

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Anestesi Umum

a. Pengertian Anestesi Umum

Anestesi umum merupakan tindakan meniadakan nyeri secara sentral disertai hilangnya kesadaran yang bersifat sementara (*reversible*). Anestesi umum menyebabkan mati rasa karena obat ini masuk ke jaringan otak dengan tekanan setempat yang tinggi. Anestesi umum mempunyai tujuan menghilangkan nyeri, membuat tidak sadar, dan menyebabkan amnesia yang bersifat *reversible* (Mangku, Senopathi, 2010). Penggunaan anestesi umum menyebabkan trias anestesi yaitu hipnosis (tidur), analgesia (bebas dari nyeri) dan relaksasi otot (Pramono, 2015).

b. Stadium Anestesi

Menurut Soenardjo, Witjaksono, Budi, Dwi (2013), anestesi dibagi ke dalam 4 stadium yaitu :

- 1) Stadium I (*Stadium Induksi atau Eksitasi Volunter*), dimulai dari pemberian agen anestesi sampai hilangnya kesadaran. Rasa takut dapat meningkatkan frekuensi nafas dan nadi, dilatasi pupil, dapat terjadi urinasi dan defekasi.
- 2) Stadium II (*Stadium Eksitasi Involunter*), dimulai dari hilangnya kesadaran sampai permulaan stadium pembedahan.

Pada stadium II terjadi eksitasi dan gerakan yang tidak menuruti kehendak, pernafasan tidak teratur, inkontinensia urine, muntah, midriasis, hipertensi dan takikardia.

3) Stadium III (Pembedahan/ Operasi), terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

a) Plana I yang ditandai dengan pernafasan yang teratur dan terhentinya anggota gerak. Tipe pernafasan thoraco – abdominal, reflek pedal masih ada, bola mata bergerak – gerak, palpebra, konjunctiva dan kornea terdepresi.

b) Plana II yang ditandai dengan respirasi thoraco – abdominal dan bola mata ventro medial semua otot relaksasi kecuali otot perut.

c) Plana III yaitu ditandai dengan respirasi reguler, abdominal, bola mata kembali ke tengah dan otot perut relaksasi.

d) Plana IV yaitu terjadinya paralisis semua otot interkostal sampai diafragma.

4) Stadium IV (Paralisis Medulla Oblongata atau *Overdosis*), ditandai dengan paralisis otot dada, pulses cepat dan pupil dilatasi. Bola mata menunjukkan gambaran seperti mata ikan karena terhentinya sekresi lakrimal.

c. Status Pasien Pre Anestesi Umum

Menurut ASA (*American Society Of Anesthesiologists*) (Mangku, Senopathi, 2010), klasifikasi berdasar status fisik pasien pre anestesi dibagi kedalam 5 kelompok atau kategori yaitu :

- 1) ASA 1 yaitu pasien dalam keadaan sehat yang memerlukan operasi.
- 2) ASA 2 yaitu pasien dengan kelainan sistemik ringan sampai sedang baik karena penyakit bedah maupun penyakit lainnya.
- 3) ASA 3 yaitu pasien dengan penyakit sistemik berat yang diakibatkan dari berbagai penyakit.
- 4) ASA 4 yaitu pasien dengan kelainan sistemik berat yang secara langsung mengancam kehidupannya.
- 5) ASA 5 yaitu pasien yang tidak diharapkan hidup setelah 24 jam walaupun dioperasi atau tidak.

