapi, yang artinya terdapat penurunan depresi yang signifikan dalam skor depresi dibandingkan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada lansia. Hasil yang sama juga di peroleh dari penelitian yang dilakukan oleh Moral, Ruiz, Rodriguez, dan Galan (2013); Osman, Khalil, Arafa, dan Gaber (2012); Chen. Li, dan Li (2012); Gaglioli dkk (2014); Chiang dkk (2009).

Reminiscence therapy (mengenang masa lalu yang menyenangkan) disini lansia dirangsang untuk mendiskusikan

kejadian, peristiwa yang menyenangkan yang dialami lansia pada masa lalu untuk membangkitkan perasaan, emosi yang positif (Imelda 2017). Pelaksanaan terapi kelompok reminiscence pada lansia ini dilakukan selama 5 sesi dengan 9 kali pertemuan. Sesi 1 dengan tema berbagi pengalaman pada masa anak, sesi 2 tentang berbagi pengalaman masa remaja, sesi 3 mengenai berbagi pengalaman pada masa dewasa, sesi 4 berbagi pengalaman bersama keluarga dan di rumah, serta sesi 5 mengevaluasi integritas diri.

REFERENSI

- Baldwin, R. C., (2010). *Depression in Later Life*. New York: Oxford University Press; 7-10.
- Blazer, D.G. (2002). *Self-efficacy and Depression in Late Life : A Primary Prevention Proposal*. Duke University School Of Medicine North Carolina USA. Taylor and Francis Ltd. Journal Aging & Mental Health.
- Bornat, J. (1994). *Reminiscence reviewed; perspectives, evaluations, achievements*. <http://www.growthhouse.org/books/bornat.html>. Diperoleh 26 Juli 2017.
- Boyd M.A. dan Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia: Lipincott-Raven Publisher.
- Chen, T.-j. Li,H,-j. And Li, J. (2012). *The Effect of Reminiscence Therapy on Depressive Symptoms of Chinese Elderly : Study Protocol of A Randomized Controlled Trial*. BioMed Central Psychiatry Journal.

- Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, et. al. (2010). *The Effect of Reminiscence Therapy on Psychological Well-Being, Depression and Loneliness among The Institutional aged*. Int J Geriatr Psychiatric 25 : 380-388.
- Collins, C. J. (2006). *Life review and reminiscence group therapy among senior adults. (Dissertation)*. USA: Graduate Faculty Texas Tech University.
- Ebersole, P, et al. (2005). *Gerontological Nursing and Health Aging. (2nd ed.)*. USA, Philadelphia: Mosby, Inc, Gerontology Journal.
- Endang. (2014). *“Effectiveness of reminiscence group therapy as regimen for elderly depressed in selected social institution Yogyakarta Indonesia : a customized therapeutic reminiscence therapy module”*. Journal Respati, 1(10).
- Firdausi, N. (2016). *“Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Psychological Well Being Pada Lanjut Usia (Literature Review)”*. Jurnal Keperawatan : Akademi Keperawatan Pamenang Pare-Kediri.
- Frazer C.J., Christensen, H dan Griffith K.M.(2005). *Effectiveness of treatments for depression in older people*. Medical journal of Australia. Vol 182 No. 12. Hal. 627-632.
- Imelda. (2017). *“Pengaruh reminiscence therapy terhadap penurunan tingkat stress pada lansia”*. Bukit Tinggi: STIKes Fort De Kock. Jurnal Human Care Vol. 1 No.3.
- Indriana, S. Dkk. (2010). *“Tingkat stress lansia di Panti Werdha Pucang Gading Semarang”*. Jurnal Psikologi Undip. Vol.8. No.2.
- Jones, E.D. (2003). *Reminiscence Therapy for Older Women With Depression*. Journal of Gerontological Nursing. <http://proquest.umi.com>.
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A (2010). *Sinopsis Psikiatri Jilid @. Terjemahan Widjaja Kusuma*. Jakarta: Binarupa Aksara. P. 17-35.

- Kennard, C. (2006) *Reminiscence Therapy and activities for people with dementia*.
<http://www.alzheimer.about.com/cs/treatmentoptions/a/remembrance.html>. diperoleh 28 Juli 2017.
- Lestari M.F dan Sumintardja N.E. (2016). *Kajian Reminiscence Group Therapy pada Depresi Lansia Wanita yang Tinggal di Panti Wredha*. Jurnal Ilmiah Psikologi MANASA. Universitas Katolik Indosnesia Atma Jaya. Vol. 5 No.1. Hal. 42-56.
- Lubis, N. Lumongga. (2010). *Gejala - gejala Depresi*.
http://namoralubis.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=16, diperoleh 25 Juli 2017.
- Meiner, Sue E dan Annette g. Luecknotte. (2006). *Gerontologic Nursing (3th ed.)*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Miller, C.A (2004). *Nursing For wellness in older adults; theory and practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins. Journal Psikology of Nursing.
- Moral, J.C.M. Ruiz, L.C, Rodriguez T.M & galan, A.S. (2013). *Effects of a Reminiscence program among Institutionalized Elderly Adults Psichotema*. Vol 25 No. 3. Hal 319-323.
- Nasir A dan Muhith, A. (2010). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Osman, Z. A. Et, al. (2012). *The Effect of Reminiscence on Self-Esteem and Depression among Elderly People*. Journal Of American Science. 53-61
- Pieter ZH, Dkk. (2011). *Pengantar Psikopatologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- RIPFA. (2006). *Reminiscence Theraoy for People With Dementia*.
<http://www.ripfa.org.uk/evidenceclusters/displayCLUSTER4.asp?catID>. diperoleh 27 Juli 2017.
- S.M Syed Elias et al. (2015). *The Effectiveness of Group Reminiscence Theraoy for Loneliness, Anxiety and Depression in Older Adults*

- in Long Term Care : A Systematic Review*. Journal Geriatric Nursing. Elsevier.
- Santika, A. (2009). *Rencana Aksi Nasional Lanjut-Usia 2009-2014 sebagai Pelaksanaan UU No.13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Jakarta.
- Sari, Melani, K. (2016). “*Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Menggunakan Reminiscence Affirmative Therapy Berbasis Teori Lazarus*”. Jurnal Keperawatan. Stikes Karya Husada Kediri.
- Sharif, F. Mansouri, A. Jahanbin, I. & Zare, N. (2010). *Effect of Group Reminiscence Therapy on Depression in Older Adults Attending A day Centre in Shiraz, Southern Islamic Republic of Iran*. East Mediteranian Health Journal, Vol. 16 No.7.
- Syarniah. (2010). “*Pengaruh terapi kelompok reminiscence terhadap depresi lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan*”. Tesis. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Wood T, Robert et al. (2009). “*Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: Pragmatic Eight-centre Randomized Controlled Trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: aprotocol*”. Journal Biomed Central. www.trialjournal.com.

“*Deep Breathing Exercise* Dalam Mengurangi Sesak Nafas Pada Penderita *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*”

(Arlies Zenitha Victoria, Dwi Fitriyanti, Fani Anitarini,
Suhartini Ismail))

I. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global. Data WHO menunjukkan bahwa dari 57 juta kematian yang terjadi di dunia pada tahun 2008, sebanyak 36 juta atau hampir dua pertiganya disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular. PTM juga membunuh penduduk dengan usia yang lebih muda. Di negara-negara dengan tingkat ekonomi rendah dan menengah, dari seluruh kematian yang terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun, 29% disebabkan oleh PTM, sedangkan di negara-negara maju, menyebabkan 13% kematian. Menurut badan kesehatan dunia WHO, kematian akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia, peningkatan terbesar akan terjadi di negara-negara menengah dan miskin. Lebih dari dua pertiga (70%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke dan diabetes. Dalam jumlah total, pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun karena penyakit tidak menular, naik 9 juta jiwa dari 38 juta jiwa pada saat ini. Di sisi lain, kematian akibat penyakit menular seperti

malaria, TBC atau penyakit infeksi lainnya akan menurun, dari 18 juta jiwa saat ini menjadi 16,5 juta jiwa pada tahun 2030 (Depkes, 2012).

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) adalah salah satu penyakit paru yang mengarah pada beberapa gangguan yang mempengaruhi pergerakan aliran udara masuk dan keluar dari paru. PPOK merupakan kombinasi bronkitis obstruktif kronis dan emfisema (Black & Hawks, 2005). Pada tahun 2005 terdapat 210 juta penduduk dunia menderita PPOK dan 3 juta orang diantaranya meninggal dunia. Adapun angka kematian total akibat PPOK diprediksi meningkat 3% pada sepuluh tahun yang akan datang (WHO, 2007). Di Indonesia, berdasarkan data sistem informasi rumah sakit tahun 2009 — 2010, PPOK masuk dalam peringkat 10 besar kematian penyakit tidak menular rawat inap di rumah sakit (Depkes RI, 2012).

COPD dianggap sebagai salah satu penyakit dengan periode yang lama dan ditandai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya. Prognosis COPD dimulai dari stadium I yang mana ada kelemahan aliran udara ringan, dimana pasien mungkin tidak menyadari bahwa fungsi paru-parunya mulai memburuk, sedangkan stadium IV, pasien bisa mengalami gagal napas, sehingga pasien membutuhkan perawatan yang intensive. Tanda dan gejala yang khas dari COPD adalah dyspnea atau sesak napas terutama saat beraktivitas, diikuti dengan gejala yang lain seperti batuk, *fatigue* atau kelelahan dan terdapatnya suara napas *wheezing* (El-Gendy, 2015).

Oleh karena itu, COPD memerlukan suatu intervensi yang efektif dalam mengurangi sesak nafas/ dyspnea yang dialami oleh

penderita COPD itu sendiri. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah *breathing exercise*. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pada pasien dengan COPD, diaphragmatic breathing dapat memperbaiki pola nafas dan meningkatkan efektivitas ventilasi tanpa menyebabkan sesak nafas pada pasien (Fernandes, dkk, 2011). Selain itu, pada pasien COPD dengan nilai peak expiratory flow yang rendah, pursed lip breathing menurunkan hiperventilasi dan meningkatkan toleransi latihan, pola nafas, dan oksigenasi arteri. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan saturasi oksigen, peningkatan peak flow, dan penurunan frekuensi pernafasan (Ferracini, *et all*, 2014).

II. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) adalah kelainan paru yang ditandai dengan gangguan fungsi paru berupa memanjangnya periode ekspirasi yang disebabkan oleh adanya penyempitan saluran napas dan tidak banyak mengalami perubahan dalam masa observasi beberapa waktu dan adanya hambatan aliran udara yang bersifat progresif dan tidak sepenuhnya reversible, yang disebabkan proses inflamasi pada paru (Roberts, et.al, 2016).

Asap rokok merupakan penyebab utama dari COPD, namun ada faktor resiko lain yang menyebabkan COPD yaitu polusi udara di dalam dan luar ruangan, bahan kimia, riwayat terkena infeksi saluran pernapasan, usia dan jenis kelamin (El-Gendy, 2015).

Tanda dan gejala dari COPD adalah dyspnea atau sesak napas terutama saat beraktivitas, kelemahan badan, Batuk, terdapat bunyi wheezing, ekspirasi memanjang, bentuk dada barrel chest pada

penyakit lanjut, penggunaan otot bantu napas, suara napas melemah, edema kaki dan kadang ditemukan pernapasan paradoksal (Evangelodimou, Grammatopoulou, Skordilis, & Haniotou, 2015).

a. Penatalaksanaan Dyspnea

Penatalaksanaan *dyspnea* dapat dilakukan dengan beberapa prinsip mengurangi usaha nafas dan melatih fungsi otot pernafasan. Adapun teknik yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) *Energy conservation (e.g pacing)*
- 2) *Breathing strategies (e.g breathing exercise)*
- 3) *Position (e.g leaning forward)*
- 4) *Correct obesity or malnutrition*
- 5) *Inspiratory muscle exercise*
- 6) *Respiratory muscle rest (e.g cuirass, nasal ventilation, transtracheal oxygen)*
- 7) *Medications (e.g theophylline)*
- 8) (Rasmin & Aniwidyaningsih, 2016).

III. Deep Breathing Exercise

Deep breathing exercise merupakan latihan pernapasan dengan tehnik bernapas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh (Smeltzer, et al, 2008).

a. Tujuan

- 1) Untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernafasan.
- 2) Meningkatkan inflasi alveolar maksimal, relaksasi otot dan menghilangkan ansietas.
- 3) Mencegah pola aktifitas otot pernafasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap, serta mengurangi kerja bernafas (Smeltzer , 2008).
- 4) Latihan pernafasan dengan teknik *Deep Breathing Exercise* membantu meningkatkan compliance paru untuk melatih kembali otot pernafasan berfungsi dengan baik serta mencegah disstress pernafasan (Ignatavius dan Workman, 2006).
- 5) Merupakan latihan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan otot - otot pernafasan berguna untuk meningkatkan ventilasi fungsi paru dan memperbaiki oksigenisasi.

b. Jenis *Deep Breathing Exercise*

Deep breathing exercise dibagi menjadi 2 macam latihan, yaitu *pursed lip breathing exercise* dan *diaphragmatic breathing exercise*

1. *Pursed Lip Breathing Exercise*

Pursed Lip Breathing exercise merupakan latihan pernapasan dengan cara saat insiprasi tarik napas dalam dan

saat ekspirasi menghembuskan napas melalui mulut hampir tertutup (seperti bersiul) secara perlahan (Medica, et.al, 2014).

– Metode latihan *Pursed Lip Breathing Exercise*

- 1) Mengatur posisi pasien duduk atau setengah duduk di tempat tidur atau kursi.
- 2) Meletakkan satu tangan pasien di abdomen (tepat di bawah proc. xiphoideus) dan tangan lainnya ditengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas.
- 3) Menarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal lalu jaga mulut tetap tertutup selama inspirasi dan tahan nafas selama 2 detik.
- 4) Hembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengkontraksikan otot – otot abdomen selama 4 detik.

2. *Diaphragmatic Breathing Exercise*

Diaphragmatic Breathing adalah pernafasan yang difokuskan pada rongga perut dan rongga dada yang membesar akibat paru-paru penuh terisi udara. Pernafasan ini dilakukan dengan cara mengisi paru-paru dengan oksigen sampai rongga perut dan rongga dada membesar. Pernafasan ini fokus nafas diarahkan pada sekat antara rongga dada dan rongga perut yang disebut dengan sekat diafragma. Ciri nafas diafragma adalah otot-otot sekat diafragma akan menegang dan keras, dan otot-otot samping bagian pinggang akan mengembang ketika

rongga-rongga penuh udara. Pernafasan ini sebenarnya gabungan nafas dada dan nafas perut (Evangelodimou, Grammatopoulou, Skordilis, & Haniotou, 2015).

– Metode Latihan *Diaphragmatic Breathing Exercise*

- 1) Posisi tubuh berbaring lurus, letakkan tangan di bagian dada dan di bagian diafragma untuk mengetahui pergerakan dada
- 2) Tarik nafas panjang langsung alirkan udara ke paru-paru sampai sekat diafragma mengeras, tahan, dan hembuskan. Lakukan latihan ini 8 kali pengulangan.
- 3) Tarik nafas panjang langsung alirkan udara ke paru-paru sampai sekat diafragma mengeras, tahan, dan hembuskan sambil berdesis. Lakukan latihan ini 8 kali pengulangan.
- 4) Tarik nafas panjang langsung alirkan udara ke paru-paru sampai sekat diafragma mengeras, tahan, dan hembuskan sambil membunyikan huruf vokal (a, i, u, e, o secara menyambung dan tidak terputus). Lakukan latihan ini 8 kali pengulangan.
- 5) Tarik nafas panjang langsung alirkan udara ke paru-paru sampai sekat diafragma mengeras dan hembuskan. Latihan ini dilakukan secara cepat antara insipasi dan ekspirasi.

IV. Penelitian Terkait *Deep Breathing Exercise* Dalam Mengurangi Sesak Nafas Pada COPD.

Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah *breathing exercise*. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pada pasien dengan COPD, diaphragmatic breathing dapat memperbaiki pola nafas dan meningkatkan efektivitas ventilasi tanpa menyebabkan sesak nafas pada pasien (Fernandes, dkk, 2011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ferracini, *et all* pada tahun 2014, dengan topik “*Pursed lip breathing improves exercise tolerance in COPD : a randomized crossover study*”, menghasilkan bahwa Pada pasien COPD dengan nilai peak expiratory flow yang rendah, pursed lip breathing menurunkan hiperventilasi dan meningkatkan toleransi latihan, pola nafas, dan oksigenasi arteri. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan saturasi oksigen, peningkatan peak flow, dan penurunan frekuensi pernafasan. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Roberts (2016) “*Do COPD patient taught pursed lip breathing (PLB) for dyspnoea management continue to use the technique long-term? A mixed methodological study*”. Hasilnya dari 9 sembilan orang responden, 8 diantaranya menyatakan intervensi tersebut bermanfaat. Penggunaan teknik pursed lips breathing dapat menurunkan frekuensi pernafasan dan meningkatkan saturasi oksigen.

REFERENSI

- Boshuizen, R.C., Vincent, A.D., Heuvel, M.M. (2013). *Comparison of modified Borg scale and visual analog scale dyspnea scores in predicting re-intervention after drainage of malignant pleura effusion*. Support Care Cancer. DOI 10.1007/s00520-013-1895-3.

- Cabral, L.F., et.al. (2014). *Pursed lip breathing improves exercise tolerance in COPD : a randomized crossover study*. Euro Journal Physco Rehabilitation. Medline 2014 Apr 01.
- Depkes RI. (2012). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2011*. www.depkes.go.id
- El-Gendy, S. R. (2015). *Controlling dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease patients*. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 90(2), 58–63. <https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000466428.6200>.
- Evangelodimou, A., Grammatopoulou, E., Skordilis, E., & Haniotou, A. (2015). *The Effect of Diaphragmatic Breathing on Dyspnea and Exercise Tolerance During*.
- Fernandes, M., Cukier, A., & Feltrim, M.I. (2011). *Efficacy of diaphragmatic breathing in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *Chronic Respiratory Disease* 8(1) 237 – 244.
- Ferracini, & Guimarães, F (2014). *Pursed lip breathing improves exercise tolerance in COPD : a randomized crossover study*. *European Journal of Physical and Rehabilitation*.
- Medica, E. M., Cabral, L. F., Elia, T. C. D., Marins, D. D. S., Zin, W. A. (2014). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine Pursed Lip Breathing Improves Exercise Tolerance in Copd : a Randomized Crossover Study*. *European Journal of Physical and Rehabilitation*.
- Rasmin, M., & Aniwidyaningsih, W. (2016). *Pendekatan khusus sesak nafas*. Jakarta : Departemen Pulmonologi & Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI - RS Persahabatan, staff.ui.ac.id.
- Roberts SE, Schreuder FM, Watson T, Stern M, Do COPD. 2016. *patients taught pursed lips breathing (PLB) for dyspnoea management continue to use the technique long-term? A mixed*

methodological study., Physiotherapy Journal,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.006>

Spruit, M. A, et.al. (2013). *An official American Thoracic Society / European Respiratory Society Statment : Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation*. American Journal Respiration Critical Care Medline Vol 188, Iss. 8, pp e13–e64, Oct 15, 2013.

