

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan disajikan 1) Konsep Teori Kecemasan, 2) Konsep Teori *Progressive Muscle Relaxation*, 3) Konsep Novel Corona Virus 19 (COVID19), 4) Kerangka Teori, 5) Kerangka Konseptual, 6) Hipotesis

2.1 Konsep Teori Kecemasan

2.1.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah respons emosional kompleks yang mirip dengan ketakutan, keduanya timbul dari proses otak yang sama dan menyebabkan fisiologis yang serupa dan reaksi perilaku; keduanya berasal dari bagian otak dirancang untuk membantu semua makhluk menghadapi bahaya (Pittman & Karle, 2015). Edisi ke-5 dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) mendefinisikan kecemasan sebagai "antisipasi ancaman masa depan." Orang dengan kecemasan mengalami ketegangan, khawatir tentang potensi ancaman, dan menghindari situasi yang berpotensi berbahaya (Cuncic, 2017). Kecemasan bentuk antisipasi yang mempengaruhi fisik termasuk fisik negatif gairah seperti teror panik, kemerahan, berkeringat, malu tampilan kecemasan sosial, dan ketegangan orang-orang yang terlalu terikat dan khawatir (Wehrenberg, 2013).

Perasaan yang tidak menentu pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis. Salah satu dampak psikologis yaitu ansietas atau kecemasan (Annisa & Ifdil, 2016),

kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak. Karakteristik kecemasan ini yang membedakan dari rasa takut Stuart dan Sundeen, 2016 (Fauziah et al., 2018). Seseorang dengan kecemasan cenderung mengalami perasaan tidak berdaya, dengan perasaan terasingkan dan rasa tidak nyaman. Tidak pernah terdapat obyek yang dapat diindikasikan sebagai stimulus kecemasan. Kecemasan merupakan bentuk peringatan dari dalam yang memberikan tanda bahaya terhadap individu. Menyatakan bahwa kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

2.1.2 Penyebab Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan, antara lain :

1. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Nurhalimah, 2016 terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas, diantaranya:

- a. Faktor Biologis, Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur keadaan saat ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan hormone endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

b. Faktor Psikologis

- 1) Pandangan psikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara 2 elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.
- 2) Pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun orang yang berarti bagi pasien. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- 3) Pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap ansietas sebagai dorongan belajar dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam faktor presipitasi kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang

jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya.

- c. Sosial budaya, ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

2. Faktor Presipitasi

Ada 2 faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan, antara lain:

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari
- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi sosial individu.

3. Sumber Koping

Dalam menghadapi ansietas, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan.

1. Mekanisme Koping

Pada pasien yang mengalami ansietas sedang dan berat mekanisme koping yang digunakan terbagi atas 2 jenis mekanisme koping yaitu ;

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi cemas, misalnya:

- 1) Perilaku menyerang (agresif).

Digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar

terpenuhinya kebutuhan.

2) Perilaku menarik diri.

Dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.

3) Perilaku kompromi.

Dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.

b. Mekanisme pertahanan ego bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah:

1) Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.

2) Penyangkalan (Denial). Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.

3) Pemindahan (Displacemen). Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.

4) Disosiasi. Pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.

- 5) Identifikasi (Identification). Proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil atau menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
- 6) Intelektualisasi (Intelektualization). Penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
- 7) Introjeksi (Introjection). Mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego)
- 8) Fiksasi. Berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran) sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
- 9) Proyeksi. Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.
- 10) Rasionalisasi. Memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga diri.
- 11) Reaksi formasi. Bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan, perasaan yang sebenarnya.
- 12) Regresi. Kembali ketingkat perkembangan terdahulu

(tingkah laku yang primitif), contoh; bila keinginan terhambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dsb.

- 13) Represi. Secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.
- 14) *Acting Out*. Langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.
- 15) Sublimasi. Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.
- 16) Supresi. Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang kadang-kadang dapat mengarah pada represif berikutnya.
- 17) *Undoing*. Tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif.

Selain itu (Untari, 2014) juga mengutarakan bahwa terdapat faktor internal yang juga dominan dalam mempengaruhi tingkat kecemasan individu antara lain:

1) Faktor Internal

(a) Potensi stresor

Stresor menunjukkan keadaan atau peristiwa dapat mempengaruhi hal yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga dipaksa beradaptasi terhadap stresornya sendiri.

(b) Kedewasaan

Seseorang yang memiliki kematangan dalam kepribadiannya cenderung lebih sulit mengalami kecemasan, karena orang tersebut mengalami kedewasaan sehingga memiliki kemampuan beradaptasi yang lebih baik terhadap kecemasan.

(c) Pendidikan dan Status Ekonomi

Tingkatan pendidikan dan keadaan status ekonomi yang rendah dapat menimbulkan seseorang mengalami masalah kecemasan. Individu yang berpendidikan akan memiliki kemampuan untuk berpikir, sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan dan ekonomi seseorang akan semakin dapat berpikir dalam keadaan rasional dan mudah menangkap informasi baru, sampai dengan menguraikan masalah yang baru.

(d) Kondisi Fisik

Seseorang dengan masalah fisik yang berubah akibat dampak dari cedera atau operasi akan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan dari kelemahan atau kelelahan fisik yang terjadi.

(e) Bentuk Kepribadian

Dengan banyaknya bentuk kepribadian yang berbeda-beda setiap individu akan berbeda-beda dalam tingkat kecemasannya, dan solusi dalam mengatasi kecemasan tersebut. Seseorang yang berada dalam lingkungan yang asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan lingkungan yang biasa ditempati.

(f) Usia

Seseorang yang memiliki usia lebih muda cenderung lebih mudah mengalami gangguan kecemasan dibandingkan dengan orang yang lebih tua secara umur , tapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

(g) Jenis Kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguan kecemasan yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita dari pada pria.

2.1.3 Tanda Dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang di kemukakan oleh seriap orang bervariasi, sesuai dengan berat atau tingkatan yang dirasakan oleh orang tersebut.