Klasifikasi ASA juga dipakai dalam pembedahan darurat dengan mencantumkan tanda darurat (*E = Emergency*), misalnya ASA I E atau ASA III E

d. Jenis Anestesi Umum

Menurut Soerasdi (2010), jenis anestesi umum dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Anestesi Umum Inhalasi (*Volatile Inhalasi and Maintenance Anestesi/VIMA*)

Anestesi inhalasi merupakan gas atau cairan yang diberikan sebagai gas dipakai untuk menimbulkan anestesi umum. Gas-gas tertentu, seperti nitrous oksida dan siklopropan, cepat diabsorpsi bekerja dengan cepat, dan dieliminasi dengan cepat pula. Obat anestesi inhalasi meliputi *halothan*, *sevoflurane*, *isoflurane*, akan diubah dari cair ke gas menggunakan vaporizer pada mesin anestesi. Melalui aliran respirasi campuran gas atau obat anestesia tersebut bersama oksigen masuk ke aliran udara inspirasi pasien, mengisi seluruh rongga paru, selanjutnya mengalami difusi dari alveoli ke kapiler paru sesuai dengan sifat masing-masing gas.

2) Anestesi Umum Intravena (*Total Intravenous Anesthesia/TIVA*)

Anestesi umum dapat dihasilkan melalui suntikan intravena dari bermacam substansi seperti tiopental, propofol, ketamin. Agen anestetik intravena memiliki keuntungan yaitu tidak mudah meledak, memerlukan peralatan sedikit, dan mudah diberikan. Anestesi intravena sangat bermanfaat untuk produksi singkat tapi jarang digunakan dalam prosedur lama (Hurst, 2016).

3) Anestesi Umum seimbang (*combine*)

Anestesi seimbang/*balance anesthesia* adalah teknik anestesi dengan menggunakan kombinasi obat-obatan baik obat anestesi intravena maupun obat anestesi inhalasi untuk mencapai trias anestesi secara optimal dan berimbang. Trias anestesi itu meliputi efek hipnotis yaitu diperoleh dengan mempergunakan obat hipnotikum, efek analgesia yaitu diperoleh dengan menggunakan obat analgetik opiat, efek relaksasi diperoleh yaitu dengan mempergunakan obat pelumpuh otot (Mangku, Senopathi, 2010).

e. Efek Anestesi Umum

Efek anestesi umum meliputi sistem pernapasan, kardiovaskuler, termoregulasi, dan sistem lainnya. Gangguan pernapasan seperti penurunan ventilasi, obstruksi jalan nafas karena lidah jatuh ke belakang atau spasme laring, dan aspirasi. Pada kardiovaskuler juga berefek terjadinya hipotensi/hipertensi dan takikardi/bradikardi. Selain itu juga dapat terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Pemberian anestesi umum dapat menyebabkan munculnya permasalahan paska anestesi pada pasien antara lain mual, muntah, batuk kering, nyeri tenggorokan, pusing, nyeri kepala, nyeri punggung, gatal-gatal, lebam di area injeksi, dan hilang ingatan sementara (Goodman, Gilman, 2012)

f. Penilaian Paska Anestesi Umum

Kriteria yang umumnya dinilai pada saat observasi di ruang pemulihan adalah pergerakan anggota badan, pernafasan, sirkulasi, warna kulit dan kesadaran seperti skor alderet (lihat tabel). Skore alderet minimal sudah mencapai nilai 8 serta bebas nyeri dan muntah pasien dapat dipindahkan ke ruang perawatan.

Tabel 2.2 Aldrete Skore Pada Pasien Pasca Anestesi Umum

1.	Pergerakan anggota badan		
	a.	Gerakan bertujuan	2
	b.	Gerakan tak bertujuan	1
	c.	Diam	0
2.	Pernafasan		
	a.	Nafas baik, adekuat, menangis	2
	b.	Nafas depresi ringan	1
	c.	Nafas perlu dibantu	0
3.	Sirkulasi		
	a.	Tekanan darah berubah dibawah 20% pre operasi	2
	b.	Tekanan darah berubah 20 % – 50 % pre operasi	1
	c.	Tekanan darah berubah diatas 50 % pre operasi	0
4.	Warna kulit		
	a.	Merah muda	2
	b.	Pucat	1
	c.	Sianosis	0
5.	Kesadaran		
	a.	Sadar penuh	2
	b.	Bereaksi	1
	c.	Tidak bereaksi	0

Sumber : KEPMENKES RI NOMOR : 779/Menkes/SK/VIII/2008,tentang pelayanan anestesiologi dan reanimasi di rumah sakit.

