



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI
TERAPI ALTERNATIF KOMPLEMENTER BEKAM DI
KABUPATEN BANYUMAS**

TESIS

**RIDLWAN KAMALUDDIN
NPM. 0806446782**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI
TERAPI ALTERNATIF KOMPLEMENTER BEKAM DI
KABUPATEN BANYUMAS**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh
gelar Magister Ilmu Keperawatan**

**RIDLWAN KAMALUDDIN
NPM. 0806446782**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ridwan Kamaluddin

NPM : 0806446782

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Sidang
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



Prof. Dra. Elly Nurrachmah, SKp, M.App. Sc, D.NSc., RN

Pembimbing II



Yati Afiyanti, S.Kp, MN

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Ridlwan Kamaluddin
NPM : 0806446782
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Pasien Hipertensi yang Menjalani Terapi
Alternatif Komplementer Bekam di Kabupaten Banyumas

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra. Elly Nurrachmah, DNSc, RN (.....)

Pembimbing : Yati Afiyanti, S.Kp., MN (.....)

Penguji : Tuti Herawati, SKp., MN (.....)

Penguji : Bertha Farida, S.Kp., M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Pada : 13 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamiin, segala puji bagi Allah Subhanahu wata'ala dengan rahmat, taufiq dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul "Pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam di Kabupaten Banyumas", guna memenuhi tugas dan melengkapi syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Sholawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi besar Muhammad SAW, para sahabat, keluarga dan umatnya hingga akhir zaman.

Penulis yakin bahwa dalam penulisan tesis ini tidak akan selesai dengan baik tanpa perjuangan, pengorbanan dan bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan tesis ini. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih, kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetty, M.App, Sc selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Dra. Elly Nurrachmah, SKp, M.App.Sc, D.N. Sc, RN selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga

- dan pikiran serta perhatian tinggi dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
4. Ibu Yati Afiyanti, S.Kp., MN, selaku Pembimbing II yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian tesis ini.
 5. dr. Hj. Retno Widiastuti, MS selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto yang telah memberikan kesempatan penulis untuk melanjutkan studi di Program Pascasarjana FIK – UI.
 6. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan tesis ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan tesis.
 7. Istri tercinta Eva Rahayu Kamaluddin yang telah memberikan inspirasi, dorongan, empati dan kasih sayang yang luar biasa dalam menjalani kehidupan ini.
 8. Anakku tercinta, sang mujahid muda, Hamzah Fawwaz Kamaluddin yang selalu menjadi inspirasi dan harapan bagi penulis dalam menjalani kehidupan ini.
 9. Orang tua dan segenap keluarga yang tiada putus-putusnya mencurahkan kasih sayang, perhatian, dorongan serta doa yang tulus bagi penulis.
 10. Sahabat-sahabat seperjuangan Pak Huda, Pak Sriyono, Pak Priyanto dan Pak Abdul Ma'jid yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga tesis

ini dapat terselesaikan, Semoga ukhuwwah ini dapat salah satu amalan kita dan takkan pernah hilang.

11. Sahabat-sahabat seperjuangan di KMB FIK UI yang telah memberikan semangat dan dorongan dalam menyelesaikan kuliah di Magister Keperawatan UI
12. Bapak kondektur dan masinis Kereta Api jurusan Purwokerto-Jakarta PP, terimakasih atas kebaikan dan keikhlasan anda dalam membantu saya menyelesaikan studi di FIK-UI dan semoga Allah SWT mengampuni semua dosa dan kekhilafan kita semua
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian penulisan ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas FIK-UI.

Depok, Juni 2010

Penulis

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ridlwan Kamaluddin
NPM : 0806446782
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Ilmu Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

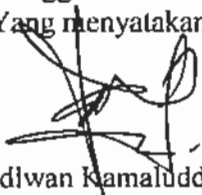
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI TERAPI ALTERNATIF KOMPLEMENTER BEKAM DI KABUPATEN BANYUMAS

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli 2010
Yang menyatakan



(Ridlwan Kamaluddin)

ABSTRAK

Nama : Ridhwan Kamaluddin
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengalaman Pasien Hipertensi Yang Menjalani Terapi
Alternatif Komplementer Bekam di Kabupaten Banyumas

Penelitian ini menggali pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif fenomenologi deskriptif terhadap pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Metode Colaizzi digunakan dalam analisis data. Tema penelitian yang ditemukan adalah gambaran penyakit hipertensi, gambaran terapi bekam, efek terapi bekam, proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam, alasan menjalani terapi bekam dan harapan menjalani terapi bekam. Pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam bervariasi dan unik. Hasil rekomendasi dari penelitian ini perlunya perawat sebagai praktisi terapi bekam dan dijadikan sebagai salah satu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat.

Kata Kunci : pengalaman, hipertensi, terapi bekam

ABSTRACT

Name : Ridlwan Kamaluddin
Study Program : Master of Nursing
Title : The Experience of Patients with Hypertension who Undergone
Complementary and Alternative Therapy: Cupping Therapy in
Banyumas District

This research explores the experience of patients with hypertension who undergone complementary and alternative therapies: cupping therapy. This study used descriptive phenomenological qualitative design for patients with hypertension who undergone cupping therapy. Data were obtained through in-depth interviews. Colaizzi method used in data analysis process. The result show that five themes found in this study was the description of hypertension, overview of cupping therapy, cupping therapy effects, decision-making process for choosing cupping therapy, reason and expectation of performing cupping therapy. The experience of patients with hypertension who undergone cupping therapy were variety and unique. The result of recommendations from this study as the need for nurse practitioners serve as the cupping therapy and one nursing services provided to the public.

Key word : experience, hypertension, cupping therapy

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR.....	x
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian.....	12
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Hipertensi.....	14
2.1.1 Definisi.....	14
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi	16
2.1.3 Penyebab.....	16
2.1.4 Patofisiologi	18
2.1.5 Manifestasi Klinik	19
2.1.6 Penanganan Medis dan Keperawatan.....	20
2.2 Terapi Alternatif dan Komplementer	23
2.2.1 Definisi.....	23
2.2.2 Jenis terapi alternative komplementer.....	23
2.2.3 Demografi dan Penggunaan	35
2.3 Terapi Bekam.....	36
2.4 Teori Keperawatan dlm Terapi Alternatif Komplementer.....	39
2.5 Peran Perawat dalam Terapi Alternatif Komplementer.....	44
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	49
3.2 Partisipan/Informan	51
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	52
3.4 Etika Penelitian.....	53
3.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	55
3.6 Alat Pengumpulan Data	59
3.7 Analisis Data	61
3.8. Keabsahan Data.....	63

BAB 4 HASIL PENELITIAN	
4.1.Karakteristik Partisipan	66
4.2.Tema Hasil Analisis Penelitian	67
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1.Interpretasi Hasil	89
5.2.Keterbatasan Penelitian	106
5.3.Implikasi Keperawatan	107
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1.Kesimpulan	109
6.2.Saran	110
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	<u>Halaman</u>
Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa	16
Tabel 2. Penggunaan terapi alternative di beberapa negara.....	35



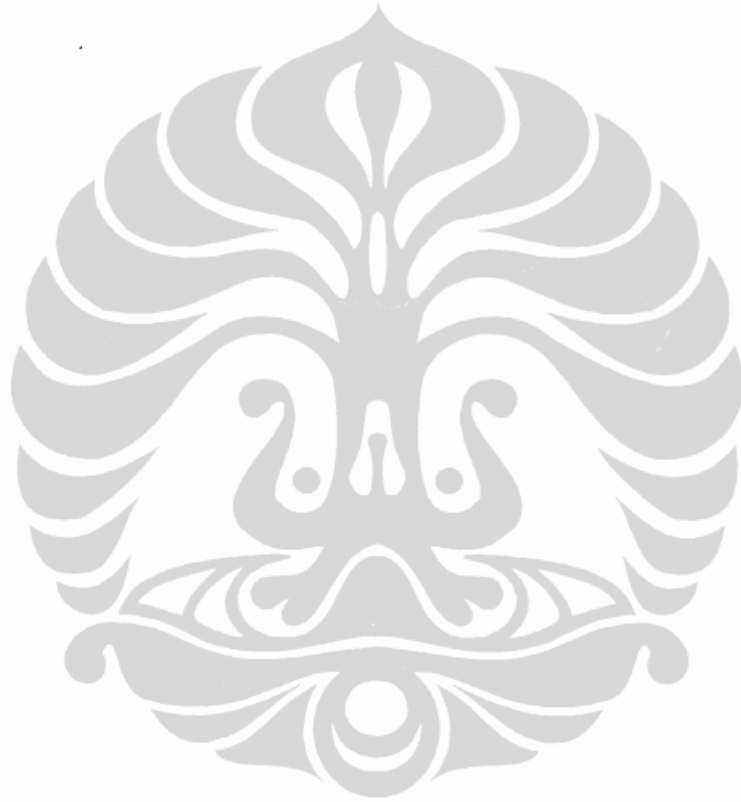
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1. Teknik Analisis Data	63



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Persetujuan menjadi partisipan penelitian
- Lampiran 3. Data Demografi
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara
- Lampiran 5. Catatan lapangan
- Lampiran 6. Karakteristik partisipan
- Lampiran 7. Analisis tema penelitian
- Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9. Surat keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 10. Daftar riwayat hidup peneliti



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Lebih dari seperempat jumlah populasi dunia saat ini menderita hipertensi. Data WHO menyebutkan, jumlah penderita hipertensi di India tahun 2000 adalah 60,4 juta dan diperkirakan sebanyak 107,3 juta pada tahun 2025 (terjadi kenaikan sebesar 56%). Di Cina pada tahun 2000 sebanyak 98,5 juta orang menderita hipertensi dan tahun 2025 diperkirakan menjadi 151,7 juta (kenaikan sebesar 65%). Sedangkan di bagian lain Asia tercatat tahun 2000 sebesar 38,4 juta penderita hipertensi dan tahun 2025 sebesar 67,3 juta (kenaikan sebesar 57%). Data ini menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi ancaman bagi masyarakat dunia (Lazuardi, 2008).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyebab meningkatnya risiko penyakit stroke, jantung dan ginjal. Pada akhir abad 20, penyakit jantung dan pembuluh darah menjadi penyebab utama kematian di negara maju dan negara berkembang. Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah di Indonesia sebesar 26,3%. Sedangkan data kematian di rumah sakit tahun 2005 sebesar 16,7%. Faktor risiko utama penyakit jantung dan pembuluh darah adalah hipertensi (Ruhjana, 2007).

Di Indonesia banyaknya penderita hipertensi diperkirakan 15 juta orang tetapi hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi sehingga mereka cenderung untuk menjadi hipertensi berat karena tidak menghindari dan tidak mengetahui faktor risikonya, dan 90% merupakan hipertensi esensial. Saat ini penyakit degeneratif dan kardiovaskuler sudah merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Ririn, 2008)

Hipertensi merupakan suatu kondisi peningkatan tekanan darah arterial yang abnormal. Berdasarkan etiologi, hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu; hipertensi primer dan hipertensi sekunder (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000). Hipertensi primer adalah suatu kondisi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Penyebab sekunder hipertensi tersebut adalah penyakit renovaskuler, aldosteronism, *pheochromocytoma*, gagal ginjal, dan penyakit lainnya (Copstead & Banasik, 2005).

Kondisi patologis hipertensi memerlukan penanganan atau terapi. Terapi hipertensi dapat dikelompokkan dalam terapi nonfarmakologis dan terapi farmakologis (Copstead & Banasik, 2005; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000). Terapi nonfarmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan agen obat dalam proses terapinya, sedangkan terapi farmakologis menggunakan obat atau senyawa yang dalam kerjanya dapat mempengaruhi tekanan darah pasien. Dalam algoritme penanganan hipertensi, terapi nonfarmakologis diantaranya modifikasi gaya hidup termasuk pengelolaan stres dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, et.al 2006; Copstead & Banasik, 2005; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000).

Pada orang yang normal, kecemasan mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah sesaat. Pada pasien hipertensi kecemasan dapat memicu kenaikan *heart rate* (HR), tekanan darah dan ketegangan otot yang membutuhkan intervensi medis maupun intervensi keperawatan. Manajemen stres melalui teknik relaksasi dan biofeedback dapat menurunkan tekanan darah dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Lewis & Heitkemper & Dirksen, 2000; Glickman, 2007).

Terapi nonfarmakologis harus diberikan kepada semua pasien hipertensi primer dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor risiko serta penyakit penyerta lainnya (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, et.al 2006). Ketidapatuhan pasien terhadap modifikasi gaya hidup yaitu

konsumsi alkohol, pengendalian berat badan, termasuk pengendalian stres dan kecemasan merupakan salah satu penyebab terjadinya hipertensi resisten (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, et.al 2006).

Penanganan hipertensi primer setelah modifikasi gaya hidup, yaitu pemberian terapi farmakologis. Pengelompokan terapi farmakologis yang digunakan untuk mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi adalah *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor*, *Angiotensin Receptor Blocker (ARBs)*, *beta-blocker*, *calcium channel blocker*, *direct renin inhibitor*, *diuretic*, *vasodilator* (Whelton, 2002; Copstead & Banasik, 2005; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, et.al 2006).

Terapi alternatif komplementer adalah sebuah kelompok dari bermacam-macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktek dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional (National Institute of Health, 2005). *The United States National Institutes of Health* mengelompokkan Terapi alternatif komplementer menjadi 5 kelompok :

- a. *Biologically based practice*. Hal ini meliputi penggunaan dari suplemen vitamin dan mineral, produk alami seperti chondroitin sulfat yang berasal dari turunan tulang kartilago ikan hiu, produk herbal seperti ginkgo biloba dan *Echinacea* serta diet diluar kebiasaan seperti diet rendah karbohidrat. Contohnya seperti *Chelation therapy*, *folk medicine*, *diet based therapy*, *vegetarian diet*, *macrobiotic diet*, *atkins diet*, *Pritikins diet*, *Ornish diet*, *Zone diet* dan *Megavitamin diet*.
- b. *Manipulative and body-based approaches*. Jenis pendekatan ini yang meliputi pijat (*messages*) sudah mulai digunakan sejak abad 19 seperti *chiropractic medicine* dan *osteopathic medicine*.
- c. *Mind-Body medicine*. Jenis pendekatan ini meliputi pendekatan spiritual seperti meditasi dan teknik relaksasi. Contohnya *biofeedback*, *Meditation*, *Guided imagery*, *Progressive relaxation*, *Deep breathing exercise*, *Hypnosis*, *Yoga*, *Tai chi*, *Qi gong*, *Prayer for health reasons*.

- d. *Alternative Medical System*. Contohnya adalah *Acupuncture*, *Ayurveda*, *Cupping therapy*, *Homeopathic treatment*, *Naturopathy*.
- e. *Energy medicine*. Pendekatan ini menggunakan terapi yang meliputi penggunaan energy seperti *biofield* atau *bioelectromagnetic* atau keduanya dalam melakukan intervensi. Contoh dari terapi ini adalah terapi *Reiki* (Barnes., Powell-Greiner., Mc Fann., Nahin, 2004)

World Health Organization (WHO) telah mengumumkan dan merangkum penggunaan dari terapi alternatif komplementer di sejumlah negara. Afrika, sebanyak 80% dari populasi penduduk yang menggunakannya sebagai perawatan kesehatan primer. Australia, sebanyak 49% dari orang dewasa menggunakan terapi alternatif komplementer. China, 30-50% dari total perawatan kesehatan masuk dalam system kesehatan dan 95% rumah sakit di China mempunyai unit pengobatan tradisional. India, sebanyak 2.860 rumah sakit menyediakan pengobatan tradisional. Indonesia, 40% dari populasi penduduk menggunakannya dan 70% masyarakat pedesaan menggunakan terapi alternatif komplementer. Jepang, 72% dokter praktek menggunakan pengobatan tradisional. Thailand, pengobatan tradisional telah terintegrasi dalam 1.120 pusat sarana kesehatan. Vietnam, sudah terintegrasi penuh ke dalam system kesehatan dan 30% dari populasi dirawat menggunakan pengobatan tradisional.

Di negara barat seperti Perancis kurang lebih 75% dari seluruh populasi menggunakan terapi alternatif komplementer dalam setahun terakhir, Jerman sebanyak 77% klinik kesehatan menyediakan akupunktur sedangkan di Amerika Serikat 29-42% populasi penduduk menggunakan terapi alternatif komplementer (Debas, Laxminarayan, & Strauss, 2006).

Frekuensi dari pemanfaatan terapi alternatif komplementer meningkat pesat diseluruh pelosok dunia. Perkembangan tersebut tercatat dengan baik di afrika dan populasi secara global antara 20% sampai dengan 80%. Hal yang menarik

dari terapi alternatif komplementer ini didasarkan pada asumsi dasar dan prinsip-prinsip sistem yang beroperasi (Amira & Okubadejo, 2007).

Secara khusus, dalam kondisi kronis di mana hasil kesehatan berhubungan erat dengan kepatuhan terhadap pengobatan (misalnya hipertensi), penggunaan terapi alternatif komplementer dapat berpotensi mempengaruhi hasil (Mansoor, 2001). Beberapa praktek terapi gabungan yang melibatkan penggunaan terapi alternatif komplementer (terutama obat-obatan herbal) dan resep obat-obatan juga telah diidentifikasi sebagai lazim di beberapa populasi (Delgoda, Ellington, Barret, Gordon & Younger, 2004).

Terbukti bahwa pemanfaatan terapi alternatif komplementer mengalami peningkatan secara global, dan pengakuan diberikan oleh penyedia asuransi kesehatan di negara-negara maju (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Van Rompay & Kessler, 1998). Obat herbal telah diterima secara luas di hampir seluruh negara didunia. Menurut WHO, negara-negara di Afrika, Asia dan Amerika Latin menggunakan obat herbal sebagai pelengkap pengobatan primer yang mereka terima. Bahkan di Afrika, sebanyak 80% dari populasi menggunakan obat herbal untuk pengobatan primer (WHO, 2003). Faktor pendorong terjadinya peningkatan penggunaan obat herbal dinegara maju adalah usia harapan hidup yang lebih panjang pada saat prevalensi penyakit kronik meningkat, adanya kegagalan penggunaan obat modern untuk penyakit tertentu di antaranya kanker serta semakin luas akses informasi mengenai obat herbal di seluruh dunia (Sukandar, 2006).

Frekuensi terapi alternatif komplementer digunakan dalam populasi umum (terlepas dari entitas penyakit) dari berbagai belahan dunia termasuk 40% di Amerika Serikat (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Van Rompay & Kessler, 1998), 38,5% di antara komunitas India Chatsworth di Afrika Selatan (Singh V, 2004) dan 48,5% di Australia (Mac Lennan, 1996). Studi-studi lain telah melaporkan penggunaan yang lebih tinggi pada pasien hipertensi. Khususnya di antara hipertensi kohort, Shafiq et al dalam Amira (2007)

melaporkan bahwa sebanyak 63,9% dari subyek hipertensi mereka di sebuah klinik di India mengambil obat-obatan herbal, sedangkan di Maroko 80% pasien dengan hipertensi dan diabetes menggunakan tumbuhan obat untuk mengobati penyakit mereka (Eddouks, 2005). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa masyarakat didunia sudah mulai menggunakan terapi alternatif komplementer untuk menangani penyakit hipertensi.

Jenis terapi alternatif komplementer yang sering digunakan untuk mengobati pasien hipertensi adalah menggunakan obat-obat herbal seperti bawang putih, rempah-rempah asli, jahe, daun pahit (*Vernonia amygdalina*), lidah buaya dan doa-doa serta puasa (Amira, 2007). Penggunaan akupuntur dengan *metode Kiiko Matsumoto* telah dilaporkan secara nyata menunjukkan efektifitas terhadap penurunan tekanan darah (Weih, 2007). Terapi dengan menggunakan *transcendental meditation* dan *medical hypnosis* secara nyata berdampak pada penurunan tekanan darah dan dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu mengontrol tekanan darah (Stewart, 2005; Glickman, 2007).

Menurut teori Lawrence yang dikutip Soekidjo Notoatmodjo (2003), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*Non-behavior causes*), selanjutnya perilaku itu sendiri terbentuk 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari terjadinya perilaku tertentu yang terwujud dalam bentuk pengetahuan dari pendidikan formal, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan budaya serta beberapa karakteristik individu yaitu: pengetahuan tentang terapi alternatif komplementer.
2. Faktor pemungkin (*Enabling factor*) yaitu yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu terbentuk yang berwujud dalam lingkungan fisik dan ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan yaitu ketersediaan, ketercapaian fasilitas dan ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan.

3. Faktor memperkuat/pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat terjadinya perilaku tersebut yaitu mendapat dukungan dari keluarga/kerabat, teman, petugas kesehatan dan lain-lain

Bangsa Indonesia telah lama mengenal dan menggunakan tanaman berkhasiat obat sebagai salah satu upaya dalam menanggulangi masalah kesehatan. Pengetahuan tentang tanaman berkhasiat obat berdasar pada pengalaman dan keterampilan yang secara turun temurun telah diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Penggunaan bahan alam sebagai obat tradisional di Indonesia telah dilakukan oleh nenek moyang kita sejak berabad-abad yang lalu terbukti dari adanya naskah lama pada daun Lontar Husodo (Jawa), Usada (Bali), Lontarak pabbura (Sulawesi Selatan), dokumen Serat Primbon Jampi, Serat Racikan Boreh Wulang Dalam dan relief candi Borobudur yang menggambarkan orang sedang meracik obat (jamu) dengan tumbuhan sebagai bahan bakunya (Sukandar, 2006). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa penggunaan terapi alternatif komplementer sudah digunakan sejak nenek moyang dan perilaku tersebut mendapatkan dukungan dari keluarga karena adanya keyakinan dalam masyarakat secara turun temurun.

Pengobatan tradisional atau herbal semakin diperhatikan. Banyak alasan mengapa masyarakat memilih cara ini. Pengobatan secara medis yang semakin mahal, adanya efek samping untuk pemakaian obat kimiawi jangka panjang, maupun kesembuhan melalui cara medis yang tidak 100% khususnya untuk penyakit yang kronis (Haryana, 2006). Dalam lingkungan kita, terapi alternatif komplementer tampaknya sangat dipertimbangkan oleh pasien hipertensi sebagai satu-satunya alternatif obat untuk hipertensi (Oke DA *cit* Amira, 2007). Terapi holistik adalah pengobatan atau perawatan kesehatan yang memfokuskan kepada pengobatan individu sebagai suatu keseluruhan dalam semua aspek yaitu pikiran, fisik dan kepercayaan. Hampir semua terapi alternatif komplementer merupakan terapi holistik. Kebudayaan (kultur) dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit dalam segala masyarakat, tanpa memandang tingkatannya.

Tren pengobatan hipertensi saat ini yaitu dengan menggunakan terapi alternatif dan komplementer. Terapi alternatif komplementer merupakan salah satu cara penyembuhan yang dianggap sebagai hal yang biasa di masyarakat Indonesia. Memang ada masyarakat yang pernah coba sekurang-kurangnya satu kali dan ada yang belum pernah sama sekali, akan tetapi sudah tahu dari orang lain yang pernah menjalaninya. Kepopuleran pengobatan tertentu tergantung pada bermacam-macam faktor. Faktor-faktor ini berdasarkan alasan-alasan mengapa seseorang memilih atau tidak memilih suatu jenis pengobatan. Faktor-faktor ini bisa disederhanakan sebagai pengaruh ekonomi, kepercayaan dan budaya, sosial dan demografis, agama, geografi dan pribadi.

Menurut Walcott (2004) salah satu alasan pemilihan pengobatan alternatif adalah faktor ekonomi. Satu alasan mengapa pengobatan alternatif murah, sering dikatakan sebagai alasan alami. Pengobatan alternatif/tradisional yang berasal dari tumbuh-tumbuhan cukup banyak dibandingkan obat kimia, sehingga ketersediaan bahan-bahan tumbuhan bisa lebih mudah didapat di mana saja. Harganya pun lebih murah dari pada obat kimia yang hanya bisa didapat dari apotek. Banyak iklan-iklan di majalah dan di surat kabar yang mempromosikan jenis-jenis pengobatan alternatif/tradisional sebagai 'cepat' dan 'murah'. Karena itu, faktor ekonomi menjadi hal yang terkait dengan pengobatan alternatif. Untuk responden yang tidak pernah mencoba pengobatan alternatif dia masih menganggap hal ini sebagai alasan utama dalam pemilihan pengobatan alternatif.

Meskipun faktor-faktor ekonomi memainkan peran dalam pemilihan terapi alternatif komplementer, faktor biaya tidak selalu dapat diprediksi. Sebagai contoh, sebuah kesalahpahaman yang biasa terjadi adalah bahwa pasien memilih terapi alternatif komplementer dan pengobatan tradisional karena biaya yang lebih murah dibandingkan pengobatan konvensional. Walaupun banyak bukti biaya perawatan menggunakan pengobatan alternatif komplementer dan pengobatan tradisional lebih murah daripada biaya pengobatan konvensional, beberapa studi telah menemukan bahwa biaya

pengobatan alternatif komplementer dan pengobatan tradisional sama atau lebih mahal dibandingkan pengobatan medis konvensional (Mucla, Mushi, & Ribera 2000).

Salah satu studi telah menunjukkan bahwa pertimbangan keuangan bukan faktor utama dalam memilih pengobatan tradisional, alasan utamanya adalah keyakinan, kemudahan akses, dan kenyamanan. Biaya pengobatan menjadi alasan setelah keyakinan, kemudahan akses dan kemudahan terapi (Winston & Patel 1995). Dari uraian tersebut menjelaskan bahwa faktor ekonomi/biaya yang lebih murah bukanlah alasan utama dalam pemilihan terapi alternatif komplementer tetapi keyakinan, kemudahan akses dan kenyamanan menjadi faktor yang lebih berperan dalam pemilihan terapi alternatif komplementer tersebut.

Faktor lain yang berpengaruh dalam pemilihan terapi alternatif adalah kebudayaan. Orang Jawa percaya bahwa kehidupan seharusnya bersifat 'keseimbangan' dan hubungan yang 'rukun'. Pola-pikir kesehatan dipengaruhi rohani, jasmani dan mental, adalah pola-pikir yang masuk akal untuk orang yang mengidentifikasi dengan kebudayaan Indonesia (Bakker dalam Walcott, 2004). Masyarakat beranggapan bahwa terapi alternatif komplementer adalah "alami", menyediakan pengguna dengan sistem pendukung kehidupan (vitalisme), memiliki "dasar ilmiah" dan mempromosikan "spiritualitas" (Amira, 2007).

Pemahaman mengenai kepuasan/ketidakpuasan masyarakat merupakan perbedaan antara harapan tentang kinerja suatu pelayanan dengan yang dialami atau diterima. Dengan menggunakan terminologi ini masyarakat merasakan kepuasan apabila ada kesesuaian persepsi antara harapan dan kenyataan. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan pemerintah khususnya dalam bidang kesehatan dan pendidikan, perlu diperoleh lebih dahulu gambaran mengenai harapan masyarakat terhadap pelayanan dan kenyataan pelayanan yang

diterima. Dengan cara ini diharapkan ada upaya konkrit yang dapat disarankan kepada pihak pemberi jasa (pemerintah) untuk peningkatan pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan kepada masyarakat sehingga dapat memenuhi harapan masyarakat (Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan, 2003)

Menurut Koentjoro (2007), menyebutkan bahwa kepuasan merupakan respon pelanggan (pasien) terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan, yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan yang kurang atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan.

Di Kabupaten Banyumas, penduduk paling banyak menganut agama Islam dan masyarakat masih sangat kental dengan pengobatan bernuansa spiritual. Pengobatan penyakit metabolik yang ada saat ini menggunakan terapi alternatif dan komplementer, salah satunya yaitu menggunakan terapi bekam atau *Hijamah*. *Hijamah* sudah digunakan semenjak zaman Rasulullah Muhammad SAW (Yasin, 2007).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, terdapat 90 tempat terapi alternatif komplementer yang ada di Kabupaten Banyumas. Dari pengamatan lapangan yang telah dilakukan di salah satu tempat terapi alternatif komplementer di Kabupaten Banyumas, menunjukkan bahwa pasien yang paling banyak mendapatkan menjalani terapi alternatif komplementer adalah pasien hipertensi.

Menurut pendapat beberapa pasien yang menjalani terapi alternatif komplementer melalui komunikasi personal antara peneliti dengan pasien, mereka menjalani terapi alternatif komplementer karena mempunyai keyakinan tersendiri, kenyamanan, kemudahan akses, bersifat alamiah, menjunjung spiritualitas dan sudah turun temurun. Selain hal tersebut,

maraknya terapi alternatif komplementer ini karena adanya perubahan cara pandang dalam memelihara kesehatan, perubahan gaya hidup, status ekonomi, dan persepsi serta harapan terhadap proses penyembuhan penyakitnya. Namun, pada kenyataannya belum banyak artikel yang menjelaskan tentang bagaimana pengalaman pasien hipertensi memilih menggunakan terapi alternatif komplementer untuk mengobati penyakitnya.