Keluhan tentang kecemasan yang dialami seseorang antara lain :

1. Gejala gangguan pola tidur : sulit memulai tidur, megalami mimpi yang menegangkan.
2. Gejala psikologi : perasaan cemas atau khawatir, firasat buruk, takut

dengan .pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang dan tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut.

3. Gejala gangguan konsentrasi : penurunan daya ingat, konsentrasi menurun.
4. Gejala somatik : memiliki rasa sakit pada otot atau tulang, merasa jantung berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab dan gejala lainnya.

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku secara tidak langsung melalui adanya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan timbulnya kecemasan (Sadock et al., 2015). Pada individu yang mengalami kecemasan akan memunculkan beberapa respon meliputi :

1. Respon perilaku

Respon perilaku yang muncul dapat berupa perasaan gelisah, tremor, ketegangan fisik, gagap bicara, bicara cepat, mudah terkejut, kurang koordinasi, menarik diri atau menghindar dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

2. Respon kognitif

Respon kognitif yang muncul dalam bentuk perhatian yang terganggu, salah dalam mempresepsikan sesuatu, pelupa, mengalami hambatan dalam berpikir, kesadaran diri meningkat, daya konsentrasi rendah, sulit dalam mengambil keputusan, tidak kreatif, bingung, takut,

kehilangan kontrol, takut dengan gambaran visual, takut cidera dan takut mati.

3. Respon fisiologis

1) Kardiovaskular

Palpitasi, tekanan darah meningkat, denyut nadi meningkat.

2) Pernafasan

Nafas cepat dan pendek, nafas dangkal, nafas terengah-engah.

3) Gastrointestinal

Nafsu makan menurun, tidak nyaman di perut, mual dan muntah, serta diare.

4) Neuromuskular

Tremor, gugup, gelisah, insomnia dan pusing.

5) Traktus Urinarius

Sering berkemih.

6) Kulit

Keringat dingin, gatal dan wajah kemerahan.

4. Respon afektif

Respon afektif yang sering muncul adalah mudahnya perasaan terganggu terhadap sesuatu, tidak sabaran, gelisah, tegang, takut, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

2.1.4 Karakteristik Kecemasan

Menurut Sheila L Videbeck, PhD (2011), menyatakan bahwa dari beberapa teori membagi kecemasan (anxiety) dalam 4 tingkatan :

1. Kecemasan ringan

Kecemasan pada tingkatan ini sangat erat hubungannya dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Cara berpersepsi seseorang akan meningkat dan akan berhati-hati serta waspada. Seseorang akan terdorong untuk belajar mengenai hal-hal yang akan menghasilkan perubahan dan kreatifitas.

2. Kecemasan sedang

Pada tingkat kecemasan sedang seseorang memiliki cara pandang terhadap lingkungan menurun. Mereka akan memfokuskan pada keadaan penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

3. Kecemasan berat

Pada tingkat kecemasan berat ini seseorang akan menunjukkan persepsi yang sangat menurun. Individu cenderung memikirkan hal-hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Seseorang tidak akan dapat memikirkan hal-hal yang realistis dan membutuhkan banyak arahan, untuk dapat memusatkan perhatian pada hal-hal yang lain.

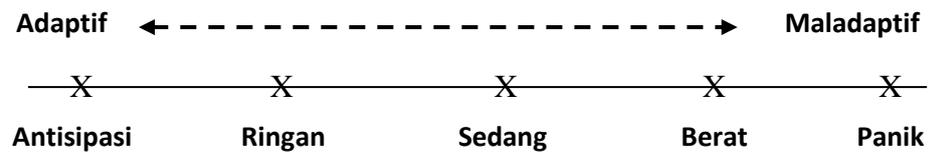
4. Panik

Pada tingkatan ini menunjukkan bahwa persepsi sangat sempit sehingga seseorang tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apapun walau sudah diberikan arahan atau pengertian atau tuntunan. Dalam keadaan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, sehingga kemampuan untuk berkomunikasi dengan

orang lain menurun dan tidak dapat berpikir secara rasional

2.1.5 Rentang Respon Kecemasan

Rentang respon sehat sakit digunakan untuk menggambarkan respon adaptif-maladaptif pada kecemasan, menurut Stuart G. dan Sundeen 2007 dalam Nurhalimah, 2016) rentang cemas meliputi :



Gambar 2.1 Rentang respon adaptif-maladaptif pada kecemasan

2.1.6 Skala Kecemasan

Rhoads & Murphy, 2015 menyatakan bahwa terdapat banyak instrumen yang dapat digunakan untuk mengkaji sampai dengan mendiagnosa kecemasan. Dalam pengkajian klinis, area yang perlu dikaji meliputi keluhan utama, riwayat gejala saat ini, riwayat status psikiatri dan riwayat kesehatan, riwayat perkembangan sosial, dan pengkajian status mental serta pengkajian diagnostik

1. *Anxiety Disorder Interview Schedule* untuk DSM-IV (ADIS-IV)

Wawancara berbentuk semi yang terstruktur untuk mengkaji adanya temuan dalam bentuk gangguan kecemasan DSM-IV. Hal ini digunakan dalam pengkajian yang berhubungan dengan gangguan perasaan dan gejala psikotik.

2. *Structure Clinical Interview* untuk DSM-IV (SCID-1) Axis 1

Wawancara dengan cara terstruktur yang mengandung modul dari setiap diagnosis DSM-IV-TR Axis-1. Prosedur skoring yang

digunakan untuk memastikan data diagnosis.

General Anxiety (Kecemasan Umum), yang dapat dilakukan penskorangan, meliputi:

1) *Anxiety Sensitivity Index* (ASI)

Anxiety Sensitivity Index (ASI) mempunyai kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur ketakutan akan kecemasan.

2) *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

Kuesioner yang terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengukur tingkat pengalaman seseorang tentang gejala kecemasan dalam 2 minggu terakhir.

3) *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS 21)

Kuesioner mengenai perasaan seseorang yang terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengukur gejala kecemasan dalam 1 minggu terakhir.

4) *Penn State Worried Questionnaire* (PSWQ)

Kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan untuk mengkaji karakteristik dari kecemasan yang dialami.