2. Mual dan Muntah Paska Operasi

a. Pengertian

Mual muntah paska operasi adalah mual dan atau muntah yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah pembedahan (Miller, 2010). Mual dan muntah paska operasi merupakan efek samping yang paling sering setelah anestesi (Zainumi, 2009). Mual dan muntah paska operasi atau yang biasa disingkat PONV (*Post Operative Nausea and Vomiting*) merupakan dua efek tidak menyenangkan yang menyertai anestesia dan pembedahan (Chatterjee, Sengupta, 2011).

b. Patofisiologi Mual Muntah Paska Operasi

Menurut Smith, Erick, dan Benjamin, 2012, koordinator utama pusat muntah adalah kumpulan saraf – saraf yang berlokasi di medulla oblongata. Saraf – saraf ini menerima input dari :

- 1) *Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ)* di area postrema
- 2) Sistem vestibular (yang berhubungan dengan mabuk darat dan mual karena penyakit telinga tengah)
- 3) Nervus *vagus* (yang membawa sinyal dari traktus gastrointestinal)
- 4) Sistem *spinoreticular* (yang mencetuskan mual yang berhubungan dengan cedera fisik)

- 5) Nukleus traktus solitarius (yang melengkapi refleksi dari gag refleksi)

Kelima reseptor ini yang berperan terjadinya mual muntah paska operasi. Dari organ-organ tubuh seperti usus, saluran napas, saluran gastrointestinal, dan otak menstimulasi reseptor-reseptor yang akan memicu rangsangan kelima syaraf diatas. Syaraf-syaraf tersebut akan mengirimkan neurotransmitter dari zonanya masing-masing ke pusat muntah di medula oblongata. Rangsangan terhadap syaraf-syaraf tersebut bisa terjadi bersamaan atau hanya salah satu syaraf yang terstimulasi (Guyton, Hall, 2008).

Setelah stimulus sampai di pusat muntah, medula oblongata akan merespon balik pada syaraf simpatis dengan terjadinya tiga fase yakni :

- a) *Nausea*/mual adalah sensasi subyektif akan keinginan untuk muntah tanpa gerakan ekspulsif otot, jika berat akan berhubungan dengan peningkatan sekresi kelenjar ludah, gangguan vasomotor (takikardi), dan berkeringat (Miler, 2010).
- b) *Retching* adalah upaya kuat dan involunter untuk muntah, tampak sebagai gejala awal sebelum muntah. Upaya ini terdiri dari kontraksi spasmodik otot diafragma dan dinding perut serta dalam waktu yang sama terjadi relaksasi LES (lower esophageal sphincter). Sfingter ini juga tertarik ke

atas oleh kontraksi otot longitudinal dari bagian atas esofagus (Fitrah 2014).

- c) *Vomiting* atau muntah adalah keluarnya isi lambung melalui mulut akibat kontraksi otot esofagus (Miler, 2010).

c. Faktor Risiko Mual dan Muntah Paska Operasi

Menurut Chandra, 2012 hal – hal yang dapat berhubungan dengan mual muntah adalah :

1) Faktor – faktor pasien

- a) Umur : insidensi mual dan muntah paska operasi 5% pada bayi, 25% pada usia dibawah 5 tahun, 42 – 51% pada umur 6 – 16 tahun dan 14 – 40% pada dewasa. Usia dewasa di mulai dari masa remaja akhir sampai dengan dewasa akhir yakni rentang usia 18-45 tahun (Depkes, 2009).
- b) Gender : wanita dewasa akan mengalami mual dan muntah paska operasi 2 – 4 kali lebih mungkin dibandingkan laki – laki, kemungkinan karena hormon perempuan yang lebih mudah terstimulasi.
- c) Obesitas : dilaporkan bahwa pada pasien tersebut lebih mudah terjadi mual dan muntah paska operasi baik karena adipos yang berlebihan sehingga penyimpanan obat – obat anestesi atau produksi estrogen yang berlebihan oleh jaringan adipos.