Pasien adalah manusia yang unik dan mempunyai ciri khas yang berbeda-beda. Pasien yang memiliki kebutuhan dan pengalaman yang sifatnya individual dan unik sehingga diyakini akan mempunyai pengalaman yang unik dan berbeda-beda. Kenyataan tersebut dapat diteliti dengan mengeksplorasi secara mendalam melalui penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi adalah penelitian yang bertujuan menggali pengalaman hidup manusia dalam berbagai fenomena. Penelitian fenomenologi deskriptif dapat mengeksplorasi, menganalisa, dan menjelaskan fenomena pengalaman nyata individu secara rinci, luas, dan mendalam (Streubert & Carpenter, 2003). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti akan melakukan penelitian kualitatif deskriptif untuk menggali secara mendalam pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam.

1.2. Rumusan Masalah

Pengobatan hipertensi saat ini belum efektif karena hanya menurunkan prevalensi sebesar 8%, harganya mahal, sering terjadi kekambuhan dan menimbulkan efek samping yang lebih berbahaya. *Tren* pengobatan hipertensi saat ini yaitu dengan menggunakan terapi alternatif dan komplementer. Kepuasan merupakan respon pelanggan (pasien) terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan, yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang

didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan yang kurang atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan.

Pemilihan terapi alternatif komplementer bagi seorang pasien hipertensi diyakini memiliki alasan yang unik dan berbeda-beda dalam pengambilan keputusan pengobatan serta pengalaman pasien itu sendiri dalam menjalani proses terapi alternatif komplementer bekam tersebut karena masing-masing pribadi adalah unik. Namun, pada kenyataannya belum banyak artikel yang menjelaskan tentang bagaimana pengalaman pasien hipertensi yang menjalani alternatif komplementer untuk mengobati penyakitnya. Berdasarkan rumusan masalah tersebut diatas, maka pertanyaan penelitiannya adalah : Bagaimana pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam tentang pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Diidentifikasinya karakteristik dari partisipan.

1.3.2.2. Diidentifikasinya persepsi pasien terhadap penyakit hipertensi dan terapi alternatif komplementer bekam

1.3.2.3. Diidentifikasinya proses pengambilan keputusan pasien memilih terapi alternatif komplementer bekam

1.3.2.4. Diidentifikasinya harapan pasien hipertensi dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam

1.3.2.5. Diidentifikasinya alasan pasien hipertensi dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam mengembangkan pelayanan kesehatan terutama penggunaan terapi alternatif komplementer terhadap pasien hipertensi, yang meliputi :

1.4.1. Manfaat bagi masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dan wacana untuk masyarakat dalam pemilihan terapi alternatif komplementer. Masyarakat dapat belajar dari pengalaman orang lain yang menjalani terapi alternatif komplementer dan memberikan kesempatan kepada partisipan untuk mengekspresikan perasaannya tentang pengalamannya dalam menjalani terapi alternatif komplementer dalam rangka mengobati penyakit hipertensi

1.4.2. Manfaat bagi perawat

Penelitian ini diharapkan berguna bagi perawat dalam meningkatkan pengetahuan tentang pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer sehingga dapat sebagai wacana, gambaran dan masukan bagi perawat dalam mengembangkan pendekatan perawat dalam pemanfaatan terapi alternatif komplementer bekam sebagai salah satu bagian dari pelayanan kesehatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hipertensi

2.1.1. Definisi

Dari berbagai penelitian epidemiologis yang dilakukan di Indonesia menunjukkan 1,8 - 8,6% penduduk yang berusia 20 tahun adalah penderita hipertensi. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian / mortalitas (Handrawan, 2005). Selanjutnya Handrawan (2005) mengemukakan tekanan darah (contoh : 130/85 mmHg) didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung :

- a. Sistolik (nilai yang lebih tinggi : 130) menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung.
- b. Diastolik (nilai yang lebih rendah : 85) menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung.

Menurut WHO, didalam guidelines terakhir tahun 1999, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg, sedangkan bila lebih dari 140/90 mmHG dinyatakan sebagai hipertensi; dan di antara nilai tersebut disebut sebagai normal-tinggi. (batasan tersebut diperuntukkan bagi individu dewasa diatas 18 tahun). Batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg.

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Penulisan tekanan darah seperti 110/70 mmHg adalah didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung. Nilai yang lebih tinggi (sistolik) menunjukkan fase darah

yang sedang dipompa oleh jantung, nilai yang lebih rendah (diastolik) menunjukkan fase darah kembali ke dalam jantung. Sebetulnya batas antara tekanan darah normal dan tekanan darah tinggi tidaklah jelas, sehingga klasifikasi hipertensi dibuat berdasarkan tingkat tingginya tekanan darah yang mengakibatkan peningkatan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah (CBN, 2006)

Tekanan darah tinggi (*hipertensi*) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam *arteri*. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap *stroke*, *aneurisma*, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat dua angka, angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung berkontraksi (*sistolik*), angka yang lebih rendah diperoleh pada saat jantung berelaksasi (*diastolik*). Tekanan darah ditulis sebagai tekanan sistolik garis miring tekanan diastolik, misalnya 120/80 mmhg, dibaca seratus dua puluh per delapan puluh. Dikatakan tekanan darah tinggi jika pada saat duduk tekanan sistolik mencapai 140 mmhg atau lebih, atau tekanan diastolik mencapai 90 mmhg atau lebih, atau keduanya. pada tekanan darah tinggi, biasanya terjadi kenaikan tekanan sistolik dan diastolik (Mansjoer, 2000).

Pada hipertensi sistolik terisolasi, tekanan sistolik mencapai 140 mmhg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan diastolik masih dalam kisaran normal. hipertensi ini sering ditemukan pada usia lanjut. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah; tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis. Hipertensi maligna adalah hipertensi yang sangat parah, yang bila tidak diobati, akan menimbulkan kematian dalam waktu 3-6 bulan. Hipertensi ini jarang terjadi, hanya 1 dari setiap 200 penderita hipertensi.

Tekanan darah dalam kehidupan seseorang bervariasi secara alami. Bayi dan anak-anak secara normal memiliki tekanan darah yang jauh lebih rendah daripada dewasa. Tekanan darah juga dipengaruhi oleh aktivitas fisik, dimana akan lebih tinggi pada saat melakukan aktivitas dan lebih rendah ketika beristirahat. Tekanan darah dalam satu hari juga berbeda; paling tinggi di waktu pagi hari dan paling rendah pada saat tidur malam hari (Adinil, 2004)

2.1.2. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa

Klasifikasi tekanan darah pada dewasa yang dikemukakan di dalam web site www.medicastore.com/health/03 (2006) terdapat pada tabel berikut :

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	dibawah 130 mmhg	dibawah 85 mmhg
normal tinggi	130-139 mmhg	85-89 mmhg
stadium 1 (hipertensi ringan)	140-159 mmhg	90-99 mmhg
stadium 2 (hipertensi sedang)	160-179 mmhg	100-109 mmhg
stadium 3 (hipertensi berat)	180-209 mmhg	110-119 mmhg
stadium 4 (hipertensi maligna)	210 mmhg atau lebih	120 hg atau lebih

2.1.3. Penyebab

Menurut Smeltzer dan Bare (2000) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme), dan lain lain. Karena golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

Selanjutnya Smeltzer dan Bare (2000) mengemukakan ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko timbulnya hipertensi, yaitu :

a. Faktor Keturunan

Pada 70-80% kasus hipertensi esensial, didapatkan riwayat hipertensi di dalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar monozigot (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Dugaan ini menyokong bahwa faktor genetik mempunyai peran didalam terjadinya hipertensi.

b. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan seperti stress, kegemukan (obesitas) dan kurang olah raga juga berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi esensial. Hubungan antara stress dengan hipertensi, diduga melalui aktivasi saraf simpatis. (saraf simpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita tidak beraktivitas). Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stress berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti, akan tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stress yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota.

Berdasarkan penyelidikan, kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi dikemudian hari. Walaupun belum dapat dijelaskan hubungan antara obesitas dan hipertensi esensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang mempunyai berat badan normal. Terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita

obesitasobesitas dengan hipertensi lebih tinggi daripada penderita hipertensi dengan berat badan normal.

2.1.4. Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi dijelaskan oleh Smeltzer dan Bare (2000) sebagai berikut :

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara : jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi *vasokonstriksi*, yaitu jika arteri kecil (*arteriola*) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika : aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun.

Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan *sistem saraf otonom* (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan

obesitas dengan hipertensi lebih tinggi daripada penderita hipertensi dengan berat badan normal.

2.1.4. Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi dijelaskan oleh Smeltzer dan Bare (2000) sebagai berikut :

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara : jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan, inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi *vasokonstriksi*, yaitu jika arteri kecil (*arteriola*) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika : aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun.

Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan *sistem saraf otonom* (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan

mengembalikan tekanan darah ke normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut *renin*, yang memicu pembentukan hormon *angiotensin*, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon *aldosteron*.

Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah; karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (*stenosis arteri renalis*) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah. Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom, yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon *fight-or-flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar); meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung; juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka, yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak); mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh; melepaskan hormon *epinefrin* (*adrenalin*) dan *norepinefrin* (*noradrenalin*), yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Juga faktor stress merupakan satu factor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormon *epinefrin* dan *norepinefrin*.

2.1.5. Manifestasi Klinik

Menurut Adinil (2004) gejala klinis yang dialami oleh para penderita hipertensi biasanya berupa : pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan).

2.1.6. Penanganan Secara Medis Dan Keperawatan

Pengobatan hipertensi secara garis besar menurut Smeltzer dan Bare (2000) dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. Pengobatan non obat (non farmakologis)

- 1) Mengatasi obesitas / menurunkan kelebihan berat badan
- 2) Mengurangi asupan garam ke dalam tubuh.

Nasihat pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan. Cara pengobatan ini hendaknya tidak dipakai sebagai pengobatan tunggal, tetapi lebih baik digunakan sebagai pelengkap pada pengobatan farmakologis.

- 3) Ciptakan keadaan rileks. (Menghindari stress)

Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah. Ciptakan suasana yang menenangkan bagi pasien penderita hipertensi. Perkenalkan berbagai metode relaksasi seperti yoga atau meditasi, yang dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah.

- 4) Melakukan olah raga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3-4 kali seminggu.

Olah raga lebih banyak dihubungkan dengan pengobatan hipertensi, karena olah raga isotonik (seperti bersepeda, jogging, aerobic) yang teratur dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Olah raga juga dapat digunakan untuk mengurangi/ mencegah obesitas dan mengurangi asupan garam ke dalam tubuh (tubuh yang berkeringat akan mengeluarkan garam lewat kulit).

- 5) Berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol

Kebiasaan lainnya seperti merokok, mengkonsumsi alkohol diduga berpengaruh dalam meningkatkan resiko hipertensi walaupun mekanisme timbulnya belum diketahui pasti

- 6) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat. Anjurkan kepada

pasien penderita hipertensi untuk melakukan olahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3-4 kali seminggu. Selain itu menghentikan kebiasaan merokok dan mengurangi minum minuman beralkohol sebaiknya juga dilakukan.

b. Pengobatan dengan obat-obatan (farmakologis)

Pengobatan hipertensi dilandasi oleh beberapa prinsip sebagai berikut :

- 1) Pengobatan hipertensi sekunder lebih mendahulukan pengobatan penyebab hipertensi
- 2) Pengobatan hipertensi esensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi
- 3) Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi
- 4) Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan kemungkinan seumur hidup

Terapi farmakologis dilakukan dengan pemberian obat-obatan seperti berikut dibawah ini

- a) Diuretik thiazide biasanya merupakan obat pertama yang diberikan untuk mengobati hipertensi. Diuretik membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretik juga menyebabkan pelebaran pembuluh darah. Diuretik menyebabkan hilangnya kalium melalui air kemih, sehingga kadang diberikan tambahan kalium atau obat penahan kalium. Diuretik sangat efektif pada: orang kulit hitam, lanjut usia, kegemukan, penderita gagal jantung atau penyakit ginjal menahun.
- b) Penghambat adrenergik merupakan sekelompok obat yang terdiri dari *alfa-blocker*, *beta-blocker* dan *alfa-beta-blocker labetalol*, yang menghambat efek sistem saraf simpatis. Sistem saraf simpatis adalah sistem saraf yang dengan segera akan memberikan

respon terhadap stres, dengan cara meningkatkan tekanan darah. Yang paling sering digunakan adalah beta-blocker, yang efektif diberikan kepada: penderita usia muda, penderita yang pernah mengalami serangan jantung, penderita dengan denyut jantung yang cepat, *angina pectoris* (nyeri dada), sakit kepala *migren*.

- c) Angiotensin converting enzyme inhibitor (*ACE-inhibitor*) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri. Obat ini efektif diberikan kepada: orang kulit putih, usia muda, penderita gagal jantung, penderita dengan protein dalam air kemihnya yang disebabkan oleh penyakit ginjal menahun atau penyakit ginjal diabetik, pria yang menderita *impotensi* sebagai efek samping dari obat yang lain.
- d) Angiotensin-II-bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan *ACE-inhibitor*.
- e) Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang benar-benar berbeda. Sangat efektif diberikan kepada: orang kulit hitam, lanjut usia, penderita *angina pectoris* (nyeri dada), denyut jantung yang cepat, sakit kepala *migren*.
- f) Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah. Obat dari golongan ini hampir selalu digunakan sebagai tambahan terhadap obat anti-hipertensi lainnya.
- g) Kedaruratan hipertensi (misalnya *hipertensi maligna*) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi dengan segera. Beberapa obat bisa menurunkan tekanan darah dengan cepat dan sebagian besar diberikan secara *intravena* (melalui pembuluh darah): diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, labetalol.

2.2. Terapi Alternatif dan Komplementer

2.2.1. Definisi

Terapi alternatif komplementer adalah sebuah kelompok dari bermacam-macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktek dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional (U.S National Institutes of Health, 2007). Istilah terapi alternatif komplementer mendeskripsikan tentang praktek-praktek dan produk-produk dimana masyarakat memilihnya sebagai sebuah tambahan atau alternatif dalam pendekatan pengobatan barat (Debas, Laxminarayan, Strauss, 2006).

2.2.2. Jenis terapi alternatif komplementer

The United States National Institutes of Health mengelompokkan terapi alternatif komplementer menjadi 5 kelompok :

a. *Biologically based practice.*

Biologically based practice adalah salah satu jenis terapi alternatif komplementer. Jenis pengobatan ini termasuk suplemen makanan, tumbuhan, ekstrak dari hewan, vitamin, mineral, asam lemak, asam amino, protein, prebiotik dan probiotik, seluruh makanan, dan makanan fungsional. Hal ini meliputi penggunaan dari suplemen vitamin dan mineral, produk alami seperti chondroitin sulfat yang berasal dari turunan tulang kartilago ikan hiu, produk herbal seperti ginkgo biloba dan *Echinacea* serta diet diluar kebiasaan seperti diet rendah karbohidrat. Contohnya seperti *Chelation therapy, folk medicine, diet based therapy, vegetarian diet, macrobiotic diet, atkins diet, Pritikins diet, Ornish diet, Zone diet* dan *Megavitamin diet* (NCCAM, 2006).

Suplemen diet adalah bagian dari jenis pengobatan alternatif ini. Menurut *Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA)* tahun 1994, Dalam Diet Kesehatan dan Pendidikan Tambahan

Undang-Undang (DSHEA) tahun 1994, Kongres mendefinisikan suplemen makanan sebagai produk yang diambil oleh mulut yang berisi "bahan makanan" dimaksudkan untuk melengkapi makanan. Bahan makanan dalam produk ini termasuk vitamin, mineral, herbal atau tumbuhan lain, asam amino, dan zat-zat seperti enzim, organ jaringan, dan metabolit. Suplemen makanan dapat berupa ekstrak atau konsentrat dan dapat dikemas dalam berbagai bentuk, seperti tablet, kapsul, *softgels*, cairan atau dalam bentuk bedak tabur (DSHEA, 1994).

Minat dan penggunaan suplemen makanan telah tumbuh besar dalam dua dekade terakhir. Konsumen menyatakan bahwa alasan utama mereka untuk menggunakan suplemen herbal adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan, tetapi mereka juga melaporkan menggunakan suplemen untuk meningkatkan kinerja dan energi, untuk mengobati dan mencegah penyakit (misalnya, pilek dan flu), dan mengurangi depresi. Menurut survei nasional tahun 2002 di Amerika mengenai penggunaan terapi alternatif komplementer, penggunaan suplemen lebih sering di kalangan orang Amerika yang memiliki satu atau lebih masalah kesehatan, penyakit tertentu seperti kanker payudara, alkoholisme, atau yang mengalami obesitas (Barnes, Powell-Greiner, Mc Fann, Nahin, 2004).

Seluruh terapi diet telah menjadi praktik yang diterima untuk beberapa kondisi kesehatan. Program diet yang populer saat ini seperti *Atkins*, *Zone*, dan *Ornish diet*, *Sugar Busters*, dan lain-lain. Masyarakat membutuhkan informasi tentang suplemen makanan, makanan fungsional, dan pemilihan jenis diet telah mendorong penelitian mengenai efektivitas dan keamanan dari intervensi dan penyebarluasan temuan penelitian (DSHEA, 1994).

Perhatian khusus harus diberikan pada masalah-masalah yang tumbuhan kompleks dan dosis klinis. Penggunaan dosis yang aman tetapi tidak efektif, tidak sesuai dengan tujuan pengguna pengobatan alternatif, atau masyarakat. Perbedaan antara suplemen makanan dan obat terletak pada penggunaan agen, bukan dalam sifat agen itu sendiri. Jika suatu herbal, vitamin, mineral, atau asam amino digunakan untuk menyelesaikan kekurangan gizi atau untuk meningkatkan atau mempertahankan struktur atau fungsi tubuh, agen dianggap sebagai suplemen makanan. Jika agen digunakan untuk mendiagnosa, mencegah, mengobati, atau menyembuhkan penyakit, agen dianggap sebagai obat. Selama beberapa dekade, ribuan penelitian dari berbagai suplemen diet telah dilakukan.

National Institute of Health (NIH) Office of Dietary Supplements (ODS) setiap tahun menerbitkan bibliografi sumber daya pada kemajuan yang signifikan dalam penelitian suplemen makanan. Selama beberapa suplemen diet, data telah dianggap cukup untuk menjamin uji coba skala besar. Sebagai contoh, percobaan multicenter telah menyimpulkan atau sedang berlangsung pada ginkgo (*Ginkgo biloba*) untuk pencegahan demensia, *glukosamin HCl* dan *kondroitin sulfat* untuk osteoarthritis lutut, *saw palmetto (Serenoa repens)* / Afrika prem (*Prunus africana*) untuk *benign prostatic hypertrophy (BPH)*, vitamin E / selenium untuk pencegahan kanker prostat, tulang rawan ikan hiu untuk kanker paru-paru, dan *St. John's wort (Hypericum perforatum)* untuk depresi mayor dan minor.

Namun, studi baru-baru ini menunjukkan dengan jelas bahwa interaksi antara produk dan obat-obatan terjadi. Misalnya, bahan-bahan aktif dalam ekstrak ginkgo dilaporkan memiliki sifat antioksidan dan menghambat agregasi platelet. Beberapa kasus telah dilaporkan peningkatan pendarahan yang berhubungan dengan penggunaan ginkgo dengan obat-obatan yang memiliki efek antikoagulan atau

antiplatelet. *St John's wort* menginduksi berbagai enzim yang memetabolisme obat-obatan dan transportasi mereka keluar dari tubuh. Ini telah ditunjukkan untuk berinteraksi dengan sejumlah obat yang berfungsi sebagai substrat untuk enzim-enzim sitokrom P450 CYP3A bertanggung jawab untuk memetabolisme sekitar 60 persen dari agen farmasi saat ini. Suplemen diet lainnya yang beresiko mempunyai interaksi dengan obat medis adalah bawang putih, glukosamin, ginseng (*Panax*), saw palmetto, kedelai, valerian, dan yohimbe. Selain berinteraksi dengan agen lainnya, beberapa suplemen herbal dapat menjadi racun. Identifikasi yang salah, kontaminasi, dan pemalsuan dapat berkontribusi pada beberapa toksisitas (DSHEA, 1994).

b. *Manipulative and body-based approaches.*

Jenis pendekatan ini meliputi pijat (*messages*), *osteopathic*, *chiropractic*, *Tui Na*, *refleksologi*, *rolfing*, *Bowen technique*, *Trager bodywork*, *Alexander technique*, *Feldenkrais method*, dan lain lain. Kunjungan ke *chiropractors* dan pijat mewakili 50% dari semua kunjungan ke praktisi terapi alternatif komplementer.

Manipulative and body-based practice berfokus terutama pada struktur dan sistem tubuh, termasuk tulang dan sendi, jaringan lunak, dan peredaran darah dan sistem limfatik. Beberapa *manipulative and body-based practice* merupakan turunan dari system pengobatan tradisional, seperti di Cina, India, atau Mesir, sementara yang lainnya dikembangkan dalam 150 tahun terakhir (misalnya, *chiropractic* dan *osteopathic*). Meskipun banyak penyedia pendidikan formal dalam anatomi dan fisiologi manusia, terdapat banyak variasi dalam pelatihan dan pendekatan ini. Meskipun berbeda, *Manipulative and body-based practice* mempunyai kesamaan beberapa karakteristik umum seperti prinsip bahwa tubuh manusia mengatur diri sendiri dan memiliki kemampuan untuk menyembuhkan dirinya sendiri dan

bahwa bagian-bagian tubuh manusia saling bergantung. Praktisi di semua terapi ini juga cenderung untuk menyesuaikan pengobatan mereka untuk kebutuhan khusus dari setiap pasien (Anonim, 2009).

Di Amerika Serikat, terutama dokter dari *chiropractic*, beberapa dokter *osteopathic*, terapis fisik, *kinesiologists*, dan ahli terapi pijat berlisensi melakukan *manipulative and body-based practice*. The *Department of Defense* (DOD) memiliki klinik pengobatan dan menawarkan *manipulative and body-based practice* yang dilakukan oleh dokter *osteopathic* dan terapis fisik. The State of Washington telah memfasilitasi terapi alternatif komplementer untuk kondisi-kondisi medis normal dapat ditanggung oleh pihak asuransi. Integrasi *manipulative and body-based practice* ke dalam system perawatan kesehatan telah mencapai tingkat ini meskipun masih kekurangan bukti tentang efek jangka panjang, dosis, dan efektivitas biaya.

Walaupun jumlah warga Amerika yang menggunakan *manipulative and body-based practice* seperti terapi pijat dan *chiropractic* hampir sama, *massage therapy* dilisensikan kurang lebih di 40 negara, dan *massage therapy* mungkin jauh lebih kecil daripada *chiropractic* yang dilindungi oleh asuransi kesehatan. Seperti manipulasi tulang belakang, *massage therapy* ini paling sering digunakan untuk masalah muskuloskeletal. Namun, sebagian besar pasien yang mencari *massage therapy* hanya untuk relaksasi dan pereda stress.

Pengeluaran biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan lebih rendah untuk pasien yang menerima perawatan *chiropractic* daripada bagi orang-orang yang menerima perawatan medis. Padahal, perawatan *chiropractic* ditemukan menjadi lebih mahal daripada perawatan medis primer, tetapi lebih murah dibandingkan perawatan medis khusus. Meskipun tidak ada studi tentang kepuasan pasien dengan *manipulative and body-based practice* pada umumnya, banyak

peneliti telah melihat kepuasan pasien dengan perawatan chiropractic dan menemukan bahwa pasien melaporkan tingkat kepuasan yang tinggi. Kepuasan dengan perawatan pijat juga telah ditemukan tingkat kepuasan yang tinggi (NCCAM, 2006)

c. *Mind-Body medicine.*

Jenis pendekatan ini meliputi pendekatan spiritual seperti meditasi dan teknik relaksasi. Contohnya *biofeedback, Meditation, Guided imagery, Progressive relaxation, Deep breathing exercise, Hypnosis, Yoga, Tai chi, Qi gong, Prayer for health reasons* (NCCAM, 2006).

Mind-Body medicine menggunakan kekuatan pikiran dan emosi mempengaruhi kesehatan fisik. Kebanyakan praktek penyembuhan kuno, seperti *Traditional Chinese Medicine, ayurveda*, menekankan hubungan antara pikiran dan tubuh. Tinjauan medis barat dibentuk oleh sistem pemikiran yang menekankan sebaliknya yaitu pikiran dan tubuh yang terpisah. Kunci untuk *Mind-Body medicine* adalah untuk "melatih" pikiran untuk memusatkan perhatian pada tubuh tanpa gangguan. Dalam keadaan ini "fokus konsentrasi," seseorang dapat meningkatkan kesehatan mereka. Beberapa teknik yang paling umum mencakup:

- 1) *Biofeedback*: Dengan *biofeedback*, orang-orang dilatih untuk mengendalikan proses-proses tubuh tertentu yang biasanya terjadi tanpa sadar, seperti detak jantung atau tekanan darah. Proses-proses ini dapat diukur dan ditampilkan pada monitor bahwa orang tersebut juga melihatnya. *Biofeedback* ini efektif untuk beberapa kondisi, tetapi yang paling sering digunakan untuk mengobati ketegangan sakit kepala, migrain sakit kepala, dan nyeri kronis.
- 2) *Cognitive Behavioral Therapy*: Teknik ini digunakan untuk membantu orang mengenali dan mengubah pikiran berbahaya. Misalnya, orang dengan fobia mungkin sengaja mengekspos diri mereka sendiri, di bawah arahan dan bimbingan seorang terapis,

untuk apa mereka takut. Atau orang yang mengalami depresi dapat belajar untuk melawan pikiran dan perasaan negatif dengan yang positif.

- 3) *Relaxation technique*: Ada tiga jenis utama dari teknik relaksasi:
 - a) *Autogenic training*. Teknik ini menggunakan citra visual dan kesadaran tubuh untuk menciptakan keadaan relaksasi mendalam.
 - b) *Progressive muscle relaxation*. Teknik ini melibatkan menegangkan otot secara perlahan dan kemudian melepas masing-masing kelompok otot dalam tubuh, mulai dengan jari-jari kaki dan diakhiri dengan kepala.
 - c) *Meditation*. Dua bentuk yang paling populer meditasi di AS yang meditasi transendental dan meditasi kesadaran.
- 4) *Hypnosis*: Selama hypnosis tubuh seseorang relaks ketika pikiran mereka menjadi lebih terfokus dan penuh perhatian. Dalam keadaan ini dalam konsentrasi, beberapa orang sangat responsif terhadap saran hipnoterapis. Banyak profesional kesehatan mental menggunakan hipnotis untuk memperlakukan orang dengan kecanduan, kesakitan, gangguan kecemasan, dan fobia.
- 5) *Spirituality*: Para peneliti telah mempelajari bagaimana keyakinan spiritual, sikap, dan praktik mempengaruhi kesehatan. Dalam studi baru-baru ini orang-orang dengan *human immunodeficiency virus* (HIV), misalnya, orang-orang yang beriman kepada Tuhan, belas kasihan terhadap orang lain, rasa kedamaian batin, dan keimanan memiliki kesempatan yang lebih baik untuk bertahan lama daripada mereka yang tidak memiliki iman atau praktik-praktik seperti itu. Penelitian menunjukkan bahwa kualitas seperti iman, pengharapan, dan pengampunan dan menggunakan doa dan dukungan sosial mempunyai pengaruh yang nyata pada kesehatan dan penyembuhan (Anonim, 2009).

Pada tahun 1989, sebuah studi klinis oleh David Spiegel, MD di *Stanford University School of Medicine* menunjukkan kekuatan pikiran dapat menyembuhkan penyakit. Dari 86 perempuan dengan stadium kanker payudara, separuh pasien menerima perawatan medis standar sementara separuh lainnya menerima perawatan standar ditambah dukungan acara setiap minggunya. Dalam sesi ini, para perempuan mampu berbagi baik kesedihan dan kesenangan mereka. Spiegel menemukan bahwa wanita yang berpartisipasi dalam kelompok pendukung sosial tinggal dua kali lebih lama sebagai perempuan yang tidak. Sebuah studi klinis serupa pada tahun 1999 menunjukkan bahwa pada pasien kanker payudara, ketidakberdayaan dan keputusan yang berhubungan dengan kemungkinan hidup yang lebih rendah.

Studi klinis lainnya juga menunjukkan bagaimana meditasi mempengaruhi suasana hati dan gejala-gejala pada orang dengan kondisi yang berbeda (seperti tekanan darah tinggi, mudah tersinggung sindrom usus, dan kanker). Hal ini juga meningkatkan kualitas hidup. Setiap orang mengalami stress fisik atau emosional, tubuh akan melepaskan hormon stres yang dapat mempengaruhi semua sistem dan organ. Sebagai contoh, stres yang terkait dengan permusuhan dan kecemasan dapat menyebabkan gangguan jantung dan fungsi kekebalan. Demikian pula, depresi dan stres dapat mengurangi kemampuan alami tubuh untuk menyembuhkan.