“Child-Centered Play Therapy (CCPT) Pada Anak Dengan Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)”

(Arni Nur Rahmawati, Ilma Widiya Sari, Rita Oktaviani,
Meidiana Dwidiyanti)

I. Latar Belakang

Salah satu gangguan yang terjadi pada anak-anak yang dapat menghambat perkembangannya yaitu gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif atau sering disebut dengan *Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)* (Hartiningih, 2003; Hikmawati & Hidayati, 2014).

Diagnostic and Statistic Manual IV menjelaskan bahwa ADHD merupakan gangguan yang ditandai dengan adanya ketidakmampuan anak dalam memberikan perhatian pada sesuatu yang sedang dihadapi dan mudah sekali beralih perhatiannya sehingga rentang waktu perhatiannya sangat singkat dibandingkan dengan anak-anak seusianya (*American Psychiatric Association*, 2005). Menurut data WHO (2005) terdapat 7 - 10% anak berkebutuhan khusus dari total populasi anak didunia. Di Amerika Serikat sekitar 3-7%, sedangkan di Jerman, Kanada, dan Selandia Baru sekitar 5-10%. Indonesia belum memiliki data akurat prevalensi anak dengan ADHD, berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Nasional (BPSN) pada tahun 2007 terdapat 8,3 juta anak dari 82 juta anak Indonesia yang berkebutuhan khusus (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Hasil survei yang dilakukan Saputro (2009) menyatakan bahwa terdapat 4 – 12% anak usia sekolah yang mengalami ADHD. Anak dengan ADHD mempunyai gangguan dalam hal kognitif, perilaku, sosialisasi ataupun komunikasi. Perilaku yang nampak pada anak dengan ADHD yaitu cenderung bertindak ceroboh, mudah tersinggung, pelupa, kesulitan dalam mengerjakan tugas dan menyimak, kesulitan dalam menjalankan perintah, melamun, sering keceplosan ketika berbicara tidak memiliki kesabaran yang tinggi, sering membuat gaduh, dan tidak bisa tenang. Hal tersebut yang membuat anak kesulitan untuk belajar, mendengar, mengikuti perintah serta sulit untuk bersosialisasi dengan teman sebanya (Flanagen, 2005; Fanu, 2006).

Terapi yang dapat diterapkan pada anak dengan ADHD harus bersifat holistik dan melibatkan multidisipliner ilmu yang dikoordinasikan antar dokter, psikolog, orangtua, guru dan lingkungan yang berpengaruh (Judarwanto, 2009). Intervensi yang dapat diberikan pada anak dengan ADHD untuk mengatasi kurangnya konsentrasi yaitu dengan diet makanan, terapi obat-obatan dan *play therapy* (Ray, 2008).

Play therapy merupakan salah satu alat untuk membangun komunikasi bagi anak-anak yang bermasalah untuk mengeksplorasikan dan mengekspresikan dirinya (perasaan, pikiran, pengalaman, perilaku) melalui media bermain (Landreth, 2001). Salah satu *play therapy* yang dapat dilakukan pada anak dengan ADHD yaitu dengan pendekatan *child centered play therapy* (CCPT). CCPT merupakan terapi bermain yang berpusat pada anak

dan berfokus pada kepribadian anak sebagai dasar dan tujuan dari terapi ini. Tujuan utama dari CCPT adalah konsisten dengan mengarahkan diri sendiri oleh anak untuk berusaha menuju aktualisasi diri, dan terapi ini berfokus pada pribadi anak dari pada masalah yang dialami pada anak.

Penelitian yang dilakukan oleh Ray (2008) menyatakan bahwa *play therapy* secara empiris sudah tervalidasi sebagai intervensi yang efektif untuk mengatasi permasalahan yang terjadi pada anak dengan ADHD. Penelitian tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Pykhitna *et al* (2012) bahwa *play therapy* pada anak dengan ADHD dapat membantu dalam memusatkan perhatian serta mampu untuk berkonsentrasi.

II. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*

1. Pengertian ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) adalah kelainan hiperaktivitas, kurang perhatian yang sering ditampakan sebelum usia 4 tahun dan dikarakteristikkan oleh ketidaktepatan perkembangan tidak perhatian, impulsif dan hiperaktif (Townsend, 1998). Sejalan dengan itu, Baihaqi dan Sugiarmn (2006) juga mendefinisikan secara umum bahwa ADHD adalah kondisi anak-anak yang memperlihatkan ciri-ciri atau gejala kurang konsentrasi, hiperaktif dan impulsif yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan sebagian besar aktivitas hidup mereka.

Barkley (2006 dalam Rusmawati & Dewi, 2011) menyebutkan ADHD adalah hambatan untuk mengatur dan mempertahankan perilaku sesuai peraturan dan akibat dari perilaku itu sendiri. Gangguan tersebut berdampak pada munculnya masalah untuk menghambat, mengawasi, maupun mempertahankan respon pada suatu situasi. Gangguan anak ADHD dapat berpengaruh negatif terhadap kehidupan anak di sekolah, di rumah, di dalam komunitasnya. Sedangkan menurut DSM-IV (APA 1994) secara khas menggambarkan bahwa ADHD merupakan kesatuan dari tiga rangkaian kurangnya perhatian, hiperaktif dan juga impulsif (Kutscher, 2005).

2. Faktor Penyebab ADHD

Penelitian terhadap penyebab ADHD masih tetap berlangsung, laporan mengenai ADHD semakin hari juga semakin banyak. Paternotte dan Buitelaar (2010) menyebutkan beberapa hal sebagai faktor penyebab ADHD kini sudah semakin jelas, yaitu:

a. Faktor genetik (keturunan)

Dari penelitian faktor keturunan pada anak kembar dan anak adopsi, tampak bahwa faktor keturunan membawa peran sekitar 80%. Dengan kata lain bahwa sekitar 80% dari perbedaan antara anak-anak yang mempunyai gejala ADHD di kehidupan bermasyarakat akan ditentukan oleh faktor genetik. Anak dengan orang tua yang menyandang ADHD mempunyai delapan kali kemungkinan mempunyai resiko

mendapatkan anak ADHD. Namun, belum diketahui gen mana yang menyebabkan ADHD.

b. Faktor Fungsi otak

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa secara biologis ada dua mekanisme di dalam otak yaitu pengaktifan sel-sel saraf (Eksitasi) dan penghambat sel-sel saraf (Inhibisi). Pada reaksi eksitasi sel-sel saraf terhadap adanya rangsangan dari luar adalah melalui panca indra. Dengan reaksi inhibisi, sel-sel saraf akan mengatur bila terlalu banyak eksitasi. Pada perkembangan seorang anak pada dasarnya mengaktifkan sistem-sistem ini adalah perkembangan terbanyak. Pada anak kecil, sistem pengereman atau sistem hambatan belumlah cukup berkembang: setiap anak balita bereaksi impulsif, sulit menahan diri, dan menganggap dirinya pusat dari dunia. Tampaknya pada anak ADHD perkembangan sistem ini lebih lambat, dan juga dengan kapasitas yang lebih kecil. Dari penelitian juga disebutkan bahwa adanya neuro-anatomi dan neuro-kimiawi yang berbeda antara anak yang menyandang ADHD dan tidak.

c. Faktor Lingkungan

Saat ini tidak lagi diperdebatkan apakah ADHD disebabkan oleh lingkungan ataukah gen, namun sekarang lebih mengarah pada bagaimana hubungan atau interaksi yang terjadi antara faktor genetik dan lingkungan. Dengan kata lain, ADHD juga bergantung pada kondisi gen tersebut dan efek negatif lingkungan, bila hal ini terjadi secara

bersamaan maka dapat dikatakan bahwa lingkungan penuh resiko. Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan secara luas, termasuk lingkungan psikologis (relasi dengan orang lain, berbagai kejadian dan penanganan yang telah diberikan), lingkungan fisik (makanan, obat-obatan, menyinaran), lingkungan biologis (cedera otak, radang otak, komplikasi saat melahirkan).

3. Karakteristik ADHD

Untuk melakukan identifikasi ADHD dapat digunakan pedoman yang di keluarkan oleh *American Psychiatric Association*, yang menerapkan kriteria untuk menentukan gangguan pemusatan perhatian dengan mengacu kepada DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition* tahun 2005) sebagai berikut:

a. Kurang Perhatian

Pada kriteria ini, penderita ADHD paling sedikit mengalami enam atau lebih dari gejala-gejala berikutnya, dan berlangsung selama paling sedikit 6 bulan sampai suatu tingkatan yang maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan. Gejala tersebut antara lain:

- 1) Seringkali gagal memerhatikan baik-baik terhadap sesuatu yang detail atau membuat kesalahan yang sembrono dalam pekerjaan sekolah dan kegiatan-kegiatan lainnya.

- 2) Seringkali mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian terhadap tugas-tugas atau kegiatan bermain.
 - 3) Seringkali tidak mendengarkan jika diajak bicara secara langsung.
 - 4) Seringkali tidak mengikuti baik-baik intruksi dan gagal dalam menyelesaikan pekerjaan sekolah, pekerjaan, atau tugas ditempat kerja (bukan disebabkan karena perilaku melawan atau gagal untuk mengerti intruksi).
 - 5) Seringkali mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas dan kegiatan.
 - 6) Sering kehilangan barang/benda penting untuk tugas-tugas dan kegiatan, misalnya kehilangan permainan; kehilangan tugas sekolah; kehilangan pensil, buku, dan alat tulis lainnya.
 - 7) Seringkali menghindar, tidak menyukai atau enggan untuk melaksanakan tugas-tugas yang menyentuh usaha mental yang didukung, seperti menyelesaikan pekerjaan sekolah atau pekerjaan rumah.
 - 8) Seringkali bingung/terganggu oleh rangsangan dari luar.
 - 9) Sering lekas lupa dan menyelesaikan kegiatan sehari-hari.
- b. Hiperaktivitas Impulsifitas
- Paling sedikit enam atau lebih dari gejala-gejala hiperaktivitas impulsifitas berikutnya bertahan selama paling sedikit 6 sampai dengan tingkat yang maladaptif dan tidak dengan tingkat perkembangan.
- 1) Hiperaktivitas

- a) Seringkali gelisah dengan tangan atau kaki mereka, dan sering menggeliat di kursi.
 - b) Sering meninggalkan tempat duduk di dalam kelas atau dalam situasi lainnya dimana diharapkan anak tetap duduk.
 - c) Sering berlarian atau naik-naik secara berlebihan dalam situasi dimana hal ini tidak tepat. (pada masa remaja atau dewasa terbatas pada perasaan gelisah yang subjektif).
 - d) Sering mengalami kesulitan dalam bermain atau terlibat dalam kegiatan senggang secara tenang.
 - e) Sering berbicara berlebihan.
- 2) Impulsifitas
- a) Mereka sering memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai.
 - b) Mereka sering mengalami kesulitan menanti giliran.
 - c) Mereka sering menginterupsi atau mengganggu orang lain, misalnya memotong pembicaraan atau permainan.

III. *Child-Centered Play Therapy (CCPT)*

Bermain didefinisikan sebagai cara alami anak untuk membangun hubungan, berkomunikasi, dan memecahkan masalah. Terapi bermain adalah proses sistematis untuk membangun hubungan interpersonal dimana terapis melakukan permainan secara

terapeutik untuk membantu klien mencegah atau mengatasi kesulitan psikososial (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2015).

Child-centered play therapy (CCPT) dibangun berdasarkan filosofi dasar manusia yang menyebutkan bahwa kemampuan anak dalam pertumbuhan dan perkembangan disusun secara konstruktif (Landreth, 2012). CCPT menganggap bahwa anak-anak mampu tumbuh positif dan sehat pada kondisi yang tepat. Terapi bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang nyaman, ramah, peduli, dan hangat. Pada lingkungan tersebut, anak-anak akan dapat mengekspresikan masalah-maslaahnya dengan cara terapeutik yang memungkinkan mereka mengatasi masalah tersebut.

CCPT adalah pendekatan tidak langsung untuk membantu anak-anak dengan gangguan emosional dan perilaku. Inti dari CCPT adalah anak-anak memiliki kapasitas bawaan untuk menyelesaikan masalah yang mereka alami dan meningkatkan penguasaan diri mereka, sehingga menghasilkan peningkatan kompetensi dan kepercayaan diri. Dengan demikian dasar untuk CCPT adalah keyakinan bahwa anak dapat menentukan sendiri keinginannya (VanFleet, Sywulak, Sniscak; 2010).

1. Indikasi CCPT

VanFleet, Sywulak dan Sniscak (2010) menyebutkan CCPT dapat mengatasi berbagai masalah pada anak, antara lain ansietas dan depresi, perilaku menarik diri, agresivitas dan kenakalan anak, serta anak dengan gejala ADHD. Selain masalah

emosional dan perilaku, CCPT telah terbukti memiliki dampak positif yang signifikan terhadap prestasi akademik (Blanco & Ray, 2011), peningkatan kemampuan bahasa yang reseptif dan ekspresif (Danger & Landreth, 2005) serta peningkatan yang signifikan dalam keterampilan sosial (Watson, 2007).

2. Teknik CCPT

Keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh ahli terapi CCPT adalah *structuring*, *emphatic listening*, *child-centered imaginary play*, dan *limit setting* (VanFleet, Sywulak, Sniscak; 2010). Berikut ini merupakan penjelasan secara rinci dari masing-masing keterampilan dasar tersebut:

a. *Structuring*

Structuring merupakan keterampilan dalam membuka dan menutup sesi CCPT serta penataan saat proses berlangsung. Terapis juga harus mengatur tempat dan waktu khusus dimana anak-anak dapat merasa bebas untuk menjadi diri mereka sendiri dan untuk mengeksplorasi gagasan dan perasaan mereka melalui permainan.

b. *Emphatic listening*

Keterampilan mendengarkan dengan empati adalah cara utama dimana terapis mengkomunikasikan pemahaman dan penerimaan mereka kepada anak-anak selama sesi CCPT. Hal ini menunjukkan kepada anak-anak bahwa terapis memperhatikan secara penuh dan terapis menerima perasaan dan kebutuhan anak. Saat mendengarkan secara empati,

terapis ikut melihat permasalahan dari sudut pandang anak dan tetap memperhatikan dengan cermat perilaku verbal dan nonverbal anak tersebut.

c. *Child-centered imaginary play*

Keterampilan bermain imajiner berpusat anak merupakan kemampuan terapis dalam bermain peran sebagai anak. Terapis memainkan peran sebagai anak jika anak tersebut memintanya, terapis tidak perlu berperan sebagai anak jika anak belum memintanya.

d. *Limit setting*

Limit setting diperlukan untuk menjaga agar anak dan terapis tetap aman saat sesi bermain. Terapis memberikan rasa aman, melindungi mainan dan barang berharga, dan membantu anak menjadi lebih bertanggung jawab atas tindakannya. *Limit setting* juga membantu anak-anak untuk bertanggung jawab atas apa yang terjadi pada mereka jika mereka melanggar batas tertentu setelah sebelumnya diberi tahu akibatnya.

3. Persiapan Ruang dan Pemilihan Alat Permainan untuk CCPT

a. Ruang untuk CCPT

Ukuran ideal ruang bermain untuk CCPT umumnya 12 x 12 *feet* (kaki). Area yang terlalu luas tidak kondusif bagi CCPT yang baik. Di dalam area yang terlalu luas, anak justru akan merasa seperti tersesat karena tidak terdapat batasan.

Selain itu, anak menjadi tidak terkendali dan tidak bisa menyatukan diri mereka sendiri. Terapis juga dapat menambahkan sentuhan pada ruang bermain (VanFleet, Sywulak, Sniscak; 2010).

b. Pemilihan alat permainan untuk CCPT

VanFleet (2005) menyebutkan tiga faktor utama yang perlu dipertimbangkan dalam memilih mainan di ruang bermain, yaitu mainan harus aman untuk anak-anak, mainan harus mendorong ekspresi perasaan dan sesuai tema bermain serta mainan harus mendorong imajinasi atau proyeksi anak. Secara umum, jenis mainan untuk CCPT terbagi dalam lima kategori (VanFleet, Sywulak, Sniscak; 2010), antara lain:

1) *Family / nurturance toys*

Jenis mainan sesuai tema keluarga dan pengasuhan, antara lain wayang, boneka, botol plastik, mainan perabotan rumah dan alat masak.

2) *Mainan komunikatif (communication toys)*

Mainan ini menyerupai alat komunikasi yang sering dipakai dalam kehidupan sehari-hari, berfungsi untuk meningkatkan kemampuan anak dalam berhubungan sosial. Jenis mainan ini antara lain telepon mainan, megafon, *binocular*, *walkie-talkie*, dan sebagainya.

3) *Aggression toys*

Mainan ini menjadi alat komunikasi bagi anak yang memungkinkan munculnya ekspresi perasaan dan dorongan agresif anak. Contoh mainan ini antara lain pistol mainan, pisau karet, tentara plastik, dinosaurus plastik, lompat tali, wayang, mainan naga.

4) *Mastery toys*

Jenis mainan ini berfungsi untuk meningkatkan perkembangan anak dan kemampuan anak mengatasi masalah, antara lain mainan air (cangkir, mangkok, sendok, alat masak, lompat tali, bola, basket, *bowling*, *legos*, balok kayu, kertas tisu dan *toss across*.

5) *Creative Expression Toys*

Mainan ini memungkinkan anak mengekspresikan berbagai perasaan, harapan, dan kekhawatiran. Contoh mainan ini antara lain *dress-up clothes*, uang mainan, alat mewarnai dan menggambar, papan tulis, *play doh*, tanah liat, cermin, mobil-mobilan, alat medis, hewan plastik.

4. Durasi dan Frekuensi CCPT

Durasi sesi CCPT berkisar antara 30 sampai 45 menit, sedangkan pada anak-anak yang berusia 3 tahun atau di bawahnya, sesi 20 menit mungkin sesuai untuk kebutuhan perkembangan dan rentang perhatian anak. Umumnya sesi CCPT dijadwalkan setiap minggu. Untuk anak-anak dengan masalah akut, seperti depresi karena kematian orang tua, kemarahan yang tidak terkendali, pelecehan seksual yang parah,

atau gangguan emosional intens lainnya, sesi CCPT dapat dilakukan dua kali seminggu (VanFleet, Sywulak, Sniscak; 2010).