- d) *Motion sickness* : pasien yang mengalami motion sickness seperti mabuk perjalanan sekitar 61 % lebih mungkin terkena mual dan muntah paska operasi.
- e) Perokok : bukan perokok akan lebih cenderung mengalami mual dan muntah paska operasi sekitar 39 % dibanding perokok (Rahman, Beattie, 2014).

2) Faktor pembedahan

- a) Pada pembedahan abdomen sekitar 40-60%. Sedangkan pada pembedahan ginekologi didapatkan kejadian PONV yang tinggi yakni 65%. Kejadian PONV dengan pembedahan THT (tonsilektomi dan adenoidektomi) pada anak-anak lebih tinggi yakni 76%.
- b) Durasi operasi (setiap 30 menit penambahan waktu resiko mual dan muntah paska operasi meningkat sampai 60%).

3) Faktor anestesi

- a) Intubasi : Stimulasi mekanoreseptor faringeal bisa menyebabkan muntah
- b) Kedalaman anestesi atau inflasi gaster pada saat ventilasi dengan masker bisa menyebabkan muntah
- c) Perubahan posisi kepala setelah bangun akan merangsang vestibular
- d) Obat – obat anestesi : Opioid adalah obat penting yang berhubungan dengan mual dan muntah paska operasi.

Obat pelumpuh otot golongan non depolarizing bisa digunakan pada prosedur anestesi general, dimana terdapat penggunaan obat penghambat kolinesterase sebagai antagonis obat pelumpuh otot tersebut. Obat penghambat kolinesterase dapat meningkatkan mual dan muntah paska operasi. Selain itu obat anestesi intravena 60% lebih sering menimbulkan respon mual muntah paska anestesi.

- e) Agen anestesi inhalasi : eter dan cyclopropane menyebabkan insiden mual dan muntah paska operasi yang tinggi karena katekolamin. Pada sevoflurane, enflurane, desflurane dan halothane dijumpai angka kejadian mual dan muntah paska operasi yang lebih rendah. N₂O mempunyai peranan yang dalam terjadinya mual dan muntah paska operasi. Nitrous oksida juga masuk ke rongga – rongga pada operasi telinga dan saluran cerna, yang dapat mengaktifkan sistim vestibular dan meningkatkan pemasukan ke pusat muntah (Gilman, 2012).

d. Klasifikasi Mual Dan Muntah Paska Operasi

Menurut Asosiasi Perawat Paska Anestesi Amerika (ASPAN), kejadian mual dan muntah paska operasi berdasarkan waktu timbulnya digolongkan sebagai berikut :

1) *Early*

Adalah mual dan muntah paska operasi yang timbul pada 2 – 6 jam setelah pembedahan, biasanya terjadi pada fase 1 *PACU* (*Post Anestesi Care Unit*). Pada tahap ini respon mual muntah sampai ke titik puncak karena perubahan hemodinamik yang signifikan muncul pada fase awal yang memicu mual muntah pada 6 jam pertama paska anestesi (Gondim, 2009).

2) *Late*

Adalah mual dan muntah paska operasi yang timbul pada 6 – 24 jam setelah pembedahan, biasanya terjadi di ruang pemulihan atau ruang perawatan paska bedah.

3) *Delay*

Adalah mual dan muntah yang timbul setelah 24 jam paska pembedahan.

e. Dampak Mual Muntah Paska Operasi

Menurut Gordon dalam Prabowo (2017), mual dan muntah paska operasi hampir selalu sembuh sendiri dan tidak fatal, namun mual dan muntah paska operasi dapat menyebabkan dehidrasi, ketidak seimbangan elektrolit, tegang jahitan, perdarahan, hipertensi

pembuluh darah, ruptur esophagus dan permasalahan jalan nafas. Hal ini berakibat pada penundaan pemulangan pasien yang berdampak pada peningkatan biaya perawatan.

