

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Terapi Intravena**

##### 1. Pengertian

Terapi Intravena menurut Wahyuningsih (2005) adalah menempatkan cairan steril melalui jarum langsung ke vena pasien. Biasanya cairan steril mengandung elektrolit (natrium, kalsium, kalium), nutrient (biasanya glukosa), vitamin atau obat. Terapi intravena adalah Suatu terapi memasukan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh darah) untuk di lewati cairan infus atau pengobatan dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh dalam jangka waktu tertentu (Lukman, 2007). Terapi intravena adalah suatu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008).

Sistem terapi ini memungkinkan terapi berefek langsung, lebih cepat, lebih efektif, dapat dilakukan secara kontinu dan penderita pun merasa lebih nyaman jika dibandingkan dengan cara lainnya. Terapi intravena (IV) digunakan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan

elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi (Wahyuningsih, 2005).

## 2. Tujuan terapi intravena

Menurut Setyorini ( 2006 ) tujuan terapi intravena meliputi :

- a. Memberikan atau menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori, yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral.
- b. Memperbaiki keseimbangan asam-basa.
- c. Memperbaiki volume komponen-komponen darah.
- d. Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan ke dalam tubuh.
- e. Memonitor tekanan vena sentral (CVP).
- f. Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan diistirahatkan.

Secara umum keadaan-keadaan yang memerlukan pemberian cairan infus menurut Hidayat, (2008) adalah :

- a. Diare dan demam, menyebabkan dehidrasi.
- b. Fraktur, khususnya fraktur pelvis (panggul) dan fraktur femur (paha) kehilangan cairan tubuh dan komponen daerah.
- c. Luka bakar luas, kehilangan banyak cairan.
- d. Perdarahan dalam jumlah banyak, kehilangan cairan tubuh dan darah.
- e. Trauma abdomen (perut) berat, kehilangan cairan tubuh dan darah.

- f. Semua trauma kepala, dada, dan tulang punggung, kehilangan cairan dan darah.

Indikasi insersi intravena yang melalui jalur pembuluh darah menurut Perry & potter (2005) :

- a. Pemberian insersi intravena (intravenous fluids).
- b. Pemberian kantong dan produk darah.
- c. Pemberian nutrisi parenteral, (langsung masuk ke dalam darah) dalam jumlah terbatas.

### 3. Komplikasi insersi intravena

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi dalam pemasangan infus menurut Priska (2009):

- a. Hematoma, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukkan jarum, atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah.
- b. Infiltrasi, yakni masuknya cairan infus ke dalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infus melewati pembuluh darah.
- c. Tromboflebitis, atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena, terjadi akibat infus yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar.

- d. Emboli udara, yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah, terjadi akibat masuknya udara yang ada dalam cairan infus ke dalam pembuluh darah

Menurut Yuda (2010), komplikasi yang dapat terjadi dalam pemberian cairan melalui infus :

- a. Rasa perih/sakit
- b. Reaksi alergi

#### 4. Pemilihan Vena

Pemilihan vena sebelum dilakukan insersi berbeda-beda (Weinstein, 2001).

- a. Untuk orang dewasa sebaiknya pada tungkai atas dan tungkai bawah.
- b. Vena depan, periksa dengan teliti kedua lengan sebelum memutuskan.
- c. Vena lengan atas, juga digunakan untuk terapi IV.
- d. Vena tangan paling sering digunakan untuk terapi IV.
- e. Vena ekstremitas bawah, digunakan hanya untuk menurut kebijakan.
- f. Vena kepala, digunakan sesuai kebijakan institusi. Sering dipilih pada bayi dan anak.

## 5. Alat dan Bahan

Dalam melakukan insersi intravena dibutuhkan alat dan bahan. Adapun alat dan bahan yang harus dipersiapkan sebelum melakukan insersi :

- a. Sarung tangan non steril
- b. Tiang IV (yang diletakan di tempat tidur atau berdiri sendiri dengan roda)
- c. Infus set meliputi (cairan infus, slang infus, kanula steril)
- d. Torniquet
- e. Perlak
- f. Alkohol swab, kasa steril, plester.