5. Tahapan CCPT

Guerney (2001), mengidentifikasi empat tahap dalam pelaksanaan CCPT sebagai berikut :

a. Tahap pemanasan (*warm-up stage*)

Tahap pemanasan terjadi pada awal CCPT. Selama sesi latihan awal, anak-anak menyesuaikan diri dengan ruang bermain dan perilaku para terapis. Anak-anak bebas untuk menjelajahi ruang bermain tanpa fokus pada aktivitas tertentu, beberapa anak dapat memilih satu mainan atau area tertentu yang membuatnya nyaman. Tahap pemanasan juga mencakup membina hubungan baik, yaitu pengembangan kepercayaan awal terhadap terapis dan prosesnya.

b. Tahap agresif (*aggressive stage*)

Seiring anak-anak menjadi lebih percaya dan nyaman dalam sesi CCPT, maka perilaku agresif akan berkembang dan terpuncak selama periode ini. Permainan agresif tidak begitu terlihat pada anak dengan mental yang terhambat, tetapi perubahan perilaku mulai terlihat. Selama anak-anak tersebut tidak melanggar batasan ruang bermain, terapis harus berempati pada permainan agresif dan perasaan anak. Penerimaan empati terapis pada tingkat perasaan yang paling dalam membantu anak-anak untuk merubah perilaku dengan

cara mereka sendiri dan waktu tertentu untuk ke tahap selanjutnya.

c. Tahap regresif (*regressive stage*)

Perilaku agresif akhirnya mulai mereda, dan terkadang diganti dengan gaya bermain yang lebih regresif. Di sini anak-anak mengalami kemunduran dalam tahap perkembangannya. Misalnya anak-anak mungkin memerankan dirinya sebagai bayi, kadang-kadang meminta terapis untuk memainkan peran orang tua bersama mereka.

d. Tahap penguasaan (*mastery stage*)

Dalam tahap ini anak mulai bisa memecahkan masalahnya, meningkatkan kemampuannya dan mengendalikan ketakutan/ kecemasan/trauma. Perilaku bermasalah dalam kehidupan sehari-hari menunjukkan peningkatan yang cukup besar selama tahap ini.

IV. *Evidence Based Nursing Pada Child-Centered Play Therapy (CCPT)*

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) adalah masalah kesehatan masyarakat yang dialami sejumlah besar anak-anak dan bisa bertahan sampai usia dewasa, merupakan kondisi yang ditandai dengan kurangnya perhatian, hiperaktif, dan impulsif yang mengganggu fungsi atau perkembangan anak (Barzegari L, 2011).

Penanganan perilaku anak ADHD salah satunya dengan terapi bermain. Terapi bermain dapat menjadi intervensi pilihan bagi anak dengan ADHD karena bermain merupakan bahasa yang

digunakan terapis untuk bisa masuk, memahami, dan mengikuti dunia anak-anak (Willcutt E, 2012). Saied El-Nagger dkk (2017), menyatakan bahwa terapi bermain pada anak ADHD terbukti meningkatkan perhatian anak, menurunkan hiperaktifitas dan perilaku impulsif yang dilaporkan guru dan orang tua setelah terapi bermain. Bukti yang cukup menyebutkan bahwa CCPT adalah pendekatan yang efektif untuk merawat anak-anak dengan berbagai masalah sosial, emosional, dan perilaku (Baggerly, 2004). Penelitian Swan dan Ray (2014) juga menunjukkan bahwa CCPT merupakan terapi yang efektif untuk mengurangi perilaku hiperaktif pada anak ADHD.

Hasil meta-analisis review CCPT oleh Lin, Yung-Wei & Bratton, Sue C (2015), menunjukkan bahwa CCPT memiliki efek positif pada masalah anak diantaranya terjadi perubahan positif pada masalah perilaku secara umum, masalah perilaku internal dan eksternal, stress pada *caregiver* anak, *self efficacy*, penampilan akademik dan masalah lainnya (Lin, Yung-Wei & Bratton, Sue C, 2015).

CCPT ini menjadi pendekatan *non directive* untuk membantu anak-anak dengan kesulitan emosional dan perilaku. Hasil penelitian dari Schottelkorb (2007) tentang CCPT pada lima anak ADHD membuktikan bahwa CCPT dapat memperbaiki perilaku tiga anak di kelas. Semula dari anak yang kurang perhatian, hiperaktif, dan perilaku impulsif menjadi dapat diatur dan diarahkan oleh guru setelah mendapat CCPT (Baggerly, Jennifer, 2010). Hal tersebut berkaitan dengan tujuan CCPT yaitu untuk menciptakan lingkungan

yang memungkinkan anak mengalami pengarahan, integrasi, dan pertumbuhan diri sendiri (Bratton, Sue C dkk, 2016).

CCPT harus berlandaskan keyakinan utama bahwa anak-anak memiliki kemampuan bawaan untuk menyelesaikan masalah yang mereka alami, yang nantinya akan menghasilkan peningkatan kompetensi dan kepercayaan diri. Dengan demikian keyakinan CCPT pada anak ADHD adalah anak dapat memimpin dalam upaya penyembuhan diri mereka sendiri (Baggerly, Jennifer, 2010). Pernyataan ini sesuai dengan filosofi dasar CCPT yang ditandai dengan adanya kepercayaan terapis terhadap kecenderungan bawaan pada setiap individu untuk meningkatkan struktur, emosi, dan perilaku pertumbuhan diri. Sehingga anak dapat menciptakan lingkungannya sendiri melalui terapi bermain sesuai dengan yang dikehendaki anak namun tetap difasilitasi oleh terapis (Ray, Dee C et.all, 2015). Tidak berarti terapis tunduk patuh pada aturan CCPT oleh anak tetapi terapis lebih aktif dimana terapis harus bisa menciptakan suasana yang memungkinkan anak untuk mengeksplorasi dan menguasai diri (Baggerly, Jennifer, 2010).

REFRENSI

- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th edition)*. Wanshington DC : American Psychological Service.
- Baggerly, J., et al. (2010). *Child-centered play therapy research: the evidence base for effective practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Baggerly, J. (2004). *The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless*. *International Journal of Play Therapy*, 12, 31–51.
- Baihaqi, Sugiarmen. (2006). *Memahami dan Membantu Anak ADHD*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Barkley, A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 4th edition*. New York: The Guilford Press.
- Barzegary, L., Zamini S. (2011). *The effect of play therapy on children with ADHD Procedia*. *Social and Behavioral Sciences*, 30.
- Blanco, P.J., Ray, D. (2011). *Play therapy in the schools: a best practice for improving academic achievement*. *Journal of Counseling and Development*, 89(2), 235–242.
- Bratton, Sue, C., Dee, C., et al. (2016). *Child-Centered Play Therapy (CCPT): Theory, Research, and Practice*. USA: Department of Counseling and Higher Education.
- Danger, S., Landreth, G.L. (2005). “*Child-centered group play therapy with children with speech difficulties*”. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 81–102.
- Fanu, J. L. (2006). *Deteksi Dini Masalah-Masalah Psikologis Anak dan Proses Terapinya*. Jogjakarta: Penerbit Think.
- Flanagan, R. (2005). *ADHD Kids : Menjadi Pendamping Bijak Bagi Anak Penderita ADHD*. Jakarta: Prestasi Pustakarya.
- Guerney, L. F. (2001). “*Child-centered play therapy*”. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 13–31.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., Schaefer, C.E. (2002). “*Fifteen Effective Play Therapy Techniques*”. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 515-522.
- Hartiningsih, N. (2013). “*Play Therapy untuk Meningkatkan Konsentrasi pada Anak Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)*”. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1(2).

- Hikmawati, I. D., Hidayati, E. (2014). “*Efektivitas Terapi Menulis Untuk Menurunkan Hiperaktivitas dan Impulsivitas pada Anak dengan Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*”. *Empathy Jurnal Fakultas Psikologi*, 2 (1).
- Judarwanto, W. (2009). “*Deteksi Dini ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)*”. <http://www.autis.info/index.php/artikelmakalah/makalah/152-deteksi-dini-adhd-attention-deficit-hyperactive-disorder>. Diakses 25 Mei 2017.
- Kutscher, M.L. (2005). *Kids in the Syndrome Mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar, and More!*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Landreth, G.L. (2001). *Innovation in Play Therapy : Issues, Process, and Special Population*. USA: Burnner-Routledge.
- Landreth, G.L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship. 3rd edition*. New York: Taylor & Francis.
- Lin, Y.W., Bratton, S.C. (2015). “*A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches*”. *Journal of Counseling & Development*, volume 93.
- O'Connor, K.J., Schaefer, C.E., Braverman, L.D. (2015). *Handbook of play therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Paternotte, A., Buitelaar, J. (2010). *ADHD Attention Deficit Hyperactive Disorder*. Jakarta: Pustaka.
- Pykhitna, O., Balaam M., Wood, G., Pattison, S., Oliver, P. (2012). “*Designing for attention deficit hyperactivity disorder in play therapy : the case of magic land*”. *Journal of Internet Psychology*, 4.
- Ray, D. (2008). “*Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting*”. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 165–187.
- Saied El Nagger, Nahed, Hassan, Manal A, Hassan Abo-Elmagd, & Ibrahim, Hanan Ahmed. (2017). “*Effect of applying play therapy*

on children with attention deficit hyperactivity disorder".
Journal of Nursing Education and Practice, 7(5).

Townsend, M.C. (1998). *Diagnosa keperawatan pada keperawatan psikiatri: pedoman untuk pembuatan rencana keperawatan*. Jakarta : EGC.

VanFleet, R., (2010). *Child-centered play therapy*. The Guilford Press
Division of Guilford Publications, Inc.

Watson, D. (2007). "*An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of efficacy of play therapy in the school*". Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science, 68(5).

Willcutt, E. (2012). "*The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactive*."

“Kegunaan Terapi Shirodhara Dalam Mengatasi Insomnia”

(Ni Made Merlin, Avin Maria, Ekan Faozi, Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Dengan bertambah banyak jumlah populasi, cuaca yang ekstrim dapat sangat mempengaruhi kesehatan manusia. Bertambahnya tekanan dalam pekerjaan juga sangat mempengaruhi keadaan psikologis yaitu stres. Beberapa hal ini menyebabkan manusia menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan akhirnya membutuhkan treatment farmakologi.

Dalam dunia keperawatan sebenarnya banyak menawarkan perawatan dengan terapi non-farmakologis yang dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup yaitu terapi komplementer. Terapi komplementer belakangan ini sangat sering digunakan untuk menjadi salah satu alternatif pengobatan. Ada banyak sekali jenisnya dan salah satu dari berbagai macam terapi komplementer yaitu ayurveda.

Ayurveda ini merupakan pengobatan yang berasal dari India dan merupakan salah satu bagian dari pengobatan tradisional India kuno. Dalam ayurveda memuat berbagai macam teknik pengobatan dan mulai menyebar luas hingga benua Eropa dan Amerika. Banyak penelitian telah dilakukan untuk teknik pengobatan ini salah satunya terapi Shirodara (Uebaba, 2008).

Shirodara terapi merupakan terapi dengan menggunakan minyak hangat. Terapi shirodara sendiri merupakan satu-satunya terapi yang tidak ada dalam teknik pengobatan manapun. Shirodara banyak digunakan untuk berbagai macam penyakit terutama untuk merilekskan dan meningkatkan rasa nyaman pada klien. Beberapa jenis penyakit yang sering menggunakan terapi shirodara yaitu; insomnia, kecemasan, stres, asma, kolesterol, maag, rematik, epilepsi dll (Uebaba, 2008). Terapi ini sangat mudah diterapkan dan memiliki efek yang sangat baik. Terdapat artikel lain juga menyebutkan beberapa manfaat dari shirodara sendiri yaitu mengobati berbagai kondisi termasuk penyakit mata, sinusitis, rhinitis alergi, rambut abu-abu, gangguan neurologis, kehilangan ingatan, insomnia, gangguan pendengaran, tinnitus, vertigo, dan beberapa jenis penyakit kulit seperti psoriasis (Halpern, 2016).

Dengan adanya shirodara ini yang dapat dijadikan alternatif pengobatan di luar farmakologi, sangatlah baik sehingga dapat dianjurkan dalam penggunaan dalam mengobati berbagai macam keluhan penyakit. Dan untuk pengembangan keperawatan holistik sendiri terapi ini dapat diterapkan dengan selalu mengikuti syarat dan prosedur dalam melaksanakan terapi tersebut.

II. Terapi Shirodara

Shirodhara adalah bentuk terapi ayurveda yang dilakukan dengan cara menuangkan minyak atau ramuan obat di kepala dan meresap melalui pori-pori ke dalam tubuh, sehingga memicu mekanisme penyembuhan tubuh dan pikiran untuk memulihkan

kesehatan. Minyak yang digunakan dalam shirodhara terapi tergantung pada apa yang sedang dirawat, tapi bisa termasuk minyak, susu, buttermilk, air kelapa, atau bahkan air biasa. Namun yang paling sering digunakan yaitu minyak kelapa, minyak zaitun ataupun minyak aromatherapy lainnya (Tirtha, 2005).

Tujuan utama dari terapi shirodhara adalah untuk detoksifikasi saluran peredaran darah di otak dan peremajaan fungsi saraf dengan cara bekerja pada struktur seperti kelenjar di bawah otak, medulla oblongata, struktur sub kortikal otak tengah, serta meningkatkan sirkulasi ke hipotalamus. Manfaat kesehatan yang dapat langsung dirasakan dari penyembuhan meliputi relaksasi mental dan kelancaran fungsi saraf, kemampuan berpikir yang lebih baik dan proses berpikir yang lebih baik, tekanan darah tinggi dan tekanan mental, membantu dalam pengobatan pasien neurologis. Perawatan mata, pengobatan sinusitis, gangguan pendengaran, vertigo, insomnia, dll. Pada pasien yang mengalami masalah pada rambut akan sangat membantu karena perawatan shirodhara dapat mempertahankan kelembapan serta menghindari kulit kepala dari kekeringan. Sehingga jaringan di kulit kepala mengalami peremajaan dan melalui sirkulasi darah yang lebih baik. Hal tersebut dapat mempertahankan sel bisa menjadi hidup dan dengan beberapa waktu dapat mengatasi masalah rambut dan masalah kulit kepala yaitu kerontokan maupun perubahan warna rambut sebelum waktunya (Ausadi, 2015).

Beberapa penyakit yang dapat di sembuhkan dengan terapi ini yaitu insomnia, kecemasan, stres, asma, kolesterol, maag, rematik, dll,

dan digunakan untuk menyembuhkan penyakit yang sulit seperti diabetes, skizofrenia dan epilepsi. Terapi shirodhara ini menggunakan 2 dosis yaitu 14 hari atau 21 hari tergantung dari tingkat keparahan dari penyakit yang dialami.

1) Prosedur Pelaksanaan Shirodhara Therapy

a. Alat

- 1) Tempat tidur abhyanga dengan lubang dibawah untuk menampung sisa minyak yang menetes.
- 2) Minyak kelapa hangat
- 3) Mangkuk dengan tempurung kelapa didalam dan sudah dilubangi sebesar $\frac{1}{2}$ inci di bagian bawah
- 4) Handuk
- 5) Aromaterapi
- 6) Musik spiritual
- 7) Ruang yang tenang
- 8) Penenerangan yang tenang
- 9) Kain penyeka minyak

b. Prosedur

Fase Orientasi

- 1) Jelaskan maksud dan tujuan tindakan
- 2) Jelaskan langkah-langkah Shirodhara terapi

Fase Kerja

- 1) Pasien diposisikan supinasi diatas tempat tidur abhyanga

- 1) Berdoa bersama
- 2) Pasien dipasangkan kain untuk mencegah minyak mengalir hingga ke mata.
- 3) Minyak kelapa ditetes di rambut sebanyak 3 tetes.
- 4) Kemudian di pijat dan di teruskan hingga di bawah leher dan ke bahu
- 5) Minyak di teteskan diantara kedua mata ke dua mata dan dipijat sebentar di area tersebut
- 6) Setelah proses pemijatan biarkan minyak tersebut menetes terus menerus sampai 45 menit.
- 7) Setelah itu pasien diposisikan duduk bersandar dan di berikan pijatan ringan pada rambut agar minyak meresap ke dalam kulit kepala.
- 8) Ditutup dengan handuk selama 10 menit
- 9) Handuk dilepas
- 10) Pasien dibantu berdiri perlahan-lahan

III. Terapi Shirodara dalam *Evidence Based Practice*

Terdapat beberapa hasil dari penelitian yang membuktikan manfaat terapi Shirodhara untuk mengatasi insomnia dan kecemasan yaitu:

- a. Penelitian Sivarama pada tahun 2014 tentang, *Ayurvedic Therapy (Shirodhara) for Insomnia: A Case Seri*, menyatakan bahwa Shirodhara bersama Brahmi/terapis dilakukan dengan menggunakan minyak selama 45 menit pada masing-masing

peserta selama 5 hari berturut-turut dengan menggunakan pengukuran Indeks Kecemasan Insomnia (ISI) dalam mengevaluasi tingkat keparahan insomnia dan juga untuk menentukan respon terhadap terapi shirodhara. Didapatkan hasil bahwa dua pria dan delapan wanita dengan usia rata-rata 40 tahun (kisaran 23 - 72) dengan insomnia sedang-berat semua peserta mengalami perbaikan kualitas tidur di akhir pengobatan. Saat *follow up* peserta, sebagian besar peserta terus membaik. Perbandingan mean antara baseline dan hari ke 5 menunjukkan keseluruhan perbaikan yang signifikan ($P < .005$) dan juga tidak ada efek samping yang dilaporkan selama penelitian berlangsung.

- b. Penelitian Xu et al pada tahun 2008 tentang, "*Pharmaco-Physio-Psychologic Effect of Ayurvedic Oil-Dripping Treatment Using an Essential Oil from Lavendula Angustifolia*", yang melakukan penelitian untuk melihat perbedaan antara shirodhara dengan menggunakan minyak wijen dan Lavender pada tingkat kecemasan. Setelah dua jenis pengobatan shirodhara, subjek menunjukkan penurunan tingkat kecemasan $p < 0,05$ dengan uji wilcoxon, sedangkan kelompok kontrol tidak mengalami perubahan. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara minyak wijen dan lavender. Shirodhara lavender sangat memiliki efek pada kelompok perlakuan dibanding kontrol di delapan domain, sementara shirodhara polos mengarah ke nilai yang lebih tinggi daripada perlakuan kontrol.

REFERENSI

- Ausadi, M. (2015). Retrieved April 22, 2017, from MahaAushadhi.com does not provide medical advice, diagnosis or treatment. See additional information <http://www.mahaaushadhi.com/info/panchakarma/what-is-shirodhara.html>
- Bastable, Susan B. (2002). *Perawat sebagai Pendidik Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pendidik*. Jakarta: EGC.
- Halpern, D. M. (2016). *California College Of Ayurveda*. Retrieved April 22, 2017, from A World Leader In Ayurvedic Education: http://www.ayurvedacollege.com/articles/drhalpern/Panchakarma_Detoxification_Rejuvenation.
- Notoatmojo, S. (2002). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sivarama, E. (2014). *Ayurvedic Therapy (Shirodhara) for Insomnia: A Case Series*. case series Ayurvedic Therapy.
- Tirtha, S. S. (2005). *The Ayurveda Encyclopedia Natural Secrets to Healing, Prevention and Longevity*. Bayville Ave : Ayurveda Holistic Center Press.
- Uebaba, K. (2008). *Psychoneuroimmunologic Effects of Ayurvedic Oil-Dripping Treatment*. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine.