5) *Speilberg State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Kuesioner mengenai perasaan seseorang yang terdiri dari 40 pertanyaan yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan saat ini dan selama ini.

6) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptoms pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe). HARS terdiri dari 14 item, antara lain :

(1) Perasaan cemas

Firasat buruk, perasaan takut terhadap pikiran sendiri, mudah tersinggung.

(2) Ketegangan

Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.

(3) Ketakutan

Takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut akan kesendirian, dan fobia lainnya.

(4) Gangguan tidur

Kesulitan memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.

(5) Gangguan kecerdasan

Penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit untuk berkonsentrasi.

(6) Perasaan depresi

Kehilangan minat, mulai hilang rasa ketertarikan terhadap kesukaan atau hobi, perasaan sedih, perasaan tidak

menyenangkan sehari-sehari

(7) Gejala Somatik

Nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.

(8) Gejala Sensorik

Telinga sering berdengung, penglihatan kabur, muka pucat, lemah, perasaan ditusuk-tusuk.

(9) Gejala Kardiovaskular

Nadi cepat, berdebar-debar, nyeri dada, mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.

(10) Gejala pernafasan

Dada terasa tertekan, nafas pendek, rasa seperti tercekik, nafas panjang.

(11) Gejala gastrointestinal

Sulit menelan, mual sampai dengan muntah, mengalami penurunan berat badan, konstipasi/sulit buang air besar, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri pada daerah epigastrium, perut sering terasa panas, kembung.

(12) Gejala urogenitalia

Sering kencing, tidak dapat menahan kencing, menstruasi yang tidak teratur, frigiditas.

(13) Gejala vegetatif

Mulut kering, muka kering, mudah teringat, pusing.

(14) Perilaku saat wawancara

Gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi, tonus otot menebal, muka memerah.

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

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan penilaian dengan menggunakan kategori:

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang/separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat/lebih dari ½ gejala yang ada
- 4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

- a. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
- b. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.

c. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.

d. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

2.2 Konsep Teori *Progressive Muscle Relaxation*

2.2.1 Definisi *Progressive Muscle Relaxation*

Progressive muscle relaxation adalah suatu teknik yang dilakukan dengan cara mengendurkan otot-otot oleh ketegangan otot untuk mengatur seluruh tubuh menurut Ghezaljah *et al.*, 2017 dalam Herlambang *et al.*, 2019. Lalu relaksasi otot progresif menurut Carver & O'Malley (2015) dalam Rahmawati *et al.*, 2015 adalah suatu pilihan atau alternatif tindakan dengan melibatkan ketegangan dan relaksasi pada kelompok otot tubuh dan mudah untuk mengajari, murah, aman dan efektif.

Progressive Muscle Relaxation adalah bentuk terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh tertentu pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dapat dilakukan secara berturut-turut. Pada saat melakukan PMR perhatian pasien harus dapat diarahkan untuk dapat membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. (Molassiotis *et al.* 2002; Smeltzer *et al.* 2013 dalam (Nuwa, 2018). Menurut Greenberg (2002) dalam Prasetyo, 2016 mengatakan bahwa relaksasi akan memberikan hasil setelah dilakukan sebanyak tiga kali latihan dengan rentang waktu selama 10-20 menit pada pagi, dan sore hari pada waktu yang sama

2.2.2 Indikasi

Indikasi *Progressive Muscle Relaxation* menurut Nuwa, 2018 yaitu teknik relaksasi otot dilaporkan efektif dalam mengurangi ketegangan otot di tubuh, perubahan aktivitas sistem syaraf simpatik, penurunan denyut nadi, tekanan darah, dan fungsi neuroendokrin pada orang yang mengalami kecemasan. Peneliti telah menyarankan bahwa *progressive muscle relaxation* dapat berfungsi sebagai cara relaksasi pasien yang menjalani kemoterapi Helen, 2015 dalam Fadillah & Yudiarso, 2021.

1. Penelitian Molassiotis et al. (2002) merekomendasikan PMR sebagai terapi pelengkap sebagai antiemetik pada pasien kanker yang mengalami efek samping kemoterapi. Dalam penelitiannya juga dijeaskan bahwa PMR dapat mengurangi distress akibat kemoterapi.
2. Penelitian Isa et al. (2013) PMR direkomendasikan sebagai intervensi untuk perbaikan pada kualitas hidup pasien kanker prostat.
3. Penelitian Dayapo (2015) menunjukkan PMR dapat meningkatkan kualitas tidur, menurunkan kelelahan pasien penyakit paru obstruktif.
4. Penelitian Zhou et al. (2015) diketahui PMR dapat mengurangi depresi, kecemasan dan lama perawatan pada pasien kanker payudara setelah menjalani radikal mastectomy.
5. Penelitian Tsitsi et al. (2017) diketahui bahwa kombinasi PMR dan Guided Imagery dapat menurunkan kecemasan dan memperbaiki mood pada orang tua yang anaknya dirawat dengan kanker di rumah sakit.

2.2.3 Kontraindikasi

Snyder & Linqvist (2002) dalam Nuwa, 2018, menjelaskan bahwa selama melakukan latihan PMR terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain: jika pasien mengalami distress emosional selama melakukan *progressive muscle relaxation* (PMR) maka dianjurkan untuk menghentikan dan mengkonsultasikannya kepada perawat atau dokter. Memberikan terapi pada pasien kanker terhadap aspek kelelahanya, pasien sebaiknya dibuat nyaman mungkin. Latihan *progressive muscle relaxation* merupakan terapi yang terfokus untuk mempertahankan kondisi relaksasi yang dalam. Terapi PMR melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot mulai dari kaki kearah atas atau dari kepala kearah bawah. Untuk meregangkan otot secara progresif, dimulai dengan menegangkan dan meregangkan kumpulan otot utama tubuh (Ricky Z et al., 2018). Beberapa hal yang dapat menjadi kontraindikasi *progressive muscle relaxation* antara lain: a) cedera akut, b) ketidaknyamanan muskuloskeletal, c) infeksi atau inflamasi, dan d) penyakit jantung berat atau akut. Latihan PMR juga tidak dilakukan pada sisi otot yang sakit (Wawo, 2017).