## 6. Prosedur pemasangan terapi intravena

Langkah-langkah dalam pemasangan terapi intravena (Infus) menurut Susiati (2008), adalah sebagai berikut :

- a. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai maksud pemasangan IV line, untuk memperoleh persetujuan dan kerja sama pasien. Pasien hendaknya dalam keadaan tenang, dalam kondisi baring atau duduk.
- b. Atur posisi pasien senyaman mungkin. Persiapkan lengan yang akan dipasang kanulasi (bila memungkinkan, cari lengan yang tidak dominan).
- c. Ciptakan suasana yang mendukung dan bersahabat.

- d. Jika kanulasi akan diteruskan dengan pemasangan infus, sedangkan baju pasien agak ketat, maka lepaskan atau longgarkan baju dari lengan pasien.
- e. Cuci tangan medikal.
- f. Siapkan set infus
- g. Cek aliran infus
- h. Dekatkan peralatan (yang telah disiapkan dalam troli injeksi) ke pasien.
- i. Kenakan sarung tangan.
- j. Letakkan pernak pada bagian bawah lengan.
- k. Pasang tourniquet.
- l. Identifikasi vena yang layak digunakan.
- m. Disinfeksi kulit dengan alkohol swab, sirkuler (biarkan mengering, jangan ditiup).
- n. Gunakan kanula steril.
- o. Masukkan kanula ke vena (kanulasi) dengan sudut 15-20 derajat.
- p. Inseri kanula (*IV insertion*).
- q. Buka tourniquet.
- r. Dorong kanula masuk secara perlahan, tarik stilet keluar secara perlahan.
- s. Setelah darah tampak keluar, sambungkan dengan IV line.
- t. Letakkan kasa steril di bawah kanula, agar jika ada darah yang keluar akan segera diserap.

- u. Buang jarum kedalam *sharp container*.
- v. Atur tetesan infus sesuai program terapi dokter.
- w. Bersihkan daerah sekitar bekas penusukan dengan kasa steril.
- x. Buang kasa kedalam tempatnya.
- y. Tutup dengan plaster transparan.
- z. Fiksasi dengan plester anti alergi dengan cara jangkar.
- aa. Beri label pada :

Botol infus ; cantumkan (tanggal, bulan, tahun, mulai dan selesai pemberian infus).

Set infus ; cantumkan (jam, tanggal, bulan, dan nama pemasang infus).

- bb. Rapikan alat seperti semula.
- cc. Cuci tangan
- dd. Dokumentasikan ke dalam catatan perkembangan pasien

## **B. Nyeri**

### **1. Pengertian Nyeri**

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang, dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri 2007). Nyeri merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit (Potter & Perry, 2005).

## 2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri berdasarkan waktunya dapat dibedakan menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik.

### a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan berlangsung dalam waktu yang singkat. Nyeri akut juga dapat dijelaskan sebagai suatu nyeri yang berlangsung dari beberapa detik atau kurang dari 6 bulan (Smltzer, 2009).

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang disertai dengan gejala-gejala peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, *diaphoresis* dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan akibat nyeri yang dirasakan. Klien yang mengalami nyeri akut juga biasanya akan memperlihatkan respon emosional dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan dan mengerutkan wajah (Andarmoyo, 2013).

### b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah Nyeri yang menetap dalam suatu periode yang lama, biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Tanda-tanda yang muncul pada nyeri kronis berbeda dengan nyeri akut. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital, sering didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dengan dilatasi pupil. Manifestasi yang biasanya muncul berhubungan dengan respon psikososial seperti rasa

keputusasaan, kelesuan, penurunan libido, penurunan berat badan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Secara verbal klien akan melaporkan adanya ketidaknyamanan, kelemahan dan kelelahan (Andarmoyo, 2013).

### 3. Etiologi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya: lingkungan, umur, kelelahan, riwayat nyeri sebelumnya, kepercayaan, budaya, pemecahan masalah pribadi, dan tersedianya orang-orang yang memberi dukungan (Prihardjo, 2006).

Nyeri dapat bertambah berat dengan adanya rangsangan dari lingkungan yang berlebihan. Misalnya: kebisingan, cahaya yang terlalu terang dan kesendirian. Kelelahan juga bisa menyebabkan nyeri itu meningkat sehingga banyak orang yang kelelahan kemudian tidur agar lebih tenang. Adanya orang yang memberikan dukungan seperti orang tua kepada anak-anaknya akan menimbulkan rasa nyaman dalam menghadapi nyeri (Prihardjo, 2006). Faktor kepercayaan dapat meningkatkan maupun menahan nyeri. Terutama pemahaman nyeri yang dimiliki individu merupakan penyebab yang mungkin atau implikasinya (Nugroho, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Wodrow et, al (2005) ditemukan bahwa toleransi terhadap nyeri meningkat sehubungan dengan bertambahnya usia. Maka dengan bertambah usia bertambah pula toleransi terhadap nyeri dan cara mengatasinya. Pria lebih besar

toleransinya terhadap nyeri dibandingkan wanita dan kulit putih lebih bisa mentoleransi dibanding kulit hitam atau pada orang ras oriental.