Spirit Therapy

Bagian IV :

1. Mindfulness
2. Healing Touch
3. Reiki

“Terapi *Mindfulness* Dalam Menurunkan Tingkat Depresi Dan Stres”

(Ahmad Yanuar Fahmi, Ita Apriliyani, Maya Cobalt Angio, Meidiana Dwidiyanti)

I. Latar Belakang

Evolusi kehidupan manusia merupakan bentuk dari jawaban dari stress yang tercipta dari hubungannya dengan lingkungan. Manusia ketika menghadapi permasalahan yang tidak terselesaikan karena adanya tekanan dan tuntutan yang tidak terpenuhi, akan menimbulkan permasalahan psikologis. Faktor emosi dan kognitif memerankan peran penting pada kemunculan depresi dalam arus kesadaran. Burns (1988), mengungkapkan bahwa respon afektif atau emosi ditentukan bagaimana seseorang memandang pengalamannya sebagai hasil interaksinya dengan lingkungan. Bila seseorang, mengalami situasi atau keadaan yang tidak menyenangkan, maka akan mengalami respon afektif atau emosi yang tidak menyenangkan sesuai dengan pemikirannya mengenai keadaannya tersebut. Pemikiran negatif ataupun berpikir terlalu mendalam akhirnya akan meningkat menjadi depresi bila pemecahan (solusi) tidak ditemukan dan harapan menjadi negatif. (Putu sulastyo, et al, 2008).

Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkolerasi dengan kejadian

dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2009). Depresi pada remaja merujuk pada sindrom-sindrom depresif yang didefinisikan pada tingkah laku dan emosi yang meliputi kecemasan dan depresi yang berupa perasaan kesepian, menangis, takut melakukan hal-hal yang buruk, perasaan tidak dicintai, perasaan bersalah, perasaan tidak berharga, gugup, rasa sedih atau cemas. Diagnosis dari sindrom-sindrom depresif tersebut dapat berupa : gangguan depresi mayor, gangguan distimik, dan gangguan depresi yang tak dapat digolongkan di tempat lain (*not otherwise specified*) (Lubis, 2009).

Kemampuan untuk mampu mengontrol keadaan emosinya terjadi karena meningkatnya kualitas kesadaran diri. Kualitas kesadaran diri muncul sebagai *mindfulness* (kesadaran penuh) yang didasari meningkatnya keadaan sadar terjaga dan perhatian akan keadaan disini-saat ini (Brown & Ryan, 2003;2004). Damasio (2000) menyatakan bahwa kesadaran diri didasari keadaan sadar terjaga dan disertai oleh perhatian yang terpusat pada keadaan internal dalam dirinya (*mind-body*) dan lingkungan diluar sehingga mengetahui keberadaan dirinya di sini-saat ini. *Mindfulness* merupakan kualitas lebih jelas dan jernihnya pengalaman sadar mengenai keadaan disini dan saat ini (*here & now*) dengan secara efektif menyadari ingatan masa lalu dan terlebih lagi memungkinkan mengantisipasi masa depan.

Bishop dkk (2004) menyatakan *mindfulness* merupakan representasi dari meningkatnya atau dipertahankannya keadaan sadar

terjaga dan perhatian akan peristiwa pengalaman disini-saat ini. Peningkatan perhatian menghasilkan kesadaran non-elaboratif dan non-judgemental akan pikiran, perasaan, dan sensasi yang muncul sehingga *mindfulness* merupakan pengalaman langsung akan realitas. Keadaan penerimaan dalam *mindfulness* muncul sebagai pengalaman terbuka akan realitas yang terjadi disini-saat ini (Roemer dan Orsillo dalam Bishop, 2004).

II. Terapi *Mindfulness*

Mindfulness merupakan kesadaran yang muncul akibat memberi perhatian terhadap sebuah pengalaman saat ini secara disengaja dan tanpa penilaian, agar mampu merespon dengan penerimaan, dan bukannya bereaksi, terhadap pengalaman yang dialami sehari-hari (Kabat-Zinn, 1990). *Mindfulness* terdiri dari tiga elemen penting dalam prakteknya, yaitu : (1) kesadaran, (2) pengalaman saat ini, (3) dengan penerimaan Germer (2005). *Mindfulness* adalah suatu pelajaran untuk dapat fokus terhadap kejadian sekarang dan tidak memungkirinya terhadap kejadian tersebut. (Salmon, 2004).

Mindfulness dapat membuat hasil yang positif dan dapat menambah kebahagiaan, berkurangnya tanda-tanda psikologis, dan menambah perilaku positif dalam keseharian (S.L.Keng .2011). *Mindfulness*, digambarkan sebagai praktek membawa perhatian dan kesadaran pengalaman sesaat seseorang dengan rasa penerimaan dan tidak menghakimi (Kabat-Zinn, 1994).

1. Mindfulness dengan metode STOP :

a. S – Stop (Berhenti)

Berhenti untuk sementara dari apa yang kita pikirkan dan dari segala aktifitas, bisa dengan cara duduk sambil melakukan tehnik relaksasi dan nafas panjang, dengan tujuannya adalah untuk bisa memberi rasa tenang, damai dan seimbang, dengan manfaat baik bagi kesehatan emosional dan kesehatan secara keseluruhan (CCI, 2016). Relaksasi ini cenderung menjadi kesempatan yang penting untuk secara disengaja agar menghentikan semua aktivitas seperti duduk, atau berbaring, dan terbuka terhadap keheningan tanpa ada agenda yang lainnya selain hadir untuk mengungkapkan momen saat ini (Kabat-Zinn, 2012). Selain hal tersebut, yang harus diperhatikan pada saat relaksasi adalah Intentions.

b. T – Take a Breath (Tarik Nafas) Intentions

Bernafas merupakan bagian penting dari kehidupan, karena pernapasan adalah penentu keadaan fisiologis manusia. Ketika tingkat pernapasan meningkat, sejumlah perubahan fisiologis mulai terjadi. Percaya atau tidak, cara seseorang bernafas adalah faktor utama dalam menghasilkan perubahan tersebut. Dengan menggunakan teknik relaksasi dengan bernafas, anda bisa memperlambat pernapasan anda dan mengurangi kecemasan. Dengan latihan yang cukup, bahkan bisa membantu mengurangi kecemasan dalam situasi panik (CCI, 2016).

Satu dari banyak alasan mengapa memperhatikan sensasi bernafas di dalam tubuh berfungsi sebagai objek perhatian bagi pemula dalam melakukan *mindfulness*. Mendapatkan kendali atas pernapasan dapat melibatkan memperlambat laju pernapasan dan mengubah gaya bernafas. Gunakan teknik relaksasi dengan mengikuti langkah-langkah ini. Pastikan duduk di kursi yang nyaman atau berbaring di tempat tidur, ambil napas selama 4 detik, tahan nafas untuk 2 detik, kemudian lepaskan nafas selama 6 detik. dengan bernafas yang terkendali kesadaran dan perhatian akan meningkat. Kesadaran adalah menyadari rangsangan tanpa mereka menjadi pusat perhatian. Perhatian adalah proses memfokuskan keadaan sadar, memberikan kepekaan yang tinggi terhadap berbagai pengalaman.

c. O – Obeserve (Mengobservasi)

Mengamati apa yang terjadi pada saat ini, yang meliputi apa yang dipikirkan. Misal, judgement “aku seharusnya”, sensasi tubuh/ perasaan (pusing, nyeri), dan emosi (marah, stress, bingung). Merefleksikan tentang apa yang ada di dalam pikiran dan juga merasakan bahwa yang dipikirkan tidak nyata dan tidak permanen. rasakan emosi saat ini dan bagaimana diekspresikan melalui tubuh. Penelitian menunjukkan bahwa hanya dengan mengenali emosi dapat menurunkan volume lingkaran ketakutan di otak dan mempunyai efek yang menenangkan, kemudian rasakan pada tubuh, apakah pada

saat berdiri atau duduk, apakah ada nyeri atau pusing dan perasaan yang lainnya.

Hal inilah yang dikenal dengan *Attentions* (mendapatkan perhatian). Komponen *attention* merupakan hal mendasar kedua dari latihan *mindfulness*. Dalam konteks latihan *mindfulness*, memperhatikan melibatkan pengamatan operasi momen seseorang baik itu dari pengalaman internal dan eksternal. Yaitu, merasakan segala pengalaman yang hadir mengalami dirinya sendiri, seperti yang muncul di sini dan saat ini. Dengan cara ini, seseorang belajar untuk memperhatikan isi kesadaran, sesekali. Perhatian atau *attention* telah disarankan sangat penting untuk proses penyembuhan. Pentingnya perhatian juga dapat dilihat pada terapi perilaku kognitif, yang didasarkan pada kemampuan untuk mengamati perilaku internal dan eksternal. Inti dari latihan *mindfulness* adalah apakah praktik ini memberi perhatian (Shapiro, 2006). Dengan cara ini, seseorang belajar untuk memperhatikan isi kesadaran, sesekali. Perhatian telah disarankan di bidang psikologi yang penting untuk proses penyembuhan (Shapiro, 2006).

d. P - Proceed (Proses)

Lakukan sesuatu yang dapat mendukung kita menjadi lebih baik, seperti bicara dengan teman, membasuh bahu kita, meminum secangkir teh. peduli dan lakukan hal baik untuk diri kita, dan orang lain. Proses pelaksanaan *mindfulness* akan

menumbuhkan sikap akan suatu perhatian yang sangat penting didalamnya. Misalnya, perhatian bisa memiliki kualitas yang dingin dan kritis, atau bisa juga mencakup "kualitas kasih sayang dan penyayang. Rasa terbuka, kehadiran dan minat yang ramah, (Kabat-Zinn, 2003). Seseorang dapat belajar untuk menghadiri pengalaman internal dan eksternal mereka sendiri, tanpa evaluasi atau interpretasi, dan praktik penerimaan, kebaikan dan keterbukaan.

Dengan proses pelatihan yang disengaja, seseorang menjadi semakin mampu memperhatikan setiap pengalaman saat ia muncul dan juga membiarkan apa yang sedang dialami telah berlalu. Bishop et al. (2004) juga mengusulkan komponen sikap dalam definisi operasional *mindfulness*, yang disebut sebagai orientasi terhadap pengalaman, yang melibatkan rasa ingin tahu, tanpa henti dan penerimaan.

2. Prosedur Terapi *Mindfulness*

- a. Langkah-langkah intervensi pemberian *mindfulness* :
 - Mengkaji skala depresi dan stres dengan *Depression Anxiety Stress Scales (DAS)*
 - Membuat kesepakatan program (formal : terapis; informal: *homework*)
 - Melakukan prosedur tindakan *mindfulness* menggunakan metode STOP
- b. Melakukan prosedur tindakan *mindfulness*
 - 1) **S** – *Stop* (Berhenti)

- Berhenti untuk sementara dari apa yang kita pikirkan atau lakukan.
 - Mengambil posisi nyaman
- 2) **T** – *Take a breath* (Tarik Nafas)
- Menarik nafas panjang selama 4 detik
 - Menahan nafas selama 2 detik
 - Menghembuskan nafas selama 6 detik
 - Mengatur pernafasan merasakan mengalir ke dada kita.
 - Mengucapkan Alhamdulillah dalam hati “Tarik Nafas” saat kita menarik nafas dan “Lepaskan” saat mengeluarkan nafas agar membantu kita untuk berkonsentrasi.
 - Mengulangi proses selama 2-4 menit.
- 3) **O** – *Observe* (Mengobservasi)
- Merasakan apa yang terjadi pada diri sendiri,
 - Mengamati apakah terdapat masalah
 - Merefleksikan diri kita terhadap masalah dengan penerimaan tanpa menghakimi.
- 4) **P** – *Proceed* (Proses)
- Lakukan sesuatu yang mendukung diri kita
 - Membuat jadwal kegiatan informal dan menuliskan kebahagiaan yang diinginkan
 - Melatih diri agar berbuat baik selalu menyayangi diri sendiri

- Menulis hambatan yang mungkin akan terjadi berkaitan dengan keyakinan bekerja lebih semangat”
- 5) Intervensi dilakukan selama 6 kali dalam waktu 6 minggu
 - 6) Setiap minggu satu kali perlakuan dan setiap kali perlakuan diberikan penilaian

III. Penelitian Terkait Terapi *Mindfulness* (STOP) Dalam Menurunkan Tingkat Depresi dan Stres.

Literatur yang ada menunjukkan bahwa *mindfulness* adalah cara yang menjanjikan untuk perawat dan mahasiswa keperawatan untuk menurunkan tingkat depresi dan stress. Studi menunjukkan bahwa terapi dengan meditasi *mindfulness* dapat mengurangi stres dan meningkatkan kesehatan pada perawat (Chen et al., 2013). Mahasiswa keperawatan yang telah diajarkan teknik *mindfulness* telah menunjukkan peningkatan subjektif dalam kesehatan fisik dan mental, empati, dan kesejahteraan (Beddoe dan Murphy, 2004).

Penelitian tentang pengaruh *mindfulness* menyebutkan hasil yang sangat signifikan terhadap penurunan stres, depresi dan cemas terhadap mahasiswa keperawatan korea (Kang, 2009). Hasil penelitian ini sekaligus menunjukkan keberadaan faktor-faktor lain yang mempengaruhi tingkat depresi selain tingkat *mindfulness* sebesar 53,5%. Faktor-faktor lain tersebut dapat berupa faktor biologis, kognitif, dan sosial (hubungan dengan orangtua dan teman; dan perubahan lingkungan di sekolah dan di masyarakat).

REFERENSI

- Beddoe, A.F., Murphy, S.O., 2004. *Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?*. Journal of Nursing Education 43 (7), 305–312.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson L., Anderson S., Speca, M., Velting D, and Davins, G. (2004). *Mindfulness: A Proposed Operational Definition*. Clinical Psychology: Science and Practice, 11: 230-241. Doi: 10.1093/clipsy.bph077.
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2012). *A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students*. Nurse Education Today, Online first publication. doi:org/10.1016/j.nedt.2012.11.014.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M.J., Cropley, T.G. Hosmer, D., Bernhard, J.D. (1990). *Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)*. Psychosomatic Medicine 60:625-632,1998.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results*. General Hospital Psychiatry, 4, 33–47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3.[PubMed](#).
- Kang, Y.S., Choi, S.Y., Ryu, E., 2009. *The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress,*

anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. Nurse Education Today 29 (5), 538–543.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company.

Lubis, Namora Lumongga. (2009). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.

S.L.Keng . (2011). *Efects of Mindfulness on Psychological Health : a review of empiricial studies, Clinical Psychology Review*. 2011 doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006.

Salmon. (2004). *Mindfulness Meditation In Clinical Practice*. Cognitive And Behavioral Practice 11,434-446, 2004. Association For Advancement Of Behavior Therapy.

Sulastyo P, Lailatushifah SN. 2008. *Mindfulness dan depresi pada remaja putri*. PPSI. Univ mercabuana Jakarta.

“Healing Touch: *Self Chakra Connection* Pada Pasien Dengan Hipertensi”

(Nurul Laili, Retno Lusmiati, Prita Adisty, Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Jadi prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5 persen (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan tingginya angka kejadian hipertensi, maka diperlukan penanganan untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat hipertensi. Upaya yang dapat dilakukan untuk membantu menurunkan tekanan darah tinggi ada dua macam yakni melalui pemberian terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologis di berikan kepada semua pasien hipertensi primer dengan tujuan menurunkan tekanan darah, Terapi nonfarmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan agen obat dalam proses terapinya. Dalam algoritme penanganan hipertensi terapi nonfarmakologis diantaranya modifikasi

gaya hidup termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan (Kamalluddin, 2010).

Kecemasan yang dialami oleh orang yang memiliki tekanan darah normal, mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah sesaat. Kecemasan pada pasien hipertensi dapat memicu kenaikan *heart rate* (HR), tekanan darah dan ketegangan otot yang membutuhkan intervensi medis maupun intervensi keperawatan. Manajemen stress melalui teknik relaksasi dan *biofeedback* dapat menurunkan tekanan darah dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Misalnya dengan penggunaan terapi, salah satunya dengan terapi komplementer (Kamalluddin, 2010).

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 digunakan untuk menurunkan tekanan darah misalnya terapi bekam, terapi relaksasi, terapi pijat dan juga terapi *healing touch* (Kamalluddin, 2010).

II. *Healing Touch: Self Chakra Connection*

Healing Touch (HT) adalah sebuah terapi biofield atau *energy based* yang termasuk dalam obat komplementer dan alternative (CAM). *Healing Touch* terapi energi dikembangkan oleh Janet Mentgen, RN, BSN pada tahun 1989. Terapi energi didasarkan pada gagasan bahwa kita mempunyai kemampuan yang lebih di dalam tubuh kita. Kita juga memiliki energi tubuh yang disebut bidang *energy (energy field)*. Energi tersebut mengalir masuk dan keluar dari

bidang energi kita melalui pusat energi yang kita miliki yang disebut *chakra*. Aliran energi ini dapat diblokir atau dikacaukan, jadi, energi tersebut tidak mengalir dengan baik. Penurunan aliran energi dapat menyebabkan banyak gejala/gangguan di dalam tubuh.

Healing Touch membuka dan melancarkan aliran energi seluruh tubuh. Hal ini membantu menyeimbangkan pikiran, tubuh, dan jiwa sehingga membantu tubuh menyembuhkan dirinya sendiri, dapat diterapkan pada semua orang dan tidak memiliki efek samping (Departement of family medicine, tanpa tahun). Healing Touch dilakukan langsung dengan mengalirkan energi melalui sentuhan ringan tangan ke bagian tubuh tertentu. Healing Touch biasanya dilakukan oleh perawat psikologi dan terapis biofield. Terapi ini akan mempengaruhi system syaraf autonom, merubah frekuensi tinggi ke frekuensi rendah pada denyut jantung, meningkatkan fungsi syaraf parasimpatik dan menurunkan aktivasi saraf simpatis (Wardell, 2004).

Salah satu teknik dari Healing Touch adalah Self Chakra Connection yaitu teknik menyeimbangkan seluruh bagian tubuh dengan memfasilitasi pergerakan energi dari cakra pasien dan cakra dari terapis dengan cara menghubungkan energi mayor dan minor pusat, dan membuka jalan atau portal untuk mengalir bebas.

a. Tujuan terapi *Healing Touch: Self Chakra Connection*

Tujuan dari *Healing Touch* (HT) adalah untuk mengembalikan keseimbangan, keselarasan, dan kenyamanan/kesejahteraan di dalam tubuh (Wardell, 2004). *Healing Touch* membantu meningkatkan kesehatan dan kesembuhan fisik, mental, emsional, dan spiritual (Fitsgerald,

2005). Sehingga, melalui *Healing Touch* memberikan beberapa manfaat diantaranya menghilangkan stress, meredakan ansietas atau depresi, menurunkan rasa nyeri, mengobati kondisi sakit yang baru dan yang lama, dan menumbuhkan motivasi untuk sembuh (Departement of family medicine, tanpa tahun). Sedangkan menurut Fitzgerald (2005), manfaat dari terapi ini adalah meningkatkan relaksasi, menurunkan kecemasan dan stress, meningkatkan energi, mempercepat penyembuhan luka, menurunkan penggunaan obat anti nyeri, mendukung proses meninggal dengan damai, dan mendukung perlembangan kesehatan spiritual.