2.2.4 Manfaat

Stuart & Laraia (2005) dalam Wulandari et al., 2015, menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Kecemasan memberikan sensasi dan perubahan fisik, peningkatan aliran darah, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif.

Ketegangan otot adalah gejala terjadi pada kondisi cemas yang merupakan tanda persiapan tubuh potensial kejadian berbahaya. Dapat dikatakan bahwa pada kondisi cemas, individu akan memerlukan banyak energi untuk mengembalikan ketidakseimbangan yang terjadi akibat respon ansietas yang dialami (Program Magister dan Ners Spesialis Keperawatan Jiwa, 2016). Jacobson (1938) dalam Nuwa, 2018, mengatakan PMR adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventricular prematuritas dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak serta dapat meningkatkan beta endorfin dan berfungsi meningkatkan imun seluler. Relaksasi yang baik dan benar dapat secara terampil yang menjadikan koping dapat mengatasi kecemasan dalam berbagai kondisi.

2.2.4.1 Mekanisme PMR terhadap Gula Darah

Menurut Smeltzer & Bare (2002) dalam Herlambang et al., 2019, PMR dapat menurunkan gula darah pasien DM dengan memunculkan kondisi yang rileks dan nyaman. Kondisi ini terjadi perubahan impuls saraf pada jalur aferen ke otak dimana aktivasi menjadi inhibisi. Perubahan impuls saraf ini menyebabkan perasaan tenang baik fisik maupun mental seperti menurunnya denyut jantung, menurunkan kecepatan metabolisme tubuh dalam hal ini mencegah peningkatan gula darah. Hipofisis anterior juga inhibisi sehingga ACTH yang menyebabkan sekresi kortisol menurun sehingga proses gluconeogenesis, katabolisme protein dan lemak yang berperan meningkatkan gula darah akan menurun. Hal ini selaras menurut Dafianto (2016) dalam Simamora & Simanjuntak (2017) setelah melakukan PMR, pasien akan rileks dan ada beberapa efek yang ditimbulkan

seperti kecepatan kontraksi jantung menurun dan merangsang sekresi hormon insulin. Dominasi sistem saraf parasimpatis akan merangsang hipotalamus untuk menurunkan sekresi corticotropin releasing hormone (CRH). Penurunan CRH akan mempengaruhi adenohipofisis untuk mengurangi sekresi hormon adenokortikotropik (ACTH). Keadaan ini dapat menghambat proses glukoneogenesis dan meningkatkan pemakaian glukosa oleh sel, sehingga kadar gula darah yang tinggi akan menurun dan kembali dalam batas normal.

2.2.4.2 Mekanisme PMR terhadap Kecemasan

Terapi relaksasi otot progresif termasuk kategori meditasi yang memberikan efek ketenangan dan menekan kecemasan karena unsur relaksasi yang terkandung di dalamnya. Rasa tenang memberikan respon emosi positif yang berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. Persepsi positif ditransmisikan dalam sistem limbik dan korteks serebral dengan tingkat konektifitas yang kompleks antara batang otak hipotalamus prefrontal kiri dan kanan hipokampus amigdala. Transmisi ini menyebabkan keseimbangan antara sintesis dan sekresi neurotransmitter seperti GABA (Gamma Amino Butiric Acid) dan antagonis GABA oleh hipokampus dan amigdala. Persepsi positif yang diterima sistem limbik akan menyebabkan amigdala menginformasikan ke LC (locus coeruleus) untuk mengaktifkan reaksi saraf otonom. Locus coeruleus mengendalikan kinerja saraf otonom ke dalam tahapan homeostasis. Rangsangan saraf otonom yang terkendali menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medulla adrenal menjadi terkendali. Keadaan ini akan dapat mengurangi manifestasi gangguan kecemasan. Mekanisme kerja relaksasi otot progresif terhadap penurunan

kecemasan merupakan teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada sistem kerja saraf simpatis dan parasimpatis. Ketika otot telah relaksasi maka fungsi organ tubuh normal. Selesai melakukan relaksasi dapat membantu tubuh menjadi relaks, sehingga memperbaiki aspek kesehatan fisik dan didalam sistem saraf pusat dan saraf otonom (Herlambang et al., 2019).

2.2.5 Prosedur PMR

Prosedur dalam penatalaksanaan *progressive muscle relaxation* yang akan diberikan kepada pasien yaitu (Nuwa, 2018), antara lain :

Instruksikan dengan jelas semua perintah kepada klien sebelum mengajarkan tindakan, minta klien untuk melepaskan kacamata dan jam tangan serta melonggarkan ikat pinggang. Atur posisi klien pada tempat duduk, anjurkan klien menarik nafas dalam hembuskan secara perlahan ulangi 3-5 kali dan katakan rileks gunakan nada suara yang lembut dan jelas saat menginstruksikan gerakan yang akan diajarkan, mulai untuk mendemonstrasikan gerakan ke 1 sampai gerakan ke 6 yaitu awal proses yang dapat dirasakan dari kontraksi dan relaksasi otot diiringi tarik nafas dan hembuskan secara perlahan meliputi:



Gambar 2.2
Gerakan 1 PMR

Gerakan pertama ini dilakukan untuk otot dahi dan mata yang dilakukan dengan cara mengerutkan dahi dan alis sekeras-kerasnya, memejamkan mata sekuat-kuatnya hingga kulit terasa mengerut dan dirasakan ketegangan disekitar dahi, alis dan mata. Lemaskan dahi, alis dan mata secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.3
Gerakan 2 PMR

Gerakan kedua ini dilakukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot pipi dengan cara mengembungkan pipi sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot pipi. Lemaskan dengan cara meniup secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.4
Gerakan 3 PMR

Gerakan ketiga ini dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Moncongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya hingga terasa tegang di mulut. Lemaskan mulut dan bibir secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.5
Gerakan 4 PMR

Gerakan keempat ini dilakukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot rahang dan mulut dengan cara mengatupkan mulut dan gigi sekuat-kuatnya sambil tarik lidah ke belakang sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot rahang. Lemaskan mulut secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.6
Gerakan 5 PMR

Gerakan kelima ini dilakukan untuk otot-otot leher belakang. Klien dipandu untuk menekankan kepala ke arah punggung sedemikian rupa sehingga terasa tegang pada otot leher bagian belakang. Lemaskan leher secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.7
Gerakan 6 PMR

Gerakan keenam ini dilakukan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini dilakukan dengan cara tekuk atau turunkan dagu hingga menyentuh dada, kemudian pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian depan. Lemaskan dan angkat dagu secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi.