Tujuan dari *Mind-Body medicine* adalah untuk mendapatkan tubuh dan pikiran menjadi rileks dan mengurangi tingkat hormon stres dalam tubuh, sehingga sistem kekebalan tubuh lebih mampu melawan penyakit. *Mind-Body medicine* dapat bermanfaat bagi banyak kondisi karena mendorong relaksasi, meningkatkan kemampuan, mengurangi ketegangan dan rasa sakit, dan mengurangi kebutuhan akan obat-obatan. Sebagai contoh, banyak

Mind-Body medicine yang digunakan bersama dengan obat-obatan untuk mengobati rasa sakit.

Mind-Body medicine dapat membantu mengobati berbagai penyakit, termasuk:

- 1) Tekanan darah tinggi
- 2) Asma
- 3) Penyakit jantung koroner
- 4) Obesitas
- 5) Nyeri dan mual / muntah yang berhubungan dengan kemoterapi
- 6) Insomnia
- 7) Kegelisahan
- 8) Diabetes
- 9) Gejala menopause seperti *hot flashes*, depresi, dan mudah tersinggung

d. *Alternative Medical System.*

Contohnya adalah *Acupuncture, Ayurveda, Cupping therapy, Homeopathic treatment, Naturopathy* (NCCAM, 2006). *Ayurveda*, sistem pengobatan tradisional berasal dari India > 4.000 tahun lalu. Hal ini didasarkan pada teori bahwa hasil penyakit dari ketidakseimbangan kekuatan kehidupan di dalam tubuh (*prana*). Keseimbangan *prana* ditentukan oleh keseimbangan dari 3 kualitas tubuh (*doshas*): *vata, pitta*, dan *kapha*. Kebanyakan orang memiliki *dosha* dominan; keseimbangan spesifik adalah unik untuk setiap orang. *Ayurveda* menggunakan rempah, pijat, yoga, dan terapi eliminasi (enema, minyak pijat, atau nasal lavage) untuk mengembalikan keseimbangan dalam tubuh dan dengan alam (NCCAM, 2006)..

Homeopathy, dikembangkan di Jerman pada akhir tahun 1700-an, *homeopathy* didasarkan pada prinsip bahwa tubuh bisa menyembuhkan. Suatu zat ketika diberikan dalam dosis besar, menyebabkan beberapa gejala dan dipercaya untuk mengobati gejala yang sama ketika diberikan dalam dosis menit. *Remedies* digunakan dalam *homeopati* berasal dari bahan alami, seperti ekstrak tumbuh-tumbuhan dan mineral. Konsentrasi yang sangat rendah dipersiapkan dalam cara yang spesifik. Semakin encer obat *homeopati*, dianggap semakin kuat. Ilmuwan tradisional tidak dapat menemukan penjelasan ilmiah bagaimana obat cair yang digunakan dalam homeopati bisa menyembuhkan penyakit. Beberapa cairan yang sangat encer tidak mengandung bahan molekul aktif. Namun, *homeopathy* memiliki sedikit resiko dan jarang terjadi suatu reaksi alergi atau beracun terjadi (NCCAM, 2006)..

Naturopathy, terapi ini dimulai sebagai sebuah sistem perawatan kesehatan resmi di Amerika Serikat pada awal 1900-an. Ditemukan sebagai kekuatan penyembuhan alam, naturopati menekankan pencegahan dan pengobatan penyakit melalui gaya hidup sehat, perawatan pasien secara komprehensif, dan penggunaan kemampuan tubuh dalam penyembuhan alami. Sistem ini juga berfokus pada menemukan penyebab penyakit bukan hanya mengobati gejala. Beberapa prinsip sistem ini tidak begitu berbeda dari kedokteran Barat modern. *Naturopathy* menggunakan kombinasi terapi, termasuk *acupuncture*, *counseling*, *exercise therapy*, *herbal medicine*, *homeopatrhy*, *hydrotherapy*, *natural childbirth*, nutrisi, *physical therapy*, dan *guided imagery* (NCCAM, 2006)..

Traditional Chinese Medicine, ada lebih dari 2000 tahun yang lalu, obat tradisional Cina ini didasarkan pada teori bahwa penyakit adalah hasil dari aliran gaya hidup yang tidak benar (*qi*). *Qi* dipulihkan dengan menyeimbangkan kekuatan berlawanan *yin* dan *yang*, yang

ada dalam tubuh seperti panas dan dingin, eksternal dan internal, dan kekurangan dan kelebihan. Berbagai praktek (misalnya, akupunktur, obat herbal, pijat, meditasi) digunakan untuk memelihara dan memulihkan kesehatan.

Acupuncture, terapi dalam pengobatan tradisional Cina, adalah salah satu pengobatan alternatif yang paling banyak diterima di dunia Barat. Titik-titik tertentu pada tubuh dirangsang, biasanya dengan memasukkan jarum tipis ke dalam kulit dan jaringan di bawahnya. Kadang-kadang rangsangan tambahan ditambahkan dengan menggunakan tegangan yang sangat rendah arus listrik, dengan memutar jarum, atau dengan pemanasan jarum. Merangsang titik-titik tertentu ini dipercaya untuk menghentikan aliran energi sepanjang jalur *qi* (*meridian*) dan dengan demikian mengembalikan keseimbangan antara *yin* dan *yang*. Prosedur ini tidak sakit, tetapi dapat menyebabkan kesemutan. Sebuah variasi dari akupunktur, disebut *acupressure*, pijat lokal menggunakan jarum bukan untuk merangsang titik akupunktur. Penelitian telah menunjukkan bahwa akupunktur mengurangi berbagai neurotransmitter (misalnya, endorfin) yang bertindak sebagai obat penghilang rasa sakit alami. Masuk akal bukti yang mendukung efektivitas akupunktur sebagai pereda nyeri, sebuah antinauseant, dan Antimuntah. Namun, akupunktur tidak efektif untuk berhenti merokok dan berat badan. Efek samping jarang terjadi jika prosedur ini dilakukan dengan benar (NCCAM, 2005)

- c. *Energy medicine*. Pendekatan ini menggunakan terapi yang meliputi penggunaan energi seperti *biofield* atau *bioelectromagnetic* atau keduanya dalam melakukan intervensi. Contoh dari terapi ini adalah terapi *Reiki* obesitas (Barnes, Powell-Greiner, Mc Fann, Nahin, 2004).

Energy medicine domain di terapi alternatif komplementer yang berhubungan dengan bidang energi. Ada dua tipe yaitu *Veritable* (dapat diukur) dan *Putative* (belum dapat diukur). *Veritable energy* menggunakan getaran mekanis (seperti suara) dan kekuatan elektromagnetik seperti cahaya, magnet, radiasi monokromatik (seperti sinar laser), dan sinar dari bagian-bagian lain dari spektrum elektromagnetik. Energi ini menggunakan ukuran spesifik seperti panjang gelombang dan frekuensi untuk mengobati pasien (NCCAM, 2005).

Putative energy/biofields didasarkan pada konsep bahwa manusia diresapi dengan bentuk energi yang halus. Ini merupakan energi vital atau gaya hidup yang dikenal dengan nama berbeda di berbagai budaya, seperti *qi* dalam *Traditional Chinese Medicine*, *ki* dalam sistem *Kampo Jepang*, *doshas* dalam Ayurveda, dan di tempat lain seperti *prana*, energi *eterik*, *fohat*, *orgone*, *odic*, *mana*, dan *homeopati*. *Vital energy* diyakini mengalir ke dalam tubuh manusia, tetapi belum secara tegas dapat diukur dengan instrumentasi konvensional. Praktisi *energy medicine* percaya bahwa hasil dari gangguan penyakit berasal dari energi-energi halus ini (*biofield*). Para praktisi mempercayai bahwa aliran dan keseimbangan energi kehidupan diperlukan untuk menjaga kesehatan dan merupakan alat untuk menjelaskan dalam pemulihan kesehatan. Obat herbal, akupunktur, akupresur, *moxibustion* dan bekam dipercaya bahwa tindakan terapi tersebut memperbaiki ketidakseimbangan dalam *biofield*. seperti dengan mengembalikan aliran *qi* melalui meridian untuk mengembalikan kesehatan. Beberapa terapis yakin dapat mentransmisikan energi vital (*qi eksternal*) ke penerima untuk mengembalikan kesehatan.

Contoh praktek *Putative energy* meliputi:

- 1) Reiki dan Johrei, keduanya asal Jepang
- 2) Qi Gong

- 3) *Healing Touch*, terapis diyakini dapat mengidentifikasi dan memperbaiki ketidakseimbangan energi klien dengan meletakkan/mengusapkan tangan di atas pasien (NCCAM, 2005)

2.2.3. Demografi dan Penggunaan

Pemanfaatan terapi alternative komplementer berkembang begitu pesat di semua negara. *World Health Organization* (WHO) telah mengumumkan dan merangkum penggunaan dari terapi alternatif komplementer di sejumlah negara.

Tabel 2. Penggunaan terapi alternative di beberapa negara

Daerah/Negara	Jumlah penggunaan
Afrika	Dimanfaatkan 80% dari populasi penduduk sebagai pelayanan kesehatan primer
Australia	Digunakan oleh 49% orang dewasa
China	Sekitar 30-50% dari total pelayanan kesehatan Terintegrasi penuh dalam system kesehatan 95% rumahsakit di China mempunyai unit pengobatan tradisional
India	Banyak yang telah menggunakannya 2.860 rumahsakit menyediakan pengobatan tradisional
Indonesia	Digunakan lebih dari 40% populasi masyarakat Digunakan lebih dari 70% oleh masyarakat desa
Jepang	72% dokter mempraktekkan pengobatan tradisional
Thailand	Pengobatan tradisional terintegrasi dalam 1120 pusat-pusat kesehatan
Vietnam	Terintegrasi penuh dalam system pelayanan kesehatan 30% dari populasi diobati menggunakan pengobatan tradisional
Negara-negara barat	Terapi alternatif komplementer dan pengobatan tradisional tidak begitu banyak terintegrasi dalam system pelayanan kesehatan Perancis : pada tahun terakhir 75% dari populasi menggunakan pengobatan alternatif Jerman : 77% dari <i>pain clinics</i> menyediakan <i>acupuncture</i> United States : 29-42% dari populasi menggunakan pengobatan alternatif

Sumber : WHO 2002

Di negara berkembang, pengobatan tradisional adalah satu-satunya sumber dari pelayanan kesehatan untuk semua tetapi hanya sedikit keistimewannya. Sebaliknya, di negara-negara kecil terapi alternatif komplementer digunakan berdasarkan kepercayaan-kepercayaan tertentu.

Contohnya seperti 60% dari penduduk yang tinggal di Jerman, Perancis dan Amerika menggunakan *homeopathic* atau produk herbal. Hanya 1 - 2% dari orang amerika menggunakan *homeopathic* tetapi 10% dari orang dewasa menggunakan pengobatan herbal dan 8% memanfaatkan kiropraksi dan 1-2% menggunakan *acupuncture* setiap tahunnya (Debas, Laxminarayan, Strauss, 2005). Penggunaan terapi alternatif komplementer dan pengobatan tradisional pada pasien kronis, lemah atau kondisi fatal seperti *HIV/AIDS* dan kanker digunakan lebih banyak antara 50-90% (Debas, Laxminarayan, Strauss, 2006).

2.3. TERAPI BEKAM

2.3.1. Pengertian

Bekam atau hijamah berarti torehan darah. Bekam hanya boleh dilakukan pada pembekuan/penyumbatan pembuluh darah, karena fungsi bekam yang sesungguhnya adalah untuk mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh (Yasin, 2007).

Bekam merupakan pengobatan yang dicontohkan oleh Rasulullah SAW. Dari Ibnu Abbas r.a. Rasulullah bersabda : "Kesembuhan (obat) itu ada pada tiga hal: dengan minum madu, pisau hijamah (bekam), dan dengan besi panas. Dan aku melarang ummatku dengan besi panas" (*Hadits Bukhori*). Madu menjadi dasar dari obat-obatan herba, bekam menjadi dasar kepada pembedahan, sedangkan besi panas (api) menjadi dasar kepada pengobatan melalui laser (Yasin, 2007).

Hadist yang diriwayatkan oleh Tirmidzi menyatakan, bahwa Rasulullah SAW mengarahkan pengikut-pengikutnya menggunakan bekam sebagai kaedah pengobatan penyakit. Beliau memuji orang yang berbekam, "*Dia membuang darah yang kotor, meringankan tubuh serta menajamkan penglihatan*" (Yasin, 2007).

2.3.2. Jenis-Jenis Bekam

Jenis-jenis bekam diantaranya:

- a) Bekam kering atau bekam angin (*Hijamah Jaaffah*), yaitu menghisap permukaan kulit dan memijat tempat sekitarnya tanpa mengeluarkan darah kotor. Bekam kering ini berkhasiat untuk pengobatan secara darurat atau digunakan untuk meringankan nyeri punggung karena rheumatik, juga penyakit-penyakit penyebab nyeri punggung. Kulit yang dibekam akan tampak merah kehitam-hitaman selama 3 hari.
- b) Bekam basah (*Hijamah Rothbah*), yaitu mengeluarkan darah kotor setelah bekam kering dengan melukai permukaan kulit dengan menggunakan jarum (*lancet*), lalu di sekitarnya dihisap dengan alat *cupping set* dan *hand pump*. Lamanya setiap hisapan 3 sampai 5 menit, dan maksimal 9 menit, lalu darah kotor dibuang. Penghisapan tidak lebih dari 7 kali hisapan. Darah kotor berupa darah merah pekat dan berbuih.

2.3.3. Waktu Efektif Berbekam

Sebaiknya berbekam dilakukan pada pertengahan bulan, karena darah kotor terkumpul dan lebih terangsang. Anas bin Malik r.a. dalam Yasin (2007) mengatakan bahwa : "Rasulullah SAW biasa melakukan hijamah pada pelipis dan pundaknya. Beliau melakukannya pada hari ketujuhbelas, kesembilanbelas atau ke duapuluh satu."

Pemilihan waktu bekam adalah sebagai tindakan preventif terhadap penyakit. Terapi bekam untuk pengobatan penyakit harus dilakukan kapan pun pada saat dibutuhkan. Imam Asy-Syuyuthi dalam Yasin (2007), mengatakan bahwa berbekam dalam keadaan perut kosong itu adalah paling baik karena dalam hal itu terdapat kesembuhan. Maka disarankan bagi yang hendak berbekam untuk tidak makan-makanan berat 2-3 jam sebelumnya.

2.3.4. Alat-Alat yang Digunakan Dalam Terapi Bekam

Pada zaman China kuno, bekam disebut sebagai "pengobatan tanduk" karena tanduk menggantikan kaca. Pada abad ke-18, orang-orang di Eropa menggunakan lintah sebagai alat untuk berbekam. Kini bekam dilakukan dengan teknologi tinggi. Peralatan bekam yang digunakan diantaranya:

- a) Penghisap (*hand pump*).
- b) Mangkuk (*cupping set*).
- c) Pena Jarum (*lancet device*).
- d) Jarum (*lancet*).
- e) Antiseptik (bahan sterilisasi seperti alkohol).
- f) Sarung tangan kesehatan (*rubber gloves*) (Anonim, 2008).

2.3.5. Kontraindikasi Terapi Bekam

Kontra indikasi terapi bekam diantaranya adalah bayi hingga anak usia 3 tahun, orang tua renta yang sakit tanpa daya dan upaya, penderita tekanan darah sangat rendah, penderita sakit kudis, penderita *diabetes mellitus*, perut wanita yang sedang hamil, wanita yang sedang haid, orang yang sedang minum obat pengencer darah, penderita leukemia, trombosit, alergi kulit serius, orang yang sangat letih /kelaparan/kenyang/kehausan/gugup. Sedangkan anggota bagian tubuh yang tidak boleh dibekam adalah titik-titik mata, telinga, hidung, mulut, puting susu, alat kelamin, dubur, area tubuh yang banyak simpul limpa, area tubuh yang dekat pembuluh besar dan bagian tubuh yang ada varises, tumor, retak tulang, jaringan luka.

2.3.6. Tubuh yang Digunakan Dalam Terapi Bekam

Titik bekam pada umumnya adalah untuk meringankan gangguan pada organ dan syaraf bila dibekam pada tempat gangguan, terutama karena gangguan kelebihan darah atau darah kotor atau kedua-duanya. Titik-titik bekam diantaranya:

- a) Bekam atas dua urat leher untuk mencegah sakit kepala, sakit di wajah, gigi, telinga, hidung, dan kerongkongan.

- b) Bekam pada tengkuk/kuduk mencegah tekanan darah pada tengkuk, mengobati rabun, mengobati benjolan di mata, mengobati rasa berat pada alis dan kelopak mata, mengobati lepra,
- c) Bekam pada pelipis untuk mencegah sakit kepala, sakit di wajah, gigi, telinga, hidung, dan kerongkongan.
- d) Bekam pada pundak untuk mengobati penyakit di pundak dan sakit di leher.
- e) Bekam di atas pinggul untuk menghilangkan pegal-pegal dan kelelahan.

Bagian lain tubuh boleh dibekam sesuai tempat sakitnya selama bukan area yang dilarang dibekam. Jika kita ingin terbebas dari gangguan penyakit yang diakibatkan darah kotor atau sebagai tindakan pen jagaan dan kewaspadaan kita terhadap penyakit, maka sangat baik bekam dilakukan sebulan sekali.

2.3.7. Teori Keperawatan dalam Terapi Alternatif Komplementer

Terapi alternatif komplementer dalam praktek keperawatan menggunakan ilmu pendidikan keperawatan tradisional dan teori keperawatan sebagai kerangka kerja dalam modalitas penyembuhan terapi alternatif komplementer dalam praktek keperawatan alternatif. Keperawatan alternatif membangun praktek keperawatan tradisional dengan menambahkan modalitas penyembuhan yang berada di luar aturan/pemikiran dalam sistem perawatan kesehatan (Gilbert, 2007).

Praktek keperawatan diatur oleh masing-masing negara dan kemampuan dari perawat dalam membawa modalitas terapi alternatif komplementer kedalam kerangka kerja perawatan yang tergantung pada masing-masing negara dalam mendefinisikan terapi alternatif komplementer dan mengintegrasikannya sebagai sebuah profesi (Thompson, 2003).

Teori keperawatan mempunyai konsep, bahasa dan pandangan terhadap konsep pemberial pelayanan keperawatan dan kerangka kerja yang menjelaskan mengenai bagaimana, kenapa dan kapan dalam penggunaan modalitas terapi alternatif komplementer. Selain modalitas terapi alternatif komplementer didokumentasikan menurut teori dan standar taksonomi, modalitas terapi alternatif komplementer juga diakui dalam jurnal *peer-review*, dan secara perlahan-lahan menjadi bagian dari aktivitas utama dalam keperawatan. Sebagai contoh, teori keperawatan menurut Margaret A. Neuman yaitu mengenai pola pengenalan perawat memberikan kerangka kerja konseptual untuk menerapkan modalitas yang didasarkan pada pola pengenalan ekspresi pola dasar dalam pemahaman seperti terapi seperti astrologi, *tarot counseling*, *guided imagery*, dan *dream interpretation*. Teori Newman menjelaskan bagaimana wawasan klien mengarah pada kesadaran yang luas yang merupakan komponen penting pertumbuhan dan perkembangan (Newman, 1999).

Margaret A. Newman mengembangkan tiga konsep utama yaitu kesehatan, pola dan kesadaran. Kesehatan menyangkut penyakit dan non penyakit, ekspilasi pola yang mendasari individu dan lingkungan. Sebagai suatu proses perkembangan kesadaran diri dan lingkungan bersama-sama dengan peningkatan kemampuan untuk mempersepsikan alternatif dan berespon dalam berbagai cara. Pola menurut Newman adalah apa yang mengidentifikasi individual sebagai seseorang yang khusus. Kesadaran adalah kapasitas informasional system yaitu kemampuan system berinteraksi dengan lingkungannya (waktu, pergerakan dan ruang).

Newman (1971) mengembangkan dasar pemikiran dan asumsinya dimana, "Sehat adalah pengembangan dari kesadaran". Pengembangan kesadaran merupakan proses yang akan muncul tanpa memperhatikan tindakan apa yang dilakukan oleh perawat. Perawat dapat membantu klien untuk

mengetahui apa yang sedang terjadi sehingga perawat dapat memfasilitasi proses tersebut (Newman, 1994).

Modalitas terapi alternatif komplementer yang masuk dalam praktik keperawatan alternatif yang konsisten dengan teori keperawatan diberikan arti yang signifikan dari teori tersebut. Sebagai contoh kontribusi teori keperawatan Martha Roger memberikan refleksi pada energy manusia dan lingkungan dan membimbing praktek sehingga perawat dapat menggabungkan konsep pertukaran energi seperti *Reiki and Therapeutic Touch* untuk kepentingan klien penyembuhan (Neuman, 1999).

Filosofi Jean Watson dan teori *caring* membuka pintu hubungan yang erat dalam hubungan otentik dan memfasilitasi ekspansi perawatan dalam aspek-aspek spiritual dari klien. Teori Watson (1985) mungkin merupakan filosofi yang paling complex dari teori-teori keperawatan saat ini. Hanya beliau seorang pembuat teori keperawatan yang secara eksplisit mensupport konsep kejiwaan dan menekankan pada dimensi spiritual dari eksistensi manusia. Watson menyatakan bahwa filosofinya berorientasi pada existensi-phenomenologi, spiritual, dan bagian dari filosofi ketimuran. Watson juga menggambarkan secara substansial tentang humanistik, existensial dan psikologi transpersonal. Beberapa orang filosofe yang diketahui sebagai sumber oleh Watson diantaranya : Hegel, Marcel, Whitehead, Kierkegaard, dan Teilhard de Chardin.

Watson menggarisbawahi beberapa point dari asumsinya yaitu keyakinan dasar dan nilai. Beliau sangat mementingkan eksistensi manusia pada kejiwaannya. Sama halnya seperti semangat, bagian dalam diri dan esensi juga digunakan pada kejiwaan. Karakteristik dari jiwa diidentifikasinya berupa kewaspadaan diri, derajat kesadaran yang lebih tinggi dan lebih baik, kekuatan dari dalam diri, intuitif, pengalaman batin dan kelanjutan dari setelah kematian fisik. Konsep kejiwaan ini sudah tentu merupakan filosofi ketimuran walaupun secara umum kata

“timur” sebagai sumber tidaklah mempunyai arti. Sebagai filsafat ketimuran, Watson mendeskripsikan bahwa jiwa meliputi keseluruhan pikiran manusia mulai dari material hingga spiritual.

Watson mengemukakan konsep utamanya dalam 10 *carative factor*, yang mempunyai komponen pendekatan dinamis sehubungan dengan keterlibatan individu dalam hubungannya dengan keperawatan. 10 *carative factor* yang dikemukakan Watson, antara lain :

1. Formasi nilai-nilai *humanistic-altruistic system*, nilai ini dipelajari pada kehidupan awal namun sangat dapat dipengaruhi oleh pendidikan yang diberikan oleh perawat. Faktor ini dapat digambarkan sebagai kepuasan melalui cara memberi dan meluaskan perasaan dirinya.
2. Kombinasi dari keyakinan dan harapan. Faktor ini mendampingi nilai-nilai *humanistic* dan *altruistic* memfasilitasi pengenalan tindakan keperawatan holistik dan kesehatan yang positif dalam lingkungan klien. Juga menggambarkan peran perawat dalam mengembangkan hubungan antar perawat dan klien, dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu klien mendapatkan perilaku hidup sehat.
3. Menanamkan kepekaan antara seseorang dengan yang lainnya. Pengenalan perasaan sebagai jalan untuk aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik pada perawat ataupun klien. Perawat yang mengetahui kepekaan dan perasaan dirinya akan menjadikan mereka lebih peka terhadap yang lain.
4. Pengembangan hubungan membantu dan percaya. Sebuah hubungan saling percaya mempromosikan dan menerima ekspresi, baik perasaan positif maupun negatif. Hal ini melibatkan perasaan sederajat (*congruence*), empati, keramahan yang tidak menguasai yang lain (*Nonpossessive Warmth*), dan komunikasi yang efektif.
5. Pengenalan dan penerimaan ekspresi dari perasaan negatif dan positif. Saling berbagi perasaan adalah suatu yang mengandung resiko baik pada perawat ataupun klien. Perawat harus siap atas perasaan positif

ataupun negatif. Perawat harus mengenali bahwa pemahaman intelektual dan emosional adalah sebuah situasi yang berbeda.

6. Penggunaan ilmu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam membuat keputusan. Penggunaan proses keperawatan membawa sebuah ilmu pemecahan masalah dan menghilangkan pandangan lama bahwa perawat adalah pembantu dokter. Proses keperawatan seperti halnya proses penelitian dilakukan secara sistematis dan terorganisasi.
7. Pengenalan belajar mengajar interpersonal. Faktor ini yang dapat membedakan antara perawatan dan pengobatan. Klien berhak untuk mendapatkan informasi, sehingga dengan demikian terjadi pergeseran tanggungjawab dari perawat. Perawat dalam hal ini memfasilitasi dengan menggunakan teknik belajar mengajar yang dirancang untuk membuat klien melakukan perawatan dirinya sendiri, menentukan apa yang diinginkan dan menyediakan kesempatan bagi pertumbuhan mereka.
8. Menetapkan untuk suportif, protektif, dan atau korektif mental, fisik, sosiokultural dan lingkungan spiritual. Perawat harus mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal terhadap kondisi sehat – sakit klien. Konsep tersebut relevan terhadap lingkungan internal termasuk kesejahteraan mental dan spiritual dan kepercayaan sosiokultural dari seorang individu.
9. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan manusia. Perawat dapat mengenali kebutuhan-kebutuhan biophysikal, psikophysikal, psikososial, dan intrapersonal dari dirinya dan klien. Kebutuhan klien harus terpenuhi dari urutan kebutuhan terendah sebelum mencapai kebutuhan yang lebih tinggi.
10. Bantuan kekuatan *phenomenological existensi*. Hal ini menggambarkan bantuan untuk mengerti tentang fenomena situasi yang terjadi saat ini. *Existential psychology* adalah sebuah ilmu tentang eksistensi manusia yang menggunakan analisa *phenomenological*.

Neuman (1990) berpendapat bahwa "sehat dalam suatu rentang adalah tingkat sejahtera klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dari kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian, yang menandakan habisnya energi total." Model ini disebut dengan *model kontinum sehat sakit* yang menyatakan bahwa sehat bersifat dinamis yang berubah setiap waktu sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan eksternal maupun internal yang bertujuan untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, perkembangan, sosial, dan spiritual. Sedangkan sakit adalah proses dimana individu mengalami kemunduran fungsi dalam satu dimensi atau lebih kehidupannya bila dibandingkan dengan keadaan individu tersebut sebelumnya. Karena sehat dan sakit memiliki kualitas yang relatif maka sebaiknya ditentukan dengan titik tertentu pada skala yang kontinum antara sehat-sakit, dan keadaan sehat atau sakit seseorang harus lebih dikaitkan dengan nilai-nilai, kepribadian, dan gaya hidup seseorang daripada diukur dengan berbagai standar yang absolut.

Seiring dengan berjalannya waktu dan bertambahnya kebutuhan pelayanan keterampilan di berbagai bidang. Saat ini perawat memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Perawat kontemporer menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, komunikator dan pendidik (Potter & Perry, 2005).

Sebagai pemberi perawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan yang lebih dari sekedar sembuh dari penyakit tertentu namun berfokus pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual, dan

sosial. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberian perawatan, dan mengevaluasi hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi tiap klien. Penetapan ini dilakukan sendiri oleh perawat atau dapat berkolaborasi dengan keluarga klien dan dalam keadaan seperti ini perawat juga dapat bekerja sama dan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan profesional yang lain (Keeling & Ramos, 1995).

Perawat juga berperan sebagai advokat atau pelindung klien, yaitu membantu untuk mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi klien dari efek yang tidak diinginkan yang berasal dari pengobatan atau tindakan diagnostik tertentu. Peran ini belum begitu banyak dilaksanakan, perawat masih sebatas menerima delegasi dari profesi kesehatan yang lain tanpa mempertimbangkan akibat dari tindakan yang akan dilakukannya apakah aman atau tidak bagi kesehatan klien. Manajer kasus juga merupakan salah satu peran yang dapat dilakukan oleh perawat, perawat bertugas untuk mengatur jadwal tindakan yang akan dilakukan terhadap klien oleh berbagai profesi kesehatan yang ada di suatu rumah sakit untuk meminimalisasi tindakan penyembuhan yang saling tumpang tindih dan memaksimalkan fungsi terapeutik dari semua tindakan yang akan dilaksanakan terhadap klien (Anonim, 2010).