Selain itu dampak lain mual muntah paska operasi yakni, apabila muntah masuk ke dalam saluran pernafasan maka dapat berakibat fatal. Dalam keadaan normal refleks muntah dan batuk dapat mencegahnya, tetapi apabila pasien sedang diberikan terapi obat-obat anestesi hal ini dapat mengganggu refleks pelindung tersebut. Pasien biasanya merasakan sesak nafas. Akibat muntah yang terus menerus dapat menyebabkan pasien dehidrasi. Hipokalemia terjadi karena lambung kehilangan asam (proton) dan alkalosis metabolik terjadi karena penurunan klorida tetapi HCO_3^- dan CO_2 masih tinggi sehingga menyebabkan pH darah meningkat (Gondim, Japiassu, Portatie, 2009).

f. Penilaian Respon Mual Dan Muntah Paska Operasi

Menurut Gordon (Prabowo : 2017), respon mual dan muntah paska operasi dengan anestesi umum dapat dinilai dengan sistim skoring, yaitu :

- Skor 0 : Bila responden tidak merasa mual dan muntah
- Skor 1 : Bila responden merasa mual saja
- Skor 2 : Bila responden mengalami retching/ muntah
- Skor 3 : Bila responden mengalami mual ≥ 30 menit dan muntah ≥ 2 kali.

g. Penatalaksanaan Mual dan Muntah Paska Operasi

Penatalaksanaan mual muntah paska operasi dapat menggunakan pendekatan terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi farmakologi dengan memberikan obat anti emetik dengan mempertimbangkan kondisi pasien. Sedangkan tindakan nonfarmakologi yang dapat dilakukan ialah tindakan manajemen airway dan terapi komplementer (Gan, 2009)..

1) Terapi farmakologi

Beberapa obat yang digunakan untuk mengatasi mual muntah paska operasi adalah golongan kortikosteroid (dexamethasone) dan golongan antagonis serotonin (ondansentron). Untuk pasien dengan risiko tinggi mual dan muntah pasca operasi maka dapat dipertimbangkan penggunaan kombinasi dua atau tiga antiemetik. Bila terjadi kegagalan profilaksis mual dan muntah pasca operasi maka dianjurkan jangan diberikan terapi antiemetik yang sama dengan obat profilaksis, tapi pakai obat yang bekerja pada reseptor yang berbeda (Goodman & Gilman, 2012).

2) Terapi non farmakologi

a) Manajemen airway

Manajemen airway digunakan untuk mengantisipasi komplikasi mual muntah paska anestesi umum agar tidak menimbulkan gangguan jalan nafas maupun pernapasan. Pertama adalah memposisikan kepala pasien miring untuk

mencegah aspirasi dan mencegah lidah jatuh ke belakang yang akan menutup jalan nafas. Kedua, dapat dilakukan tindakan *suction* untuk mengeluarkan isi muntahan pasien agar tidak terjadi obstruksi jalan nafas. Ketiga, lakukan pemantauan kontinyu status hemodinamik dan keadaan umum pasien (Gan, 2009).

b) Terapi komplementer

Pengobatan komplementer adalah pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan, dan efektifitas yang sesuai dengan ilmu biomedik (Permenkes No. 1109/MENKES/PER/IX/2007). Perawat memiliki peran penting dalam penyelenggaraan praktik terapi komplementer yakni sesuai dengan Undang-Undang Keperawatan No. 38 tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan pasal 30 ayat (2) huruf m yang berbunyi “dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, perawat berwenang melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif”.

Terapi komplementer yang dapat mengurangi mual muntah adalah massage, aromaterapi, akupresur, dan akupuntur. Terapi komplementer tersebut dapat digunakan dalam pelayanan asuhan keperawatan dalam mencegah mual muntah pada pasien paska operasi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Supatmi, Agustiningsih 2015)..