Minta klien untuk meredemonstrasikan kembali gerakan pertama sampai dengan gerakan keenam. Perawat memberikan umpan balik dan pujian terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien. Minta klien untuk mengingat gerakan pertama sampai dengan gerakan keenam dalam terapi PMR ini. Selanjutnya perawat mulai mendemonstrasikan gerakan ketujuh sampai dengan gerakan ketigabelas yaitu mulai proses awal kontraksi dan relaksasi otot di iringi tarik nafas dalam dan hembuskan secara perlahan.



Gambar 2.8
Gerakan 7 PMR Tampak Depan



Gambar 2.9
Gerakan 7 PMR Tampak Samping

Gerakan ketujuh ini dilakukan untuk melatih otot-otot bahu. Gerakan relaksasi untuk mengendurkan bagian otot-otot bahu dapat dilakukan dengan cara mengangkat kedua bahu sampai sejajar tingginya kearah telinga. Lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan-lahan hingga 10 detik kemudian lakukan kembali sekali lagi. Fokus perhatian pada gerakan ini adalah pada kontras ketegangan yang terjadi pada daerah bahu, bagian punggung atas dan leher



Gambar 2.10
Gerakan 8 PMR

Gerakan ke delapan ini dilakukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara mengatupkan tangan kanan dan kiri sampai menjadi kepalan. Selanjutnya pasien diminta membuat kepalan ini semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan, pasien dipandu untuk merasakan rileks selama 10 detik.



Gambar 2.11 Gerakan 9 PMR Tampak Samping



Gambar 2.12
Gerakan 9 PMR Tampak Depan

Gerakan kesembilan ini dilakukan untuk melatih otot tangan bagian depan. Gerakan dilakukan dengan cara meluruskan kedua tangan dalam posisi yang sejajar, telapak tangan menghadap ke depan, jari-jari menghadap ke langit-langit. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik. Lakukan kembali sekali.



Gambar 2.13 Gerakan 10 PMR Tampak Depan



Gambar 2.14
Gerakan 10 PMR Tampak Samping

Gerakan kesepuluh ini dilakukan untuk melatih otot-otot lengan atau biceps. Otot biceps adalah otot besar yang terdapat di bagian atas pangkal lengan. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot lengan bagian dalam menegang. Lemaskan atau turunkan kedua tangan secara perlahan hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi



Gambar 2.15
Gerakan 11 PMR

Gerakan kesebelas ini dilakukan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan dapat dilakukan dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, busungkan dada dan lengkungkan punggung ke belakang dan dipertahankan selama 10 detik. Lemaskan punggung hingga 10 detik lakukan kembali sekali lagi. Saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambil membiarkan otot-otot menjadi lemas.



Gambar 2.16
Gerakan 12 PMR

Gerakan dua belas bertujuan untuk melatih otot-otot perut. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik perut kearah dalam atau mengempiskan sekuat-kuatnya. Tahan selama 10 detik hingga perut terasa kencang dan tegang. Lemaskan perut secara perlahan hingga 10 detik, lakukan kembali sekali lagi.



Gambar 2.17
Gerakan 13 PMR

Gerakan tiga belas ditujukan untuk otot-otot betis. Gerakan ini dilakukan dengan cara mensejajarkan kedua kaki ke depan lalu angkat sampai posisi tegak 90 derajat tahan selama 10 detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan hingga 10 detik, lakukan kembali sekali lagi. (untuk keamanan arahkan pasien untuk menempel ditembok)

Minta klien untuk meredemonstrasikan kembali gerakan ketujuh sampai dengan gerakan ketigabelas dan perawat memberi umpan balik dan memberi pujian terhadap kemampuan klien.

2.3 Novel Corona Virus 19 (COVID-19)

2.3.1 Definisi COVID-19

Dalam sejarahnya WHO menyebut COVID-19 merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh jenis coronavirus yang baru ditemukan. Virus baru dan penyakit yang disebabkan ini tidak dikenal sebelum mulainya wabah di Wuhan, Tiongkok, bulan Desember 2019. COVID-19 ini sekarang menjadi sebuah pandemi yang terjadi di banyak negara di seluruh dunia.

World Health Organization (WHO) 2021, menyatakan bahwa Novel Coronavirus/NCOV19/COVID19 adalah suatu kelompok virus baru yang dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Beberapa jenis coronavirus diketahui dapat menyebabkan infeksi pada saluran nafas pada manusia mulai dari batuk pilek hingga yang lebih serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Coronavirus jenis baru yang ditemukan menyebabkan penyakit COVID-19. Virus corona baru atau novel coronavirus (nCoV) adalah jenis virus corona baru yang dapat menimbulkan penyakit yang bernama COVID-19. Sebelum dikenal sebagai COVID-19, penyakitnya dikenal sebagai virus corona baru 2019 atau 2019-nCoV. Virus corona baru adalah virus baru, tapi mirip dengan keluarga virus yang menyebabkan SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) dan sejumlah influenza biasa.

2.3.2 Klasifikasi COVID-19

1. Definisi Kasus

Menurut (PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN, & IDAI, 2020), Definisi operasional pada bagian ini, dijelaskan beberapa definisi operasional dari kasus covid-19 antara lain: 1) kasus *suspect*, 2) kasus *probable*, 3) kasus *confirm*, dan 4) kontak erat.

1) Kasus *Suspect*

Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut :

- a. Seseorang yang memenuhi salah satu kriteria klinis dan salah satu kriteria epidemiologis :

Kriteria Klinis:

- (1) Demam akut ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau memiliki riwayat demam dan batuk;
- (2) Terdapat 3 atau lebih gejala dan tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan (*fatigue*), sakit kepala, *myalgia*, nyeri tenggorokan, pilek/ hidung tersumbat, sesak nafas, anoreksia/ mual/ muntah, diare, penurunan kesadaran.