#### 4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman terhadap nyeri. Seorang perawat harus memperhatikan hal-hal tersebut dalam menghadapi pasien yang nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dalam memilih terapi nyeri

##### a. Usia

Usia merupakan hal yang terpenting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatannya yang dapat menyebabkan nyeri. Anak kecil belum bisa mengungkapkan kata-kata dan belum bisa mengungkapkan rasa nyeri yang dialami. Takut dalam tindakan keperawatan yang dialaminya (Potter & Perry, 2006).

Sedangkan pada pasien lansia, perawat dalam melakukan pengkajiannya harus lebih rinci ketika seorang lansia menyatakan nyeri. Sering kali lansia dalam keluhan nyerinya lebih dari satu dalam menyatakan nyerinya. Terkadang penyakit yang diderita lansia berbeda-beda itulah yang membuat atau menimbulkan gejala yang unik. Seperti contohnya nyeri dada tidak selalu menyimpulkan bahwa itu

adalah serangan jantung. Nyeri dada juga bisa disebabkan karena gejala artritis pada spinal dan gangguan abdomen. Sebagian lansia pasrah dengan apa yang dirasakan. Menganggap bahwa keluhan yang dirasakan adalah resiko dari penuaan yang tidak bisa dihindari (Nugroho, 2010).

b. Jenis kelamin

Secara umum perempuan dan laki-laki tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya di beberapa budaya saja yang menganggap bahwa laki-laki harus lebih kuat dan tidak boleh menangis dibandingkan dengan perempuan dalam merasakan nyeri. Pada penelitian memperlihatkan bahwa hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap toleransi nyeri. Pada percobaan binatang hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri sedangkan estrogen meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri. Pada manusia itu lebih kompleks dipengaruhi oleh personal, sosial, budaya dan lain-lain (Nugroho, 2010).

c. Budaya

Para petugas kesehatan menganggap bahwa cara yang dilakukan dan hal yang diyakini merupakan cara dan keyakinan dari orang lain. Misal apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih merupakan suatu hal yang menunjukkan ketidakmampuan untuk menahan nyeri. Akibatnya pemberian

terapi yang tidak cocok untuk klien. Seorang yang menangis atau merintih tidak selalu berasumsi bahwa pengalaman nyeri merupakan suatu yang berat atau berharap perawat melakukan intervensi (Potter & Perry, 2006).

Mengenali nilai budaya dari orang lain membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien sesuai dengan yang diharapkan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui tentang budanya pasien akan mempunyai pemahaman tentang nyeri yang dialami pasien dan lebih akurat dalam melakukan pengkajiannya. Respon perilaku terhadap nyeri juga lebih efektif (Smeltzer & Bare, 2003).

d. Pengalaman nyeri masa lalu

Setiap orang belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya itu tidak berarti seorang individu akan menerima nyeri lebih mudah. Pada masa yang akan datang apabila sering mengalam nyeri tanpa pernah sembuh atau mengalami nyeri yang berat maka ansietas dan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila seseorang mengalami nyeri yang sama berulang-ulang tetapi bisa teratasi. Akan lebih mudah bagi individu mengintegrasikan nyeri. Akibatnya akan lebih siap dalam tindakan-tindakan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

e. Keluarga dan Support sosial

Faktor lain yang dapat mempengaruhi nyeri adalah keluarga dan teman dekat. Orang-orang yang sedang mengalami nyeri sering kali membutuhkan dukungan dari keluarga. Ketidakhadirannya keluarga dan teman akan mempertambah rasa nyeri. Kehadiran orang tua akan memberi support pada anaknya dalam menghadapi nyeri (Potter & Perry, 2006).

f. Pola koping

Ketika seseorang mengalami nyeri dan kemudia dirawat di rumah sakit merupakan suatu nyeri yang sudah tidak tertahankan lagi. Sering klien berusaha menangani efek nyeri baik secara fisik dan psikologis penting untuk mengetahui sumber koping individu selama nyeri. Sumber dari koping nyeri seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan, bernyanyi dapat digunakan rencana untuk mengatasi nyeri.