3. Akupresur

a. Definisi Akupresur

Akupresur merupakan penekanan pada titik tertentu (yang dikenal dengan nama *acupoint*) dengan menggunakan telunjuk maupun ibu jari untuk menstimulasi aliran energi dimeridian, yang penggunaannya sangat aman dan efektif, mudah dipelajari, dan juga membutuhkan waktu yang sedikit untuk menerapkannya. (Sukanta, 2008)

Akupresur atau yang biasa dikenal dengan terapi totok atau tusuk jari dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu pada tubuh. Terapi akupresur merupakan pengembangan dari ilmu akupuntur, sehingga pada prinsipnya metode terapi akupresur sama dengan akupuntur yang membedakannya terapi akupresur dilakukan dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik saraf di tubuh dan tidak

menggunakan jarum dalam proses pengobatannya (Fengge, 2012).

b. Komponen Dasar Akupresur

Menurut Fengge (2012) ada tiga komponen akupresur yakni, *Ci Sie*, sistem meridian, dan titik akupresur.

1) *Ci Sie* (Energi Vital)

Ci sering diartikan sebagai zat-zat sari makanan dan *Sie* adalah darah sehingga secara singkat *Ci Sie* sering disebut dengan energi vital.

2) Sistem Meridian

Sistem meridian adalah saluran energi vital yang melintasi seluruh bagian tubuh seperti jaring laba-laba yang membujur dan melintang untuk menghubungkan seluruh bagian tubuh.

3) Titik Akupresur

Titik akupresur ialah bagian atau lokasi di tubuh sebagai tempat berakumulasinya energi vital. Pada titik akupresur inilah yang dilakukan pemijatan terapi akupresur. Di dalam tubuh kita terdapat 360 titik akupresur yang terletak dipermukaan tubuh dibawah kulit.

a) Titik akupresur umum, titik ini terdapat disepanjang saluran meridian.

b) Titik akupresur istimewa, titik ini adalah titik yang berserakan (tidak menentu), ada yang dijalur meridian ada yang tidak.

c) Titik nyeri (*Yes Point*), titik nyeri berada di daerah keluhan (daerah yang mengalami masalah).

4) Menurut Handoko (2008), penentuan titik akupresur dengan patokan ukuran *Cun* dan Jari-jari tangan. 1 cun sama dengan 2,5cm.

c) 1 cun terdiri dari 1 jari, yakni 1 ibu jari

d) 1,5 cun terdiri dari dua jari, yakni jari tengah dan jari telunjuk.

e) 2 cun terdiri dari 3 jari yakni jari tengah, jari telunjuk, dan jari manis atau sama dengan 5cm.

f) 3 Cun terdiri dari 4 jari yakni jari tengah, telunjuk, jari manis, dan kelingking.

c. Tujuan Akupresur

Teknik pengobatan akupresur ini bertujuan untuk membangun kembali sel-sel dalam tubuh yang melemah serta mampu membuat sistem pertahanan dan meregenerasi sel tubuh. (Fengge, 2012).

d. Manfaat Akupresur

Akupresur terbukti bermanfaat untuk pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, rehabilitasi (pemulihan), dan

meningkatkan daya tahan tubuh. Akupresur dapat mengatasi stres, kecemasan, nyeri, mual muntah, dan gejala-gejala penyakit lainnya. (Iwan, 2011).