Kriteria Epidemiologis:

- (1) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat berisiko tinggi penularan.
- (2) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki

riwayat tinggal atau bepergian di negara atau wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.

(3) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis, dan non-medis, serta petugas yang melaksanakan kegiatan investigasi, pemantauan kasus dan kontak.

- b. Seseorang dengan ISPA berat.
- c. Seseorang tanpa gejala (asimtomatik) yang tidak memenuhi kriteria epidemiologis dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif.

2) Kasus *Probable*

Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut :

- a. Seseorang yang memenuhi kriteria klinis memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable*, atau terkonfirmasi, atau berkaitan dengan *cluster* covid-19.
- b. Kasus suspek dengan gambaran radiologis sugestif ke arah covid-19 yang tampak samar atau tampak jelas yang menunjukkan gambaran khas.
- c. Seseorang dengan gejala akut anosmia (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi.

- d. Orang dewasa yang meninggal dengan distress pernapasan dan memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* atau terkonfirmasi, atau berkaitan dengan *cluster* covid-19 yang ditemukan .

3) Kasus *Confirm*

Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus covid-19 dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Seseorang dengan hasil RT-PCR positif.
- b. Seseorang dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif dan memenuhi kriteria definisi kasus *probable* atau kasus suspek (kriteria A atau B).
- c. Seseorang tanpa gejala (asimtomatik) dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif dan Memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* atau terkonfirmasi.

Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2:

- (1) Kasus konfirmasi dengan gejala (simtomatik).
- (2) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimtomatik).

4) Kontak Erat:

Orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus *probable* atau konfirmasi covid-19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:

- a. Kontak tatap muka/ berdekatan dengan kasus *probable* atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka

waktu 15 menit atau lebih.

- b. Sentuhan fisik langsung dengan kasus probable atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).
- c. Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable atau konfirmasi tanpa menggunakan alat pelindung diri yang sesuai standar.
- d. Situasi yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan penyelidikan epidemiologi setempat.

Berdasarkan berat dan sulitnya kasus covid-19, maka perlu klasifikasi yang dibagi berupa menjadi covid-19 tanpa gejala, covid-19 ringan, covid-19 sedang, covid-19 berat dan covid-19 kondisi kritis.

1. Tanpa gejala

Kondisi paling ringan. Pasien tidak ditemukan gejala.

2. Ringan

Gejala tanpa bukti pneumonia atau tanpa hipoksia. Muncul: demam, batuk, fatigue, anoreksia, napas pendek, mialgia. Tak spesifik: sakit tenggorokan, sakit kepala, diare, mual dan muntah, penghidu (anosmia), pengecapan (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan. Usia tua dan *immunocompromised* atopikal: fatigue, penurunan kesadaran, diare, hilang nafsu makan, delirium, dan tidak demam.

3. Sedang

Pada pasien remaja/dewasa, dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk SpO₂ >93% dengan udara ruangan. Anak-anak, dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit bernapas, napas cepat) dan tidak ada tanda pneumonia berat.

Kriteria napas cepat :

Usia <2 bulan, ≥ 60 x/menit;

Usia 2–11 bulan, ≥ 50 x/menit

Usia 1–5 tahun, ≥ 40 x/menit

Usia >5 tahun, ≥ 30 x/menit.

4. Berat /Pneumonia Berat

Pasien remaja atau dewasa, pasien yang memiliki tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) ditambah satu dari: frekuensi napas >30x/menit, distress pernapasan yang cukup berat, atau SpO₂ <93% pada udara ruangan. Atau pada pasien anak, pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), setidaknya satu dari berikut ini:

- a. Sianosis sentral atau spo₂<93% ;
- b. Distress pernapasan berat (seperti napas cepat, grunting, tarikan dinding dada yang sangat berat);
- c. Tanda bahaya umum, ketidakmampuan menyusu atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.

d. Napas cepat/tarikan dinding dada/takipnea

Usia <2 bulan, ≥ 60 x/menit.

Usia 2–11 bulan, ≥ 50 x/menit.

Usia 1–5 tahun, ≥ 40 x/menit.

Usia >5 tahun, ≥ 30 x/menit.

5. Kritis

Pasien dengan Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), sepsis dan syok sepsis.

2.3.3 Tatalaksana COVID-19

1. Pemeriksaan PCR Swab

1) Pengambilan swab di hari ke-1 dan 2 untuk penegakan diagnosis.

Bila pemeriksaan di hari pertama sudah positif, tidak perlu lagi pemeriksaan di hari kedua, Apabila pemeriksaan di hari pertama negatif, diperlukan pemeriksaan di hari berikutnya (hari kedua).

2) Pada pasien yang dirawat inap, pemeriksaan PCR dilakukan sebanyak tiga kali selama perawatan.

3) Untuk kasus tanpa gejala, ringan, dan sedang tidak perlu dilakukan pemeriksaan PCR untuk *follow-up*. Pemeriksaan *follow-up* hanya dilakukan pada pasien yang berat dan kritis.

4) Untuk PCR *follow-up* pada kasus berat dan kritis, dapat dilakukan setelah sepuluh hari dari pengambilan swab yang positif, dan diberikan kepada pasien yang masih merasakan keluhan selama dirawat di ruang isolasi.

- 5) Bila diperlukan, pemeriksaan PCR tambahan dapat dilakukan dengan disesuaikan kondisi kasus yang sesuai dengan pertimbangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dan kapasitas di fasilitas kesehatan masing-masing.
- 6) Kasus berat dan kritis, bila setelah klinis membaik, bebas demam selama tiga hari, pada *follow-up* PCR menunjukkan hasil positif, kemungkinan terjadi kondisi positif persisten yang disebabkan terdeteksinya fragmen atau partikel virus yang sudah tidak aktif. Pertimbangkan nilai Cycle Threshold (CT) *value* untuk menilai infeksius atau tidaknya dengan berdiskusi antara DPJP dan laboratorium PCR karena nilai *cutt off* berbeda-beda sesuai dengan reagen dan alat yang digunakan.