III. Hipertensi

Menurut *American Society of Hypertension* (ASH) hipertensi adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala kardiovaskuler yang progresif sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan, WHO menyatakan hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastolic sama atau lebih besar 95 mmHg. (JNC VII) berpendapat hipertensi adalah peningkatan tekanan darah diatas 140/90 mmHg, sedangkan menurut Brunner dan Suddarth hipertensi juga diartikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darahnya diatas 140/90 mmHg (Yogiantoro, 2006).

a. Patofisiologi hipertensi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total *peripheral resistance*. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari

variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Kaplan, 2015).

b. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis yang dapat muncul akibat hipertensi menurut Elizabeth J. Corwin ialah bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun. Manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala saat terjaga yang kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler. Keterlibatan

pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan. Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang (Sagala, 2011).

IV. Penelitian Terkait *Healing Touch*

Pemberian terapi *healing touch* menurut Dwiastuti dan Setyaningrum (2016) dapat menurunkan tekan darah pada pasien dengan hipertensi. Dalam hasil uji pengaruh terapi *healing touch* terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi menunjukkan bahwa dengan analisis statistik uji Wilcoxon diperoleh $p\ value = 0,000$ yaitu kurang dari 0,05, maka dapat disimpulkan ada pengaruh terapi signifikan antara pengaruh terapi *healing touch* terhadap tekanan darah (sistolik dan diastolic) pasien hipertensi. Penelitian lain menyebutkan bahwa pemberian terapi *healing touch* secara signifikan $p = 0,001$ dapat mengurangi rasa nyeri, sehingga pasien hipertensi merasa nyaman setelah melakukan *healing touch*.

REFERENSI

Departement of family medicine. tanpa tahun. *Healing Touch for Self Care*.

http://www.fammed.wisc.edu/sites/default/files/webfmploads/documents/aoutreach/im/handout_healingtouch.pdf

Department of Family Medicine & Integrative Medicine Program.
Healing Touch. <http://www.familymed.uci.edu/PDFs/IM-Clinics-Classes-FHC-Flier-English.pdf>

Dwiastuti & Yulisetyaningrum, 2016. *Pengaruh Terapi Healing Touch Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di Desa Tulakan Donorojo Jepara*. Vol. 7, No. 2. 01-79.

Fitsgerald, Sloane. 2005. *Ideas For The Use Of Healing Touch In Dysthymic Disorder And Major Depressive Disorder*. https://www.nursing.arizona.edu/Library/Fitzgerald_S.pdf.

Joy. 2010. *Interventions self chakra connection: HTI Healing Touch Certificate Program Level 1 Student Workbook*.

Kamalluddin, R. (2010). *Pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam di kabupaten banyumanis*.

Kaplan M. Norman. *Measurement of Blood Pressure and Primary Hypertension: Pathogenesis in Clinical Hypertension: Eleventh Edition*. Baltimore, Maryland USA: Williams & Wilkins; 2015. p: 28-46.

Lam Murni BR Sagala. 2011. *Perawatan Penderita Hipertensi di Rumah oleh Keluarga Suku Batak dan Suku Jawa di Kelurahan Lau Cimba Kabanjahe* [internet]. [cited 2017 Jun 6]. p:10-13. Available from: <http://repository.usu.ac.id/>

Wardell, Diane Wind. 2004. *Reviews of Studies of Healing Touch*. *Jornal of Nursing Scholarship*.

Widyatuti. (2012). *Terapi komplementer dalam keperawatan*.

Yogiantoro M. Hipertensi Esensial dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi IV. Jakarta: FK UI; 2006.

“ Reiki untuk Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Kanker”

(Duwi Pudji Astuti, Maksun, Reza Fahma Islami, Suahtini Ismail)

I. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit kronis yang mempengaruhi kondisi fisiologis, psikis, dan social. Pengobatan penyakit kronis merupakan pengobatan berkelanjutan dan berlangsung lama. Pengobatan yang berlangsung lama akan menyebabkan pasien mengalami stress, fatigue. Keluhan nyeri pada pasien kanker membuat pasien membatasi aktivitas sehari-hari. Salah satu gejala pada penderita kanker adalah nyeri yang dapat bersifat ringan, sedang sampai menjadi berat. Hal ini juga menjadi gejala yang paling ditakuti pasien karena menjadi faktor utama dalam mengalami penurunan kualitas hidupnya. Sebagian besar pasien kanker akan mengalami gangguan nyeri dalam perjalanan hidupnya. Dalam penelitian lain dilaporkan bahwa nyeri terjadi 50% pada pasien kanker yang menjalani perawatan dan lebih dari 70% pasien mengalami nyeri pada akhir hidupnya.

Intervensi yang dapat diberikan pada pasien untuk mengurangi nyeri meliputi pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pemberian intervensi farmakologi dengan pemberian analgetik merupakan terapi modalitas dalam memberikan sejumlah medikasi. Pemberian dengan analgetik mampu meningkatkan ambang batas nyeri sehingga rangsang nyeri pada pasien tidak dipersepsikan sebagai

suatu ancaman. Opioid dalam dosis tinggi sering dikaitkan dengan banyak efek samping.

Intervensi non farmakologi dalam keperawatan holistik selalu berkembang seiring dengan perkembangan zaman. Salah satu terapi komplementer yang termasuk dalam *Nursing Intervention Clinical* yaitu Reiki. Reiki adalah tradisi penyembuhan spiritual dari kebudayaan Tibet yang menggunakan energi vital sebagai penyembuhan.

Reiki adalah penggunaan rangkaian symbol dan posisi tangan tertentu untuk mengalirkan energy hidup universal agar terjadi pengisian ulang energy, keseimbangan kembali, dan menyeimbangkan kembali lapangan energy manusia. Kemampuan penyembuhan diperoleh dengan proses penyetaraan energy terhadap sumber energy alam semesta atau inisiasi yang dilakukan oleh Reiki Master.

II. Terapi Reiki

Reiki ditemukan pada akhir abad ke-19 di Jepang oleh seorang biksu bernama Usui. Praktik Reiki tumbuh di Jepang dan akhirnya dibawa Hawaii pada tahun 1930an oleh Hawayo Takata, seorang wanita Jepang-Hawaii. Hawayo Takata membawakan latihan Reiki di California pada awal tahun 1970. Teknik usui diajarkan oleh master reiki, reiki tingkat pertama mengajarkan teknik dasar untuk mengobati orang lain dan diri sendiri, tingkat dua reiki menambahkan penggunaan symbol untuk meningkatkan aliran energy dan

kesejahteraan mental, reiki tingkat tiga (master) mengajarkan reiki kepada orang lain.

Hakikat dari reiki adalah kepasrahan dan keikhlasan kepada Tuhan Yang Maha Esa. dan tentunya kepasrahan dan keikhlasan kepada Tuhan Yang Maha Esa, ajaran reiki tidak bertentangan dengan setiap keyakinan atau agama. Energi reiki merupakan energi yang berasal dari alam dan bisa di rasakan ketika seseorang memiliki kepasrahan, rasa syukur, dan keikhlasan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tingkat kepasrahan seseorang dalam menerima energi reiki sangat mempengaruhi keberhasilan penyembuhan reiki. Karena ketika seseorang pasrah menerima energi reiki, maka tubuh orang tersebut akan lebih mudah menerimanya. Kondisi pasrah terhadap Tuhan Yang Maha Esa membuat energi negatif dalam tubuh sulit untuk masuk ke dalam tubuh, sehingga aliran energi reiki bisa direspons positif oleh tubuh penerima.

a. Standar Operasional dari Reiki terhadap Nyeri

Dalam penyembuhan dengan Reiki, kita membagi tubuh manusia menjadi 3 bagian, kepala, tubuh depan dan tubuh belakang. Setiap bagian memiliki 4 titik dimana tangan penyembuh diletakkan. Jumlah total ada 12 titik dimana tangan seorang penyembuh harus diletakkan. Untuk memudahkan penyebutan, para praktisi reiki sering menyebutnya sebagai “12 posisi dasar untuk penyembuhan”.

Simbol H untuk posisi-posisi di kepala, F untuk posisi-posisi di tubuh depan dan B untuk posisi-posisi di belakang. Kemudian

untuk urutan penempatannya digunakan angka 1 sampai 4. Berikut ini adalah penjelasan tentang posisi-posisi tersebut.

a. Bagian kepala (H)

- H-1 (Depan wajah) : Posisi ini berguna untuk menghilangkan rasa sakit di wajah, hidung, gigi dan dagu. Meningkatkan konsentrasi dan keseimbangan, meredakan stress dan meningkatkan kesadaran spiritual.

- H-2 (Sisi wajah) : Menyeimbangkan kerja kelenjar pituitary dan kelenjar pineal dengan menyeimbangkan kada hormone di dalam otak. Posisi ini juga ampuh untuk mengurangi sakit kepala dan menyeimbangkan fungsi otak kiri dan otak kanan. Beberapa pasien bahkan mengatakan memori mereka lebih kuat setelah menerima terapi Reiki di posisi ini.

- H-3 (Belakang kepala): Di posisi ini, kita memberikan energi Reiki pada bagian bawah dari otak, tulang belakang dan cerebellum. Memberi energi Reiki disini dapat meningkatkan kemampuan berbahasa, kreativitas dan membebaskan emosi seseorang dari rasa takut.

- H-4 (Tenggorokan) : Posisi ini akan memperbaiki sirkulasi darah, kelenjar getah bening, tekanan darah dan metabolisme tubuh. Memberi rasa percaya diri, kedamaian, rasa tenang dan kegembiraan. Posisi ini juga meningkatkan kreativitas dan komunikasi

b. Bagian tubuh depan (F)

- F-1 (Thymus atas) : Memperlancar sirkulasi darah, jantung, paru-paru dan kelenjar thymus. Memberi energi Reiki di posisi

ini akan membuat pasien merasa kepercayaan dirinya meningkat, mempunyai mental yang stabil dan harmonis.

- F-2 (Perut bagian atas): Posisi ini memberi energi Reiki pada liver, lambung, empedu, limfa dan sistem pencernaan. Seringkali pasien merasakan rasa takut, kuatir dan gelisahanya berkurang setelah mendapatkan terapi di posisi ini.

- F-3 (Bagian ibawah pular) : Posisi ini memberi energi Reiki pada organ liver, pancreas, limfa dan usus besar. Sangat berguna untuk melepaskan stress dan kegelisahan.

- F-4 (Perut bagian bawah) : Posisi ini memberi energi Reiki pada usus besar, usus halus, ovarium, rahim dan organ reproduksi. Semua gejala penyakit yang disebabkan oleh gangguan di alat kelamin dapat disembuhkan melalui posisi ini. Selain itu, posisi ini juga membebaskan emosi seseorang dari rasa takut, tekanan dan kegelisahan.

c. Bagian tubuh belakang (B)

Tubuh bagian belakang, energi mengalir dari pundak searah dengan tulang belakang ke bawah menuju bagian rahim atau prostate melalui ginjal dan kelenjar adrenal.

- B-1 (Sisi-sisi scapula) : Memberi energi ini memberikan efek seperti pada posisi F-1. Tetapi posisi ini juga dapat menyembuhkan gangguan pada leher, mitral valve, tulang belakang bagian thorak, tulang belakang bagian lumbar, dan sistem saraf.

- B-2 (Punggung atas) : Memberi energi ini memberikan efek seperti pada posisi F-2. Tetapi posisi ini juga dapat

menyembuhkan gangguan pada tulang belakang bagian thorak, tulang belakang bagian lumbar, dan sistem saraf. Memberikan energi pada tubuh secara menyeluruh dan meredakan tegangan.

- B-3 (Lumbar) : Memberi energi ini memberikan efek seperti pada posisi F-3 termasuk gangguan pada ginjal, kelenjar adrenalin dan lumbar.

- B-4 (Tulang belakang bawah) : Memberi energi ini memberikan efek seperti pada posisi F-4 dan tulang bagian bawah seperti bagian bawah tulang belakang, coccyx, pubis dan sistem saraf.

III. Konsep Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, yang menyakitkan tubuh serta diungkapkan oleh individu yang mengalaminya. Ketika suatu jaringan mengalami cedera, atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya zat- zat aktif yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamin, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi yang akan mengakibatkan respon nyeri (Kozier dkk, 2009).

Definisi keperawatan menyatakan bahwa nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya. Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status

psikologis, pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya saja. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional. (Potter & Perry, 2005).

Berdasarkan definisi- definisi di atas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu pengalaman sensori yang tidak menyenangkan dan menyakitkan bagi tubuh sebagai respon karena adanya kerusakan atau trauma jaringan maupun gejala psikologis yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya.

1) Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. klasifikasi ini berdasarkan pada waktu atau durasi terjadinya nyeri.

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imonulogik (Potter & Perry, 2005).

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan. Berdasarkan sumbernya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan neuropatik (Potter & Perry, 2005).

2) Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Menurut Smeltzer & Bare (2008) adalah sebagai berikut :

- a) Skala intensitas nyeri
- b) Skala identitas nyeri numerik
- c) Skala analog visual

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurut dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2005).

IV. Penelitian Dari Terapi Reiki

Dijelaskan bagian dari subkategori oleh National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) dan terapi energi dianggap salah satunya (Coakley dan Barron, 2012). Kata reiki berarti energi dan energi gaya hidup termasuk tubuh manusia. reiki dipulihkan dan diimbangi energi tubuh (Moore, 2005; Coakley dan Barron, 2012;). Lebih dari 1,2 juta populasi dewasa melaporkan bahwa reiki adalah modalitas penyembuhan energi di A.S. (Barnes et al., 2008).

Reiki adalah modalitas yang tidak invasif dan murah dan ditawarkan kepada pasien kanker di rumah sakit dan rumah sakit di seluruh negeri (Williams et al., 2009; Bossi et al., 2008, Burden et al., 2005). Kanker telah semakin dikenal sebagai penyakit kronis penyakit. Kanker mempengaruhi pasien secara fisiologis, sosial, dan tingkat psikologis (Tsang et al., 2007).

Pengobatan kanker berlanjut dalam waktu lama setelah diagnosis dan Pengobatan (Sikorskii et al., 2011). Pengobatan penyebab kanker mempunyai efek samping rasa sakit, stres dan kelelahan. Kelelahan, stres dan nyeri merupakan gejala yang umum di kalangan pasien kanker, mempengaruhi gaya hidup pasien. Di sebuah studi melaporkan bahwa kelelahan adalah masalah yang paling umum (48,5%) dan masalah lainnya adalah nyeri (26,4%), stres (24,8%), depresi (24,0%), atau kecemasan (24,0%) (Carlson Et al., 2004).

Seperti yang terdapat dalam penelitian yang dilakukan Universitas, Istanbul, Turki. Terdapat kelompok kontrol dan intervensi menerima perawatan biasa ditambah lima sesi reiki jarak

jauh, masing-masing malam selama 30 menit wawancara, tatap muka dilakukan, dan ciri khas pasien dan penyakit terkait dievaluasi menggunakan formulir karakteristik pasien. Nyeri, stres dan kelelahan dievaluasi menurut skala penilaian numerik. Hasil: kelompok kontrol menunjukkan tingkat nyeri yang lebih tinggi ($P = 0,002$), stres ($p = 0,001$) dan kelelahan ($p = 0,001$). Skor nyeri kelompok reiki ($p < 0,0001$), skor stres ($p < 0,001$) dan skor kelelahan juga jauh lebih rendah. Tingkat rasa sakit pada kelompok eksperimen penilaian pertama Skor nyeri $3,62 \pm 1,06$ dan skor nyeri kontrol berarti adalah $3,70 \pm 2,75$. Setelah berlatih reiki kelompok eksperimen skor nyeri rata-rata $2,00 \pm 0,7$. Dalam penelitian tersebut, skor nyeri kelompok reiki menurun dan kelompok non reiki mengalami skor nyeri. Jadi penelitian menunjukkan bahwa reiki menurunkan tingkat rasa sakit (Tsang et al., 2007).

Penelitian diatas dibatasi oleh ukuran sampel yang kecil, dan kurangnya kelompok perbandingan meski pasien dirawat Institut Onkologi Universitas Istanbul dari semua wilayah dari Turki, hasil penelitian mungkin tidak dapat digeneralisasikan semua pasien kanker di Turki. Dalam penelitian diatas menunjukkan bahwa reiki efektif manajemen pada rasa sakit, stres dan kelelahan. Hanya ada beberapa penelitian tentang reiki dan perlu dilakukan banyak penelitian yang terkait dimasa mendatang. walaupun terdapat bukti terbatas untuk keefektifannya dalam manajemen gejala, termasuk mengurangi rasa sakit dan kelelahan namun Deng dkk. merekomendasi bahwa terapi reiki dapat untuk mengurangi kecemasan, nyeri dan kelelahan (Deng et al., 2009).

REFERENSI

- Barnes PM, Bloom B, Nahin RL (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Natl Health Stat Rep, 12, 1-24.
- Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S (2008). *Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice*. Clin J Oncol Nurse, 12, 489-94.
- Burden B, Herron-Marx S, Clifford C (2005). *The increasing use of Reiki as a complementary therapy in specialist palliative care*. Int J Palliative Nurse, 11, 248-53.
- Carlson LE, Angen M, Cullum J, et al (2004). *High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients*. Br J Cancer, Melike Demir et al 4862 Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 16, 2015 90, 2297-304.
- Coakley A and Barron A (2012). *Energy Therapies in Oncology Nursing*. Seminars Oncol Nur, 28, 55-63.
- Deng G, Frenkel M, Cohen L, et al (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. J Soc Integrative Oncol, 7, 85-120.
- Moore, A (2005). *Reiki energy medicine: enhancing the healing process*. Integrative Medicine Quarterly News, 2, 1-5.
- Sikorskii A, Wyatt G, Siddiqi A, Tamkus D. (2011). *Recruitment and early retention of women with advanced breast cancer in a complementary and alternative medicine trial*. Evidence Based Complement Alternative Medicine Article, 734517, 7.
- Tsang KL, Carlson LE, Olson K (2007). *Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue*. Integrative Cancer Therapy, 6, 25-35.

- Williams AM, Davies A, Griffiths G (2009). *Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines*. *Int J Nurse Practicce*, 15, 145-55.
- Kozier, Berman, Snyder, Erb. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Klinis*. Kozier & Erb. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Potter P A & PerryA.G (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik .vol. 2*. edisi 4. Jakarta: EGC
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.