Perawat harus mengembalikan kondisi klien secara holistik baik fisik maupun sosial dan spiritual klien ke keadaan sebelum klien menderita penyakitnya. Di sinilah peran perawat sebagai rehabilitator untuk mengembalikan keadaan klien atau paling tidak seoptimal mungkin untuk mendekati keadaan seperti sebelum ia sakit dengan berbagai asuhan keperawatan seperti latihan ROM dan latihan lain yang dapat membantu klien untuk kembali ke kondisi kesehatannya seperti semula. Selain di bidang pelayanan kesehatan, perawat juga memiliki peran sebagai pendidik. Ada dua konteks pendidik, pertama sebagai pendidik di suatu institusi pendidikan keperawatan untuk mencetak

perawat-perawat baru yang berkualitas, dan kedua adalah sebagai tenaga pendidik yang memberikan pengetahuan tentang kesehatan kepada masyarakat umum untuk menciptakan lingkungan yang sadar dan peduli akan pentingnya hidup dalam taraf kesehatan tertentu.

Perawat perlu memahami issue seputar penggunaan terapi alternatif komplementer. Adanya asuransi yang memfasilitasi terapi alternatif komplementer dapat mendorong penggunaan terapi alternatif komplementer (Wolsko, Eisenberg, Davis, Ettner, & Phillips, 2002). Studi pustaka menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mendorong penggunaan terapi alternatif komplementer adalah keyakinan bahwa intervensi tersebut bekerja dan dapat membuat perbedaan (Berman & Straus, 2004). Individu dengan penyakit kronis menggunakan terapi alternatif komplementer karena pengambilan keputusan atas tanggung jawab terhadap diri sendiri untuk kesehatan mereka, mengevaluasi pilihan terapi, dan mengadopsi gaya hidup yang praktis (Thorne, Paterson, Russell, & Schultz, 2002).

Perawat perlu untuk mengkaji keyakinan pasien, pengetahuan, penggunaan terapi alternatif komplementer oleh pasien sebelum mengembangkan rencana perawatan yang mencakup penggunaan terapi alternatif komplementer. Para peneliti telah menemukan bahwa adanya keterbatasan pengetahuan tentang terapi alternatif komplementer pada para penggunanya (Williamson, Fletcher, & Dawson, 2003). Populasi pasien ini harus menjadi sasaran pendidikan sebagai salah satu peran perawat sebagai pendidik. Literatur juga menunjukkan bahwa karakteristik individu tertentu (misalnya, jenis kelamin, usia, perbedaan budaya) dapat mempengaruhi penggunaan terapi alternatif komplementer. Wanita lebih banyak menggunakan terapi alternatif komplementer daripada laki-laki, terutama di populasi African American dan populasi Hispanik. Secara umum, orang dewasa yang lebih tua menggunakan lebih banyak layanan-layanan chiropractic, jamu, pijat, dan akupunktur dibanding terapi lain. Para orang tua di populasi Afrika Amerika dan Hispanik lebih memilih herbal dan teh (Cushman, Wade, Faktor-Litvak,

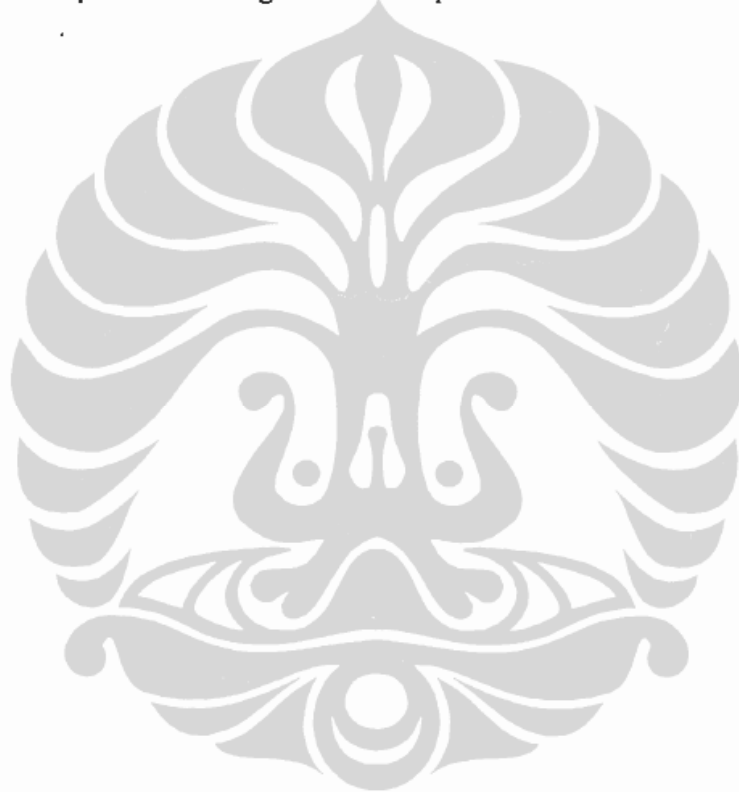
Kronenberg, & Firester, 1999; Dello Buono, Urciuoli, Marietta, Padoani, & DeLeo, 2001; Williamson, Fletcher, & Dawson, 2003)

Dalam menjalankan fungsi perawat sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan mengenai terapi alternatif komplementer, perawat menganjurkan bahwa pasien mengumpulkan sebanyak mungkin informasi mengenai terapi alternatif komplementer tersebut selengkap mungkin. Pasien harus didorong untuk menjadi konsumen yang terdidik dari bentuk pelayanan dan produk terapi tertentu. Disarankan bahwa yang ada pihak lain yang dapat memberikan dukungan dan informasi yang lebih lengkap mengenai terapi alternatif komplementer (American Cancer Society, 2004). Memberikan informasi ini dapat sangat membantu dan menghemat waktu bagi pasien. Dalam memberikan pendidikan bagi pasien perlu diingatkan bahwa mereka seharusnya tidak menunda perawatan konvensional yang merupakan standar perawatan ketika mereka mencari terapi alternatif komplementer.

Para peneliti menemukan bahwa pasien sering tidak berkonsultasi dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan sebelum memulai terapi alternatif komplementer dengan alasan yang tidak jelas (Brunelli & Gorson, 2004). Menjaga keselamatan pasien sangatlah penting bahwa perawat mengeksplorasi penggunaan terapi alternatif komplementer dengan penekanan mengenai potensi interaksi terapi yang berbahaya pada saat sekarang dan rekomendasi perawatan konvensional dan terapi alternatif komplementer (Miller et al., 2004; Tindle et al., 2005). Pasien harus dididik tentang interaksi obat, termasuk interaksi dengan agen anestesi. Hal ini termasuk terapi khusus dan berhubungan dengan pendidikan pasien dan harus didokumentasikan dalam catatan pasien.

Perawat yang tertarik pada pendekatan holistik untuk perawatan kesehatan harus mengeksplorasi ketersediaan layanan terapi alternatif komplementer dalam fasilitas mereka. Perawat dapat membantu dalam pengembangan kebijakan dan prosedur untuk penggunaan layanan terapi alternatif

komplementer, khususnya suplemen makanan. Cohen, Sandler, Hrbek, Davis, dan Eisenberg (2005) meneliti 39 pusat pendidikan kesehatan dan menemukan adanya keterbatasan integrasi layanan terapi alternatif komplementer ke dalam lingkungan kesehatan. Hanya setengah dari sekolah keperawatan yang disurvei pada tahun 2003 (N = 148) terapi alternatif komplementer masuk dalam kurikulum pendidikan (Dutta et al., 2003). Perawat memiliki kesempatan untuk bekerja sama dengan sekolah-sekolah perawat untuk mengembangkan kurikulum mereka dengan memasukkan terapi alternatif komplementer sebagai kurikulum pendidikan.



Universitas Indonesia

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif yaitu penelitian yang dilakukan untuk memperoleh jawaban atau informasi yang mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang yang memungkinkan untuk mendapatkan hal – hal yang tersirat tentang sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku individu (Pollit, Beck & Hungler, 2001). Penelitian kualitatif mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau mengintrepretasikan suatu fenomena berdasarkan hal - hal yang berarti bagi manusia (Creswell, 1998). Selain itu penelitian kualitatif juga merupakan penelitian yang mempercayai tidak ada realitas tunggal dalam kehidupan dan apa yang kita ketahui mempunyai banyak arti (Burns & Grove, 1999).

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah fenomenologi yaitu penelitian yang berfokus pada penemuan fakta mengenai pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam yang ditekankan pada usaha untuk memahami tingkah laku berdasarkan perspektif pasien yang mengalaminya. Fenomenologi merupakan suatu metode penelitian yang kritis dan menggali fenomena yang ada secara sistematis (Steubert & Carpenter, 2003). Metode ini memahami individu dengan segala kompleksitasnya sebagai makhluk subyektif, melihat manusia sebagai sistem yang berpola dan berkembang (Poerwandari, 2005).

Metode fenomenologi yang digunakan dalam penelitian ini ditekankan pada subjektivitas pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam sebagai suatu metode yang merupakan penggalian langsung pengalaman yang disadari dan menggambarkan fenomena yang ada tanpa terpengaruh oleh teori sebelumnya dan mungkin tidak perlu

menguji tentang dugaan atau anggapan sebelumnya. Tujuan suatu penelitian dilakukan dengan pendekatan fenomenologi adalah mengembangkan makna pengalaman hidup dari suatu fenomena dalam mencari kesatuan makna dengan mengidentifikasi inti fenomena dan menggambarkan secara akurat dalam pengalaman hidup sehari – hari (Rose, Beeby & Parker, 1995 dalam Steubert & Carpenter, 2003).

Penggunaan metodologi ini didasarkan pada: 1) suatu asumsi bahwa ilmu pengetahuan tentang perilaku manusia hanya dapat diperoleh melalui penggalian secara langsung terhadap pengalaman yang didefinisikan oleh manusia tersebut (Polit & Hungler, 1995). 2) mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau menginterpretasikan suatu fenomena berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Creswell, 1998). 3) menghasilkan data deskriptif yang berasal dari tulisan, perkataan, dan tingkah laku subjek yang diteliti (Furchan, 1992). 4) mampu menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkripsi, wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, atau beberapa kata tertulis atau lisan dari orang atau perilaku yang diamati secara menyeluruh (Sarantakos, 1993, dalam Poerwandari, 2005).

Pengalaman dalam penelitian fenomenologi meliputi semua pengalaman tentang persepsi manusia yang meliputi: penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan dan penciuman serta fenomena-fenomena lain seperti mempercayai, mengingat, menganalisis, memutuskan, berintuisi, merasakan, kepedulian, mencintai, mengkhayalkan dan mendambakan atau menginginkan (Moleong, 2007).

Penelitian ini berusaha memahami keunikan individu dan arti pengalaman berupa peristiwa - peristiwa yang dialami oleh pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam, persepsi tentang terapi alternatif komplementer bekam, dukungan yang telah diberikan dari keluarga, harapan terhadap terapi alternatif komplementer bekam, sikap,

landasan, keyakinan dan cara pandang pasien dalam memilih dan menjalani terapi alternatif komplementer bekam

3.2. Informan/Partisipan

Partisipan atau sampel penelitian ini adalah pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Jumlah partisipan pada penelitian ini sebanyak 6 partisipan. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Metode purposif adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu penelitian dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam penelitian, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga bagi penelitian (Burns & Grove, 1999).

Fokus penelitian kualitatif adalah pada kedalaman dan proses sehingga pada penelitian ini hanya melibatkan jumlah partisipan yang sedikit. Jumlah sampel yang relatif kecil pada umumnya digunakan pada suatu penelitian kualitatif untuk lebih memberikan perhatian pada kedalaman penghayatan subyek (Poerwandari, 2005). Menurut Dukes (1984 dalam Creswell, 1998), merekomendasikan jumlah sampel yang relatif kecil (kurang dari 10 partisipan) untuk studi fenomenologi dengan mempertimbangkan kemampuan peneliti untuk menggali secara mendalam pengalaman hidup individu dimungkinkan optimal dengan jumlah sampel yang relatif kecil.

Penentuan partisipan dalam penelitian ini berdasarkan beberapa pertimbangan, yaitu pertama karena penelitian ini berbentuk kasus, sampel penelitian yang tidak terlalu besar akan sangat mendukung kedalaman hasil penelitian, disamping pertimbangan keterbatasan kemampuan, waktu dan dana. Kedua, sampel penelitian dipilih secara purposif sesuai dengan tujuan penelitian dan berdasarkan parameter-parameter penarikan sampel yang terdiri dari latar, pelaku, peristiwa, dan proses. Ketiga, penentuan jumlah

sampel dianggap telah memadai pada saat informasi yang didapat telah mencapai saturasi (Miles & Huberman, 1992).

Pada penelitian kualitatif tidak ada aturan baku tentang jumlah minimal partisipan yang penting telah tercapai saturasi data. Nasution (1988 dikutip oleh Sugiyono 2005) mengatakan bahwa penentuan unit sampel (partisipan) dianggap telah memadai apabila telah sampai kepada taraf saturasi, artinya bahwa dengan menggunakan partisipan selanjutnya boleh dikatakan tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti atau mengulang data yang sudah ada. Saturasi data dicapai saat adanya suatu titik jenuh informasi, yaitu tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan dan pengulangan telah dicapai (Polit & Hungler, 1999). Pengertian lain tentang saturasi adalah terdapat kejenuhan jawaban dari partisipan (Hoyle, Harris, & Judd, 2002). Pada saat proses pengambilan data, saturasi data di dapatkan pada pengambilan data partisipan ke enam sehingga peneliti menghentikan proses pengambilan data pada partisipan ke enam.

Kriteria sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut : (1) pasien hipertensi yang sedang menjalani terapi alternatif komplementer bekam; (2) pasien yang terdiagnosa hipertensi oleh dokter (3) bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang dibuktikan dengan menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian; (4) mampu berkomunikasi dengan baik.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Menurut Streubert dan Carpenter (1998), *setting* penelitian adalah lapangan dimana individu menjalani pengalaman hidupnya. Tujuan dilakukan riset dilapangan adalah untuk mendapatkan *setting* natural dimana satu fenomena terjadi, *setting* tempat penelitian memerlukan interaksi sosial tertentu untuk memudahkan dalam mendapatkan informasi. Menurut Streubert & Carpenter (1999) berkaitan dengan lokasi penelitian menyatakan bahwa pada

penelitian kualitatif, pengumpulan data lapangan harus dilakukan dari latar alamiah dimana fenomena terjadi tanpa intervensi dari peneliti baik dalam bentuk rekayasa dan ekspemerintasi. Penelitian dapat dilakukan dirumah, unit perawatan, ruang kelas atau lokasi yang dipilih oleh partisipan.

Persiapan penelitian dimulai dengan menentukan hal – hal yang ingin diteliti dan peran peneliti dalam penelitian sehingga menghasilkan pemahaman yang lebih baik tentang fenomena (Streubert & Carpenter, 1999). Penelitian ini dilakukan di klinik terapi alternatif komplementer bekam yang menyelenggarakan pengobatan terhadap masalah hipertensi, yaitu klinik An-Nahl dan Klinik Natura Syifa Purwokerto. Pengambilan data dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Dari keenam partisipan, tempat pengambilan data berada di rumah partisipan masing-masing sesuai dengan kesepakatan sebelumnya. Waktu pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei 2010-Juni 2010.

3.4. Etika Penelitian

Penelitian ini sangat menjunjung kode etik penelitian dimana identitas informan menggunakan kode atau inisial saja. Pertimbangan etik meliputi aspek *self determination, privacy* dan *dignity, anonimity, confidentiality* dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2001). Hak *Self Determination*, partisipan memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar, tidak ada unsur paksaan. Peneliti memberikan penjelasan tentang penelitian, selanjutnya partisipan diberikan kebebasan untuk menentukan ketersediaannya dalam penelitian ini dengan sukarela. Pada penelitian ini semua partisipan secara sukarela menyetujui ketersediaannya dalam penelitian ini.

Hak *privacy* dan *dignity* berarti partisipan memiliki hak untuk dihargai. Wujud prinsip *privacy* dan *dignity* dilakukan peneliti dengan meminta ijin terlebih dahulu kepada partisipan dan menjelaskan bahwa selama

wawancara menggunakan MP3/tape recorder untuk dokumentasi wawancara. Partisipan dijaga kerahasiaannya dalam keterlibatan penelitian ini dengan memberikan kode pada partisipan dengan P1, P2 dan seterusnya (*anonymity*). Peneliti juga menjelaskan kepada partisipan bahwa kerahasiaan identitas dan alamat partisipan dijaga sebagai wujud penerapan prinsip *confidentiality*. Pada penelitian ini kerahasiaan partisipan dijaga dengan memberikan kode partisipan dengan P1, P2 – P6.

Peneliti juga memperhatikan prinsip kenyamanan (*protection from discomfort*) dengan cara memberikan kebebasan partisipan memilih tempat dan waktu wawancara. Peneliti menerapkan *process informed consent* untuk mengevaluasi kesediaan partisipan dalam berpartisipasi selama penelitian pada berbagai tahap di proses penelitian (Streubert & Carpenter, 1999). Tujuan *informed consent* adalah memudahkan partisipan dalam memutuskan kesediaannya mengikuti proses penelitian. *Informed consent* berisi penjelasan singkat meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, lamanya keterlibatan partisipan, dan hak-hak partisipan.

Formulir persetujuan yang diberikan untuk partisipan berisi tentang 6 hal, yaitu : 1) penjelasan tujuan penelitian, partisipan diberikan penjelasan yang dapat dimengerti mengenai tujuan dan manfaat penelitian, prosedur dan teknik yang akan dilakukan selama proses penelitian; 2) penjelasan kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan; 3) penjelasan manfaat potensial, manfaat dapat dijelaskan kepada partisipan sehingga dapat dijadikan pertimbangan oleh partisipan untuk mengikuti penelitian; 4) persetujuan bahwa peneliti akan menjawab semua pertanyaan yang diajukan oleh partisipan berkaitan dengan proses penelitian; 5) persetujuan bahwa partisipan dapat mengundurkan diri kapan saja, peneliti tidak dapat memaksa atau membujuk partisipan untuk mengikuti penelitian yang bertentangan dengan keinginannya; 6) jaminan anonimitas dan kerahasiaan, partisipan diyakinkan bahwa semua hasil tidak akan dihubungkan dengan mereka dan cerita mereka akan dirahasiakan.

Prinsip etik yang diterapkan pada penelitian ini telah dikaji dengan teliti dan disetujui oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

3.5. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari tiga tahap, yaitu : tahap persiapan, pelaksanaan, dan terminasi.

3.5.1. Tahap Persiapan

- a. Peneliti mengurus perijinan dengan mendapatkan surat pengantar penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan surat pengantar dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto yang ditujukan kepada BAKESBANGPOLINMAS Kabupaten Banyumas. Dari BAKESBANGPOLINMAS menerbitkan surat rekomendasi penelitian yang ditujukan kepada BAPPEDA Kabupaten Banyumas dan dari BAPPEDA mengeluarkan surat izin penelitian.
- b. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari BAPPEDA Kabupaten Banyumas, peneliti mengunjungi tempat terapi alternatif komplementer bekam yang ada di Kabupaten Banyumas untuk mendapatkan data pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam.
- c. Setelah mendapatkan calon partisipan, kemudian peneliti menyertai therapist pada waktu melakukan terapi kepada klien dan berkenalan dengan klien. Setelah itu peneliti mencoba untuk membina hubungan saling percaya dan menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian, hak dan peran partisipan dalam penelitian.
- d. Peneliti dibantu oleh therapist sebagai fasilitator dalam memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan agar terbina hubungan saling percaya antara peneliti dengan calon partisipan, sehingga mampu memberikan keyakinan, kepercayaan, dan perasaan dilindungi dengan harapan calon partisipan tersebut bersedia berpartisipasi dalam penelitian (Mc. Daugalli, 2000).

- e. Calon partisipan yang bersedia menjadi responden/partisipan pada penelitian ini, peneliti selanjutnya meminta calon partisipan menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti bersama seluruh calon partisipan membuat jadwal perjanjian tempat dan waktu dilakukannya wawancara.
- f. Sebelum melakukan wawancara, peneliti telah membuat pedoman wawancara. Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan pada teori-teori yang relevan dengan masalah yang ingin digali dalam penelitian
- g. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Pada pengumpulan data dengan wawancara, strategi yang digunakan adalah *open ended interview* dimana hal ini merupakan hal yang utama dalam riset kualitatif karena memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman mereka (Robinson, 2000). Sebelum wawancara dilakukan peneliti telah membuat rancangan berupa pedoman wawancara. Tujuan dari pedoman wawancara tersebut untuk memberikan kemudahan pada peneliti supaya pertanyaan yang diajukan terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan pada teori-teori yang relevan dengan masalah yang ingin digali dalam penelitian, dan dimulai dengan pertanyaan terbuka, tidak bersifat kaku, karena pertanyaan bisa berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan
- h. Pedoman wawancara telah dilakukan uji coba pada klien sesuai kriteria penelitian di Klinik An-Nahl Purwokerto selain calon partisipan yang telah ditetapkan dengan terlebih dulu meminta persetujuan partisipan. Setelah wawancara selesai, peneliti segera melakukan transkripsi hasil wawancara dan dikonsultasikan dengan pembimbing untuk perlu tidaknya pertanyaan tambahan atau modifikasi pertanyaan, sehingga akan melengkapi pedoman wawancara dan lebih mudah dipahami oleh

partisipan. Ujicoba ini juga melatih kemampuan peneliti untuk lebih dalam menggali data dari partisipan.

3.5.2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan wawancara terdiri dari tiga fase, yaitu : fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi.

a. Fase Orientasi

Setelah *trust* terjalin, peneliti masuk fase orientasi dengan memperhatikan kondisi umum partisipan. Peneliti berusaha agar partisipan terlihat rileks dan terlihat siap untuk proses wawancara pada waktu dan tempat sesuai keinginan partisipan. Peneliti memberi pengertian kepada partisipan tentang pentingnya informasi yang diberikan. Lama wawancara untuk setiap partisipan dilakukan sekitar 60 – 90 menit agar partisipan tidak terlalu lelah, karena akan mempengaruhi jawaban partisipan (Dempsey & Dempsey, 2000). Setelah partisipan siap, peneliti menghidupkan MP3 sebagai alat bantu untuk merekam hasil wawancara agar peneliti mudah membuat transkrip penelitian. Pertanyaan pertama yang diajukan adalah tentang data demografi partisipan, kondisi kesehatan partisipan, aktivitas dan kegiatan rutinitas di rumah yang akan menambah kedekatan peneliti dengan partisipan.

b. Fase Kerja

Setelah peneliti yakin bahwa partisipan merasa akrab dan terjalin hubungan saling percaya dengan peneliti, maka fase kerja dimulai. Kedekatan partisipan dengan peneliti memungkinkan peneliti dapat menggali secara mendalam tentang pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Peneliti memulai wawancara dengan menanyakan kepada partisipan tentang pengalaman partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam berupa : persepsi klien tentang penyakit hipertensi, persepsi klien tentang terapi alternatif komplementer bekam, proses pengambilan keputusan klien dalam memilih terapi alternatif

komplementer bekam, harapan klien terhadap terapi alternatif komplementer bekam dan alasan klien menjalani terapi alternatif komplementer bekam.

Selama wawancara, peneliti menggunakan teknik komunikasi terapeutik dalam keperawatan dan teknik komunikasi sosial untuk menggali informasi partisipan secara mendalam. Wawancara dilakukan secara berhadap-hadapan dengan jarak kurang lebih 1 meter, bertatap muka, rileks, fokus dan serius. Intonasi suara disesuaikan dengan topik pertanyaan agar tergambar kejelasan pertanyaan. Wawancara berlangsung selama 30 – 40 menit.

Peneliti memperhatikan respon partisipan dengan mencatat respon nonverbal partisipan pada lembaran catatan lapangan. Catatan lapangan berisi informasi tentang kondisi partisipan, suasana lingkungan, interaksi sosial dan aktivitas yang berlangsung selama wawancara. Catatan lapangan pada penelitian kualitatif dibuat pada saat proses wawancara berlangsung agar tidak terjadi kesalahan (Poerwandari, 2005; Streubert & Carpenter, 1999).

Ketika partisipan terlihat tidak memahami pertanyaan, maka peneliti mengulang atau mengurai pertanyaan lebih rinci. Peneliti menggunakan pedoman wawancara hanya sebagai panduan selama wawancara agar terarah berdasarkan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Pertanyaan dapat dikembangkan sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara untuk memungkinkan peneliti mendapatkan data secara lebih mendalam dari partisipan. Peneliti juga menggunakan ilustrasi saat partisipan terlihat kesulitan memahami pertanyaan. Apabila peneliti menemukan jawaban yang kurang jelas, maka dilakukan klarifikasi atas jawaban yang diberikan.

c. Fase Terminasi

Terminasi dilakukan apabila kelengkapan dan kedalaman data sudah didapatkan. Terminasi dilakukan dengan mengucapkan terima kasih, memberi *reinforcement positive*, dan membuat kontrak bertemu kembali dengan partisipan untuk klarifikasi.

3.5.3. Tahap Terminasi

Tahap terminasi dilakukan setelah validasi hasil transkrip wawancara. Peneliti memberikan hasil verbatim dan hasil rekaman kepada partisipan untuk disesuaikan. Partisipan diminta untuk mengkonfirmasi tema-tema yang dibuat sementara oleh peneliti. Peneliti memberikan kesempatan partisipan untuk melakukan verifikasi atau koreksi dari data yang diperoleh pada wawancara pertama. Partisipan melakukan verifikasi/konfirmasi, memperluas dan menambah deskripsi mereka dari pengalaman-pengalaman mereka untuk lebih menambah keakuratan data dari hasil studi (Streubert & Carpenter, 1999). Setelah klarifikasi selesai, peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir. Peneliti menyampaikan terima kasih atas kesediaan dan kerjasama yang baik oleh partisipan selama proses penelitian.

3.6. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara, alat tulis, *field notes* dan MP3. Pedoman wawancara dibutuhkan untuk menggali secara mendalam informasi yang ingin diperoleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian. Hasil wawancara langsung direkam menggunakan alat MP3. MP3 merupakan salah satu alat perekam suara dan akan didengarkan dengan bantuan *headphone*. MP3 yang digunakan mempunyai kualitas tinggi yang dapat merekam suara secara jernih selama 2 jam tanpa berhenti. Jarak antara MP3 dengan mulut partisipan maksimal 50cm. Hasil rekaman suara dari MP3 ditransfer ke komputer untuk diputar ulang agar diketahui hasil rekaman yang telah dilakukan, selanjutnya dibuat dalam

bentuk transkrip. Hal ini didasarkan atas keterbatasan peneliti, karena peneliti tidak mungkin mencatat secara lengkap respon verbal partisipan selama proses wawancara mendalam. Respon non verbal partisipan dicatat menggunakan alat tulis yang telah dipersiapkan di *field notes*. Catatan lapangan berisi respon nonverbal klien, kondisi partisipan, suasana lingkungan, interaksi sosial dan aktivitas yang berlangsung selama wawancara.

Wawancara mendalam adalah percakapan dan tanya jawab antara peneliti dengan partisipan yang bertujuan untuk memperoleh pengetahuan tentang makna – makna subjektif yang dipahami individu berkenaan dengan pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam (Benister, dkk, 1994 dalam Poerwandari, 1998). Pada pengumpulan data dengan wawancara, strategi yang digunakan adalah *open ended interview* dimana hal ini merupakan hal yang utama dalam riset kualitatif karena memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman mereka (Robinson, 2000). Sebelum wawancara dilakukan peneliti telah membuat rancangan berupa pedoman wawancara. Tujuan dari pedoman wawancara tersebut untuk memberikan kemudahan pada peneliti supaya pertanyaan yang diajukan terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan pada teori-teori yang relevan dengan masalah yang ingin digali dalam penelitian, dan dimulai dengan pertanyaan terbuka, tidak bersifat kaku, karena pertanyaan bisa berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan.

Pengumpulan data tidak hanya dilakukan dengan wawancara, peneliti juga membuat catatan lapangan (*field note*) yang berisikan deskripsi tentang tanggal, waktu, dan informasi dasar tentang suasana saat wawancara seperti tatanan lingkungan, interaksi sosial dan aktivitas

yang berlangsung saat wawancara dilakukan. Catatan lapangan pada penelitian kualitatif dibuat pada saat proses wawancara berlangsung dari masing-masing partisipan agar tidak terjadi kesalahan (Poerwandari, 2005; Streubert & Carpenter, 1999).