Sumber koping lebih dari sekedar metode teknik. Seorang mungkin tergantung dari dukungan emosional dan anak dari support orang tua dan teman untuk meminimalisir kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi ketenangan dengan cara berdoa. Memberikan kekuatan untuk mengatasi nyeri yang datang (Potter & Perry, 2006).

## 5. Proses terjadinya nyeri

Menurut Andarmoyo (2013) beberapa tahapan dalam proses terjadinya nyeri, yaitu :

### a. Stimulasi

Persepsi nyeri reseptor, diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat dan penghantar menuju sistem saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan *nociceptor*. Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu *nosiseptor mekanisme* yang berespons terhadap mekanisme kerusakan, *nosiseptor termal* yang berespons terhadap suhu yang berlebihan terutama panas, *nosiseptor polimodal* yang berespons setara terhadap semua jenis rangsangan yang merusak, termasuk iritasi zat kimia yang dikeluarkan dari jaringan yang berbeda.

### b. Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf.

### c. Transmisi

Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari *nociceptori* safar perifer melewati *cormu dorsalis* dan *corda spinalis* menuju korteks serebri.

d. Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri.

e. Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima.

6. Teori Pengontrolan nyeri (*Gate control theory*)

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori gerbang kendali nyeri dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007).

Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat

yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri diantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan *opiat endogen*, seperti *endorfin* dan *dinorfin*, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh *Neuromediator* ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. tehnik distraksi, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan *endorfin* (Potter & Perry, 2005).

#### 7. Manajemen nyeri

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri. Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi, *massage*, *akupressur*,

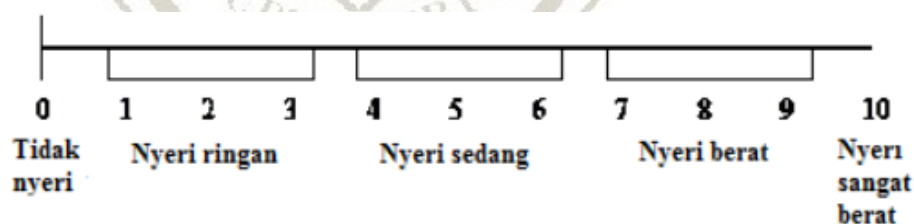
terapi panas/dingin, *hypnobirthing*, musik, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

#### 8. Pengukuran nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

##### a. Skala deskriptif

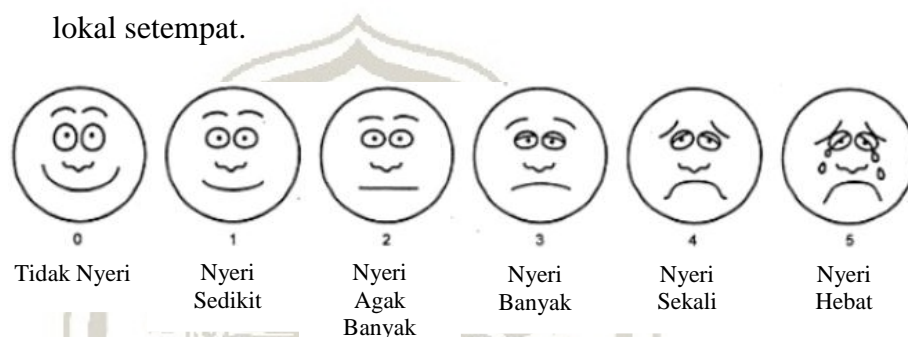
Sekala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendeskriptif ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahan.” Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dia rasakan (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.1 Pengukuran Skala VDS (Potter & Perry, 2006)

b. *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda-beda, dimulai dari senyuman sampai dengan menangis karena merasakan kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Gambar 2.2 Pengukuran *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale* (Potter & Perry, 2006)

c. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan cara menunjukan angka 0 – 5 atau 0 – 10, dimana angka 0 dinyatakan sebagai tidak ada nyeri dan angka 5 atau 10 menunjukan sebagai nyeri yang hebat.



Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1 – 3 : Nyeri Ringan
- 4 – 6 : Nyeri Sedang
- 7 – 10 : Nyeri Berat

Gambar 2.3 Pengukuran *Numerical Rating Scale* (NRS) (Potter & Perry, 2006)

### C. Relaksasi Genggam Jari

#### 1. Pengertian relaksasi genggam jari

Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga finger hold (Liana, 2008 ). Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan dijalur energi menjadi lancar (Puwahang, 2011). Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam

keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon *endorfin*, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang ( Sofiyah , Ma'rifah, Susanti, 2014).

Teknik mengenggam jari bagian dari teknik *Jin Shin Jyutsu*. *Jin Shin Jyutsu* adalah akupresur Jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang (Ramadina<sup>1</sup>, Utami, Jumaini, 2013). Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Hill, 2011).

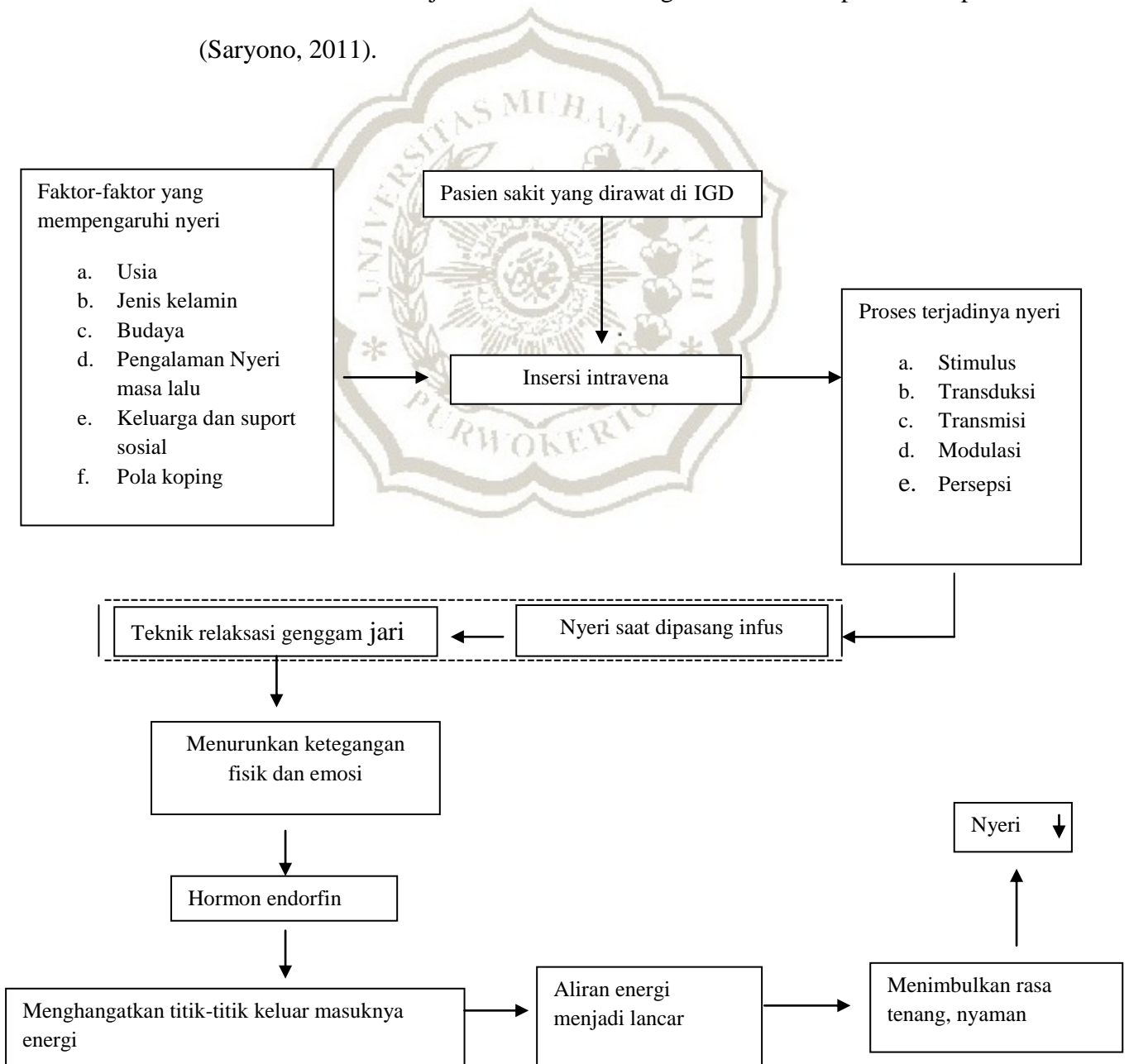
## 2. Cara melakukan

Cara melakukan Teknik Genggaam jari: peganglah tiap jari mulai dari ibu jari selama 2-3 menit. Anda bisa menggunakan tangan yang mana saja. Tarik napas yang dalam dan lembut. Hembuskanlah napas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur. Ketika menarik