Natural Product

Bagian V :

1. Nutritional Supplement
2. Lulur Kunyit dan Beras Putih
3. Manfaat Produk Jahe
4. Teh Hijau

“Nutritional Supplement Pada Orang dengan HIV/AIDS”

(Thrisna Dewi, Devi Setya, Dwi Yogo, Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Asupan gizi merupakan hal yang penting bagi semua orang, khususnya bagi orang yang hidup dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Asupan gizi yang memadai sangat penting untuk mempertahankan sistem kekebalan tubuh seseorang, untuk mempertahankan tingkat aktivitas fisik dan untuk kualitas hidup yang optimal. Penderita yang terinfeksi HIV sering mengalami gangguan asupan zat gizi yang menyebabkan menurunnya fungsi biologis tubuh. Bahkan pada penderita HIV terjadi perubahan kondisi klinis yang bukan hanya akibat dari masalah asupan zat gizi saja, tetapi juga akibat dari proses penyakitnya (Nasronudin, 2006). Hal ini ditandai dengan terjadinya penurunan status gizi dan *immunodeficiency* pada penderita HIV/AIDS yang pada akhirnya mengakibatkan penurunan imunitas (Baratawidjaja, 2010). Penatalaksanaan yang selama ini dilakukan dalam mengelola penderita HIV dan AIDS adalah melalui upaya pencegahan transmisi, upaya pengobatan umum dan khusus melalui *highly active antiretroviral therapies* (HAART) yang ternyata tidak sepenuhnya mampu membendung peningkatan angka kesakitan dan kematian akibat HIV dan AIDS.

Hal tersebut disebabkan *antiretroviral* hanya mampu mengurangi kepadatan virus dalam tubuh penderita tetapi tidak mampu menanggulangi pengaruh *Reactive Oxygen Species* (ROS)

(Nasronudin, 2006). Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memerlukan asupan zat gizi yang mengandung *macronutrients* (karbohidrat, protein, lemak) dan *micronutrients* (vitamin dan mineral) dalam jumlah yang cukup (NFNC, 2011). Kurangnya asupan zat gizi memberikan efek langsung pada penderita HIV. Akibat asupan zat gizi yang kurang dan adanya proses katabolik yang terjadi, penderita HIV yang terinfeksi secara positif akan mengalami pemecahan protein yang lebih cepat didalam tubuhnya sehingga mengakibatkan konsentrasi albumin menjadi rendah.

Studi yang dilakukan Nicholas *et all* (2003), melaporkan bahwa dengan pemberian albumin yang kaya akan antioksidan dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap stress dari infeksi HIV melalui hambatannya dalam pembentukan ROS serta pengaruhnya pada kadar *NitricOxide* (NO) yang dihasilkan. Vitamin C merupakan salah satu *micronutrient* antioksidan yang dapat membantu pemulihan infeksi (Ivers, 2009). Hal ini dikarenakan vitamin C mampu berperan dalam melindungi sel-sel dan jaringan terhadap kerusakan yang disebabkan oleh oksigen reaktif dan nitrogen *species* yang meningkat selama menderita penyakit menular, utamanya ketika sistem kekebalan tubuh diaktifkan untuk menghilangkan adanya organisme patogen. Selain itu, asupan vitamin C juga dapat menghambat laju penurunan jumlah limfosit dan dapat menurunkan *viralload* (Villamor E, 2005).

II. Nutritional Supplement

Menurut Badan Pengawas obat dan Makanan (BPOM), Suplemen makanan adalah produk yang dimaksudkan untuk

melengkapi kebutuhan zat gizi makanan, mengandung satu atau lebih bahan berupa vitamin, mineral, asam amino atau bahan lain (berasal dari tumbuhan atau bukan tumbuhan) yang mempunyai nilai gizi dan atau efek fisiologis dalam jumlah terkonsentrasi. Menurut Yuniarti (2008), Suplemen makanan menurut kandungannya dapat dibedakan menjadi asam amino, hormon, enzim, antioksidan, flavonoid, karotenoid, asam lemak esensial, vitamin, dan mineral.

a. Nutrisi Pada ODHA

Infeksi HIV dapat mengakibatkan ketidakmampuan mengabsorpsi zat gizi dari makanan, perubahan metabolisme, serta berkurangnya asupan makanan akibat gejala-gejala yang terkait HIV, sehingga menyebabkan penurunan berat badan dan infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik merupakan infeksi yang terjadi pada ODHA ketika kekebalan tubuhnya sudah sangat rendah. sehingga berbagai penyakit yang tadinya dapat diatasi dengan mudah oleh sistem imun tubuh. malah menjadi sangat berbahaya. Oleh karena itu orang dengan HIV/AIDS membutuhkan nutrisi yang adekuat. Menurut WHO tahun 2003 dan CATIE (*Canada's source for HIV and Hepatitis C information*) pada tahun 2012, nutrisi yang dibutuhkan oleh ODHA adalah macronutrient dan micronutrien.

b. Macronutrient

Meliputi karbohidrat, protein dan lemak yang di butuhkan tubuh untuk proses metabolisme sehingga menghasilkan energi

yang dapat di gunakan untuk meningkatkan imunitas tubuh. Vitamin dan mineral disebut mikronutrien karena dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil. Mereka tidak bisa dibuat secara memadai oleh tubuh dan harus diperoleh dari makanan dan atau suplemen. Vitamin dan Mineral tidak memberikan energi namun melakukan fungsi vital yang mengaturnya banyak aktivitas dan reaksi kimia yang terjadi di dalam tubuh. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa orang dengan HIV terjadi peningkatan resiko pengembangan kekurangan mikronutrien. kekurangan ini dapat meningkatkan laju perkembangan penyakit HIV menjadi AIDS yang dapat meningkatkan risiko kematian.

Vitamin A berfungsi dalam kekebalan tubuh, Vitamin B dapat membantu memperlambat perkembangan penyakit pada orang dengan HIV dan juga penting untuk mitokondria yang sehat, penghasil tenaga Struktur dalam sel, dan dapat membantu mengurangi dampak mitokondria toksisitas . Vitamin D merupakan suplemen penting yang digunakan dalam metabolisme calcium. Zinc merupakan mineral yang berperan dalam proses kekebalan tubuh yang cukup penting digunakan pada ODHA. Selain itu membantu regenerasi glutathione, antioksidan utama dalam sel.

c. Antioksidant

Antioksidan adalah molekul yang dibuat oleh tubuh atau ditemukan pada beberapa makanan dan suplemen. Antioksidan

melindungi tubuh dengan menetralkan molekul yang tidak stabil, yang disebut radikal bebas. Infeksi jangka panjang seperti HIV dapat mengganggu keseimbangan ini dengan menyebabkan tubuh menghasilkan lebih banyak radikal bebas dari biasanya. Pada gilirannya, ini bisa Menyebabkan kondisi yang dikenal sebagai stres oksidatif, di mana tubuh tidak bisa menangkal radikal bebas. Stres oksidatif dapat menyebabkan banyak kerusakan pada sel. Vitamin C dan E adalah salah satu antioksidan yang paling penting. Itu sangat efektif membersihkan molekul yang merusak sel dan jaringan.

III. Penelitian Terkait Suplemen Nutrisi

Terdapat studi *systematic review* dari Mette F Olsen pada tahun 2014, dengan topik “*Effect of nutritional supplementation for HIV patients starting antiretroviral treatment: randomised controlled trial*”, dengan hasil suplemen nutrisi berbasis lipid meningkatkan keuntungan berat badan, massa tubuh tanpa lemak dan peningkatan pemulihan kekebalan tubuh. Hal ini diperkuat dari penelitian Alicia Snej dkk (2016), yang menyatakan bahwa, suplemen nutrisi menjadi hal penting dan di rekomendasikan pada ODHA.

REFERENSI

Alicia, et al. 2016. *Review of randomized controlled trials of nutritional supplementation in people living with HIV*. Stempel College of Public Health and Social Work, Florida International University, Modesto Maidique Campus, Miami, FL, USA

Geoffrey P. Webb. 2006. *An Overview of Dietary Supplements and Functional Foods*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470995754.ch1/summary>

Radymer et al., 2004. Dietary supplement use by US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. <https://academic.oup.com/aje/article/160/4/339/165795/Dietary-Supplement-Use-by-US-Adults>.

Mette F Olsen Mette F Olsen, et al 2014. *Effects of nutritional supplementation for HIV patients starting antiretroviral treatment: randomised controlled trial in Ethiopia*. *BMJ* 2014;348:g3187 doi: 10.1136/bmj.g3187

WHO. 2003. *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS*. Geneva

Nasronudin. 2006. *HIV dan AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press, 2006.

Baratawidjaja KG, Rengganis I. 2010. *Imunologi Dasar. Edisi 10*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2010.

National Food and Nutrition Commission (NFNC). *Nutrition Guidelines For Care and Support of People Living With HIV and AIDS*. Lusaka: Ministry of Health. 2011.

Nicholas, D, Huntington, P. Williams, P. (2003). *“Delivering consumer*

health information digitally: a comparison between the web and touchscreen kiosk”, *Journal of Medical System*, Vol. 27 No. 1, pp. 13-34.

Ivers LC, Cullen KA, Kenneth A, Freedburg BS, Coates J. 2009. *HIV/AIDS, Undernutrition and Food Insecurity*. *J.Clinical Infectious Diseases*. 2009; 49(7):1096-1102.

Villamor E, Saathoff E, Manji K, Msamanga G. 2005. *Vitamin Supplements, Socioeconomic Status, and Morbidity Events as Predictors of Wasting in HIV- Infected Women from Tanzania*. *Am J Clint Nutrition*. 2005;82:857–65.

Vita et al., 2006. *Endothelial Function in HIV-Infected Persons*. <https://academic.oup.com/cid/article/42/9/1325/316367/Endothelial-Function-in-HIV-Infected-Persons>.

“Lulur Kunyit Dan Beras Putih Sebagai Antioksidan Untuk Kesehatan Kulit”

(Lisnawati, Devi Hairina, Reza Indra Wiguna, Meidiana Dwidiyanti)

I. Latar Belakang

Proses penuaan merupakan proses normal yang terjadi pada setiap manusia, namun akan menjadi masalah apabila terjadi lebih cepat dari waktunya atau umumnya disebut penuaan dini. Tanda-tanda penuaan dini dapat terjadi di semua organ tubuh manusia dan yang paling tampak adalah pada kulit (Fauzi & Nurmalina, 2012). Pada umumnya kulit merupakan anggota tubuh yang terluar dan langsung bersentuhan dengan lingkungan.

Menurut survei penyebab utama penuaan dini yang dialami orang Indonesia adalah aktivitas berlebihan di bawah sinar matahari. Indonesia yang beriklim tropis dengan sinar matahari yang melimpah dapat menyebabkan resiko tinggi terhadap kerusakan kulit atau penuaan dini (prematuring) (Fauzi & Nurmalina, 2012).

Beragam cara diupayakan untuk mencegah ataupun memperbaiki dampak penuaan. Penggunaan antioksidan merupakan salah satu upaya yang sering dilakukan. Perawatan dapat dilakukan untuk melindungi dan mempertahankan kesehatan kulit (Fauzi & Nurmalina, 2012).

Dalam 10 tahun terakhir telah terjadi pergeseran perawatan kesehatan yang diminati oleh masyarakat dunia. Pengobatan alternative dengan mengutamakan kearifan lokal lebih banyak dicari.

Keperawatan holistic merupakan sebuah trend perspektif baru dalam dunia keperawatan mengguakan rangkaian terapi praktis dalam proses perawatan dan penyembuhan (*Healing*). Keperawatan *holistic* ini muncul karena adanya kearifan lokal dalam proses perawatan dan penyembuhan penyakit. Saat ini perawat diminta untuk mendukung, mengarahkan dan menasehati pasien untuk memilih pengobatan alternative untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih baik (Sherman & Wagenen, 2017).

Modalities healing menjadi terapi alternatif dalam keperawatan *holistic*, salah satu kategori dalam *modalities healing* adalah *pharmacologic and biological treatments*. *Antioxidizing agent* bagian dari *biological treatment* yang sering digunakan dalam perawatan kesehatan. *antioxidizing* merupakan proses oksidasi dimana molekul anti oksidan menangkal molekul radikal bebas. *Antioxidizing* terdapat di beberapa tumbuhan seperti sayuran, buah-buahan, rempah-rempah dan lain sebagainya. bahan-bahan alami ini banyak digunakan untuk perawatan kesehatan pada saat ini (Sherman & Wagenen, 2017).

Antioksidan adalah suatu senyawa yang dapat menetralkan dan meredam radikal bebas dan menghambat terjadinya oksidasi pada sel sehingga mengurangi kerusakan sel. Tubuh kita tidak mempunyai cadangan antioksidan dalam jumlah berlebih, sehingga jika terjadi paparan radikal bebas yang berlebih maka tubuh membutuhkan antioksidan dari luar. Oleh karena itu antioksidan alami menjadi alternatif yang sangat dibutuhkan (Rohdiana, 2001).

Salah satu tanaman yang telah lama digunakan sebagai perawatan kulit dan memiliki kandungan antioksidan adalah kunyit

(*Curcuma domestica Val*). Kunyit sudah dikenal dan digunakan sejak lama secara empiris oleh masyarakat untuk berbagai macam pengobatan, salah satu khasiat kunyit yang sering digunakan sebagai peluruh dan pelembab kulit (Depkes RI, 1995). Kunyit dapat digunakan sebagai peluruh sel kulit mati yang dikombinasikan dengan bahan lain seperti beras untuk membantu proses regenerasi sel kulit, karena warna kuning dari kunyit sulit untuk dihilangkan. Beras sendiri sudah sering digunakan dari jaman dahulu oleh para wanita Indonesia sebagai bahan perawatan kulit.

Semua bentuk praktik keperawatan yang tujuannya adalah membantu kesembuhan seseorang secara menyeluruh. Perawat dalam perspektifnya melihat pasien sebagai manusia secara total dimana ada keterkaitan antara tubuh, pikiran, emosi, sosial/budaya, spirit, relasi, konteks dan lingkungan (*American Holistic Nurses' association*). Asuhan keperawatan yang didasarkan kepada perawatan pasien secara total yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosi, sosial, ekonomi dan spiritual seseorang (Anderson dan Glaze, 1994).

Dalam perspektif keperawatan holistik, perawat dapat mengembangkan berbagai macam intervensi untuk memenuhi kebutuhan pasien, dengan pemberian kunyit dan campuran beras dalam bentuk lulur yang mengandung antioksidan bisa dilakukan dengan melalui perawatan kesehatan kulit, berupa pelembab maupun lulur perawatan tubuh.

II. Pemanfaatan Lulur Kunyit Dan Beras Putih Sebagai Anti Oksidan Untuk Kesehatan Kulit.

a. Kunyit (*Curcuma domestica val*)

Kunyit, atau dikenal dalam bahasa latin *Curcuma Domestica Val.* tercatat sebagai tanaman rempah dan herba yang dimanfaatkan manusia sejak masa lampau. Kunyit termasuk jenis tanaman temu-temuan *Zingiberaceae*. Kunyit merupakan salah satu jenis tanaman obat yang banyak memiliki manfaat dan banyak ditemukan diwilayah Indonesia. Kunyit merupakan jenis rumput – rumputan, tingginya sekitar 1 meter dan bunganya muncul dari puncak batang semu dengan panjang sekitar 10 – 15 cm dan berwarna putih. Umbi akarnya berwarna kuning tua, berbau wangi aromatis dan rasanya sedikit manis. Bagian utamanya dari tanaman kunyit adalah rimpangnya yang berada didalam tanah. Rimpangnya memiliki banyak cabang dan tumbuh menjalar, rimpang induk biasanya berbentuk elips dengan kulit luarnya berwarna jingga kekuning – kuning (Hartati & Balitro., 2013).

b. Khasiat Dan Manfaat

Kunyit memiliki efek farmakologis seperti, melancarkan darah dan vital energi, menghilangkan sumbatan peluruh haid, antiradang (anti-inflamasi), mempermudah persalinan, antibakteri, memperlancar pengeluaran empedu (kolagogum), peluruh (carminative) dan pelembab (astringent) (Akram et all, 2010). Kunyit mempunyai khasiat sebagai jamu dan obat

tradisional untuk berbagai jenis penyakit, senyawa yang terkandung dalam kunyit (kurkumin dan minyak atsiri) mempunyai peranan sebagai antioksidan, antitumor dan antikanker, menurunkan kadar lemak dan kolesterol dalam darah dan hati, antimikroba, antiseptic dan anti inflamasi (Krup, 2013).

Kunyit saat ini dikenal sebagai salah satu rempah dan herba berguna terutama karena kandungan kurkumin yang ada dalam rimpang tanaman. Kurkumin mempunyai daya dan sifat anti inflamatori yang kuat. Tidak seperti obat-obatan sintetik lainnya, kurkumin tidak memberikan efek racun yang membahayakan tubuh. Kurkumin adalah antioksidan yang dapat melindungi sel-sel sehat, khususnya sel-sel yang didapatkan di kolondari resiko kanker. Kurkumin berperan dalam mengendalikan perkembangbiakan sel kanker dalam tubuh. Kurkumin juga diketahui berperan dalam penurunan kolesterol dan meningkatkan kesehatan hati (Krup et all., 2013).

Kurkumin adalah senyawa polifenolik yang terdapat dalam rhizome. Kurkumin adalah pigmen utama yang dapat menghasilkan warna kuning. Uji coba in vitro yang telah dilakukan terhadap khasiat kurkumin menyebutkan bahwa kurkumin mempunyai sifat sebagai anti kanker, antioksidan, anti-artitik, anti amiloid, dan anti inflamatori. (Akram et al., 2010). Namun penggunaan kurkumin sebagai lulur memiliki kelemahan salah satunya warna kuning dari kunyit itu sendiri yang menempel

pada tubuh dan sulit untuk dibersihkan sehingga dibutuhkan bahan-bahan tambahan untuk pembuatan lulur dari kunyit tersebut.

c. Bahan Tambahan Lulur Kunyit

Beberapa bahan-bahan tambahan dalam pembuatan lulur dari kunyit diantaranya bahan tambahan tersebut yaitu :

1) Beras Putih

Beras telah banyak digunakan sebagai produk kecantikan baik sebagai lulur maupun sebagai masker wajah. Beras sebelumnya telah banyak digunakan sebagai bahan kosmetik yang dapat dipercaya dapat memutihkan, melembutkan, dan membersihkan kulit. Beras sendiri mengandung banyak pati yang terdiri dari amilosa dan amilopektin. Selain itu, beras memiliki kandungan vitamin B kompleks yang berkhasiat untuk menghaluskan kulit yaitu tiamin (Vit. B1) 0,070 mg (5%), riboflavin (Vit. B2) 0,049 mg (3%), niasin (Vit. B3) 1,6 mg (11%), asam pantotenat (Vit. B5) 1,014 mg (20%), vitamin B6 0,164 mg (13%), dan folat (Vit. B9) 8 µg (2%) (Data Nutrisi USDA, 2013).

2) *Virginia Coconut Oil* (VCO)

Virgina coconut oil adalah minyak yang diambil dari buah kelapa dengan cara khusus dan sederhana. Pengambilan vco dilakukan dengan cara pemanasan, peragian atau penambahan enzim-enzim tertentu (Wintono, 2011). VCO diolah dengan minimal pemanasan atau tanpa pemanasan sama sekali. Pengolahan daging buah kelapa menjadi VCO dapat dilakukan

dengan dua cara yaitu; Proses mekanis dipres hingga keluar minyaknya, yang kedua dengan proses fermentasi Fermentasi dengan menggunakan ragi tape (*Saccharomyces Cereviceae*) atau ragi roti. Dengan cara ini akan diperoleh VCO dengan kualitas dan kemurnian yang terjamin. Demikian juga warnanya bening dan mempertahankan aroma khas buah kelapa.