3.7. Analisis Data

Data yang diperoleh pada penelitian ini diolah dengan kualitatif naratif. Peneliti melaporkan hasil wawancara dengan informan penelitian melalui kutipan teks yang bersumber dari percakapan dengan informan yang dimaksud. Selain itu juga dilakukan tabulasi data hasil wawancara dari berbagai pertanyaan yang diajukan disertai analisis dan argumentasinya sehingga diperoleh gambaran yang jelas dari pertanyaan penelitian yang ingin di dapatkan

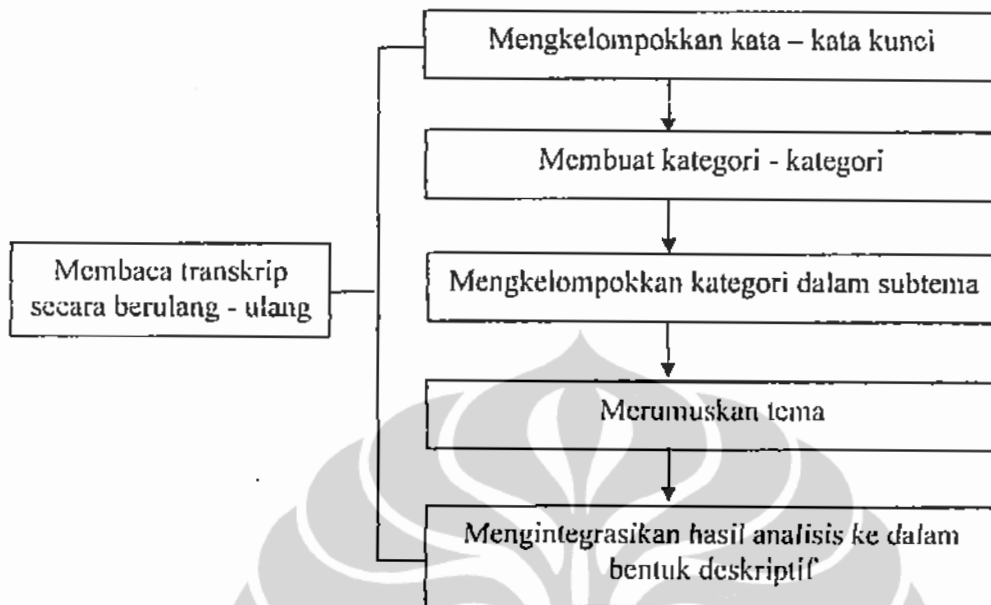
Proses analisis data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data. Adapun tahapan proses analisis data menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999) adalah sebagai berikut :

1. Memiliki gambaran yang jelas tentang fenomena yang diteliti, yaitu pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer.
2. Mencatat data yang diperoleh yaitu hasil wawancara dengan partisipan mengenai pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer, transkripsi dilakukan dengan cara merubah dari rekaman suara menjadi bentuk tertulis secara verbatim dan hasil catatan lapangan yang dibuat selama proses wawancara terhadap partisipan sebagai tambahan untuk analisis selanjutnya. Proses transkripsi dibuat setiap selesai melakukan wawancara dengan satu partisipan dan sebelum wawancara dengan partisipan yang lain.
3. Membaca hasil transkrip secara berulang – ulang sebanyak 4 – 5 kali dari semua partisipan agar peneliti lebih memahami pernyataan

- pernyataan partisipan tentang pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer secara mendalam.
- 4. Membaca transkrip untuk memperoleh ide yang dimaksud partisipan yaitu berupa kata kunci dari setiap pernyataan partisipan, yang kemudian diberi garis bawah pada pernyataan yang penting agar bisa dikelompokkan.
- 5. Menentukan arti setiap pernyataan yang penting dari semua partisipan dan pernyataan yang berhubungan dengan pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer.
- 6. Melakukan pengelompokan data ke dalam berbagai kategori untuk selanjutnya dipalami secara utuh dan menentukan tema-tema utama yang muncul.
- 7. Peneliti mengintegrasikan hasil secara keseluruhan ke dalam bentuk deskripsi naratif mendalam tentang pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer
- 8. Peneliti kembali ke partisipan untuk klarifikasi data hasil wawancara berupa transkrip yang telah dibuat kepada partisipan, untuk memberikan kesempatan kepada partisipan menambahkan informasi yang belum diberikan pada saat wawancara pertama atau ada informasi yang tidak ingin dipublikasikan dalam penelitian.
- 9. Data baru yang diperoleh saat dilakukan validasi kepada partisipan digabungkan ke dalam transkrip yang telah disusun peneliti berdasarkan persepsi partisipan.

Proses analisis data yang dilakukan digambarkan dalam skema berikut ini.

Skema 3.1 Teknik analisis data



Sumber : Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2003)

3.8. Keabsahan Data

Pada studi kualitatif, melakukan verifikasi/konfirmasi data kepada partisipan merupakan salah satu cara untuk memvalidasi dan memperoleh keabsahan data (*trustworthiness*). Menurut Guba dan Lincoln (1994 dalam Streubert & Carpenter, 1999) terdapat empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data dalam studi kualitatif yaitu dengan derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

Credibility merupakan berbagai aktifitas yang dapat meningkatkan kepercayaan terhadap penemuan yang dicapai (Moleong, 2007). *Credibility* hasil penelitian ini dapat dicapai melalui upaya peneliti dalam mengklarifikasi hasil-hasil temuan dari partisipan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengarkan secara berulang kali hasil wawancara tersebut, hasil rekaman

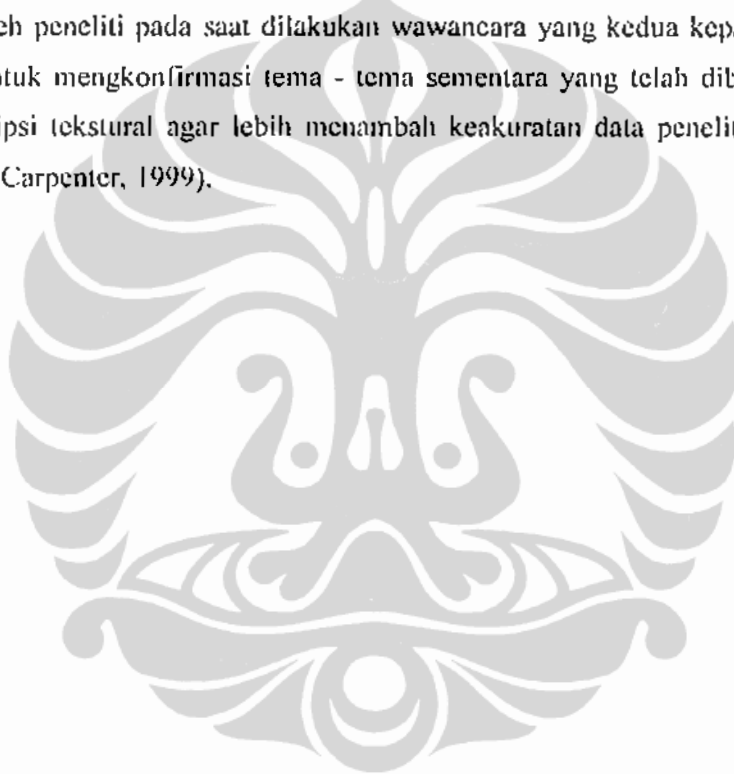
menjadi bukti keabsahan data yang diteliti dan bukan merupakan hasil rekayasa peneliti. Wawancara sebagai upaya untuk mengkonstruksikan kejadian yang dialami partisipan, dengan melakukan observasi memungkinkan upaya untuk memperoleh keyakinan tentang keabsahan data peneliti tercapai. Pada penelitian ini peneliti mengembalikan transkrip wawancara pada setiap partisipan dan meminta partisipan untuk mengecek keakuratan transkrip dengan cara memberikan tanda *check* (v) untuk mereka yang setuju dengan kutipan ucapan mereka didalam transkrip. Selanjutnya peneliti menanyakan kepada partisipan apakah mereka akan mengubah, menambah atau mengurangi kata kunci atau tema yang diangkat sesuai partisipan. Hasil dari rekaman dengan partisipan dalam wawancara diputar ulang dengan mendengarkan secara bersama-sama antara peneliti dengan partisipan. Setelah itu partisipan mengatakan sudah setuju dengan hasil wawancara dan tidak ada tambahan lagi. Sedangkan untuk transkrip dilakukan cek ulang hanya kepada 4 partisipan karena waktu yang terbatas.

Transferability merupakan cara membangun keteralihan untuk menilai keabsahan data peneliti kualitatif. Dalam penelitian ini, peneliti menguraikan secara rinci hasil temuan yang didapat, kemudian dibuat penjelasan tentang hasil wawancara dalam bentuk naratif yang menceritakan rekaman wawancara dan catatan lapangan kemudian dilakukan pembahasan terhadap hasil penelitian menggunakan jurnal dan literatur yang sesuai dengan topik penelitian yang didapat oleh peneliti (Moleong, 2007). Pada penelitian ini, peneliti melakukan *transferability* pada partisipan lain yang tidak menjadi sampel pada penelitian ini. Partisipan ini diberikan hasil transkrip untuk membaca dan memahami arti dan makna pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam.

Dependability merupakan suatu kestabilan data atau proses penelitian dari waktu ke waktu, untuk menjamin keabsahan hasil penelitian. Dalam hal ini, peneliti melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan melibatkan seseorang yang berkompeten dibidangnya (Moleong, 2007). Penelaah eksternal dalam

penelitian ini melibatkan pembimbing tesis dalam proses analisis data. Pada penelitian ini peneliti melakukan kegiatan *auditing* (pemeriksaan) dengan pembimbing penelitian. Pembimbing tesis terlibat langsung dalam penentuan kata kunci, kategori, sub tema dan tema yang sesuai dengan tujuan dari penelitian ini.

Confirmability adalah kegiatan pengobjektifan dan netralisasi hasil interpretasi data, dan tercapai kesepakatan tentang hubungan dan arti kata diantara dua orang atau lebih (Polit & Hungler, 1999). *Confirmability* dapat dilakukan oleh peneliti pada saat dilakukan wawancara yang kedua kepada partisipan untuk mengkonfirmasi tema - tema sementara yang telah dibuat dalam deskripsi tekstural agar lebih menambah keakuratan data penelitian (Streubert & Carpenter, 1999).



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab hasil penelitian ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan untuk menjelaskan pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam di Kabupaten Banyumas. Data penelitian ini didapatkan pada bulan Mei dan bulan Juni 2010 melalui teknik wawancara mendalam dan catatan lapangan oleh peneliti sendiri. Selanjutnya data yang telah terkumpul dianalisis berdasarkan model analisis dari Collaizzi (1978, dalam Steubert & Carpenter, 2003). Proses analisis data yang dilakukan meliputi penulisan hasil wawancara dan catatan lapangan dalam bentuk transkrip / verbatim, membaca transkrip untuk mendapatkan ide yang dimaksud partisipan berupa kata kunci, mengelompokkan kata kunci menjadi kategori, mengelompokkan kategori menjadi sub tema, merumuskan tema dari sub tema dan mengintegrasikan hasil analisis ke dalam bentuk deskriptif. Tahapan analisis yang paling sulit dilakukan oleh peneliti adalah ketika mengelompokkan kata kunci dalam kategori-kategori.

Hasil penelitian ini menghasilkan enam tema, yaitu : 1) Gambaran penyakit hipertensi, 2) Gambaran tentang terapi alternatif komplementer bekam, 3) Proses pengambilan keputusan memilih terapi alternatif komplementer bekam, 4) Efek terapi alternatif komplementer bekam, 5) Alasan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam, 6) Harapan partisipan mengikuti terapi alternatif komplementer bekam. Bab ini memaparkan hasil penelitian ini menjadi dua bagian yaitu: 1) Gambaran karakteristik partisipan; dan 2) Hasil analisis tematik dari transkrip dan catatan lapangan yang didapatkan selama proses wawancara mendalam dari pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam di Kabupaten Banyumas.

4.1. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah enam orang pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam di Kabupaten Banyumas.

Partisipan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak empat orang dan yang perempuan sebanyak dua orang. Usia partisipan bervariasi, yaitu antara usia empat puluh tahun sampai dengan enam puluh tahun. Tingkat pendidikan partisipan sangat bervariasi mulai dari tingkat dasar sampai dengan sekolah menengah tingkat atas, pekerjaan partisipan adalah pensiunan, sopir, petani, karyawan.

Lama menjalani terapi alternatif komplementer bekam mulai dari yang pertama kali menjalani terapi sampai dengan pasien yang sudah beberapa kali menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam, Partisipan tidak hanya dilakukan terapi bekam tetapi di tambah dengan pemberian obat herbal.

4.2. Tema Hasil Analisis Penelitian

Hasil penelitian ini menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan pengalaman partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Sebanyak enam tema pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer dihasilkan dari analisis tematik. Penjelasan pengalaman para partisipan dalam bentuk narasi diuraikan secara rinci dalam hasil penelitian ini.

4.2.1. Persepsi pasien hipertensi terhadap penyakit hipertensi

Persepsi pasien tentang penyakit hipertensi memberikan gambaran tentang apa yang dialaminya, dirasakan dan pengetahuan serta anggapan partisipan terhadap penyakit hipertensi. Dalam penelitian ini ditemukan gambaran pasien terhadap penyakit hipertensi yang dialami dan dirasakan oleh Partisipan. Berdasarkan data yang didapatkan dari partisipan, gambaran penyakit hipertensi meliputi faktor resiko hipertensi, pengertian dan tanda gejala dari penyakit hipertensi.

a. Tema : Gambaran Penyakit Hipertensi

Gambaran penyakit hipertensi merupakan gambaran yang dirasakan dan dialami oleh partisipan serta pengetahuan dan anggapan Partisipan terhadap penyakit hipertensi. Partisipan memberikan gambaran tentang penyakit

hipertensi meliputi faktor resiko, pengertian penyakit hipertensi serta tanda dan gejala penyakit hipertensi.

1) Faktor resiko penyakit hipertensi

Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan yang mengalami hipertensi mengatakan bahwa penyakit hipertensi disebabkan karena keturunan, faktor usia dan pola makan.

a) Keturunan dan usia

Partisipan mengatakan bahwa penyakit hipertensi ada dua macam yaitu yang pertama karena ada bakat dan yang kedua karena usia. Beberapa contoh pernyataan tentang faktor keturunan dan usia sebagai faktor resiko dari penyakit hipertensi tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“Penyakit hipertensi *niku* (bahasa Jawa : itu) kan ada dua versi yang pertama bakat kemudian yang kedua *niku* (bahasa Jawa : itu) karena sudah tua/berumur ...” (P.1)

b) Pola Makan

Selain dari faktor keturunan dan usia, Partisipan yang mengalami hipertensi mengatakan bahwa salah satu penyebab hipertensi adalah dari pola makan Partisipan itu sendiri. Beberapa contoh pernyataan tentang pola makan sebagai penyebab penyakit hipertensi tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“.. ya kaya extra joss, kratingdaeng.. ya rutin. Setiap wonten kegiatan olahraga apa.. minumnya itu.. ngaten niku (bahasa Jawa : setiap ada kegiatan olah raga apa minumnya itu...begitu)..” (P.3)

“...kemarin ini sbetulanya dipicu loh karena anak saya beli sate kambing...” (P.1)

“...Tapi sebenere angger kulo mengendalikan makanan tertentu niku tensine kulo saged medun...(bahasa Jawa : tapi sebenarnya kalo saya mengendalikan makanan tertentu itu tekanan darah saya bisa turun)...” (P.3)

2) Pengertian penyakit hipertensi

Berdasarkan data yang didapatkan dari partisipan dikatakan bahwa penyakit hipertensi adalah penyakit dengan kondisi tekanan darah diatas normal.

a) Tekanan darah diatas normal

Partisipan yang menderita hipertensi mengatakan bahwa hipertensi adalah tekanan darah diatas normal. Beberapa contoh pernyataan tentang hipertensi adalah tekanan darah diatas normal diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

"...hiper kan lebih ngaten.. dadi wong niki tekanan darah nggih tensine lebih dari normal lah ngaten...(hiper kan lebih begitu.. jadi karena ini tekanan darah berarti tekanan darahnya lebih dari normal begitu..." (P.3)

"... ngertose kulo nggih drekke duwur (bahasa Jawa : setahu saya ya tekanan darahnya tinggi)..." (P.2)

3) Tanda dan Gejala Hipertensi

Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan mengatakan bahwa apabila tekanan darahnya meningkat lebih dari normal akan timbul tanda dan gejala yang bisa dirasakan oleh partisipan tersebut. Tanda dan gejala dari penyakit hipertensi yang dapat dirasakan oleh partisipan meliputi nyeri, keluar keringat dingin dan banyak, gangguan keseimbangan tubuh, gangguan tidur, badan terasa panas dan terasa lemas.

a) Nyeri kepala

Apabila tekanan darah partisipan melebihi dari normal akan menimbulkan gejala-gejala yang bisa dirasakan partisipan yaitu nyeri kepala (tengkuk kenceng-kenceng, cengeng, pusing). Beberapa contoh pernyataan tentang gejala nyeri yang dirasakan partisipan tersebut diungkapkan oleh ketiga orang partisipan (P) berikut ini:

“...*trus sing tek raos niku nggih niki mburi cengele kencing banget..* (bahasa Jawa : yang dirasakan saya itu ya ini tengkuk belakang ini tegang/nyeri sekali)...” (P.2)

“...*sing diraosaken ya kencing-kencing di tengkuk, tengkuk keatas..kremet-kremet keatas..* (bahasa Jawa : yang dirasakan ya kencing-kencing dilengkuk, tengkuk ke atas nyut-nyutan keatas)...” (P.1)

“...*Nggih niki kencing-kencing.. cengeng cengeng..* (bahasa Jawa : Ya ini kencing-kencing.. kaku-kaku)...” (P.4)

“...*terasa di..pertama di leher kan.. itu anu namanya istilahnya kencing..*” (P.5)

“...*Siraeh puyeng..*(bahasa Jawa : kepalanya pusing)...” (P.2)

b) Keluar keringat dingin dan banyak

Partisipan merasakan tanda dan gejala keluar keringat dingin dan banyak apabila tekanan darahnya naik melebihi normal. Beberapa contoh pernyataan tentang tanda dan gejala keluar keringat dingin dan banyak pada saat tekanan darah naik melebihi normal tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*Kulo niku pas siraeh puyeng niku kringete masya allah gemrobyos banget..kringet adem akeh banget* (bahasa Jawa : saya itu pas kepala pusing itu keringatnya masya Allah banyak sekali...keringat dingin banyak sekali)...” (P.2)

“...*Nggih (ya) rasane pusing, keluar keringat dingin rasane* (rasanya) *lemes dadine nggih kudu istirahat* (ya jadinya harus istirahat)....” (P.3)

c) Gangguan keseimbangan tubuh

Partisipan yang menderita hipertensi merasakan tanda dan gejala berupa gangguan keseimbangan tubuh yaitu tubuh terasa goyah dan tidak seimbang apabila berjalan. Beberapa contoh pernyataan tentang tanda dan gejala berupa gangguan keseimbangan tubuh tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“.....nanti kalo sudah meningkat lagi badan tidak enak dan akan sedikit goyah.. “ (P.5)

“...*Sing diraosaken niku panas , mumet trus nganti nggliyeng-nggliyeng meh mboten sadar....*(bahasa Jawa: yang dirasakan itu panas, pusing trus sampai goyah-goyah hampir tidak sadar)..” (P.6)

d) Gangguan Tidur

Partisipan yang menderita hipertensi merasakan tanda dan gejala berupa gangguan tidur yaitu berupa kesulitan untuk tidur. Beberapa contoh pernyataan tentang tanda dan gejala berupa gangguan keseimbangan tubuh tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“.....*kala wingi kulo niku mboten saged tilem 3 hari tiga malem...mboten saged tilem.. rasane kulo hawane panas tapi nikine adem..* (sambil menunjukkan tangan dan kaki serta dada)....(bahasa Jawa : waktu kemarin itu tidak bisa tidur 3 hari tiga malam...tidak bisa tidur.. rasanya saya hawanya panas tapi ininya dingin)...” (P.2)

“....wah malah kenceng-kenceng gak bisa tidur heheh....” (P.1)

e) Badan terasa panas

Partisipan mengatakan bahwa badannya terasa panas apabila tekanan darah meningkat diatas normal. Beberapa contoh pernyataan tentang tanda dan gejala berupa gangguan tidur pada pasien hipertensi tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini :

“.....*rasane kulo hawane panas tapi nikine adem..* (bahasa Jawa : rasanya saya suasananya/badan panas tapi ininya dingin (sambil menunjuk ke bawah/kaki)...” (P.2)

“....*Sing diraosaken niku panas* (bahasa Jawa : yang dirasakan itu panas) (sambil menggerak gerakkan kedua tangan)...”

f) Badan terasa lemas

Partisipan mengatakan bahwa badannya terasa lemas apabila tekanan darahnya meningkat melebihi normal. Beberapa contoh pernyataan tentang tanda dan gejala berupa badan terasa lemas pada pasien hipertensi tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini :

“...*rasane lemes dadine nggih kudu istirahat* (bahasa Jawa : rasanya lemas jadi harus istirahat)...” (P.3)

“...*awake niku lemes banget* (bahasa Jawa : badannya itu lemas sekali)...” (P.2)

4.2.2. Persepsi pasien terhadap terapi alternatif komplementer bekam

Terapi bekam adalah salah satu terapi alternative komplementer yang berkembang di Indonesia. Berdasarkan data dan informasi yang diperoleh dari partisipan didapatkan data mengenai persepsi pasien terhadap terapi bekam yaitu berupa gambaran tentang terapi bekam dan efek dari terapi bekam.

a. Tema : Gambaran tentang terapi bekam

Persepsi Partisipan hipertensi terhadap terapi alternatif komplementer bekam ada yang menyatakan mengenai fungsi terapi bekam, sumber informasi mengenai terapi bekam tersebut serta terbatasnya informasi terapi bekam dimasyarakat. Partisipan menyatakan persepsi mereka mengenai terapi bekam sesuai apa yang mereka ketahui dan rasakan selama ini.

1) Fungsi Terapi Bekam

Partisipan hipertensi yang menjalani terapi bekam dapat merasakan langsung dari efek dan fungsi terapi bekam tersebut seperti mengeluarkan darah kotor/racun, mengeluarkan angin dan terjadinya pembentukan sel-sel yang baru.

a) Mengeluarkan darah kotor/racun

Salah satu fungsi terapi bekam adalah mengeluarkan darah darah kotor sehingga dapat mengeluarkan racun/toksin yang ada dalam tubuh. Beberapa contoh pernyataan tentang fungsi terapi bekam

mengeluarkan darah kotor dan racun tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...keluarnya darah kotor itu toksin toksin...” (P.1)

“... *daraeh dibucali sing kotor-kotor nopo nggih..wong nek bekam kan wonten darah sing beku niko...*(bahasa Jawa : darahnya dibuang yang kotor-kotor apa ya..kalo bekam ka nada darah yang beku itu)...” (P.2)

“ *dalem ngertosipun nek dibekam niku medal darah sing mboten kangge..*(bahasa Jawa : saya tahunya kalo dibekam itu keluar darah yang tidak terpakai)...” (P.4)

“...sehingga mengeluarkan darah kotor...” (P.3)

“...*terose darah sing kotor kotor niku medal dados mungkin racune medal dados mangke sehat..* (bahasa Jawa : katanya darah yang kotor itu keluar sehingga nanti racunnya keluar sehingga sehat)...” (P.6)

b) Mengeluarkan angin

Menurut pengetahuan partisipan hipertensi, salah satu fungsi terapi bekam adalah mengeluarkan angin yang berada didalam tubuh. Beberapa contoh pernyataan tentang fungsi terapi bekam mengeluarkan angin tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*Nek kulo ngertose niku daraeh dibucali sing kotor-kotor nopo nggih.. wong nek bekam kan wonten darah sing beku niko...sing kados didih warnane ireng niko.. trus niko nopo.. angin... trus kulo nyobi kok ih enak banget rasane niki ...*(bahasa Jawa : kalo saya tahunya itu darahnya dibuang yang kotor-kotor apa ya... kalo orang di bekam ka nada darah yang beku itu yang seperti darah ayam yang dimasak yang warnanya hitam itu.. trus itu apa angin.. trus saya coba kok eh enak sekali rasanya)..” (P.2)

c) Pembentukan sel baru

Menurut pengetahuan Partisipan hipertensi, salah satu fungsi terapi bekam adalah terjadinya pembentukan sel-sel baru. Beberapa contoh

pernyataan tentang fungsi terapi bekam pembentukan sel-sel baru tersebut diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...jadi kalo darah keluar maka kan sel-sel baru akan dibentuk lagi...” (P.1)

2) Sumber informasi

Kebanyakan partisipan menyatakan bahwa sumber informasi mengenai terapi bekam bersumber dari informasi orang lain, sementara yang lainnya memperoleh sumber informasi tentang pengobatan bekam dipercayai berasal dari salah satu ajaran agama.

a) Informasi dari orang lain

Partisipan mengatakan bahwa mereka mengetahui adanya terapi alternatif komplementer bekam berasal dari informasi orang lain baik dari teman, keluarga maupun dari penyuluhan/media informasi. Beberapa contoh pernyataan tentang sumber informasi terapi bekam berasal dari informasi orang lain diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*Nggih saking anto...*(bahasa Jawa : ya dari anto)..”(P.6)

“...*kulo nggih ngertose saking mbaeh niku...*(saya ya tahunya dari kakek itu)...”(P.3)

“...*ya saya itu dapatnya ya getok tular lah...*(bahasa Jawa : ya saya itu dapatnya dari mulut ke mulut lah)...”(P.5)

“...ya saya tahu pertama dari teman..”(P.1)

b) Dipercayai berasal dari ajaran agama

Partisipan mengatakan bahwa terapi bekam merupakan salah satu ajaran agama Islam yang mereka yakini. Beberapa contoh pernyataan tentang sumber informasi terapi bekam berasal dari ajaran agama diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...itu perbuatan Nabi terutama Nabi Muhammad SAW dan sahabat-sahabatnya...” (P.5)

“ saya juga pernah membaca dibuku yaitu secara ilahiyah pengobatan nabi ya dengan bekam...” (P.1)

3) Terbatasnya informasi dan sosialisasi

Partisipan mengatakan bahwa masih sangat minimnya sosialisasi mengenai terapi bekam di masyarakat sehingga masih sebagian kecil masyarakat yang mengetahui tentang terapi bekam. Berdasarkan data dan informasi dari para partisipan, terbatasnya informasi dan sosialisasi meliputi perlunya sosialisasi mengenai terapi bekam, belum semua orang mengetahui tentang terapi bekam, perlunya penyuluhan tentang terapi bekam serta masih sedikit masyarakat yang mengetahui tentang terapi bekam.

a) Belum dikenal oleh masyarakat

Terapi bekam masih sangat sedikit masyarakat yang mengenal dan memanfaatkannya. Beberapa contoh pernyataan tentang masih belum dikenalnya terapi bekam oleh masyarakat diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“....saya pikir semua orang belum tentu tahu dan mungkin belum paham...” (P.5)

“....*dereng wonten sing ngertos* (bahasa Jawa : belum ada yang tahu)....” (P.3)

“....bisa dihitung dalam persen.... (P.1)

b. Tema : Efek Terapi Bekam

Dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam, Partisipan mempunyai respon yang bervariasi terhadap efek dari terapi bekam tersebut. Efek terapi bekam yang dirasakan dan dialami oleh partisipan hipertensi dapat di bagi menjadi efek fisiologis dan efek psikologis. Berdasarkan data

yang didapatkan dari partisipan, bahwa efek terapi bekam dapat langsung dirasakan oleh Partisipan beberapa saat setelah dilakukan terapi bekam.