Tabel 2.1. Jadwal Pengambilan Swab Untuk Pemeriksaan RT-PCR

Hari Perawatan Ke -										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11/12*
√	√									√

Kerangan : *diperiksa hanya untuk berat dan kritis

2. Tanpa Gejala

a. Isolasi dan Pemantauan

- 1) Isolasi mandiri di rumah selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi, baik isolasi mandiri di rumah maupun di fasilitas publik yang dipersiapkan pemerintah.
- 2) Pasien dipantau melalui telepon oleh petugas Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

3) Kontrol di FKTP terdekat setelah 10 hari karantina untuk pemantauan klinis

b. Non-farmakologis

Berikan edukasi terkait tindakan yang perlu dikerjakan (leaflet untuk dibawa ke rumah):

1) Pasien :

- a) selalu menggunakan masker jika keluar kamar dan saat berinteraksi dengan anggota keluarga.
- b) cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau hand sanitizer sesering mungkin.
- c) jaga jarak dengan keluarga (physical distancing).
- d) upayakan kamar tidur sendiri / terpisah.
- e) menerapkan etika batuk (diajarkan oleh tenaga medis).
- f) alat makan-minum segera dicuci dengan air/sabun.
- g) berjemur matahari minimal sekitar 10-15 menit setiap harinya (sebelum jam 9 pagi dan setelah jam 3 sore).
- h) pakaian telah dipakai sebaiknya dimasukkan kantong plastik tertutup yang terpisah dengan pakaian kotor keluarga yang lain sebelum dicuci, segera dimasukkan mesin cuci.
- i) ukur dan catat suhu tubuh 2 kali sehari (pagi dan malam hari).

j) segera informasikan ke petugas atau FKTP atau keluarga jika terjadi peningkatan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$.

2) Lingkungan/kamar:

a) perhatikan ventilasi udara dan cahaya membuka jendela kamar secara berkala.

b) bila memungkinkan menggunakan APD saat membersihkan kamar (setidaknya masker, dan bila memungkinkan sarung tangan/goggle).

c) cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau *hand sanitizer* sesering mungkin.

d) bersihkan kamar setiap hari, bisa dengan air sabun atau bahan desinfektan lainnya.

3) Keluarga:

a) bagi anggota keluarga yang berkontak erat dengan pasien sebaiknya memeriksakan diri ke FKTP atau rumah sakit.

b) anggota keluarga senantiasa pakai masker.

c) jaga jarak minimal 1 meter dari pasien.

d) senantiasa mencuci tangan.

e) jangan sentuh daerah wajah bila tangan tidak bersih.

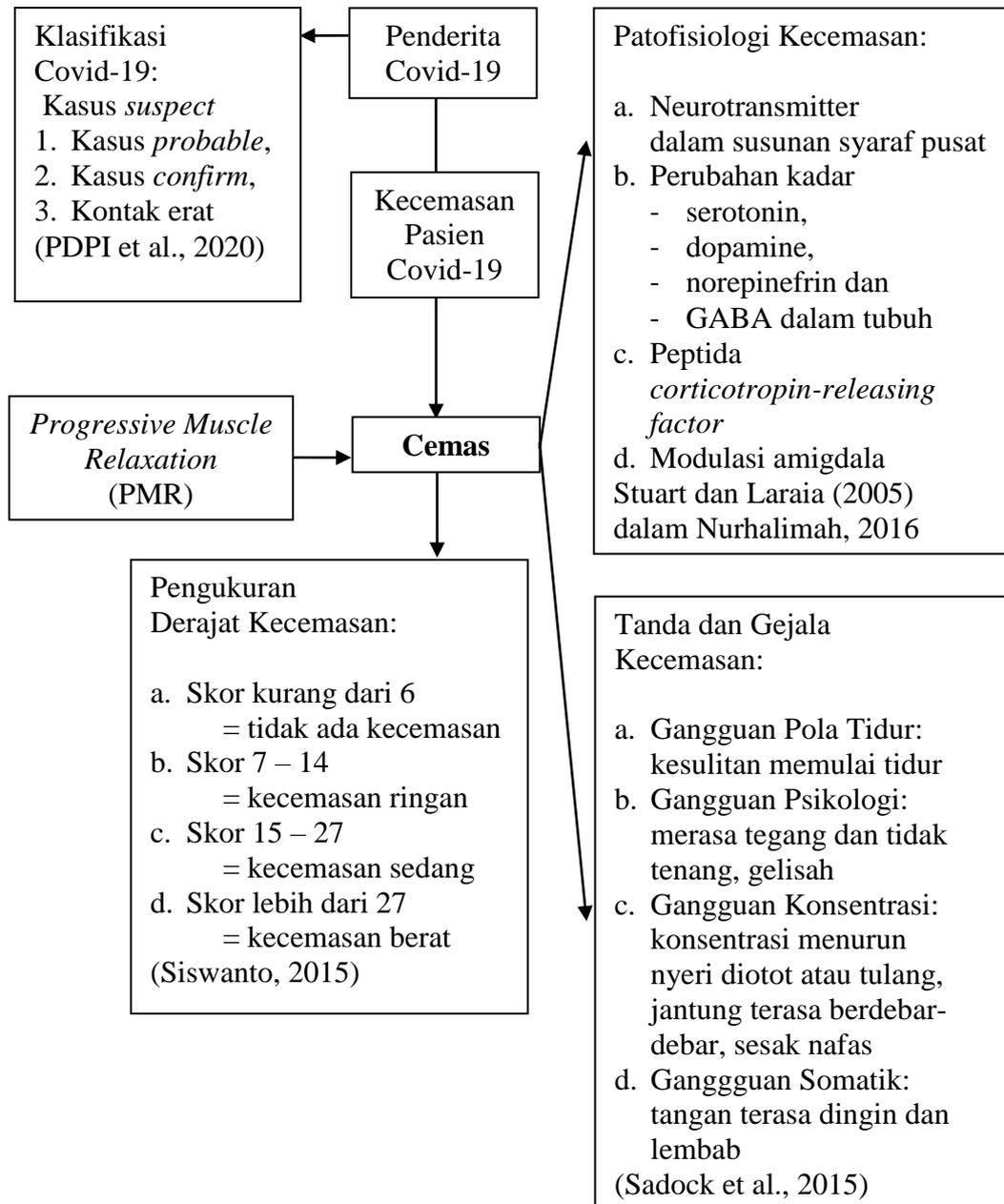
f) Buka jendela agar terjadi pertukaran sirkulasi udara

g) bersihkan sesering mungkin daerah yang tersentuh pasien misalnya gagang pintu dan lain sebagainya.