napas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan. Ketika menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita dan masuk ke dalam bumi. Sekarang pikirkanlah perasaan-perasaan yang nyaman dan damai,

sehingga Anda hanya fokus pada perasaan yang nyaman dan damai (Liana, 2008).

#### D. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian merupakan kumpulan teori yang mendasari suatu topik penelitian. Yang disusun berdasarkan teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaidah input dan input (Saryono, 2011).



Keterangan :

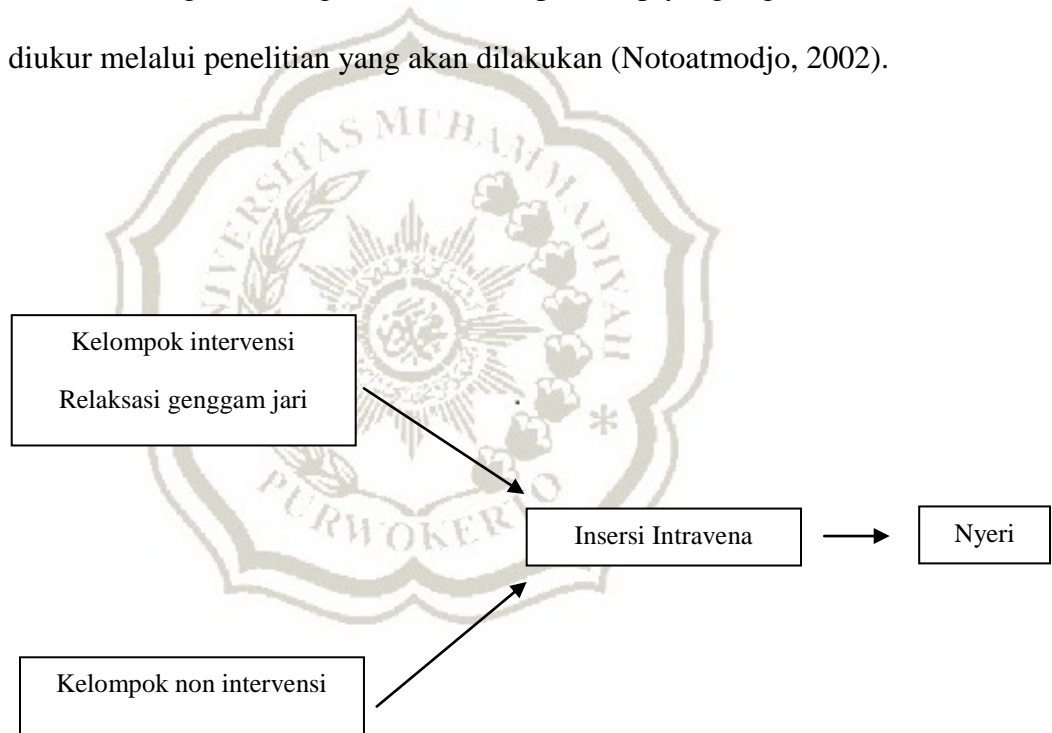
----- : Diteliti

————— : Tidak di teliti

Gambar :2. 4.Kerangka teori

### E. Kerangka Konsep

Kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2002).



Gambar : 2.5 Kerangka konsep

## F. Hipotesis

Menurut Saryono (2011) mengemukakan bahwa hipotesis penelitian sebagai terjemahan dari tujuan penelitian ke dalam dugaan yang jelas.

Hipotesa dalam penelitian ini adalah:

Ha : Ada perbedaan penurunan nyeri pada responden yang diberi teknik relaksasi genggam jari dan responden yang tidak diberi teknik relaksasi genggam jari.

Ho : Tidak ada perbedaan penurunan nyeri pada responden yang diberi teknik relaksasi genggam jari dan responden yang tidak diberi teknik relaksasi genggam jari