1) Efek Fisiologis

Efek fisiologis yang dapat langsung dirasakan dan dialami oleh partisipan diantaranya adalah menghilangkan rasa nyeri, menurunkan tekanan darah dan membuat tidur menjadi nyenyak.

a) Menghilangkan rasa nyeri

Beberapa partisipan mengatakan bahwa efek terapi bekam yang dapat dirasakan langsung setelah dilakukan terapi bekam adalah hilangnya rasa nyeri. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek fisiologis yang dialami dan dirasakan Partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa hilangnya rasa nyeri diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*Dadi ru kenceng kenceng* (bahasa Jawa : Jadi tidak nyeri-nyeri)...” (P.1)

“...*mboten kaku mboten nggliyeng ngantos sepriki* (bahasa Jawa : tidak kaku tidak goyah sampai sekarang)...” (P.4)

“...*mboten lara malih nduse* (bahasa Jawa : tidak sakit lagi kepalanya)...” (P.2)

“...*sing kaku kaku nggih sami ical*..(bahasa Jawa : yang kaku kaku ya pada hilang)...” (P.6)

b) Menurunkan Tekanan Darah

Beberapa partisipan mengatakan bahwa efek terapi bekam yang dapat dirasakan langsung setelah dilakukan terapi bekam adalah menurunkan tekanan darah. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek fisiologis yang dialami dan dirasakan partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa menurunkan tekanan darah diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...nggih langsung kraos..(bahasa Jawa : ya langsung terasa)..”
(P.1)

“...sebelum dibekam 155 trus setelah dibekam jadi 140..kan turunnya luar biasa itu...” (P.1)

“...Wingi setelah di bekam niku bawahnya 140 atase 190.. sederenge 210 ngandape 160..(bahasa Jawa : kemarin setelah dibekam itu bawahnya 140 atasnya 190... sebelumnya 210 bawahnya 160)...” (P.3)

“...intine niku tensine tambah rendah.. Saged 20 niku turune bar dibekam..(bahasa Jawa : intinya itu tekanan darahnya tambah rendah..bisa 20 itu turunnya setelah dibekam)..(P.6)

c) Membuat Tidur Nyenyak

Beberapa partisipan mengatakan bahwa efek terapi bekam yang dapat dirasakan langsung setelah dilakukan terapi bekam adalah tidur menjadi nyenyak. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek fisiologis yang dialami dan dirasakan partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa tidur menjadi nyenyak diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“..... langsung saged tilem ngantos seniki..(bahasa Jawa : langsung bisa tidur sampai sekarang)..” (P.2)

“...trus nggole tilem niku kepenak banget.. pules banget...(bahasa Jawa : trus tidurnya itu enak sekali... pulas sekali)...”
(P.3)

2) Efek Psikologis

Selain dari efek fisiologis dari terapi bekam, terapi bekam mempunyai efek psikologis yang dirasakan dan dialami oleh Partisipan yang menjalani terapi bekam. Efek psikologis dari terapi bekam adalah adanya rasa yakin dan tenang.

a) Memperoleh kenyamanan

Beberapa partisipan mengatakan bahwa efek terapi bekam yang dapat dirasakan langsung setelah dilakukan terapi bekam adalah

memperoleh rasa nyaman. Rasa nyaman yang diperoleh dari partisipan setelah menjalani terapi bekam seperti perasaan rileks, segar dan rasa enteng di kepala. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek fisiologis yang dialami dan dirasakan partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa rasa nyaman diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...: *nyaman, kepenak kalo dah bekam rasane enteng lah..* (bahasa Jawa : Nyaman, enak kalau sudah bekam rasanya enteng lah)” (P.1)

“...*trus rasane enteng lan kepenak..* (bahasa Jawa : trus rasanya enteng dan enak)...” (P.2)

“...*rasane enteng, .. tangi tilem ugi wau enteng..* (bahasa Jawa : rasanya enteng, ... bangun tidur juga tadi enteng)...” (P.4)

“...*Sekeco nggih, enteng rasane ngaten...* (bahasa Jawa : ya enak, enteng rasanya gitu)...” (P.6)

b) Dipercaya dapat menyembuhkan penyakit

Beberapa partisipan mengatakan bahwa dalam mengikuti terapi bekam adalah karena ada keyakinan tersendiri dalam menjalani terapi bekam yaitu berupa dipercaya dapat menyembuhkan penyakit. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek psikologis yang dialami dan dirasakan partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa dapat dipercaya dapat menyembuhkan penyakit diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*kulo pun mbuktikaken..*(bahasa Jawa : saya sudah membuktikan)...” (P.2)

“...Yah mantep lah..pokoknya..” (P.1)

“...*kulo nggih yakin kalih terapi bekam niki* (bahasa Jawa : saya ya yakin dengan terapi bekam ini)...” (P.3)

“...*pengobatan niku keyakinan sendiri* (bahasa Jawa : pengobatan itu keyakinan sendiri)..” (P.5)

c) Memberi Rasa Tentram

Beberapa partisipan mengatakan bahwa dalam mengikuti terapi bekam memberikan rasa tentram. Rasa tentram yang diwujudkan adalah tidak adanya kekhawatiran dalam mengikuti terapi bekam dan rasa nyaman karena merasa penyakitnya telah dibuang dan dikeluarkan. Beberapa contoh pernyataan tentang efek terapi bekam dari aspek psikologis yang dialami dan dirasakan partisipan setelah menjalani terapi bekam berupa rasa tentram diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“....tenramnya karena penyakitnya keluar ..” (P.5)

“....*tapi seniki kula lewih kepenak teng bekam* (bahasa Jawa : tapi sekarang saya lebih enak di terapi bekam)...” (P.2)

“.....Tidak ada kekhawatiran *blas* (sedikitpun)....” (P.5)

4.2.3 Proses Pengambilan Keputusan memilih Terapi Alternatif Komplementer Bekam

Proses pengambilan keputusan Partisipan memilih terapi alternatif komplementer bekam merupakan pertimbangan Partisipan dalam memutuskan untuk melakukan terapi bekam. Pertimbangan tersebut meliputi faktor sosial dan faktor psikologis.

a. Tema : Proses pengambilan keputusan memilih terapi alternatif komplementer bekam

Partisipan dalam memutuskan untuk menjalani terapi bekam menggunakan beberapa pertimbangan yang meliputi pertimbangan faktor social dan faktor psikologis.

1) Faktor sosial

Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan dalam menentukan untuk menjalani terapi bekam menggunakan pertimbangan faktor sosial yaitu berupa dukungan dari anggota keluarga serta dengan berdiskusi dengan anggota keluarga.

a) Diskusi dengan keluarga

Dalam menentukan keputusan untuk menjalani terapi bekam tersebut, Partisipan melakukan diskusi dan persetujuan dengan anggota keluarga baik dengan istri maupun dengan orang tua. Beberapa contoh pernyataan tentang penentuan keputusan untuk menjalani terapi bekam dengan berdiskusi dengan anggota keluarga diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...Disampaikan ke istri...” (P.1)

“...*nggih dirembug kalih bojone trus mertuane* (bahasa Jawa : ya dibicarakan dulu dengan istri dan mertua)...” (P.3)

“...Ya saya sudah ngomong sama istri lah kalo ada bekam dan istri nyarankan coba saja...” (P.5)

b) Dukungan dari keluarga

Dalam menentukan keputusan untuk menjalani terapi bekam tersebut, Partisipan mendapatkan dukungan dari keluarga. Beberapa contoh pernyataan tentang penentuan keputusan untuk menjalani terapi bekam mendapatkan dukungan dari keluarga diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...istri saya pun mendukung...” (P.5)

“...*Nggih niko bapak nate bekam teng ngriko..*(bahasa Jawa : ya itu bapak pernah bekam disana)...” (P.4)

“...ya keluarga sangat mendukung..kesehatan si itu..” (P.5)

“...*Di ajak kalih budene..* (bahasa Jawa : di ajak sama budenya)...” (P.2)

2) Faktor Psikologis

Salah satu faktor yang menjadi pertimbangan dalam memilih terapi alternatif komplementer bekam adalah faktor psikologis. Faktor psikologis yang menjadi pertimbangan bagi Partisipan dalam menentukan keputusan

untuk menjalani terapi bekam adalah percaya kepada keluarga atau orang lain

a) **Percaya kepada keluarga/orang lain**

Kepercayaan kepada keluarga/orang lain mengenai terapi bekam merupakan salah satu pertimbangan partisipan dalam menentukan keputusan untuk menjalani terapi bekam. Beberapa contoh pernyataan tentang penentuan keputusan untuk menjalani terapi bekam karena mempunyai rasa percaya kepada keluarga atau orang lain diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*dadose kulo nggih manut mawon lan percaya...*(bahasa Jawa : jadinya saya ya menurut saja dan percaya)...” (P.2)

“...*wong kulo niku manut mawon kalih anake kulo ..* (bahasa Jawa : ya saya itu menurut saja sama anak saya)...” (P.6)

“...*disaranaken bekam kalih pak maryoso..* (bahasa jawa : disarankan bekam oleh pak maryoso)...” (P.4)

4.2.4. Alasan Klien Menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam

Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan menyatakan bahwa dalam menjalani terapi bekam mempunyai alasan yang bervariasi dari partisipan.

a. **Tema : Alasan menjalani terapi bekam**

Dalam menentukan pemilihan terapi alternatif komplementer, ada banyak faktor yang mempengaruhi Partisipan sehingga Partisipan memilih terapi alternatif komplementer bekam. Berdasarkan data yang didapatkan dari partisipan, alasan Partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam meliputi aspek fisiologis, aspek psikologis, aspek ekonomi dan aspek spiritual.

1) Aspek Fisiologis

Aspek fisiologis menjadi salah satu alasan Partisipan untuk menjalani terapi alternatif komplementer bekam. alasan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam ditinjau dari aspek fisiologis yaitu menghindari efek samping obat kimia.

a) Terbebas dari efek samping obat kimia

Beberapa partisipan mengatakan bahwa dalam mengikuti terapi bekam karena untuk menghindari pemakaian obat kimia dalam jangka waktu yang lama sehingga bisa menghindari efek dari obat-obatan kimia tersebut. Alasan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam berupa menghindari efek samping obat kimia dikarenakan konsumsi obat kimia dalam jangka waktu panjang, kekhawatiran akan menurunnya fungsi ginjal, takut akan efek samping obat itu sendiri, dan menghindari pemakaian obat kimia. Beberapa contoh pernyataan tentang alasan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek fisiologis berupa menghindari efek samping obat kimia diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...*daripada maemi obat terus mboten sae nggih..* (bahasa Jawa : daripada makan obat terus kan tidak bagus ya..)...” (P.4)

“.....*mbok ginjale ora kuat....* (bahasa Jawa : takutnya ginjalnya tidak kuat)..” (P.4)

“....takut efek samping kedokteran itu zat kimia...” (P.5)

“...*jantungge ketoe gedhe banget* (bahasa Jawa : jantung saya kok kelihatannya besar sekali) karena obat tadi itu lho...*dug-dug dug..*(sambil menepuk nepuk dadanya) wah saya takut sekali” (P.1)

“...*supados mantun tapi mboten ngangge obat sing saking rumah sakit..*(bahasa Jawa : biar sembuh tapi tidak pakai obat dari rumah sakit)..” (P.4)

2) Aspek Psikologis

Aspek psikologis menjadi salah satu alasan partisipan untuk menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Alasan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam ditinjau dari aspek psikologis yaitu karena kemanjuran / kecocokan.

a) Kemanjuran / Kecocokan

Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa alasan menjalani terapi alternatif komplementer bekam adalah karena kemanjuran atau kecocokan. Kemanjuran dan kecocokan yang dirasakan partisipan adalah berupa kesesuaian terapi dengan penyakit yang dideritanya. Beberapa contoh pernyataan tentang alasan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek psikologis berupa kemanjuran atau kecocokan diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“.....*Jodo lah*....(bahasa Jawa : cocoklah)...” (P.2)

“...*kadosipun jodo mbok menawi..inggih cocok nopo dos pundi* (bahasa Jawa : sepertinya cocok kayaknya.. ya cocok atau gimana gitu..)...” (P.4)

“...*sing penting niku kulo mari* (bahasa Jawa : yang penting saya itu sembuh)...” (P.2)

3) Aspek Ekonomi

Aspek ekonomi menjadi salah satu alasan partisipan untuk menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Alasan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam ditinjau dari aspek ekonomi yaitu karena harganya relatif murah dan terjangkau dibandingkan dengan terapi konvensional.

a) Harganya terjangkau

Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa alasan menjalani terapi alternatif komplementer bekam adalah karena harganya terjangkau.

Harga yang dapat terjangkau oleh partisipan berupa jasa terapi bekam dan obatnya yang bisa terjangkau oleh partisipan dan harganya lebih murah apabila dibandingkan dengan terapi konvensional. Beberapa contoh pernyataan tentang alasan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek ekonomi berupa harga yang terjangkau diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

"... *mboten larang mboten murah* (bahasa Jawa : tidak mahal tidak murah).. Standarlah..." (P.2)

".... kalo periksa dokter kan lebih mahal..klo dengan cara inikan bisa lebih terjangkau lah..." (P.1)

".....dikasih murah..." (P.5)

4) Aspek Spiritual

Aspek spiritual menjadi salah satu alasan partisipan untuk menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Alasan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam ditinjau dari aspek spiritual yaitu mengikuti ajaran agama yang dianutnya, sesuai dengan *sumah rosul* dan berlandaskan agama sehingga menjadi salah satu ibadah yang sesuai dengan ajaran agama.

a) Salah satu Ibadah/Sesuai Ajaran Agama

Didalam masyarakat, aspek spiritual / agama menjadi salah satu faktor utama yang berperan dalam kehidupan sehari-hari. Begitu pula dalam memilih suatu tindakan pengobatan / terapi, aspek spiritual menjadi salah satu faktor alasan masyarakat dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam karena merupakan salah satu ibadah dan sesuai dengan ajaran agama. Beberapa contoh pernyataan tentang alasan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek spiritual berupa salah satu ibadah dan sesuai dengan ajaran agama diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“..... jadi dasarnya saya itu ya mengikuti jejak rosul lah melaksanakan *sunnah* rosul....” (P.1)

“...karena itu sesuai dengan ajaran agama...” (P.5)

“...karena agama juga jadikan ada kedekatan gituloh... “ (P.1)

4.2.5. Harapan Partisipan Yang Menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam

Harapan partisipan yang menjalani terapi alternatif komplementer bekam merupakan hal yang diinginkan oleh partisipan ketika memutuskan untuk menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, harapan partisipan menjalani terapi bekam mempunyai harapan yang berbeda-beda.

a. Tema : Harapan menjalani terapi bekam

Dalam memilih dan menjalani terapi alternatif komplementer bekam, partisipan mempunyai harapan atau hal yang diinginkan partisipan ketika menjalani terapi alternatif komplementer bekam tersebut. Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, harapan partisipan menjalani terapi bekam adalah adanya keinginan untuk sehat, dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dan mengharapkan untuk mendapatkan berkah ketika menjalani terapi bekam tersebut.

1) Keinginan untuk sehat

Keinginan untuk menjadi sehat kembali diwujudkan sebagai kondisi sehat seperti semula, hilangnya penyakit dan keluhan serta tekanan darah kembali dalam rentang normal. Keinginan untuk kembali sehat menjadi salah satu harapan partisipan ketika menjalani terapi alternatif komplementer bekam. Beberapa contoh pernyataan tentang harapan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek fisiologis berupa keinginan untuk sehat diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“...Hehehee.. *nggih harapane nggih kepengin sehat..* (bahasa Jawa : ya harapannya ya ingin sehat)..” (P.2)

“...*Nggih harapane saking terapi bekam niki nggih kepengine dados mari normal lah tensine kulo* (bahasa Jawa : Ya harapannya dari terapi bekam ini ya ingin menjadi sehat, normallah tekanan darah saya)...” (P.3)

“...*dalem kepengin sehat* (bahasa Jawa : saya ingin sehat)...” (P.4)

“...*Penyakitipun saged ilang* (bahasa Jawa : penyakitnya bisa hilang)..” (P.2)

2) Dapat dimanfaatkan masyarakat

Adanya harapan partisipan agar terapi alternatif komplementer bekam ini dapat dimanfaatkan oleh masyarakat yaitu berupa kemudahan akses dan keterjangkauan masyarakat sehingga dapat memanfaatkan terapi alternatif komplementer bekam. Salah satu harapan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam adalah terapi ini dapat dimanfaatkan oleh masyarakat. Beberapa contoh pernyataan tentang harapan Partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam dari aspek sosial berupa keinginan untuk dapat dimanfaatkan oleh masyarakat diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini:

“.....bisa di masyarakatkan...” (P.5)

“...dimanfaatkan oleh banyak orang gitu...” (P.5)

“...Khalayak umum bisa menjangkau...” (P.1)

3) Mendapatkan berkah

Terapi alternatif komplementer bekam merupakan salah satu terapi alternatif komplementer yang mempunyai landasan dan anjuran dalam ajaran agama Islam sehingga salah satu harapan partisipan dalam menjalani terapi alternatif komplementer bekam adalah mendapatkan berkah. Salah satu harapan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam adalah mendapatkan berkah dari Tuhan Yang Maha

Esa karena terapi alternatif komplementer bekam ini merupakan salah satu anjuran dalam agama Islam dan menjadikan sebagai salah satu ibadah kepada Tuhan Yang Maha Esa. Beberapa contoh pernyataan tentang harapan partisipan menjalani terapi alternatif komplementer bekam berupa ingin mendapatkan berkah dari Tuhan diungkapkan oleh partisipan (P) berikut ini :

“...harapannya saya melaksanakan sunah rosul ya dapat berkah lah” (P.1)

“...salah satu dalam rangka ibadah karena mengikuti rosul itu...” (P.5)

“...karena agama juga jadikan ada kedekatan gituloh...” (P.1)



BAB 5 PEMBAHASAN

Bab ini berisikan pembahasan hasil-hasil temuan yang dihasilkan dari penelitian ini. Pembahasan ini diuraikan secara terstruktur berdasarkan tujuan penelitian dengan diawali penjelasan tema-tema yang didapatkan. Hasil penelitian ini dibahas dengan membandingkan dengan teori dan penelitian penelitian sebelumnya yang mendukung temuan dari hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

5.1. Analisis Hasil Penelitian

Berdasarkan temuan pada penelitian ini, hasil penelitian ini menemukan enam tema pada penelitian ini. Keenam tema berdasarkan temuan pada penelitian ini meliputi : 1) Gambaran penyakit hipertensi; 2) Gambaran tentang terapi bekam; 3) Efek terapi bekam; 4) Proses pengambilan keputusan menjalani terapi bekam; 5) Alasan menjalani terapi bekam; 6) Harapan menjalani terapi bekam. Tema pertama tentang gambaran penyakit hipertensi, pada penelitian ini ditemukan tentang faktor resiko penyakit hipertensi, pengertian penyakit hipertensi serta tanda dan gejala penyakit hipertensi. Tema kedua tentang gambaran tentang terapi bekam didapatkan temuan tentang fungsi terapi bekam, sumber informasi terapi bekam serta terbatasnya sosialisasi tentang terapi bekam dimasyarakat. Tema ketiga tentang efek terapi bekam, pada penelitian ini ditemukan efek terapi bekam baik secara fisiologis dan psikologis. Tema keempat tentang proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam, pada penelitian ini ditemukan dua faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam yaitu adanya faktor sosial dan faktor psikologis. Tema kelima tentang alasan menjalani terapi bekam, pada penelitian ini ditemukan beberapa alasan menjalani terapi bekam yang meliputi aspek fisiologis, psikologis, ekonomi dan spiritual. Tema keenam tentang harapan menjalani terapi bekam, dari penelitian ini didapatkan temuan

tentang harapan menjalani terapi bekam yang meliputi keinginan untuk kembali sehat seperti semula, terapi bekam dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dan adanya harapan untuk mendapatkan berkah. Selanjutnya peneliti membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian yang dicapai.

5.1.1. Gambaran penyakit hipertensi

Gambaran penyakit hipertensi berdasarkan data dan informasi yang ditemukan pada penelitian ini meliputi faktor resiko, pengertian penyakit hipertensi dan tanda gejala dari penyakit hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan ditemukan informasi dan data bahwa faktor resiko terjadinya penyakit hipertensi dikarenakan faktor keturunan, umur dan pola makan. Hal ini sesuai dengan faktor resiko dan penyebab dari penyakit hipertensi yaitu faktor keturunan, faktor stress, intake alkohol, merokok, demografi, jenis kelamin, pola makan, usia, gaya hidup dan lingkungan.

Menurut Lewis, Heitkemper & Dirksen (2000) genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stres, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup. Gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, dan rangsangan kopi yang berlebihan, tembakau serta obat-obatan yang merangsang dapat berperan disini, tetapi penyakit ini sangat dipengaruhi faktor keturunan (Prakoso, 2008). Tanda hemodinamik dari hipertensi yaitu peningkatan SVR secara persisten. Peningkatan SVR secara persisten ini dapat diakibatkan oleh adanya faktor yang bervariasi. Faktor yang berperan dalam peningkatan SVR ini diantaranya adalah umur, jenis kelamin, etnis/bangsa, riwayat keluarga, obesitas, merokok sigaret, diabetes melitus dan kecemasan (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, et.al, 2006; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000).

Tingkat tekanan darah berhubungan erat dengan keluarga, meskipun hal ini tidak diketahui penyebabnya dengan pasti. Dalam penelitian tentang hubungan antara tekanan darah sistolik-diastolik dengan faktor keluarga, ditemukan bahwa sekitar 20%-40% pasien hipertensi mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi. Keadaan tersebut dimungkinkan karena faktor gen/poligenik yang menyebabkan kerusakan pada ginjal, sehingga terjadi retensi garam dan air. Pada kasus terbanyak, hipertensi terjadi selain atas peran gen juga atas faktor interaksi antara gen, lingkungan dan faktor demografi.

Peningkatan tekanan darah tersebut akan lebih besar pada individu dengan riwayat keluarga hipertensi, kelebihan berat badan, dan mempunyai kecenderungan stress emosional yang tinggi. Pada usia lanjut (usila) pembuluh darah cenderung menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang. Pembuluh yang mengalami sklerosis (aterosklerosis), resistensi dinding pembuluh darah tersebut akan meningkat. Hal ini akan memicu jantung untuk meningkatkan denyutnya agar aliran darah dapat mencapai seluruh bagian tubuh (Pinzon, 1999).

Kemudian faktor resiko penyakit hipertensi yang ditemukan pada penelitian ini adalah faktor umur. Berdasarkan temuan pada penelitian ini, semakin bertambah umur maka resiko penyakit hipertensi semakin tinggi. Menurut Adinil (2004) sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah; tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis.

Tekanan darah secara progresif meningkat dengan bertambahnya umur. Peningkatan tekanan darah kelihatan 50% pada umur diatas 65 tahun. Dengan semakin bertambahnya umur akan menurunkan elastisitas pembuluh darah. Elastisitas dinding pembuluh darah mempengaruhi tekanan darah. Normalnya, pembuluh darah elastis atau lentur dan mudah berdistensi (mencrima tekanan). Kemampuan distensi arteri mencegah pelebaran fluktuasi tekanan darah. Dengan menurunnya elastisitas terdapat tahanan lebih besar pada aliran darah. Setiap

faktor hemodinamik secara nyata saling mempengaruhi satu dengan lainnya. Jika elastisitas arteri turun tahanan vaskuler perifer akan meningkat. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.

Hal ini diakibatkan karena tekanan darah akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang, usia penyakit hipertensi pada kelompok umur paling dominan biasanya berumur (31- 55 tahun). Penyakit hipertensi umumnya berkembang pada saat umur seseorang mencapai paruh baya yakni cenderung meningkat khususnya yang berusia lebih dari 40 tahun bahkan pada usia lebih dari 60 tahun keatas (Pinzon, 1999).

Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan menyatakan bahwa pengertian penyakit hipertensi adalah kondisi tekanan darah diatas normal. Hal tersebut disampaikan oleh beberapa partisipan dengan latar belakang pendidikan SMA sebanyak satu orang dan lulusan sarjana sebanyak dua orang.

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg atau bila pasien memakai obat anti hipertensi (Mansjoer, 2000). Menurut WHO, di dalam *guidelines* terakhir tahun 1999, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg, sedangkan apabila lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi, dan diantara nilai tersebut disebut sebagai normal-tinggi (batasan diperuntukan bagi individu dewasa ≥ 18 tahun). Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah kondisi medis dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka waktu lama). Penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga pengukuran

tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai keadaan darah tinggi (Adinil, 2004).

Berdasarkan data dan informasi yang terkumpul dari partisipan, hampir semua partisipan menyatakan bahwa tanda dan gejala penyakit hipertensi adalah adanya rasa nyeri kepala, sebagian partisipan menyatakan bahwa tanda dan gejala penyakit hipertensi adalah keluar keringat dingin, gangguan keseimbangan, gangguan tidur, badan panas serta badan terasa lemas.

Menurut Astawan (2007) Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut: sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak. Keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif*, yang memerlukan penanganan segera. Biasanya tidak ada gejala sampai timbul komplikasi.

Menurut Adinil (2004) gejala klinis yang dialami oleh para penderita hipertensi biasanya berupa : pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan).

5.1.2. Gambaran tentang terapi bekam

Berdasarkan data dan informasi yang ditemukan pada penelitian ini, gambaran tentang terapi bekam meliputi fungsi dari terapi bekam, sumber informasi terapi bekam dan terbatasnya informasi serta sosialisasi mengenai terapi bekam tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian ini, data dan informasi yang ditemukan yaitu fungsi terapi bekam adalah mengeluarkan darah kotor/racun, mengeluarkan angin dan terjadinya pembentukan sel-sel yang baru. Hal ini sesuai dengan Yasin (2007) bekam atau hijamah berarti torehan darah. Bekam hanya boleh dilakukan pada

pembekuan/penyumbatan pembuluh darah, karena fungsi bekam yang sesungguhnya adalah untuk mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh.

Teknik pengobatan bekam adalah suatu proses membuang darah kotor (toksin racun yang berbahaya dari dalam tubuh, melalui permukaan kulit. Toksin adalah endapan racun / zat kimia yang tidak dapat diuraikan oleh tubuh kita. Toksin ini berada pada hampir setiap orang. Toksin- toksin ini berasal dari pencemaran udara, maupun dari makanan yang banyak mengandung zat pewarna, zat pengembang, penyedap rasa, pemanis, pestisida sayuran (Fatahillah, 2006).

Fatahillah (2006) mengatakan bahwa bekam kering dapat dilakukan dengan tehnik meluncur dan tehnik tarik. Penggunaan tehnik meluncur merupakan pengganti kerokan. Tindakan ini dilakukan untuk membuang angin pada tubuh, melemaskan otot-otot dan melancarkan peredaran darah. Sedangkan tehnik tarik biasa digunakan untuk menghilangkan nyeri atau penat di bagian dahi, kening dan bagian yang terasa pegal. Adapun bekam basah merupakan bekam kering yang mendapatkan tambahan perlakuan, yaitu darah dikeluarkan dengan cara disayat pada daerah yang dibekam (Ullah, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian ini, data dan informasi yang ditemukan bahwa informasi terapi bekam berasal dari informasi dari orang lain dan dipercayai berasal dari ajaran agama. Menurut teori Lawrence yang dikutip Soekidjo Notoatmodjo (2003), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*Non-behavior causes*). Salah satu faktor perilaku adalah faktor predisposisi yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari terjadinya perilaku tertentu yang terwujud dalam bentuk pengetahuan dari pendidikan formal, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan budaya serta beberapa karakteristik individu yaitu: pengetahuan tentang terapi alternatif komplementer. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa hampir semua partisipan menyatakan bahwa para partisipan mendapatkan informasi mengenai terapi bekam berasal dari informasi orang lain.

Latar belakang pendidikan dari para partisipan yang mendapatkan informasi dari orang lain mengenai terapi bekam bervariasi dari mulai SD, SMP dan SMA.

Sedangkan beberapa partisipan mendapatkan informasi mengenai terapi bekam karena dipercayai berasal dari ajaran agama. Latar belakang pendidikan para partisipan yang mendapatkan informasi mengenai terapi bekam dipercaya berasal dari ajaran agama adalah partisipan yang berpendidikan sarjana. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan menurut teori Lawrence yang dikutip Sockidjo Notoatmodjo (2003), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*Non-behavior causes*). Salah satu faktor perilaku adalah faktor predisposisi yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari terjadinya perilaku tertentu yang terwujud dalam bentuk pengetahuan dari pendidikan formal, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan budaya serta beberapa karakteristik individu yaitu: pengetahuan tentang terapi alternatif komplementer.

Berdasarkan hasil penelitian, data dan informasi yang ditemukan bahwa masih terbatasnya informasi dan sosialisasi tentang terapi bekam tersebut. Terapi bekam adalah salah satu terapi alternatif komplementer yang merupakan bagian dari *alternative medical system* (NCCAM, 2006). Terapi alternatif komplementer merupakan salah satu cara penyembuhan yang dianggap sebagai hal yang biasa di masyarakat Indonesia. Kepopuleran pengobatan tertentu tergantung pada bermacam-macam faktor. Faktor-faktor ini berdasarkan alasan-alasan mengapa seseorang memilih atau tidak memilih suatu jenis pengobatan. Faktor-faktor ini bisa disederhanakan sebagai pengaruh ekonomi, kepercayaan dan budaya, sosial dan demografis, agama, geografi dan pribadi

5.1.3. Efek Terapi Bekam

Berdasarkan hasil penelitian ini, data dan informasi yang didapatkan efek dari terapi bekam dibagi menjadi efek fisiologis dan efek psikologis. Efek terapi bekam dirasakan oleh partisipan sangat bervariasi yang meliputi aspek fisiologis

dan psikologis. Data dan informasi yang ditemukan pada penelitian ini bahwa efek fisiologis dari terapi bekam meliputi menghilangkan rasa sakit dan menurunkan tekanan darah.

Efek terapi bekam yang ditemukan pada penelitian ini adalah memberikan rasa nyaman dan dapat menurunkan rasa nyeri. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ullah (2007) tentang investigasi efektivitas terapi bekam pada perawatan nyeri tulang kaki mengatakan bahwa terapi bekam dapat mengatasi gangguan pada darah, meringankan nyeri, keadaan inflamasi, relaksasi mental dan fisik.

Selain dari memberikan kenyamanan dan menghilangkan nyeri, efek terapi bekam adalah dapat menurunkan tekanan darah. Menurut Sutomo (2008) mekanisme kerja terapi bekam terjadi di bawah kulit dan otot yang terdapat banyak titik saraf. Titik-titik ini saling berhubungan antara organ tubuh satu dengan lainnya sehingga bekam dilakukan tidak selalu pada bagian tubuh yang sakit namun pada titik simpul saraf terkait.