Virgina coconut oil (VCO) dapat diberikan sebagai bahan topikal yang berfungsi menjadi pelembab untuk mencegah kulit kering dan sebagai bahan topikal untuk meminimalkan paparan keringat berlebih, urin, feses karena sifatnya sebagai minyak yang tidak dapat bercampur dengan air. VCO juga memberikan nutrisi melalui proses penyerapan oleh kulit dan sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan (Gupta, 2010).

Dalam VCO unsur antioksidan dan vitamin E masih dapat dipertahankan sehingga jika digunakan sebagai pelindung kulit akan mampu melembutkan kulit. *Coconut oil* adalah bahan massage terbaik yang pernah ada, karena *coconut oil* mampu menciptakan pelindung dari infeksi, melembutkan serta melembabkan kulit. Mencegah keriput dan pembentukan titik penuaan. *Coconut oil* mampu menyembuhkan beberapa masalah kulit seperti psoriasis, dermatitis, eczema dan infeksi kulit lainnya. Unsur kimia dalam coconut oil dibentuk oleh asam lemak tersaturasi sekitar 94% dengan presentasi asam lemak rantai medium sekitar 64% (Gupta, 2010).

3) Ekstrak Aroma Bunga Melati

Aroma care merupakan pemberian aroma-aroma relaksasi untuk meningkatkan relaksasi dengan pendekatan asuhan keperawatan melalui metode induksi, namun pengaruh aromacare melati (jasmine). Kandungan senyawa linalol yang berfungsi sebagai zat sedatif yang ada pada aroma melati (jasmine) akan meningkatkan relaksasi pada seseorang (Raudensberg, 2005).

Menghirup minyak esensial telah melahirkan aromaterapi penciuman, dimana penghirupan sederhana telah menghasilkan peningkatan kesehatan emosional, ketenangan, relaksasi atau peremajaan tubuh manusia (Raudensberg, 2005).

Caring merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain, sedangkan aromacare merupakan penggunaan konsep caring yang digunakan sebagai dalam asuhan perawatan klien yang mengalami gangguan tidur dengan pendekatan menggunakan aroma-aroma relaksan. Pemberian aroma melati (jasmine) dengan diiringi pemberian asuhan keperawatan selama ini tidak pernah dilakukan dalam mengatasi gangguan kebutuhan tidur pada lansia (Kusnaldi, 2005).

III. Penelitian Terkait Lulur Kunyit Dan Beras Putih Sebagai Antioksidan

Dalam artikel penelitian Vaughn Alexandra dkk tahun 2016, yang berjudul “*Effects of Turmeric (Curcuma longa) on Skin Health: A Systematic Review of the Clinical Evidence*”. Penelitian dengan desain *systematic review* dengan melibatkan 18 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. 9 artikel mengevaluasi efek dari konsumsi kunyit, 8 artikel mengevaluasi efek topical dari kunyit, dan 1 artikel mengevaluasi efek kunyit yang diminum dan topical. Study penelitian dalam artikel tersebut direview menggunakan *Randomized Control Trial*.

Review dari penelitian tersebut memberikan bukti bahwa kunyit memberikan manfaat terapeutik untuk kesehatan kulit. Baik dalam bentuk suplemen oral, maupun dalam bentuk topical. Kunyit menjadi salah satu bahan alami yang memiliki khasiat untuk kulit, dalam sistematika review ini menunjukkan berbagai macam penelitian sebelumnya tentang khasiat kunyit untuk pengobatan dan perawatan kulit sehingga kunyit sangat baik digunakan untuk terapi alternatif modalitas dalam keperawatan holistik yang bertujuan untuk menjaga kesehatan kecantikan kulit.

Penelitian yang kedua terdapat di dalam negeri tepatnya dilakukan di Politeknik Kesehatan Surakarta, pada tahun 2016. Dalam penelitian Nutrisia Aquariushinta, Indarto As, dan Suhendriyo, yang berjudul “*Formulasi Hand & Body Lotion Antioksidan Ekstrak Lulur Tradisional*”. Penelitian ini merupakan penelitian true eksperimental

yang dilakukan pada mahasiswa Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Jamu Tahun Ajaran 2014/2015. Penyusun ekstrak lulur tradisional yang terdiri dari simplisia Kunyit, Temu giring, kayu cendana, Daun Kemuning, dan kulit kayu manis, ditimbang ± 2500 gram, diserbuk dengan cara diblender kemudian diayak dengan mesh no. 40. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa bubuk kunyit mengandung antioksidan yang dapat di aplikasikan pada kulit sebagai lulur, meskipun focus pada penelitian ini adalah pembuatan lotion dengan menggunakan ekstrak lulur tradisional. salah satu bahan dari ekstrak lulur yang digunakan adalah bubuk kunyit.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Arbarini Atikh pada tahun 2015, dengan judul "*Pengaruh Penambahan Ekstrak Rimpang Kencur Pada Tepung Beras Terhadap Sifat Fisik Kosmetik Lulur Tradisional*". Jenis penelitian ini adalah penelitian *true eksperimental* yang menjadi variable terikat adalah sifat fisik lulur yang dilihat dari aroma, warna, tekstur, dan daya lekat. Dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa beras yang merupakan bahan dasar lulur tradisional yang dicampur dengan ekstrak rimpang kencur dengan penggunaan beras sebagai bahan dasar dari lulur tradisional dapat dicampur dengan bahan tradisional lain yang dapat meningkatkan khasiat beras itu sendiri dalam perawatan kecantikan kulit. dalam penelitian ini ekstrak kencur menjadi bahan tambahan dalam pembuatan lulur tradisional.

REFERENSI

- Arbarini, A. (Tahun 2015). *Pengaruh Penambahan Ekstrak Rimpang Kencur Pada Tepung Beras Terhadap Sifat Fisik Kosmetik Lulur Tradisional*. e- Journal , Volume4 (Nomor2).
- Akram M, S.Uddin, A. Ahmed, K, Usmanghani, A. Hannan, E. Mohiuddin, M. Asif, (2010). *Curcuma longa and curcumin: A review article*. plant biol., 55 (2): 65–70.
- Data Nutrisi USDA, 2013, *Rice Long-grain White Raw*, <http://ndb.nal.usda.gov>, diakses tanggal 28 Desember 2013
- Fauzi, dkk. 2012. *Merawat Kulit & Wajah*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Felicia.N, 2011, *Rahasia Cantik Para Puteri : Mangir, Tapel dan Bedak* Dingin,
<http://female.kompas.com/rahasia.cantik.para.puteri.mangir.ta>
- Gupta, A, etc. (2010). *Coconut Oil: The Healthiest On Earth*. International Journal Of Pharmautical Sciences And Research . diakses pada 30 mei 2013 diperoleh dari www.ijsp.com
- Krup, V., Prakash, L. H.,& Harini, A. (2013). *Pharmacological activities of turmeric (Curcuma longa linn): a review*. J Homeop Ayurv Med, 2(4), 133.
- Kusnaldi, H, dkk, 2011, *Aromacaremelati Meningkatkan Pemenuhan Kebutuhan Tidur Pada Lansia*. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.
- Lucida et al (2008). *Pengaruh Virgin Coconut Oil (VCO) di dalam basis krim terhadap penetrasi zat aktif*. January 6, 2010.<http://ffarmasi.unand.ac.id/pub/Publikasi%20Sukma.pdf>

- Nutrisia A, Indarto dan Suhendriyo, 2016. *Formulasi Hand & Body Lotion Antioksidan Ekstrak Lulur Tradisional*. Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Volume 5, No 2, November 2016, hlm 110-237.
- Raudensberg, B., 2005. *Positive Effects of Odorant Administration On Humans: A Review*. (Online), (<http://www.senseofsmell.org/research/B.Raudenbush-Positive-Effects-ofOdors-on-Humans.pdf>). diakses pada tanggal 14 november 2011, jam 16.00
- Wintono, D. (2011, januari). *Academi Edu*. Retrieved Mei 3, 2017, from *Academi Edu Web Site*: [https://www.academia.edu/9509692/Virgin Coconut Oil](https://www.academia.edu/9509692/Virgin_Coconut_Oil).
- Sayuti, N. A., AS, I., & Suhendriyo. (2016). *Formulasi Hand & Body Lotion Antioksidan Ekstrak Lulur Tradisional*. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan* , 5 (2), 110-237.
- Shanthi, R. V., Jumari, & Izzati, M. (2014). *Studi Etnobotani Pengobatan Tradisional untuk Perawatan Wanita di Masyarakat Keraton Surakarta Hadiningrat*. *Journal of Biology & Biology Education* , Volume 6 (Issu 2).
- Vaughn, A. R., Branum, A., & Sivamani, R. K. (2016). *Effects of Turmeric (Curcuma longa) on Skin Health: A Systematic Review of the Clinical Evidence*. *Phytotherapy Research*.

‘Manfaat Tanaman Jahe Untuk Mengatasi Mual Muntah Pada Ibu Hamil Trimester Pertama’

(Emy Kurniawati, Rahmad Yusuf, Luluk Cahyanti, Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Jahe (*Zingiber officinale* Rosc.) merupakan salah satu jenis tanaman yang termasuk kedalam suku *Zingiberaceae*. Jahe dikenal dengan nama umum *ginger* atau *garden ginger*. Tanaman jahe diduga berasal dari Asia dan merupakan rempah-rempah yang paling dahulu dikenal di Eropa. Di Indonesia jahe merupakan jenis tanaman herbal yang sudah banyak digunakan, hal ini terlihat pada olahan jahe yang biasa dinikmati sebagai minuman penghangat disaat cuaca dingin. Sebagai tanaman herbal, jahe menyimpan macam-macam zat yang baik bagi tubuh seperti pencegahan timbulnya kanker, mengatasi masalah pernafasan, melancarkan pencernaan, mengatasi memar dan rasa nyeri. Disisi yang lain jahe ternyata juga mampu memberikan manfaatnya untuk kecantikan yakni mengatasi kulit berminyak dan menghilangkan ketombe. Oleh karena jahe memiliki banyak manfaat dan keuntungan, serta mudah didalam pengolahan, maka banyak masyarakat Indonesia menanam jahe di berbagai daerah atau wilayah.

Emesis gravidarum atau nama lainnya *nausea gravidarum* (NVP), atau lebih dikenal dengan istilah *morning sickness* yaitu mual muntah yang terjadi pada pagi hari, tapi yang sebenarnya tidak hanya terjadi pada pagi hari saja, bahkan rasa mual tersebut terjadi di sepanjang hari (Maulana, 2008). Hasil laporan menunjukkan bahwa

hampir 50-90% wanita hamil mual muntah terjadi pada trimester pertama (3 bulan pertama kehamilan). Keadaan ini akan membaik pada usia kehamilan 12-16 minggu. Keadaan ini terjadi pada sekitar 60-80% primigravida dan 40-60% terjadi pada multigravida. Pada umumnya wanita dapat menyesuaikan dengan keadaan ini, meskipun demikian dapat berlangsung berbulan-bulan. Keluhan ini merupakan hal yang fisiologis akan tetapi bila tidak segera diatasi akan menjadi hal yang patologis sehingga akan menimbulkan gangguan pada kehamilan. (Winknjastro, 2009).

Sebuah studi yang dilakukan oleh, Weger (1995) tentang "*Emesis Gravidarum: Mechanism and Control*". Hasil penelitian ini adalah didapatkan bahwa obat-obatan seperti Phenobarbital, Sodium Phentobarbital, Hydrochloride, Procain, Pyridoxine dan Alumunium Hydroxide sangat efektif dalam menurunkan gejala mual muntah. Jahe sering digunakan untuk tujuan pengobatan pada beberapa waktu lalu. Salah satu indikasi yang biasa digunakan adalah untuk mengatasi mual dan muntah. Fungsi aromatik, spasmolitik, karminatif dan absorben yang dihasilkan oleh jahe memberikan pengaruh langsung pada saluran gastrointestinal. Jahe juga memiliki efek anti-inflamasi serta pengaruh yang menguntungkan dalam mengatasi mual muntah, anoreksia, dyspepsia dan demam (Basirat *et all*, 2009). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian vutyavanich, et all (2001) yang membuktikan keefektifan khasiat jahe pada ibu hamil dalam mengatasi emesis gravidarum.

II. Morning Sickness

Morning Sickness adalah salah satu tanda kehamilan yang tidak pasti. Dalam kamus kita sering disebut dengan gejala mual-muntah. Biasanya terjadi pada awal bulan kehamilan, yaitu pada trimester pertama (0-12 minggu), tapi hal ini juga tidak bisa dijadikan dasar untuk setiap wanita hamil. Karena kondisi setiap wanita hamil sangatlah berbeda-beda. Banyak sekali faktor yang mempengaruhinya, selain proses perubahan hormon yang cukup signifikan, juga bisa di pengaruhi oleh psikis atau emosional, faktor fisik seperti kelelahan, juga bisa diperparah dengan bau atau aroma tertentu.

Mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) adalah gejala yang wajar dan sering kedapatan pada ibu hamil Trimester pertama. Mual biasanya terjadi pada pagi hari (morning sickness) tetapi dapat pula timbul pada malam hari. Gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu. Mual dan muntah terjadi pada 60-80 % primigravida dan 40-60 % pada multigravida.

a. Faktor Penyebab *Morning Sickness*

Morning sickness membuat seorang wanita hamil lebih sulit makan meskipun sudah tersedia makanan favoritnya. Berikut ini adalah beberapa penyebab umum *morning sickness* :

- a. Peningkatan hormon progesterone dapat mengganggu sistem pencernaan ibu hamil. Sebab hormon ini dapat memperlambat fungsi metabolisme termasuk system pencernaan.

- b. HCG Hormon kehamilan atau yang lebih akrab disebut HCG ini adalah salah satu penyebab *morning sickness*. Pelepasan hormon ke aliran darah dapat memicu rasa mual.
- c. Makanan berminyak dan pedas dapat menyebabkan *morning sickness* pada ibu hamil. Fungsi system pencernaan yang telah menurun akibat hormon akan semakin memburuk saat mendapat asupan makanan yang pedas dan berminyak.
- d. Peningkatan sensitivitas bau dan rasa. Bau yang pada kondisi normal bisa saja memicu mual dan muntah pada wanita yang sedang hamil.

b. Mengatasi *Morning Sickness* pada Ibu Hamil

- a. Makan yang rutin
- b. Makan makanan yang bergizi
- c. Jangan terburu bangun dari tempat tidur
- d. Hindari makanan berbumbu dan berminyak
- e. Perbanyak minum air putih dan jus
- f. Konsumsi vitamin B6 secara teratur
- g. Konsumsi obat tradisional
- h. Istirahat yang cukup

III. Kandungan Minuman Jahe

Jahe tersusun atas ratusan senyawa kimia aktif. Masing-masing senyawa tersebut diketahui memiliki khasiat tertentu bagi tubuh. Senyawa *Phenol* misalnya, terbukti memiliki efek anti-radang dan diketahui ampuh mengusir penyakit sendi juga ketegangan yang

dialami otot. Selain *phenol*, rimpang jahe juga mengandung *zingilberene* dan *shogol*. Senyawa ini dikenal baik sebagai antioksidan dan juga efektif melawan penyakit kanker ataupun jantung. Senyawa penting lainnya yang dijumpai pada rimpang jahe adalah minyak *atsiri*. Minyak ini bermanfaat untuk mereduksi nyeri, sebagai anti-inflamasi dan juga pembasmi bakteri yang baik. Selain bermanfaat untuk kesehatan, minyak *atsiri* ini juga diketahui menyumbang aroma yang khas pada jahe. Sementara itu, sensasi pedas jahe berasal dari *zingiberen* dan *zingiberol* yang juga dijumpai dalam minyak *atsiri* tadi.

Selain kandungan jahe yang telah disebutkan di atas, masih ada banyak komponen zat lain yang ditemukan dalam jahe. Zat aktif tersebut antara lain mineral *sineol*, *fellandren*, minyak damar, *kamfer*, *zingiberin*, *borneol*, *zingiberol*, *gigerol* paling banyak terkandung pada jahe merah, *asam aminos*, *zingeron*, vitamin A, B1, C, *lipidas*, protein, *niacin* dan masih banyak lagi lainnya. Menurut Kusumaningati RW (2009), kemampuan jahe sebagai antioksidan alami tidak terlepas dari kadar komponen *fenolik* total yang terkandung di dalamnya, dimana jahe memiliki kadar *fenol* total yang tinggi dibandingkan kadar *fenol* yang terdapat dalam tomat dan mengkudu. *Gingerol* dan *shogaol* telah diidentifikasi sebagai komponen antioksidan *fenolik* jahe. Pada umumnya rimpang jahe mengandung 2 komponen, yaitu :

a. Volatile oil (minyak menguap)

Biasa disebut minyak atsiri merupakan komponen pemberi aroma yang khas pada jahe, umumnya larut dalam pelarut organik

dan tidak larut dalam air. Minyak atsiri merupakan salah satu dari dua komponen utama minyak jahe. Jahe kering mengandung minyak atsiri 1%-3%, sedangkan jahe segar yang tidak dikuliti kandungan minyak atsiri lebih banyak dari jahe kering. Bagian tepi dari umbi atau di bawah kulit pada jaringan epidermis jahe mengandung lebih banyak minyak atsiri dari bagian tengah demikian pula dengan baunya. Kandungan minyak atsiri juga ditentukan umur panen dan jenis jahe. Pada umur panen muda, kandungan minyak atsirinya tinggi. Sedangkan pada umur tua, kandungannya pun makin menyusut walau baunya semakin menyengat.

b. Non-volatile oil (minyak tidak menguap)

Biasa disebut *oleoresin* salah satu senyawa kandungan jahe yang sering diambil, dan komponen pemberi rasa pedas dan pahit. Sifat pedas tergantung dari umur panen, semakin tua umurnya semakin terasa pedas dan pahit. *Oleoresin* merupakan minyak berwarna coklat tua dan mengandung minyak atsiri 15-35% yang diekstraksi dari bubuk jahe. Kandungan *oleoresin* dapat menentukan jenis jahe. Jahe rasa pedasnya tinggi, seperti jahe empurit, mengandung *oleoresin* yang tinggi dan jenis jahe badak rasa pedas kurang karena kandungan *oleoresin* sedikit. Jenis pelarut yang digunakan, pengulitan serta proses pengeringan dengan sinar matahari atau dengan mesin mempengaruhi terhadap banyaknya *oleoresin* yang dihasilkan.

1) Cara Pembuatan Minuman Jahe :

a. Bahan

- 50 gram jahe segar
- 3 batang serai ukuran sedang
- 500 ml air bersih
- Gula pasir secukupnya

b. Cara membuat

- Bersihkan jahe dan batang serai dari kotoran maupun tanah yang masih menempel memakai air mengalir.
- Tumbuk (geprek) sampai hancur jahe dan serai yang sudah dibersihkan tadi, bisa memotongnya terlebih dahulu agar mudah dihancurkan.
- Masukkan semua bahan ke dalam panci kemudian rebus dengan 500 ml air yang sudah disediakan.
- Sebelum diangkat, kurangi panas api selama 10 menit agar minuman jahe matang dengan sempurna.
- Angkat dan sajikan dengan gula pasir sebagai pemanis wedang jahe.