c. Farmakologi

- 1) Komorbid, dianjurkan rutin meminum terapi obat anti hipertensi golongan obat ACE inhibitor dan Angiotensin Reseptor Blocker berkonsultasi ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam atau Dokter Spesialis Jantung.
- 2) Vitamin C (untuk 14 hari), dengan pilihan;
 - a) tablet vitamin C non acidic 500 mg/6-8 jam oral (untuk 14 hari). Tablet isap vitamin C 500 mg/12 jam oral (selama 30 hari).
 - b) multivitamin yang mengandung vitamin C1-2 tablet/24 jam (selama 30 hari).
 - c) dianjurkan multivitamin yang mengandung vitamin C,B, E, Zink
- 3) Vitamin D
 - a) suplemen: 400 IU-1000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup)
 - b) obat: 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)
- 4) Obat suportif tradisional atau Obat Moderen Asli Indonesia teregistrasi di BPOM dipertimbangkan untuk diberikan dengan memperhatikan perkembangan kondisi pasien.
- 5) Obat yang memiliki sifat antioksidan dapat diberikan.

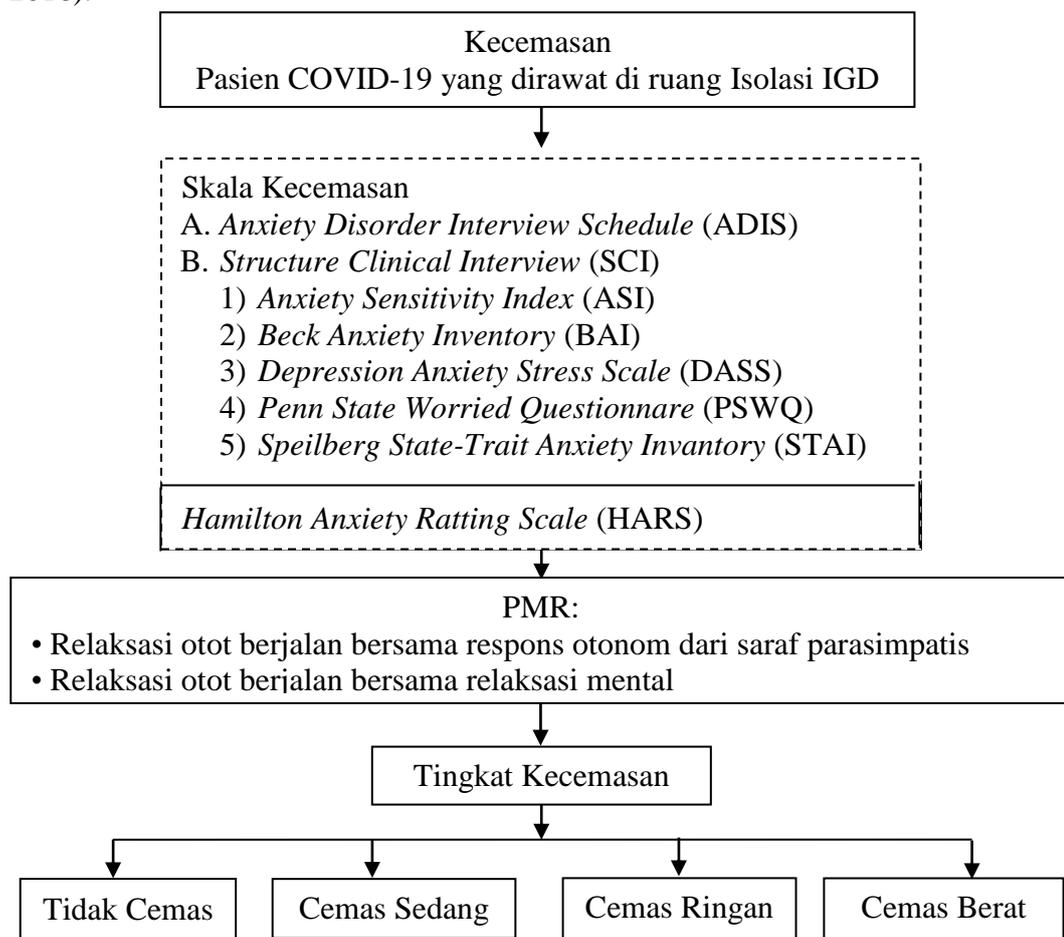
2.4 Kerangka Teoritis



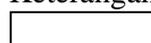
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) Terhadap Kecemasan Pasien Covid-19 Di Ruang Isolasi IGD

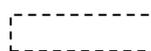
2.5 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual harus menggambarkan kedudukan variabel riset sebagai variabel masukan (input, bebas, independen), proses, keluaran (output, tergantung, dependen), dan dampak (outcome). Kerangka konseptual riset harus disusun sesuai kaidah umum dengan simbol atau gambar tertentu (Suprajitno, 2016).



Keterangan:

 : Diteliti

 : Tidak Diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) Terhadap Kecemasan Pasien Covid-19 Di Ruang Isolasi IGD

2.6 Hipotesis Penelitian

Sesuai dengan kerangka teori dan kerangka konseptual penelitian, maka akan ditentukan hipotesis atau jawaban sementara yang terkait dengan penelitian yang dilakukan, meliputi:

H1 : Tidak Terdapat pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) terhadap tingkat kecemasan pasien covid-19 di ruang isolasi IGD RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

H1 : Terdapat pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) terhadap tingkat kecemasan pasien covid-19 di ruang isolasi IGD RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.