Pembekaman pada titik bekam, maka akan terjadi kerusakan mast cell dan lain-lain pada kulit, jaringan bawah kulit (sub kutis), fascia dan ototnya. Akibat kerusakan ini akan dilepaskan beberapa mediator seperti serotonin, histamine, bradikinin, slow reacting substance (SRS), serta zat-zat lain yang belum diketahui. Zat-zat ini menyebabkan terjadinya dilatasi kapiler dan arteriol, serta flare reaction pada daerah yang dibekam. Dilatasi kapiler juga dapat terjadi di tempat yang jauh dari tempat pembekaman. 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 (Umar, 2010).

Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Jiashu (1989) tentang observasi efek analgesik dari titik *daizhu* akupunktur point menyatakan bahwa pada saat terjadi proses pembekaman pada satu titik, maka di kulit (kutis), jaringan bawah kulit

(sub kutis), *fascia* dan ototnya akan terjadi kerusakan dari sel *mast/basofil* dan lain-lain. Akibat kerusakan ini akan dilepaskan beberapa zat seperti *serotonin*, *histamine*, *bradikinin*, *slow reacting substance* (SRS), serta zat-zat lain yang belum diketahui. Zat-zat ini menyebabkan terjadinya dilatasi (pengembangan) kapiler dan arteriol serta *flare reaction* pada daerah yang di bekam. Dilatasi kapiler juga dapat terjadi di tempat yang jauh dari tempat pembekaman. Ini menyebabkan terjadi perbaikan *microcirculation* saluran darah. Akibatnya timbul kesan relaksasi otot-otot yang kaku serta akibat vasodilatasi umum akan menurun tekanan darah secara stabil (Jiashu, 1989; Fatahillah, 2006).

Hal yang terpenting adalah dilepaskannya *corticotrophin releasing factor* (CRF), serta *releasing factors* lainnya seperti *adenohipofise*. CRF selanjutnya akan menyebabkan terbentuknya *ACTH*, *corticotrophin*, dan *corticosteroid*. *Corticosteroid* ini mempunyai kesan penyembuhan peradangan serta menstabilkan permeabiliti scl. Sedangkan golongan *histamine* yang ditimbulkannya mempunyai manfaat dalam proses reparasi (perbaikan) sel dan jaringan yang rusak, serta memicu pembentukan *reticulo endothelial cell* (REC), yang akan meninggikan daya resistensi (daya tahan) dan imunisasi (kekebalan tubuh) (Jin dan Guangqi, 1989).

Proses bekam dapat membuka titik-titik *meridian*, yaitu saluran-saluran tempat mengalirnya energi di dalam tubuh ke setiap bagian tubuh melewati setiap organ dan jaringan sehingga dapat memperkuat energi untuk mengalir ke seluruh bagian tubuh dan meningkatkan laju metabolisme (Nashr, 2005).

Menurut Ahmadi (2008) dalam penelitiannya tentang *The Efficacy of Wet-Cupping in the treatment of tension and migraine headache*, mekanisme fisiologis pada terapi bekam berpengaruh terhadap sistem saraf, sistem hematologi dan sistem imun. Pada sistem saraf efek utama berpengaruh pada regulasi neurotransmitter dan regulasi hormon seperti serotonin (dari platelet), dopamin, endorfin, CGRP (*Calcito-Gene Related Peptide*) dan asetilcholine.

Pada sistem hematologi ada 2 jalur yaitu sistem regulasi koagulasi dan sistem anti koagulan dimana dapat menurunkan kadar elemen darah seperti fibrinogen serta dapat menurunkan hematocrit (HCT) yang dapat meningkatkan aliran darah dan meningkatkan pengambilan akhir oksigen pada organ. Pada sistem imunitas, pertama terjadi iritasi sistem imunitas karena adanya peradangan lokal lapisan artificial yang akan mengaktifasi sistem komplemen dan meningkatkan produk sistem imunitas seperti interferon dan TNF (*Tumor Necrotizing Factor*), kedua berefek terhadap thymus dan mengontrol jalur kelenjar limfe dan meningkatkan aliran limfe.

Dalam penelitian Ahmadi (2008) tentang *The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: A randomized Controlled Trial* didapatkan bahwa adanya penurunan nyeri secara spesifik setelah dilakukan terapi bekam.

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan data dan informasi dari partisipan mengenai efek psikologis dari terapi bekam meliputi memberikan kenyamanan, dipercaya dapat menyembuhkan penyakit dan memberikan rasa tentram. Pola-pikir kesehatan dipengaruhi rohani, jasmani dan mental, adalah pola-pikir yang masuk akal untuk orang yang mengidentifikasikan dengan kebudayaan Indonesia (Bakker dalam Walcott, 2004). Menurut Amira (2007) dalam penelitiannya tentang *Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria* menyatakan bahwa masyarakat beranggapan bahwa terapi alternatif komplementer adalah “alami”, menyediakan pengguna dengan sistem pendukung kehidupan (*vitalisme*), memiliki “dasar ilmiah” dan mempromosikan “spiritualitas”.

5.1.4. Proses Pengambilan Keputusan dalam pemilihan Terapi Bekam

Berdasarkan hasil penelitian ini, ditemukan data dan informasi bahwa proses pengambilan keputusan terdiri dari dua faktor yaitu faktor sosial dan faktor psikologis.

Faktor sosial yang mempengaruhi partisipan dalam mengambil keputusan untuk memilih terapi bekam adalah dengan berdiskusi dengan anggota keluarga dan karena adanya dukungan dari anggota keluarga.

Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan menurut teori Lawrence yang dikutip Soekidjo Notoatmodjo (2003), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*Non-behavior causes*). Salah satu faktor perilaku adalah faktor memperkuat/pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat terjadinya perilaku tersebut yaitu mendapat dukungan dari keluarga/kerabat, teman, petugas kesehatan dan lain-lain.

Faktor psikologis yang mempengaruhi partisipan dalam mengambil keputusan untuk memilih terapi bekam adalah adanya rasa percaya kepada keluarga ataupun orang lain. Bangsa Indonesia telah lama mengenal dan menggunakan tanaman berkhasiat obat sebagai salah satu upaya dalam menanggulangi masalah kesehatan. Pengetahuan tentang tanaman berkhasiat obat berdasar pada pengalaman dan ketrampilan yang secara turun temurun telah diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Sukandar, 2006). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa penggunaan terapi alternatif komplementer sudah digunakan sejak nenek moyang dan perilaku tersebut mendapatkan dukungan dari keluarga karena adanya keyakinan dan kepercayaan dalam masyarakat secara turun temurun.

Proses pengambilan keputusan dimulai dengan penerimaan informasi, memproses berbagai informasi dengan kemungkinan dampaknya, kemudian mengambil keputusan dari berbagai kemungkinan, dan melaksanakannya. Proses pengambilan keputusan dipengaruhi oleh faktor psikologis dan sosiologis yang berinteraksi secara tidak logis. Keputusan yang diambil orang sakit penting bagi pengobat untuk menilai hasil terapi dan kemungkinan hasil yang diharapkan (Supardi, 1996)

Menurut hasil penelitian dari Lorenc, Clarke, Robinson & Blair (2009) tentang *How parents choose to use CAM: a systematic review of theoretical models* menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam memilih terapi alternatif komplementer adalah adanya keinginan (nilai-nilai pribadi, tujuan), kepercayaan (harapan terhadap proses dan hasil pengobatan, pengetahuan dan faktor lainnya seperti kemudahan akses. Selain itu ada dua pendekatan dominan dalam pengambilan keputusan menggunakan terapi alternatif komplementer yaitu (1) konsep dari pemanfaatan fasilitas kesehatan mengenai kesempatan dan keterlibatan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, (2) perilaku kesehatan dimana pengambilan keputusan terapi alternatif komplementer di gambarkan dalam kerangka sosial dan psikologis terutama faktor kognitif.

5.1.5. Alasan klien menjalani terapi alternatif komplementer bekam

Alasan klien dalam menjalani terapi bekam tercermin dalam sebuah tema alasan klien menjalani terapi alternative komplementer bekam. Berdasarkan data dan informasi dari partisipan, partisipan menyatakan bahwa alasan menjalani terapi bekam meliputi aspek fisiologis, aspek psikologis, aspek ekonomi dan aspek spiritual. Berbeda dengan hasil penelitian Rayner, Mc Lachlan, Forster and Cramer (2009) tentang *Australian women's use of complementary and alternative medicine to enhance fertility: exploring the experience of women and practitioners* menyatakan bahwa alasan yang menyebabkan peningkatan pemanfaatan terapi alternatif komplementer adalah karena ketidak puasan dengan pengobatan konvensional, kebutuhan akan control yang lebih dari keputusan pengobatan, perawatan penyakit kronis, kelamiahhan terapi alternatif komplementer dan adanya interaksi personal antara klien dengan praktisi.

Aspek fisiologis yang menjadi alasan klien dalam menjalani terapi alternative komplementer bekam adalah terbebasnya dari efek samping obat kimia (Amira 2007, Shafiq 2003, Sirois 2008). Pengobatan tradisional atau herbal semakin diperhatikan. Banyak alasan mengapa masyarakat memilih cara ini. Pengobatan secara medis yang semakin mahal, adanya efek samping untuk pemakaian obat

kimiawi jangka panjang, maupun kesembuhan melalui cara medis yang tidak 100% khususnya untuk penyakit yang kronis (Haryana, 2006).

Hal ini sesuai dengan penelitian Amira (2007) tentang *Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria* menyatakan bahwa sebagian besar pasien hipertensi memilih terapi alternatif komplementer dengan alasan kealamiahannya terapi, dan tidak adanya efek samping dari terapi tersebut. Hal serupa juga sesuai dengan Shafiq et al (2003) dalam penelitiannya tentang *Prevalence and Pattern of use of complementary and alternative medicine (CAM) in hypertensive patients of tertiary care center in India* menyatakan bahwa menghindari efek samping adalah salah satu alasan penggunaan terapi alternatif komplementer terhadap 59% responden pada penelitian yang dilakukan di India.

Berdasarkan hasil temuan pada penelitian ini bahwa salah satu alasan menjalani terapi bekam adalah karena kemanjuran atau kecocokan terapi terhadap penyakit yang diderita.

Menurut Sirois (2008) dalam penelitiannya tentang *Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997-8 and 2005* menyatakan bahwa motivasi atau alasan masyarakat menggunakan terapi alternatif komplementer adalah karena ketidakefektifan pengobatan konvensional terhadap penyakit yang di alami. Alasan lainnya adalah bahwa terapi alternatif komplementer dapat memberikan peran aktif kepada masyarakat dalam memelihara kesehatan dan adanya efek samping yang tidak diinginkan dari pengobatan konvensional.

Alasan lain dalam menjalani terapi bekam adalah karena harga yang terjangkau. Menurut Walcott (2004) salah satu alasan pemilihan pengobatan alternatif adalah faktor ekonomi. Satu alasan mengapa pengobatan alternatif murah, sering dikatakan sebagai alasan alami. Pengobatan alternatif/tradisional yang berasal dari tumbuh-tumbuhan cukup banyak dibandingkan obat kimia, sehingga ketersediaan

bahan-bahan tumbuhan bisa lebih mudah didapat di mana saja. Harganya pun lebih murah dari pada obat kimia yang hanya bisa didapat dari apotek. Banyak iklan-iklan di majalah dan di surat kabar yang mempromosikan jenis-jenis pengobatan alternatif/tradisional sebagai 'cepat' dan 'murah'. Karena itu, faktor ekonomi menjadi hal yang terkait dengan pengobatan alternatif. Untuk responden yang tidak pernah mencoba pengobatan alternatif dia masih menganggap hal ini sebagai alasan utama dalam pemilihan pengobatan alternatif.

Meskipun faktor-faktor ekonomi memainkan peran dalam pemilihan terapi alternatif komplementer, faktor biaya tidak selalu dapat diprediksi. Sebagai contoh, sebuah kesalahpahaman yang biasa terjadi adalah bahwa pasien memilih terapi alternatif komplementer dan pengobatan tradisional karena biaya yang lebih murah dibandingkan pengobatan konvensional. Walaupun banyak bukti biaya perawatan menggunakan pengobatan alternatif komplementer dan pengobatan tradisional lebih murah daripada biaya pengobatan konvensional, beberapa studi telah menemukan bahwa biaya pengobatan alternatif komplementer dan pengobatan tradisional sama atau lebih mahal dibandingkan pengobatan medis konvensional (Muela, Mushi, dan Ribera 2000).

Salah satu studi telah menunjukkan bahwa pertimbangan keuangan bukan faktor utama dalam memilih pengobatan tradisional, alasan utamanya adalah keyakinan, kemudahan akses, dan kenyamanan. Biaya pengobatan menjadi alasan setelah keyakinan, kemudahan akses dan kemudahan terapi (Winston dan Patel 1995). Dari uraian tersebut menjelaskan bahwa faktor ekonomi/biaya yang lebih murah bukanlah alasan utama dalam pemilihan terapi alternatif komplementer tetapi keyakinan, kemudahan akses dan kenyamanan menjadi faktor yang lebih berperan dalam pemilihan terapi alternatif komplementer tersebut

Berdasarkan data dan informasi yang ditemukan pada penelitian ini bahwa alasan menjalani terapi bekam adalah sebagai salah satu ibadah dalam rangka menjalankan ajaran agama yang dianutnya.

Pengobatan dengan bekam sudah digunakan semenjak zaman Nabi. Terbukti dengan adanya hadis Nabi Muhammad SAW yang berbunyi "*Kesembuhan itu terdapat pada tiga hal, yaitu minuman madu, sayatan alat bekam dan kay (pembakaran) dengan api, dan sesungguhnya aku melarang umatku dari kay.*" Sabda yang lain "*Sungguh, pengobatan paling utama yang kalian gunakan adalah bekam*" (Hadits Bukhari) (Yasin, 2007).

Beribadah merupakan proses keimanan yang diawali dengan niat yang kemudian di amalkan dan dilaksanakan dengan ketaatan. Dengan beragama manusia mempunyai aturan petunjuk dan nasihat dalam menjalankan kehidupannya. Motivasi ibadah adalah dorongan seseorang untuk berbakti kepada Allah untuk mencapai tujuan hidupnya, yang ditunjukkan dengan sikap dan perilaku yang baik yaitu untuk mendapat ridho Allah. Beribadah adalah pengakuan kita terhadap Allah, dimana kita bergantung hanya pada satu yaitu Allah yang menciptakan manusia, dunia, dan alam semesta. Dengan pengakuan ini, timbulkan rasa aman dalam jiwa manusia bahwa ada pendukung hidupnya yang amat dekat, yang tidak akan pernah membuatnya sedih.

Dalam beribadah kita memerlukan motivasi, motivasi menggerakkan sikap, tanpa ada motivasi yang didasari keikhlasan, apalagi semata-mata hanya menjalankan kewajiban, maka ibadah tersebut menjadi kering tanpa makna. Motivasi dibagi menjadi 2 bagian penting yaitu: (1) Motivasi utama atau motivasi psikologi; (2) Motivasi Kejiwaan (spiritual). Motivasi utama atau psikologi adalah motivasi yang fitrah yang sudah menjadi tabiat dan bawaan manusia sejak lahir, berhubungan erat dengan segala sesuatu yang berkaitan dengan fisik. motivasi psikologi yang terpenting adalah motivasi menjaga kelangsungan hidup dengan pemenuhan rasa lapar, haus, lelah, sakit, bernafas. Sedangkan motivasi kejiwaan dan spiritual, seperti motivasi untuk tetap konsisten menjalankan ajaran agama, motivasi bertaqwa, mencintai kebaikan, kebenaran dan membenci kezaliman. (Az-Zahrani, 2005).

5.1.6. Harapan Klien Menjalani Terapi Bekam

Pada penelitian ini didapatkan temuan tentang adanya harapan menjalani terapi bekam. Harapan-harapan yang ditemukan pada penelitian ini meliputi adanya keinginan untuk kembali sehat seperti semula, adanya harapan agar terapi bekam ini dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dan adanya harapan mendapatkan berkah ketika menjalani terapi bekam tersebut.

Tentunya setiap orang yang melakukan pengobatan tertentu mempunyai harapan untuk kembali ke kondisi sehat seperti semula. Teori harapan menurut *Vroom* dalam Sudrajat (2008) menyatakan bahwa kekuatan yang memotivasi seseorang untuk bekerja giat dalam mengerjakan pekerjaannya tergantung dari hubungan timbal balik antara apa yang diinginkan dan dibutuhkan dari hasil pekerjaan itu. Berdasarkan temuan pada penelitian ini harapan menjalani terapi bekam adalah adanya keinginan untuk sehat, hal ini sesuai dengan Teori Harapan *Vroom* yaitu adanya kekuatan hubungan timbal balik antar apa yang diinginkan dan dibutuhkan dari menjalani terapi bekam tersebut.

Harapan tentang terapi bekam dapat dimanfaatkan oleh masyarakat (orang lain) sesuai dengan teori *achievement* Mc. Clelland (1961) dalam Sudrajat (2008) menyatakan bahwa ada tiga hal penting yang menjadi kebutuhan manusia, yaitu: *Need for achievement* (kebutuhan akan prestasi); *Need for affiliation* (kebutuhan akan hubungan sosial) ; *Need for Power* (dorongan untuk mengatur). Harapan terapi bekam dapat dimanfaatkan oleh masyarakat merupakan harapan yang dilandasi adanya motivasi dan kebutuhan akan adanya kebutuhan sosial sehingga dengan dapat dimanfaatkannya terapi bekam pada masyarakat secara luas akan terjadi hubungan timbal balik di dalam masyarakat. Selain hal tersebut, dengan dimanfaatkannya terapi bekam oleh masyarakat sesuai dengan teori harapan menurut *Vroom* yang didasarkan atas *expectancy* (harapan), nilai (*valence*) dan pertautan (*Instrumentality*). *Expectancy* dalam hal ini adalah suatu kesempatan yang diberikan akan terjadi perilaku tersebut, sedangkan pertautan

(*Instrumentality*) adalah persepsi dari individu bahwa hasil tingkat pertama akan dihubungkan dengan hasil tingkat kedua (Sudrajat, 2008).

Harapan lain dari menjalani terapi bekam pada penelitian ini adalah mendapatkan berkah. Partisipan pada penelitian ini semuanya beragama Islam, dimana terapi bekam adalah salah satu terapi yang dianjurkan dalam agama Islam. Hadist yang diriwayatkan oleh Tirmidzi menyatakan, bahwa Rasulullah SAW mengarahkan pengikut-pengikutnya menggunakan bekam sebagai kaedah pengobatan penyakit. Beliau memuji orang yang berbekam, "*Dia memhuang darah yang kotor, meringankan tubuh serta menajamkan penglihatan*" (Yasin, 2007).

Sudah tentu seseorang yang beragama terdorong oleh nilai-nilai yang dimilikinya dalam segala tingkah lakunya. Seseorang yang cenderung mengerjakan jenis aktivitas tertentu akan selalu terdorong untuk mengerjakan aktivitas-aktivitas yang diminatinya, nilai dan minat tidak ada hubungannya dengan struktur fisiologis seseorang (Langgunung, 1992,55-56). Hal tersebut sesuai dengan hasil pada penelitian ini yaitu adanya harapan mendapatkan berkah ketika menjalani terapi bekam karena terapi bekam adalah teknik pengobatan yang dianjurkan dalam agama Islam dan telah dicontohkan dan dianjurkan oleh Rasulullah Muhammad Shallallahu 'alaihi wa salam.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti sudah melakukan uji coba terhadap kemampuan wawancara mendalam sesuai panduan wawancara, format pencatatan respon non verbal dan alat perekam. Hasil wawancara yang ditulis dalam transkrip juga dikonsultasikan dengan pembimbing. Namun demikian, penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah :

- 5.2.1. Kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara secara mendalam dan catatan lapangan yang belum maksimal. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif dengan metode tersebut. Banyak data-data yang mungkin bisa lebih dalam

penggaliannya, bila peneliti dapat meningkatkan kemampuan melakukan wawancara mendalam sambil menuliskan catatan lapangan. Peneliti sering mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi mendengarkan pernyataan partisipan dan menuliskan respon non verbal partisipan. Peneliti juga harus berfikir cepat dalam mencerna pernyataan yang diberikan partisipan dan kemudian menanyakan pertanyaan berikutnya untuk menggali fenomena lebih dalam. Untuk itu peneliti harus dapat lebih meningkatkan kemampuan untuk mengaplikasikan metode penelitian kualitatif dan mencoba melakukan pengumpulan data dengan metode yang lain. Untuk mengatasi partisipan yang agak pendiam, peneliti mencoba menggali dengan lebih memfokuskan pertanyaan dan memberikan ilustrasi contoh dengan pengalaman partisipan lain.

- 5.2.2. Pada saat proses wawancara mendalam, ada beberapa permasalahan seperti terlibatnya anggota keluarga dalam proses wawancara. Keadaan tersebut terjadi karena *setting* tempat dan lingkungan yang kurang memadai karena tempat pengambilan data (wawancara) berada di rumah partisipan dimana pada saat wawancara ada anggota keluarga (istri, suami atau anak) yang berada di ruangan tersebut.

5.3. Implikasi Keperawatan

5.3.1. Implikasi bagi Perawat

Hasil penelitian ini menggambarkan tentang gambaran yang mendalam pasien hipertensi tentang terapi bekam yang meliputi gambaran penyakit hipertensi, persepsi tentang terapi bekam, efck terapi bekam, proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam, alasan menjalani terapi bekam dan harapan menjalani terapi bekam. Dengan hasil penelitian ini, diharapkan perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat memahami tentang respon dan pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam sehingga perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat memfasilitasi kebutuhan klien tentang terapi alternatif komplementer dan memberikan penjelasan tentang terapi alternatif komplementer.

Sudah saatnya perawat yang berperan dalam pemberian terapi bekam, karena dalam pemberian pelayanan terapi bekam memerlukan pengetahuan memadai terutama berhubungan dengan masalah sterilitas pelaksanaan terapi bekam serta pengetahuan tentang proses penyakit tersebut.

5.3.2. Implikasi bagi pelayanan keperawatan

Bagi pelayanan keperawatan sudah saatnya menjadikan terapi alternatif komplementer sebagai bagian dari pelayanan keperawatan bagi masyarakat. Pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam dapat dijadikan sebagai acuan dan landasan dalam pemberian pelayanan keperawatan yaitu berupa pemberian pelayanan terapi alternatif dengan mempertimbangkan aspek psikologis, aspek budaya dan aspek spiritual.

Intervensi keperawatan perlu disusun lebih komprehensif yaitu dalam memberikan pelayanan keperawatan terutama terapi alternatif komplementer didasarkan pada dasar ilmiah dengan tetap mempertimbangkan aspek budaya dan aspek agama dan kepercayaan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada Bab ini diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1. Kesimpulan

Setelah peneliti membandingkan hasil penelitian dengan konsep dan penelitian terdahulu yang relevan, maka simpulan yang dibuat peneliti adalah sebagai berikut :

6.1.1. Persepsi penyakit hipertensi

Persepsi penyakit hipertensi meliputi faktor resiko penyakit hipertensi (umur, keturunan dan pola makan), pengertian penyakit hipertensi adalah tekanan darah di atas normal serta tanda dan gejala penyakit hipertensi seperti nyeri kepala, gangguan tidur, gangguan keseimbangan tubuh, keluar keringat dingin dan banyak

6.1.2. Persepsi tentang terapi alternatif komplementer bekam

Persepsi terapi bekam menurut pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam digambarkan dalam dua tema yaitu gambaran terapi bekam dan effect dari terapi bekam. Gambaran terapi bekam meliputi fungsi terapi bekam seperti mengeluarkan darah kotor, mengeluarkan angin dan pembentukan sel baru. Kemudian gambaran terapi bekam adalah terbatasnya sosialisasi terapi bekam serta sumber informasi yang didapatkan berasal dari informasi orang lain dan dipercaya sebagai ajaran agama.

Efek terapi bekam meliputi aspek fisiologis dan aspek psikologis. Aspek fisiologis dari terapi bekam meliputi memperoleh rasa nyaman, menghilangkan rasa nyeri, menurunkan tekanan darah dan membuat tidur menjadi nyenyak. Aspek psikologis dari terapi bekam meliputi dipercaya dapat menyembuhkan penyakit dan memberikan rasa tenang.

6.1.3. Proses pengambilan keputusan memilih terapi alternatif komplementer bekam

Proses pengambilan keputusan pasien hipertensi yang menjalani terapi bekam mempertimbangkan faktor social dan faktor psikologis. Faktor social yang berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam adalah adanya dukungan dari keluarga dan dengan diskusi dengan anggota keluarga. Faktor psikologis yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan memilih terapi bekam adalah karena adanya kepercayaan dengan orang lain.

6.1.4. Alasan klien menjalani terapi alternatif komplementer bekam

Alasan klien dalam menjalani terapi alternatif komplementer digambarkan dalam satu tema yaitu alasan menjalani terapi bekam. Alasan menjalani terapi bekam meliputi aspek fisiologis, ekonomi, psikologis dan aspek spiritual. Aspek fisiologis yang menjadi alasan menjalani terapi bekam adalah keinginan untuk terbebas dari efek samping obat. Aspek ekonomi berupa harga terapi bekam yang terjangkau, aspek psikologis meliputi adanya kecocokan dengan terapi bekam serta adanya aspek spiritual berupa terapi bekam adalah salah satu ajaran agama tertentu.

6.1.5. Harapan menjalani terapi alternatif komplementer bekam

Harapan klien menjalani terapi alternatif komplementer digambarkan dalam sebuah tema harapan menjalani terapi bekam. Harapan klien menjalani terapi bekam meliputi adanya keinginan untuk sembuh, dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dan ingin mendapatkan berkah dari menjalani terapi bekam karena menjadi salah satu ajaran agama.

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan bahwa perawat dapat memahami tentang terapi alternatif komplementer bekam dan dapat menjadi praktisi terapi alternatif komplementer bekam, peran lainnya adalah perawat mempunyai peranan seperti *care provider*, *conselor*, *educator* dan *advocator* dalam pelaksanaan terapi alternatif komplementer bekam.

6.2.2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Bagi pelayanan keperawatan, diharapkan dapat dijadikan rekomendasi di bidang keperawatan sehingga terapi alternatif komplementer bekam dapat dijadikan salah satu intervensi keperawatan yang komprehensif dan saling melengkapi dalam pemberian asuhan keperawatan

6.2.3. Bagi penelitian selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat dilakukan penelitian tentang efektivitas terapi bekam terhadap penyakit ditinjau dari tinjauan fisiologis dan patologi klinik.

6.2.4. Bagi Keilmuan Keperawatan

Bagi keilmuan keperawatan khususnya perawat spesialis, diharapkan dapat didirikan Pusat Pengkajian dan Pengembangan Terapi Alternatif Komplementer sehingga perkembangan terapi alternatif komplementer bisa selalu diikuti dengan keilmiahannya dan keefektifan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinil. (2004). *Penatalaksanaan hipertensi*. Tersedia pada: <http://www.medicastore.com=TEXT> (diakses 21 Januari 2010).
- Ahmadi, A., Farhadi, K., Schwebel, D., Saeb, M., Choubsaz, M., Mohammadi, R. (2009). The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: A randomized Controlled Trial. *Journal of Complementary Therapies in Medicine*, 17, 9-15
- Ahmadi, A., Schwebel, D., Rezai, M. (2008) The Efficacy of Wet-Cupping in the treatment of tension and migraine headache. *The American Journal of Chinese Medicine*, Vol 36, No. 1, page 37-44
- American Cancer Society. (2004). *Guidelines for using complementary and alternative methods*. Diakses pada Januari 2010 from www.cancer.org.
- Amira, O.C., Okubadejo, N.U., (2007). Frequency of Complementary and Alternative Medicine Utilization in Hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007, 7:30
- Anonim. (2009). *Manipulative and Body-Based Practices: An Overview*. Tersedia pada : <http://www.medic8.com/complementary/manipulative-based-practices.htm> (diakses pada tanggal 26 February 2010)
- Anonim. (2009). *Mind Body Medicine: An Overview*. Tersedia pada : <http://www.umm.edu/altmed/articles/mind-body-000355.htm> (diakses pada tanggal 18 Maret 2010)
- Anonim, (2010). *Peran Perawat menuju Indonesia Sehat 2010*. Terdapat di <http://ilmukeperawatan.wordpress.com/2008/03/26/peran-perawat-ners-menuju-indonesia-sehat-2010/>
- Az-Zahrani, M (2005). *Konseling Terapi*, Penerbit Gema Insani, Jakarta
- Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan. (2003). *Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Instansi Pemerintah : Studi Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Pendidikan* (Juni 2003). Terdapat di <http://www.bpkp.go.id/index.php?idunit=11&idpage=163> diakses pada 12 Maret 2010
- Barnes PM, Powell-Griner F, Mc Fann K, Nahin RL. (2004). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults : United States, 2002. *Advance Data From Vital and Health Statistic*, Number 343, May 27, 2004

- Berman, J. D., & Straus, S. E. (2004). Implementing a research agenda for complementary and alternative medicine. *Annual Review of Medicine*, 55, 239-254
- Brunelli, B., & Gorson, K. C. (2004). The use of complementary and alternative medicines by patients with peripheral neuropathy. *Journal of the Neurological Sciences*, 218, 59-66.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). *The Practice of Nursing Research: conduct, critique & utilization*. (4th ed.), Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- CBN. (2006). *Faktor resiko hipertensi*. Terdapat pada : www.cyberman.com, (diakses pada tanggal 21 Januari 2010)
- Cohen, M. H., Sandier, L., Hrbek, A., Davis, R. B., & Eisenberg, D. M. (2005). Policies pertaining to complementary and alternative medical therapies in a random sample of 39 academic health centers. *Alternative Therapies*, 11, 36-40.
- Copstead, Lee E. C., & Jacquelyn L. B. (2005). *Pathophysiology* Third Edition, St. Louis: Missouri Elsevier Saunders
- Cresswell, J.W.(1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage Publication.
- Cresswell, J.W.(1998).*Qualitative: Inquiry and Reserch Design Choosing among Five Tradition*.USA, Sage Publication,Inc.
- Cushman, L. F., Wade, C., Factor-Litvak, P., Kronenberg, F., & Firester, L. (1999). Use of complementary and alternative medicine among African-American and Hispanic women in New York City: A pilot study. *Journal of the American Medical Women's Association*, 54, 193-195.
- Debas, H.T., R. Laxminarayan and S.E. Strauss, 2006. *Complementary and Alternative Medicine*. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Debas H.T et al (Eds), 2nd Edn, Chapter 69. The World Bank and Oxford University Press, Washington DC., NY., , pp: 1281-1291
- Delgoda R, Ellington C, Barret S, Gordon N, Younger N: The practice of Polypharmacy involving herbal and prescription medicines in the treatment of diabetes mellitus, hypertension and gastrointestinal disorders in Jamaica. *West Indian Medical Journal* 2004, 53(6):400-405
- Dempsey, P.A.,& Dempsey, A.D. (2000). *Using Nursing Research Process, Critical Evolution, and Utilization*, 5 th edition. Philadelphia: Lippincott.

- Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA) 1994. *U.S. Food and Drug Administration Center for Food Safety and Applied Nutrition*. Tersedia pada : <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/supplmnt.html> (diakses pada tanggal 18 Maret 2010)
- Dutta, A. P., Dutta, A. P., Bwayo, S., Xue, Z., Aldyode, O., Ayuk-Egbe, P., et al. (2003). Complementary and alternative medicine instruction in nursing curricula. *Journal of National Black Nurses Association*, 14, 30-33
- Eddouks M, Maghrani M, Lemhadri A, Ouahidi ML, Jouad H: Ethnopharmacological survey of medicinal plants used for the treatments of diabetes mellitus, hypertension and cardiac diseases in the south east region of Morocco. *J Ethnopharmacol* 2002, 82(2-3): 97-103
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SI, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998, 280: 1569-1575
- Fatahillah, A, (2007), *Keampuhan Bekam*, Cetakan ke-III, Jakarta: Qultum Media.
- Gilbert, T (2007). Alternative Nursing Practice: Creating Inroads for Integrative Health Care. *Alternative Journal of Nursing*; July 2007, Issue 14
- Glickman-Simon & Richard (2007, *Alternative Treatments for Hypertension* <http://healthlibrary.epnet.com/print.aspx?token=8482e079-8512-47c2-960ca403c77a5e4c&chunkiid=11764>, diunduh tanggal 10 Mei 2007)
- Handrawan. (2005) *Hipertensi*. Terdapat pada : www.medicastore.com/health/_03, 2005. (diakses pada tanggal 21 Januari 2010)
- Haryana, A. (2006). *812 resep untuk mengobati 236 penyakit*. Jakarta : Penebar Swadaya
- Jiashu. Wu (1998). Observation of analgesic effect of acupuncturing dazhui point, *Journal of Traditional Chinese Medicine*; 9(4): 240-242.
- Jin, C and Guangqi, Z. (1989). A survey of thirty years' clinical application of cupping. *Journal of Traditional Chinese Medicine*; 9(3): 151-154.
- Keeling, A.W and Ramos, M.C (1995). *Nurse Health Care: Perspective on Community*. The Role of Nursing history in preparing nursing for the future. 16-30
- Koentjoro, T (2007). *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: ANDI
- Langgunung , H (1992), *Teori-Teori Kesehatan Mental*, Penerbit Balai Pustaka Al Husna .Jakarta
- Lazuardi, V (2008). *Patuh Minum Obat, Selamatkan Hidup Penderita Hipertensi*, Jakarta : <http://www.transparansiria.com/> cutenews/

example2.htm?subaction=showfull&id=1219455000&archive=&star%20from=&ucat=5&category=5 [3 Januari 2010].

- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S. R. (2000). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems Vol.1*, St. Louis, Missouri: Mosby Inc.
- Lorenc A, Clarke Y 1, Robinson N and Blair M. (2009) How parents choose to use CAM: a systematic review of theoretical models. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2009, 9:9
- Mac Lennan AH, Wilson DH, Taylor AW: Prevalence and cost of alternative medicine in Australia, *Lancet* 1996, 347:569-573
- Mansjoer A., (2000). *Kapita selekta kedokteran. (Edisi III)*. Cetakan II. Jakarta : Media Aesculapius.
- Mansoor GA (2001): Herbs and alternative therapies in the hypertension clinic. *American Journal Hypertension* 2001, 14:971-975
- Miles MB and Huberman AM. (1994). *Qualitative Data Analysis, an Expanded Sourcebook* (2nd ed.). London: Sage Publication:
- Miller, K. L., Liebowitz, R.S., & Newby, L. K. (2004). Complementary and alternative medicine in cardiovascular disease: A review of biologically based approaches. *American Heart Journal*, 147, 401-411.
- Mocloeng, L.J., (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Muela, S.H., A.K. Mushi, and J.M Ribera. (2000) The Paradoux of The Cost and Affordability of Traditional and Government Health Services in Tanzania. *Health Policy Planning* 15 (3): 296-302
- Nashr, MM. (2005). *Bekam Cara Pengobatan Menurut Nabi, cetakan I*. Jakarta: Pustaka Imam As Syafi'i.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2005). "Energy Medicine: An Overview". <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/energymed.htm>
- National Institute of Health. (2005) *What Is CAM; An Overview*. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/overview.htm>. diunduh 5 Januari 2010
- Neuman, B (1990). *Health as a continum based on the Neuman Systems Model*. Nursing Science. 3-129
- Newman, M (1994). *Theory of Health with Eldery Nursing Home*. Terdapat di www.books.google.co.id. Diakses pada Maret 2010

- Notoatmodjo, S (2003). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- Pinzon, R (1999). Indeks Massa Tubuh sebagai Faktor Risiko Hipertensi pada Usia Muda. *Cermin Dunia Kedokteran*. 123.
- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. (ed-3), Jakarta: Perfecta LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A & Perry, A.G (2005) *Fundamental Of Nursing Concept, Process and Practice*. (Terjemahan Yasmin Asih). EGC Jakarta
- Prakoso, A.D. (2008) Tekanan Darah Tinggi Terdapat dalam <http://id.inaheart.or.id/?p=63>. (diakses tanggal 15 Mei 2010)
- Rayner Jo. Mc Lachlan H, Forster D & Cramer (2009). Australian women's use of complementary and alternative medicine to enhance fertility: exploring the experience of women and practitioners. *BMC Complementary and alternative Medicine* . 2009, 9:52
- Ririn, (2008). *epidemiologi hipertensi*. <http://yienmail.wordpress.com/2008/11/19/epidemiologihipertes/>. [3 januari 2010].
- Ruhyana, (2007). *Hipertensi Penyebab Utama Penyakit Jantung*, Jakarta : <http://ruhyana.wordpress.com/2007/06/10/hipertensi-penyebab-utama-penyakit-jantung-2/> (02 Februari 2010).
- Shafiq N, Gupta M, Kumara S & Pandhi P; Prevalence and Pattern of use of complementary and alternative medicine (CAM) in hypertensive patients of tertiary care center in India. *International Journal Clinical Pharmacology Therapy*. 2003, 41(7): 294-298
- Singh V, Raidoo DM, Harries CS (2005). The prevalence, patterns of usage and people's attitude towards complementary and alternative medicine (CAM) among the Indian community in Chatsworth, South Africa. *BMC Complementary and alternative Medicine* . 2004, 4(3):1-7
- Sirois, F.M. (2008) Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC Complementary and alternative Medicine* . 2008, 8:16
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2000). *Brunner and Suddarth texbook of medical surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. (3 rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sudoyo, A.W., Setyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi IV*, Jakarta; Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Sudrajat, A (2008) Teori-Teori Motivasi. Diunduh dari <http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2008/02/06/teori-teori-motivasi/> 24 Juni 2010
- Sugiyono. (2005). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sukandar E Y (2006), Tren dan Paradigma Dunia Farmasi, Industri-Klinik- Teknologi Kesehatan, disampaikan dalam orasi ilmiah Dies Natalis ITB, http://itb.ac.id/focus/focus_file/orasi-ilmiah-dies-45.pdf, diakses Januari 2010.
- Sutomo, B. (2008). Bekam Atasi Migrain dan Hipertensi terdapat dalam www.pijatkeluarga.co.id (diakses tanggal 10 Juni 2010)
- Thompson-Amdall, M (2003). Considering Private Practice as a Holistic Nurse? What You Need to Know. *Alternative Journal of Nursing*. Issue 1 April 2003
- Thorne, S., Paterson, B. Russell, C., & Schultz, A. (2002). Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 671-683
- Tindle, H. A., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Eisenberg, D. M. (2005). Trends in use of complementary and alternative medicine by U.S. adults: 1997-2002. *Alternative Therapies*, 11, 42-49.
- Ullah, K., Younis, A., Wali, M. (2007) An investigation into the effect of Cupping Therapy as a treatment for Anterior Knee Pain and its potential role in Health Promotion. *The Internet Journal of Alternative Medicine*. 4(1):626-8
- Weil, N., Michael F, Yan P., Dror T., & Tammy S. R. P., (2007), *The Effect of Acupuncture on Blood Pressure in Hypertensive Patients Treated in a Complementary Medicine Clinic* http://la-press.com/er_data/files/IMI-Peleg-et-al_109.pdf, diunduh tanggal 10 February 2010)
- WHO. (2003), Traditional medicine, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>, diakses Januari 2010.
- Williamson, A. T., Fletcher, P. C., & Dawson, K. A. (2003). Complementary and alternative medicine: Use in an older population. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 20-28.

Winston, C.M., and V. Patel. (1995). "Use of Traditional and Orthodox Health Services in Urban Zimbabwe." *International Journal of Epidemiology* 24 (5): 1006-12.

Wolsko, P. M., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., & Phillips, R. S. (2002). Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers: Results of a national survey. *Archives of Internal Medicine*, 162, 281-287.

Yasin,S.A. (2007). *Bekam Sunnah Nabi dan Mukjizat Medis*. Cetakan VIII. Jakarta : al-Qowam.



PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Ridlwan Kamaluddin

NPM : 0806446782

Alamat : Perum Ledug Sejahtera Blok O-5, Ledug, Kembaran, Banyumas,
Jawa Tengah

Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan
Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Bermaksud mengadakan penelitian tentang "Pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer". Penelitian ini akan menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Oleh karena itu, berikut ini saya menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang berbagai pengalaman pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer.
2. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang menjalani terapi alternatif komplementer.
3. Penelitian ini tidak berdampak negatif pada klien dan keluarganya.
4. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dan dijaga kerahasiaannya. Hasil rekaman akan dihapus segera setelah kegiatan penelitian selesai dilakukan.
5. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode, bukan nama sebenarnya dari partisipan.

6. Partisipan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan partisipan berhak untuk mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal – hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian masalahnya berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan partisipan.

Depok, April 2010

Peneliti



PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Initial) :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Purwokerto, Mei 2010

Saksi

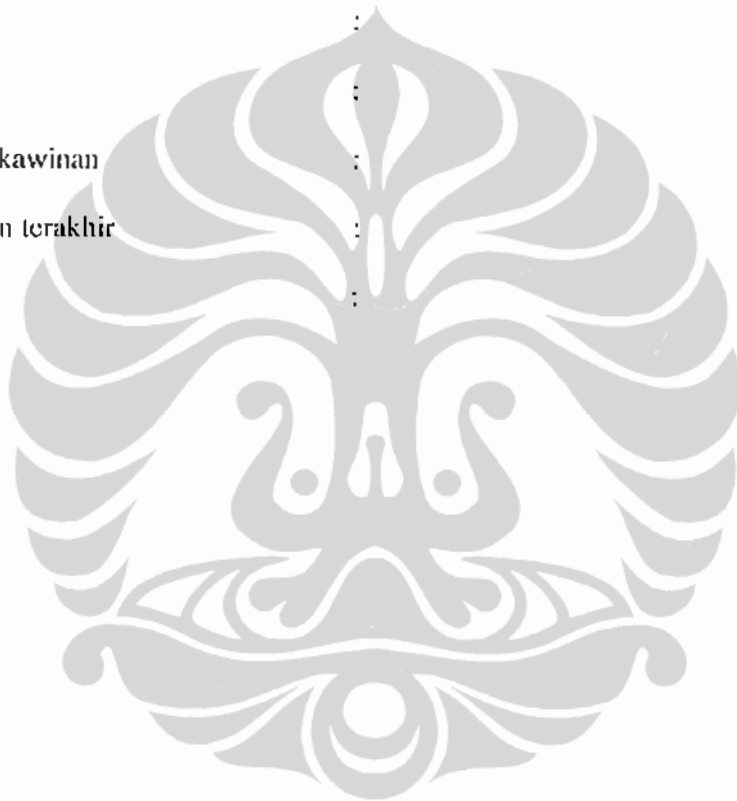
Yang Menyatakan,

(.....)

(.....)

DATA DEMOGRAFI

1. Nama (Initial) :
2. Usia :
3. Agama :
4. Status perkawinan :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan :



PEDOMAN WAWANCARA

1. Bagaimana persepsi bapak/ibu tentang penyakit hipertensi?
2. Bagaimana persepsi bapak/ibu tentang terapi alternatif komplementer?
3. Bagaimana proses pengambilan keputusan bapak/ibu dalam memilih terapi alternatif komplementer?
4. Apa yang bapak/ibu alami dan rasakan selama menjalani terapi alternatif komplementer?
5. Apa harapan bapak/ibu dalam menjalani terapi alternatif komplementer?
6. Apa alasan ibu/bapak menjalani terapi alternatif komplementer?

CATATAN LAPANGAN

Tanggal dan Waktu
Respon Non Verbal
Kondisi Partisipan
Aktivitas klien pada saat wawancara
Kondisi Lingkungan
Interaksi sosial

Karakteristik Partisipan

No	Nama Inisial	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Alamat	Lama menderita	Frek terapi
1	Bp. P	60 thn	Sarjana	Pensiunan PNS	Jln Suwatiyo no 24 RT 7 RW III Teluk Purwokerto Kabupaten Banyumas	sejak umur 40 tahun	4 kali
2	Bp. S	52 thn	SD	Sopir angkot PT POS	Karang gantung RT 2 RW III Ciwarak Kecamatan Sumbang Kabupaten Banyumas	sejak tahun 2007	2 kali
3	Bp. A	41 thn	SMA	Indonesia	Desa Sudagaran Kecamatan Banyumas Kabupaten Banyumas	setahun yang lalu	1 kali
4	Ny. R	66 thn	Sarjana Muda	Pensiunan PNS	Desa Sudagaran Kecamatan Banyumas Kabupaten Banyumas	lupa	2 kali
5	Bp. F	56 thn	Sarjana	Wiraswasta	Kebondalem Gg I no 21 B Purwokerto Kabupaten Banyumas	Puluhan tahun	3 kali
6	Ny.K	60 thn	SR	Pelani	Tambaksogra RT 4 RW II Kabupaten Banyumas	4 tahun yang lalu	3 kali

ANALISIS DATA PENELITIAN
PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI TERAPI ALTERNATIF KOMPLEMENTER BEKAM DI KABUPATEN BANYUMAS

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan									
						P1	P2	P3	P4	P5	P6				
1	Persepsi tentang penyakit hipertensi	Gambaran Penyakit Hipertensi	Faktor resiko	keurunan usia	... yang pertama bakal..... awalnya dulu umur 40 tahun kemudian yang kedua niku karena sudah tua/berumur... .. ya kaya extra joss. kratingdaeng.. yu rutin. Setiap woben kegiatan olehraga apa.. minumnya iju.. ngaten niku kemarin ini sebetulnya dipicu loh karena anak saya beli sate kambing Tapi sebonere angger kulo mengendalikah makanan tertentu niku tensine kulo saged medun ... ngertose kulo nggih drekke duwur (setahu saya ya tensinya lingsir) hiper kan lebih ngaten.. dadi wong niki tekanan darah nggih tensine lebih dari normal lah ngaten.... irus sing tek raos niku nggih niki mburi cengcle kengeng banget rasanya kok wis ra enak ngene.. Sirach puyeng terasa di..prtama di leher kan.. itu anu namannya isilahnya kengene.. sing diraosaken ya kengeng-kengeng di tengkuk, tengkuk keaus..kremet-kremet keatas Nggih niki kengeng-kengeng.. cengeng cengeng.. rusane pusing kringet adem akeh banget keluar keringat dingin dan	√									
						√									
						√									
									√						
						√									

5	Harapan Klien Yang Menjalani Terapi Bekam	Harapan menjalani terapi bekam	Aspek Spiritual	Salah satu ibadah/Sesuai ajaran agama	<p>... jadi dasarnya saya itu ya mengikuti jejak rosul lah melaksanakan sunah rosul....</p> <p>karena itu sesuai dengan ajaran agama</p> <p>karena agama juga dijadikan ada kedekatan gitu loh...</p> <p>..yang ada kaitan dengan hadits nabi.. ya saya ikuti aja..</p> <p>Hehehe... nggih harapan nggih kepengin sehat..</p> <p>Nggih harapan saking terapi bekam niki nggih kepengine dados mari normal lah tensine kulo..</p> <p>dalem kepengin sehat</p> <p>Nggih kepengine nggih sehat..</p> <p>sing diresakaken kulo nggih harapan bisa icat</p> <p>Penyakitipun saged ilang</p> <p>kulo si mbolten masalah larang lah ...sing penting niku mari tur dadi sehat...</p> <p>...bisa di masyarakatkan...</p> <p>Cara ini kan bisa lebih terjangkau lah</p> <p>dimanfaatkan oleh banyak orang gitu..</p> <p>Khalayak umum bisa menjangkau</p> <p>saya merasakan manfaatnya mas...</p> <p>manfaatnya terasa melebihi obat-obat yang lainnya</p> <p>harapannya saya melaksanakan sunah rosul ya dapat berkah lah</p> <p>.....</p> <p>salah satu dalam rangka ibadah karena mengikuti rosul itu....</p> <p>karena agama juga dijadikan ada kedekatan gitu loh...</p>	✓																																							
---	---	--------------------------------	-----------------	---------------------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1703/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

5 Mei 2010

Yth. Kepala
Bakesbang Polinmas
Banyumas

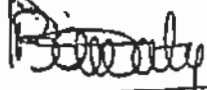
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah atas nama:

Ridwan Kamaluddin
0806446782

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Pengalaman Pasien Hipertensi Yang Mejalani Terapi Alternatif Komplementer (BEKAM) Di Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Balitbangtelarca Kabupaten Bayumas
2. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Banyumas
3. Ka. Jurusan Keperawatan FIK UNSOED
4. Direktur Klinik An-Nahl - Purwokerto
5. Wakil Dekan FIK-UI
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN
Kampus Unsoed Karangwangkal Kotak Pos 115 Telp. (0281) 642838 Purwokerto 53123

Nomor : 94/H23.FKIK.23/DT/2010
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

3 Juni 2010

Yth. Kepala Bappeda
Kabupaten Banyumas
Purwokerto

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian dosen Jurusan Keperawatan FKIK Unsoed, dengan hormat kami mohon ijin penelitian atas nama Ridwan Kamaluddin, S.Kep.Ns dengan judul Pengalaman Pasien Hipertensi Yang Menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam Di Kabupaten Banyumas.
Bersama ini kami lampirkan proposal 1 eksemplar.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua
Jurusan Keperawatan FKIK Unsoed

Made Sumarwati, S.Kp., MN
NIP. NIP19681202 199303 2 001





PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
J. Prof. Dr. Soeharso No. 45 Tel. (0281) 633776
PURWOKERTO

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN
Nomor : 070.1/749 / VI / 2010

- I. Dasar
1. Surat Gubernur Jawa Tengah No. 070.1/265 Tanggal 20 Pebruari 2004 Perihal Penderhanaan Prosedur Ijin Penelitian, Riset, KKN, PKL.
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 27 Tahun 2009 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Banyumas
- II. Membaca : Surat dari Ketua Jurusan Keperawatan FKIK Unsoed Pwt.Tgl.2-Juni 2010.No:94/H23.FKIK.23/DT/2010.Hal Ijin Penelitian.
- III. Pertimbangan : Bahwa kebijakan mengenai sesuatu kegiatan ilmiah dan pengabdian kepada masyarakat perlu dibantu pengabdiannya.
- IV. Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Banyumas, menyatakan tidak keberatan atas pelaksanaan sesuatu kegiatan ilmiah dan pengabdian kepada masyarakat dalam wilayah yang difakukan oleh :

Nama : RIDWAN KAMALUDDIN
Alamat : Jl.Nakula Blok 05 Perum Ledug Sejahtera Rt.05/11
Pekerjaan : Dosen
Kebangsaan : Indonesia
Judul Penelitian : PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI TERAPI -
ALTERNATIF KOMPLEMENTER BEKAM DI KAB.BANYUMAS
Bidang : Kesehatan
Lokasi Penelitian : Kab.Banyumas
Lama berlaku : 3 Bulan
Pengikut : -
Penanggung Jawab : MADE SUMARWATI,S.Kp,MN

DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak dilaksanakan untuk tujuan lain yang dapat berakibat melakukan tindakan pelanggaran terhadap peraturan perundang undangan yang berlaku.
2. Sebelum melaksanakan kegiatan dimaksud terlebih dahulu melaporkan kepada penguasa setempat.
3. Mentaati segala ketentuan dan peraturan-peraturan yang berlaku juga petunjuk-petunjuk dari pejabat pemerintah yang berwenang.
4. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini sudah berakhir, sedang pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon.

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth :

1. Ka Bappeda Kab. Banyumas

DIKELUARKAN DI : PURWOKERTO
PADA TANGGAL : 2 Juni 2010





PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Jln. Prof. Dr. Soeharso No. 45 Telp. (0281) 632548 Fax. 640715 Purwokerto

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 070.1/ 00429/ VI / 2010

- I. Membaca : 1. Surat dari Ketua Jurusan Keperawatan FKIK Unsoed Purwokerto nomor : 94/H23.FKIK.23/DT/2010, tanggal 2 Juni 2010, perihal ; Izin Penelitian
2. Surat Rekomendasi Penelitian Kepala Bakesbangpolmas Kabupaten Banyumas nomor : 070.1/749/VI/2010, tanggal 2 Juni 2010
- II. Menimbang : Bahwa kebijaksanaan mengenai kegiatan ilmiah dan pengabdian kepada masyarakat perlu dibantu pengembangannya.
- III. Memberikan izin kepada :
1. Nama : RIDLWAN K^A MALUDDIN
 2. Alamat : Jl. Nakula Blok 0-5 Perum Ledug Sejahtera RT. 05/11
 3. Pekerjaan : Mahasiswa
 4. Judul Penelitian : PENGALAMAN PASIEN HIPERTENSI YANG MENJALANI TERAPI ALTERNATIF KOMPLEMENTER EKAM DI KABUPATEN BANYUMAS
 5. Bidang : Kesehatan
 6. Lokasi Penelitian : Kabupaten Banyumas
 7. Lama Berlaku : 3 bulan 3 Juni 2010 s/d 3 September 2010
 8. Penanggung Jawab : Made Sumarwati, S.Kp, MN
 9. Pengikut : - orang
- IV. Untuk melaksanakan kegiatan ilmiah dan pengabdian kepada masyarakat di wilayah Kabupaten Banyumas dengan ketentuan sebagai berikut :
- a. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak dilaksanakan untuk tujuan lain yang dapat berakibat melakukan tindakan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Sebelum melaksanakan kegiatan dimaksud, terlebih dahulu melaporkan kepada penguasa setempat.
 - c. Menaati segala ketentuan dan peraturan-peraturan yang berlaku juga petunjuk-petunjuk dari pejabat pemerintah yang berwenang.
 - d. Apabila masa berlaku Surat Izin Penelitian sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon.
 - e. Setelah selesai pelaksanaan kegiatan dimaksud menyerahkan hasilnya kepada Bappeda Kabupaten Banyumas Up. Bidang Penelitian, Pengembangan dan Statistik Bappeda Kabupaten Banyumas.

PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
KELUAR PADA TANGGAL : PURWOKERTO : 3 Juni 2010
KEPALA BIDANG PENELITIAN, PENGEMBANGAN DAN STATISTIK
Dra. ENDANG KUSMODIYARTI
Pembina
NIP. 19620729 199403 2 006

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Bakesbangpolmas Kab. Banyumas;
2. Ketua Jurusan Keperawatan FKIK Unsoed Purwokerto
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas
4. Pemilik Klinik An-Nahl Purwokerto
5. Pemilik Klinik Natuna Syifa Purwokerto
6. Arsip (Bidang Penelitian, Pengembangan dan Statistik Bappeda Kab Banyumas



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengalaman Pasien Hipertensi yang menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam di Kabupaten Banyumas.

Nama peneliti utama : **Ridwan Kamaludin**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 3 Juni 2010

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

Dekan,



Dewi Hastuti, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : Ridwan Kamaluddin
 Tempat/Tanggal Lahir : Purbalingga, 26 Februari 1982
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Alamat Rumah : Perumahan Ledug Sejahtera Blok O-5 Jln
 Nakula RT 05 RW XI Ledug Kembaran
 Banyumas
 Institusi : Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran
 dan Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal
 Soedirman Purwokerto
 Alamat Kantor : Jln. Dr Soeparno Karangwangkal Purwokerto
 Telp (0281) 642838

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

No.	Nama Pendidikan	Tahun Lulus	Keterangan
1.	SD Negeri I Babakan Purbalingga	1993	
2.	SMP Negeri III Purbalingga	1996	
3.	SMU Negeri I Purbalingga	1999	
6.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta	2005	
7.	Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia		

C. RIWAYAT PEKERJAAN

No.	Pekerjaan	Tahun	Keterangan
1.	Dosen STIKes Harapan Bangsa Purwokerto	2005	
3.	Dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan UNSOED Purwokerto	2005- sekarang	

D. Pengalaman Penelitian

- Kamaluddin, R. (2002). Penerapan pendokumentasian secara manual dan menggunakan software komputer (studi kasus di RSUD Banyumas). Laporan penelitian tidak dipublikasikan.
- Handoyo, Kamaluddin, R., & Ekowati, W. (2006). Persepsi Siswa Kelas 3 SMA se-Kabupaten Banyumas terhadap Pendidikan dan Profesi Perawat. Publikasi pada Jurnal Keperawatan Program Sarjana Keperawatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto, Agustus 2006.
- Asrin., Kamaluddin, R., & Ekowati, W. (2006). Gambaran Komunikasi Terapeutik dan komunikasi sosial perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Publikasi pada Jurnal Keperawatan Soedirman Program Sarjana Keperawatan Universitas Jenderal Soedirman, Desember 2006
- Ekowati, W., Kamaluddin, R., & Febriani, S. (2007). Peran Suami Dalam Pemeliharaan Status Gizi Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Baturaden Kabupaten Banyumas. Publikasi pada Jurnal Keperawatan Soedirman Jurusan Keperawatan Universitas Jenderal Soedirman, Juli 2007
- Rosyadi, I., Kamaluddin, R. (2007). Perancangan Sistem Pakar Kesehatan Anak Berbasis Handphone Menggunakan Java 2 Micro Edition. Belum Dipublikasikan
- Ekowati, W., Kamaluddin, R., & Triyanto, E. (2007). Gambaran Pemanfaatan Poliklinik Kesehatan Desa Sebagai Perpanjangan Tangan Puskesmas di Kabupaten Purbalingga. Belum Dipublikasikan
- Misaroh, S., Saryono., Kamaluddin, R. (2007). Pengaruh Terapi Bekam terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Hipertensi di Klinik An-Nahl Purwokerto. Belum Dipublikasikan
- Permana, R., Saryono., Kamaluddin, R. (2007). Pengaruh Terapi Bekam terhadap Penurunan Kadar Kolesterol Pada Pasien Hipertensi di Klinik An-Nahl Purwokerto. Belum Dipublikasikan
- Badrusshalih, M., Saryono., Kamaluddin, R. (2007) Pengaruh Terapi Bekam terhadap Penurunan Kadar Urobilinogen Pada Pasien Hipertensi di Klinik An-Nahl Purwokerto. Belum Dipublikasikan