IV. Penelitian Terkait Manfaat Jahe

Sebuah studi yang dilakukan oleh Meltzer, (2000) dipublikasikan dalam *American Journal of Obstetric and Gynecology* (2001), menemukan bahwa jahe sangat membantu dalam mengurangi *morning sickness*. Penelitian dilakukan dengan memberikan kapsul yang berisi jahe pada satu kelompok yang berjumlah 32 orang dan memberikan kapsul plasebo pada satu kelompok lainnya yang

berjumlah 35 orang. Setelah dilakukan tindakan pengobatan selama empat hari, proporsi wanita hamil yang mengalami mual dan muntah pada kelompok jahe (12 dari 32 orang, sekitar 37,5%) lebih rendah dibandingkan kelompok plasebo (23 dari 35 orang, sekitar 65,7%).

Vutyavanich, *et al* (2001), dalam penelitiannya yang berjudul “*Ginger For Nause and Vomiting in pregnancy: randomized, Double-Masked, Placebo Controlled Trial*” menegaskan bahwa jahe lebih hebat dibandingkan *dimenhydrinat* dalam mengurangi gejala mual muntah. Riset yang dilakukan oleh Vutyavanich dari Universitas Chiang Mai di Thailand membuktikan keefektifan khasiat jahe pada ibu hamil dalam mengatasi mual muntah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi pada kelompok yang diberikan tablet jahe pada umumnya mengalami penurunan mual muntah dibandingkan kelompok yang diberikan tablet placebo.

Saswita, *et al* (2009) Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata mual muntah kelompok eksperimen sebelum pemberian minuman jahe sebesar 3,87. Lembaga *National Cancer Institute* (NCI) (2009), mengelompokkan nilai tersebut dalam kategori mual muntah sedang. Kelompok eksperimen dengan nilai mual muntah yang paling banyak muncul adalah 6, menurut NCI, nilai mual muntah tersebut berada dalam kategori mual muntah berat. Sedangkan rata-rata mual muntah pada kelompok control adalah 2,73. Menurut NCI, mual muntah tersebut merupakan kategori mual muntah sedang.

Mual muntah yang paling banyak muncul pada kelompok control adalah 6, menurut NCI (2009), mual muntah tersebut merupakan kategori mual muntah berat. Setelah diberikan intervensi minuman

jahe pada kelompok eksperimen ,nilai mual muntah pada kedua kelompok diukur kembali. Rata-rata mual muntah mengalami penurunan pada kelompok control saat post-test hari pertama sampai hari ke-4 dengan nilai 2,8;2,53;2,4;2,13. Nilai rata-rata post-test hari pertama hingga hari ke-4 berada pada kategori mual muntah sedang. Nilai rata-rata mual muntah pada kelompok eksperimen saat post-test juga mengalami penurunan dari hari pertama hingga hari ke-4 dengan nilai 3,27;2,93;2,67;2,27. NCI (2009), memasukkan nilai tersebut dalam kategori mual muntah sedang. Data diatas menunjukkan bahwa seluruh responden mengalami mual muntah baik pada kelompok control maupun kelompok eksperimen.

Vutyavanich (2001) menyatakan bahwa mual muntah merupakan masalah umum yang terjadi pada ibu hamil trimester pertama .Gejala mual muntah tidak mengancam kehidupan, akan tetapi gejala tersebut dapat menjadi sumber stressor bagi ibu hamil dan keluarga. Wesson (2002), menambahkan bahwa 70-90% wanita hamil mengalami mual-mual dan 50% mengalami muntah minimal 1 kali.

REFERENSI

Basirat, Z. et al. 2009. *The effect of ginger biscuit on nausea vomiting in early pregnancy*. Acta Medica Iranica, 47, 51-56. Diperoleh tanggal 27 Mei 2010 dari <http://actamedicairanica.org/archives.pdf>

BKKBN. 2013. *Hasil SDKI Angka Kematian Ibu 2012*.
<http://www.bkkbn.go.id/ViewBerita.aspx?BeritaID=900> (sitasi
20 november 2013).

Maulana, M. 2008. *Penyakit Kehamilan dan Pengobatannya*. Jogjakarta
: Kata hati.

Meltzer, D.I. 2000. *Complementary therapies for nausea vomiting in
early pregnancy*. Philadelphia : Mosby.

Moeloe. 2006. *Mual muntah selama kehamilan*. Bandung : Rineka
Cipta.

National Cancer Institute. 2009. *Nausea and vomiting: supportive health
care professional information*. Diperoleh tanggal 12 Februari
2010 dari [http://health.yahoo.com/other/nausea-and-
vomiting-supportive-carehealth-
professional-information-
ncipdq/healthwise-ncicdr0000062747.html](http://health.yahoo.com/other/nausea-and-vomiting-supportive-carehealth-professional-information-ncipdq/healthwise-ncicdr0000062747.html)

Quinlan. 2003. *Emesis during pregnancy*. Diperoleh pada tanggal 2
Januari 2010 dari
[http://www.emesisduringpregnancy.html.32/3kdl/pagB:234-
240.pgs](http://www.emesisduringpregnancy.html.32/3kdl/pagB:234-240.pgs)

Saswita, Yulia Irvani Dewi, Bayliakid. 2011. *Efektifitas Minuman Jahe
dalam Mengurangi Emesis Gravidarum pada Ibu Hamil
Trimester I*. *Jurnal Ners Indonesia*, Vol. 1, No. 2, Maret 2011.

Vutyavanich, et al. 2001. *Ginger for nausea and vomiting in pregnancy:
Randomized, DoubleMasked, Placebo-Controlled Trial*. *Journal
Obstetrics & Gynecology*, page 236-244. Diperoleh tanggal 3
Desember 2009 dari
<http://journals.com/greenjournal/pages/advancedsearch.aspx>

Vutyavanich, T., Theerajan, K., RungAroon, R. 2001. *Ginger For
Nausea and Vomiting in Pregnancy Randomized-Double-
Masked, Placebo Controlled-Trial*. Departement of Obstetric

and Gynaecology, Chiang Mai University Thailand. Vol 97 no.04 hal 577-582.

Weger, H.P. 1995. *Emesis gravidarum : mechanism & control*. Journal of Obstetric and Gynecology, 6, 99-106. Diperoleh tanggal 10 Desember 2009 dari <http://obstetricandgynecology.journals/indx>

Wesson, N. 2002. *Morning sickness*. Jakarta : Prestasi Pustaka.

“Teh Hijau Sebagai Antioksidan Alami Penangkal Kanker”

(Tri Suraning Wulandari, Ardi Henda, Wyssie Ika Sari,
Suhartini Ismail)

I. Latar Belakang

Antioksidan merupakan senyawa yang mempunyai struktur molekul yang dapat memberikan elektronnya dengan cuma-cuma kepada molekul radikal bebas tanpa terganggu sama sekali fungsinya dan dapat memutus reaksi berantai dari radikal bebas. Ada 3 macam antioksidan yaitu antioksidan yang dibuat oleh tubuh sendiri yang berupa enzim, antara lain : superoksida dismutase, glutathione peroxidase, peroxidasi dan katalase, antioksidan alami yang diperoleh dari tanaman atau hewan, yaitu tokoferol, vitamin C, beta karoten, flavonoid, dan senyawa fenolik dan antioksidan sintetik yang dibuat dari bahan-bahan kimia yaitu *Butylated Hydroxyanisole* (BHA), BHT, TBHQ, PG, dan NDGA yang ditambahkan dalam makanan untuk mencegah kerusakan lemak.

Dewasa ini, merebaknya penyakit degeneratif yang diakibatkan oleh pola konsumsi yang salah. Menyebarnya makanan-makanan cepat saji yang mengandung tinggi lemak dapat mengakibatkan terjadinya obesitas, lambat laun akan meningkat menjadi sumber penyakit degeneratif lainnya. Antioksidan alami biasanya lebih diminati, karena tingkat keamanan yang lebih baik dan manfaatnya yang lebih luas dibidang makanan, kesehatan dan kosmetik. Antioksidan alami dapat ditemukan pada sayuran, buah-buahan, dan tumbuhan berkayu.

Metabolit sekunder dalam tumbuhan yang berasal dari golongan alkaloid, flavonoid, saponin, kuinon, tanin, steroid atau triterpenoid.

Teh hijau merupakan salah satu tumbuhan yang memiliki antioksidan alami yang terkandung senyawa flavonoid disebut dengan katekin. Tingginya kandungan katekin pada teh hijau berperan sebagai antioksidan alami. Aktivitas polifenol maupun katekin ini berfungsi untuk mencegah radikal bebas sehingga dapat mengurangi kerusakan sel tubuh. Daya antioksidan komponen katekin lebih besar jika dibandingkan dengan vitamin C ataupun β -karoten. Teh (*Camellia sinensis*) merupakan minuman kedua yang paling sering dikonsumsi di dunia disamping air.

Akhir-akhir ini selain kegunaan teh sebagai minuman yang menyegarkan, juga dikaitkan dengan manfaatnya bagi kesehatan. Hubungan antara konsumsi teh dan insidens kanker pada manusia merupakan masalah yang menarik. Penelitian-penelitian telah banyak dilakukan di Jepang dan Cina sejak tahun 1980 dan diketahui bahwa teh hijau dapat mencegah berbagai macam kanker antara lain kanker esofagus, kanker lambung, kanker pankreas, kanker kolon dan kanker paru, namun demikian belum dapat diambil suatu kesimpulan yang pasti.

Berdasarkan fenomena diatas, maka penting untuk di lakukan pembahasan terkait dengan aktivitas teh hijau sebagai antioksidan alami penangkal kanker, dengan tujuan dapat memberikan informasi kepada masyarakat terkait dengan kandungan, manfaat, dan penggunaan teh hijau sebagai antioksidan alami penangkal kanker.

II. Teh Hijau

Teh memiliki kandungan polifenol yang tinggi dengan aktivitas antioksidan sangat kuat dan bermanfaat untuk kesehatan. Polifenol mempunyai aktivitas sebagai antioksidan yang sangat kuat. Kemampuannya menangkap radikal bebas 100 kali lebih efektif dari vitamin C dan 25 kali lebih efektif daripada vitamin E. (Rohdiana, 2016). Kandungan polifenol dalam teh hijau antara lain flavanol, flavonoid dan asam fenolik (hingga 30% dari berat kering). Flavonoid yang paling penting adalah katekin (kandungan sekitar 10% dari berat kering).

Katekin kandungan utama pada teh hijau yaitu epikatekin (EC), epikatekin galat (ECG), epikgalokatekin (EGC), dan epigalokatekin galat (EGCG) (Cahyani, 2015). Selain itu, diduga polifenol teh hijau juga mempunyai aktivitas sebagai anti-inflamasi dan antialergi. Salah satu komponen polifenol adalah epigallocatechin gallate (EGCG) yang berperan dalam menstimulasi produksi interleukin-1 alpha ($IL-1\alpha$), interleukin-1 beta ($IL-1\beta$), tumor necrosis factor alpha ($TNF-\alpha$). epigallocatechin gallate juga dapat membantu proses fagositosis, meningkatkan ketahanan limfosit, proliferasi limfosit, sekresi $IL-12$ makrofag, meningkatkan $IFN-\gamma$, dan menghambat pengeluaran histamin. (Rohdiana, 2016).

Teh hijau memiliki kandungan epigallocatechin gallate lima kali lebih banyak dibandingkan teh biasa. Senyawa tersebut dapat menghambat perkembangan beberapa jenis sel kanker. Penelitian tersebut telah mengidentifikasi enzim ini di dalam sel tumor yang menjadi target epigallocatechin gallate. Hasil ini menunjukkan bahwa

struktur molekul epigallocatechin gallate kemungkinan dapat dikembangkan sebagai obat anti kanker yang baru. Struktur epigallocatechin gallate sama dengan struktur methotrexate yang dikenal sebagai obat kanker yang diproduksi dari sintetis. epigallocatechin gallate dapat membunuh sel kanker seperti metrotrexate (Andi, 2006).

a. Manfaat Teh Hijau

Katekin teh dapat mereduksi pembentukan peroksida lebih efektif dibandingkan alfa tokoferol atau BHA. Kemampuan katekin teh hijau ini selalu dihubungkan dengan kapasitasnya sebagai antimutagenik, antitumor dan anti kanker. (Andi, 2006). Katekin teh menangkap radikal bebas yang terjadi di dalam lingkungan dapat memacu reaksi berantai yang dapat menyebabkan kerusakan oksidatif bagi struktur biologis yang sensitif, seperti DNA atau sel membran. Kapasitas katekin teh hijau dan galat ester dapat menurunkan absorpsi kolesterol dalam usus. Katekin pada daun teh hijau juga menghambat oksidasi LDL. katekin teh hijau mempunyai pengaruh dalam penurunan lemak tubuh dan dinilai aman bagi kesehatan pria dan wanita dewasa untuk jangka panjang. Idealnya, setiap orang mengkonsumsi minimal 125 mg katekin per hari yang diperoleh dari 5 g teh hijau Ekstrak teh hijau secara signifikan menghambat leukemia dan sel tumor hati (Rohdiana, 2016).

Kandungan polifenol dalam daun teh berkisar antara 25-35% berat kering. Tinggi rendahnya kandungan kimia dalam teh

termasuk polifenol sangat dipengaruhi oleh jenis klon, variasi musim, kesuburan tanah, perlakuan kultur teknis, umur daun, intensitas sinar matahari yang diterimanya dan faktor-faktor pendukung lainnya (Rohdiana, 2016).

Awalnya, teh hijau berasal dari daun tanaman *Camellia sinensis* yang di buat melalui inaktivasi enzim polifenol oksidasenya di dalam daun teh segar. Pegolahan teh dilakukan melalui pemanasan (steam/ uap air) dilakukan di Cina dan penguapan (udara panas) dilakukan di Jepang, sehingga mencegah hilangnya kandungan katekin (oksidasi enzimatis katekin) (Syah, 2006).

Konsumsi dari teh hijau khususnya populer di negara-negara Asia. Keterkaitan konsumsi teh hijau dengan aktivitas anti-inflamatori, anti-proliferasi, dan anti-aterosklerotis telah menjadikan ekstrak teh hijau sebagai suplemen, nutrasetikal, dan pangan fungsional (Armoskaite *et al* 2011). Sediaan teh hijau bermacam – macam, mulai dari sediaan untuk teh dalam bentuk celup dan seduh, ekstrak yang di kemas dalam bentuk minuman botol dan tetra pak, ekstrak sebagai campuran produk-produk kecantikan, misal : sabun, lotion, krim, shampoo, conditioner, pasta gigi, cairan kumur gigi, krim jerawat, obat pelangsing, facial foam, hingga produk perawatan kaki (Soraya, 2007).

III. Penelitian Akan Manfaat Teh Hijau

Teh hijau kini telah sangat populer di seluruh dunia, berbagai makanan, minuman, suplemen makanan kesehatan serta kosmetik

sekarang banyak dibuat dari ekstrak teh hijau. Beberapa penelitian ilmiah di seluruh dunia menemukan bahwa yang minum teh hijau secara teratur lebih rendah memiliki resiko menderita sakit kanker dan bahkan jantung. Dibandingkan dengan teh biasa, teh hijau memiliki lebih sedikit kafein.

Teh hijau juga mempunyai manfaat untuk menurunkan kolesterol darah dan tekanan darah serta memberikan perlindungan terhadap penyakit kardiovaskuler (Hendig Winamo, n.d.). Hasil penelitian menunjukkan penurunan kadar IgE serum pada pasien rinitis alergika setelah diberikan kapsul polifenol teh hijau selama 14 hari. Salah satu yang berfungsi sebagai antialergi adalah *epigallocatechin-3-O-gallate* (EGCG). *epigallocatechin gallate* adalah catechins yang paling umum dan paling aktif pada teh hijau. Teh hijau merupakan salah satu bahan baku kombucha. Saat ini teh hijau telah banyak diteliti dan banyak kandungan dalam teh hijau yang bermanfaat seperti air, mineral, vitamin, polifenol, dan antioksidan. Teh hijau memiliki manfaat mencegah flu, meningkatkan kekebalan tubuh, menyegarkan tubuh, mengantisipasi disentri, dan lain-lain (Anantaboga, 2012(Sari, n.d.)

Hasil penelitain Dr. Chung penelitian menunjukkan bahwa *epigallocatechin gallate* (EGCG), diyakini merupakan komponen aktif teh hijau yang bermanfaat sebagai anti hipertensi, antioksidan, antikarsinogen melindungi kulit dari sinar ultraviolet, anti kanker. Kanker pada manusia pada umumnya memerlukan enzim proteolitik untuk menyerang sel normal dan membentuk metastasis (Hendig Winamo, n.d.). Terdapatnya berbagai manfaat dan khasiat

menjadikan teh hijau menjadi primadona di kalangan minuman sehat, bahkan diantara teh-teh yang lain. Alasannya sederhana, yaitu kandungan katekin tertinggi ternyata terdapat dalam teh hijau.” Ujar *Clinical Dietitian* dan pakar di bidang *Disease Prevention and Sport Nutrition*, Emilia E. Achmadi, MS. RD.

REFERENSI

- Andi Nur (2006). *Taklukkan penyakit dengan teh hijau*. Jakarta: Argo Media Pustaka.
- Armoskaite V, Ramanauskiene K, Maruska A, Razukas A, Dagilyte A, Baranauskas A, dan Briedis V. 2011. *The analysis of quality and antioxidant activity of green tea extracts*. *Journal of Medicinal Plants Research* 5(5) : 811-816.
- Cahyani, D. I. (2015). *Pengaruh Penambahan Teh Hijau terhadap Aktivitas Antioksidan dan Kadar Protein Minuman Fungsional Susu Kedelai dan Madu*.
- Hendig Winamo. (n.d.). *Teh Hijau Dan Zat Kanker*.
- Putri, A. R. (2012). *Formulasi Teh Celup Campuran Teh Hijau (Camellia Sinensis)-Murbei (Morus Alba)–Stevia (Stevia Rebaudiana) serta Pengaruhnya Terhadap Aktivitas Antioksidan*.
- Rahayuningsih, D. (2014). *Pengaruh Suhu dan Waktu Penyeduhan Teh Celup terhadap Kadar Kafein*. (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Rohdiana D. 2012. *Keunggulan Polifenol teh*. *Food Review* 7 (7) : 44-47.

Rohdiana, D. (2016). *Optimasi dan karakterisasi ekstrak polifenol teh hijau dari berbagai pelarut.*

Rohdiana, D., & Shabri, S. (2016). *Analysis of individual catechin from green tea extracted and fractionated by column chromatography.* Jurnal Penelitian Teh dan Kina, 15 (2).

Soraya, Noni. (2007). *Sehat cantik berkat teh hijau.* Jakarta: Penebar Swadaya.

Syah, Andi. (2006). *Taklukan penyakit dengan teh hijau.* Jakarta: Agromedia Pustaka.

Back cover