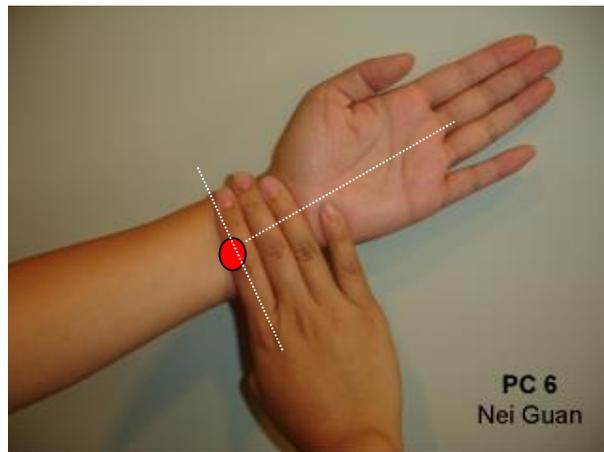
e. Akupresur untuk Mual Muntah

Menurut Fengge (2012), akupresur dapat mengatasi mual muntah baik mencegah maupun mengurangi dengan memberikan rangsangan penekanan (pemijatan) pada titik tertentu pada tubuh. Titik yang sering dipijat untuk menurunkan mual muntah adalah titik P6 (Perikardium) dan titik St36 (lambung). Titik P6 terletak dijalur meridian selaput jantung. Meridian selaput jantung memiliki 2 cabang, sebuah cabangnya masuk ke selaput jantung dan jantung, kemudian terus kebawah menembus diafragma, ke ruang tengah bawah perut.

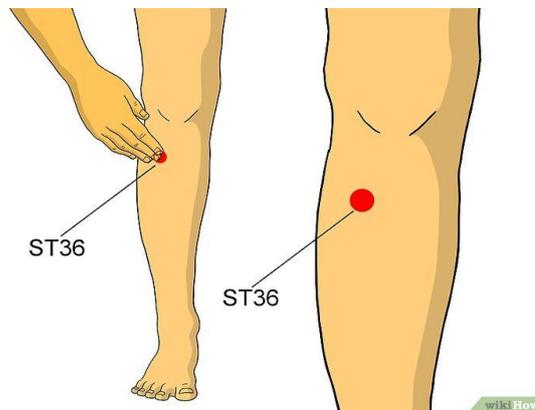
Stimulasi titik akupresur P6 (Nei Guan) dapat memediasi pelepasan β -endorfin dalam cairan serebrospinal, yang memperkuat aksi antiemetik endogen dari reseptor μ . Kemudian reseptor tersebut akan mempengaruhi langsung CTZ yang akan meneruskan transmitter ke pusat mual muntah di otak dan medula oblongata untuk menurunkan respon mual muntah (Nunley, Wakim, Guinn, 2008).

Efek penurunan respon mual muntah bersifat individual. Efek tersebut tergantung lama pemijatan, frekuensi pemijatan, dan titik akupresur itu sendiri. Dalam sebuah penelitian yang

dilakukan oleh *Michael Reed* tahun 1981 batas efek akupresur adalah 30 menit sampai dengan 1 jam jika pemijatan dilakukan selama 3 menit (Hoffmann, Murray, Beck, Homann, 2017) .



Gambar. 2.1 Titik Akupresur P6



Gambar 2.2 Titik Akupresur St. 36

f. Prosedur Tindakan Akupresur

Menurut Fengge (2012), prosedur akupresur yang harus diperhatikan adalah :

- 1) Mengkaji kondisi umum penderita. Sebaiknya penderita dalam keadaan yang rileks tidak dalam keadaan emosional.

- 2) Posisi pasien dalam kondisi duduk atau berbaring dalam keadaan nyaman dan aman. Posisi akupresuris hendaknya dalam keadaan yang bebas bergerak dan nyaman untuk melakukan tindakan akupresur, tangan akupresuris dicuci bersih, kuku jari tidak boleh panjang dan tajam.
- 3) Seorang akupresuris juga harus menentukan titik akupresur dengan tepat, mengetahui reaksi apa yang perlu ditimbulkan menguatkan (*yang*) atau melemahkan (*yin*) (Sukanta, 2008).
- 4) Selanjutnya, pijatan bisa dilakukan setelah menemukan titik meridian yang tepat sesuai dengan keluhan yang dialami pasien. Dalam akupresur pijatan bisa menggunakan jari tangan (ibu jari dan jari telunjuk). Pijatan untuk menguatkan (*yang*) dapat dilakukan maksimal 30 kali penekanan, untuk masing masing titik titik dan pemutaran pemijatannya sesuai arah jarum jam sedangkan pijatan yang berfungsi melemahkan (*yin*) dapat dilakukan minimal 50 kali tekanan dan cara pemijatannya berlawanan jarum jam. Penekanan pada awal harus dengan lembut secara bertahap semakin kuat (Fengge, 2012).

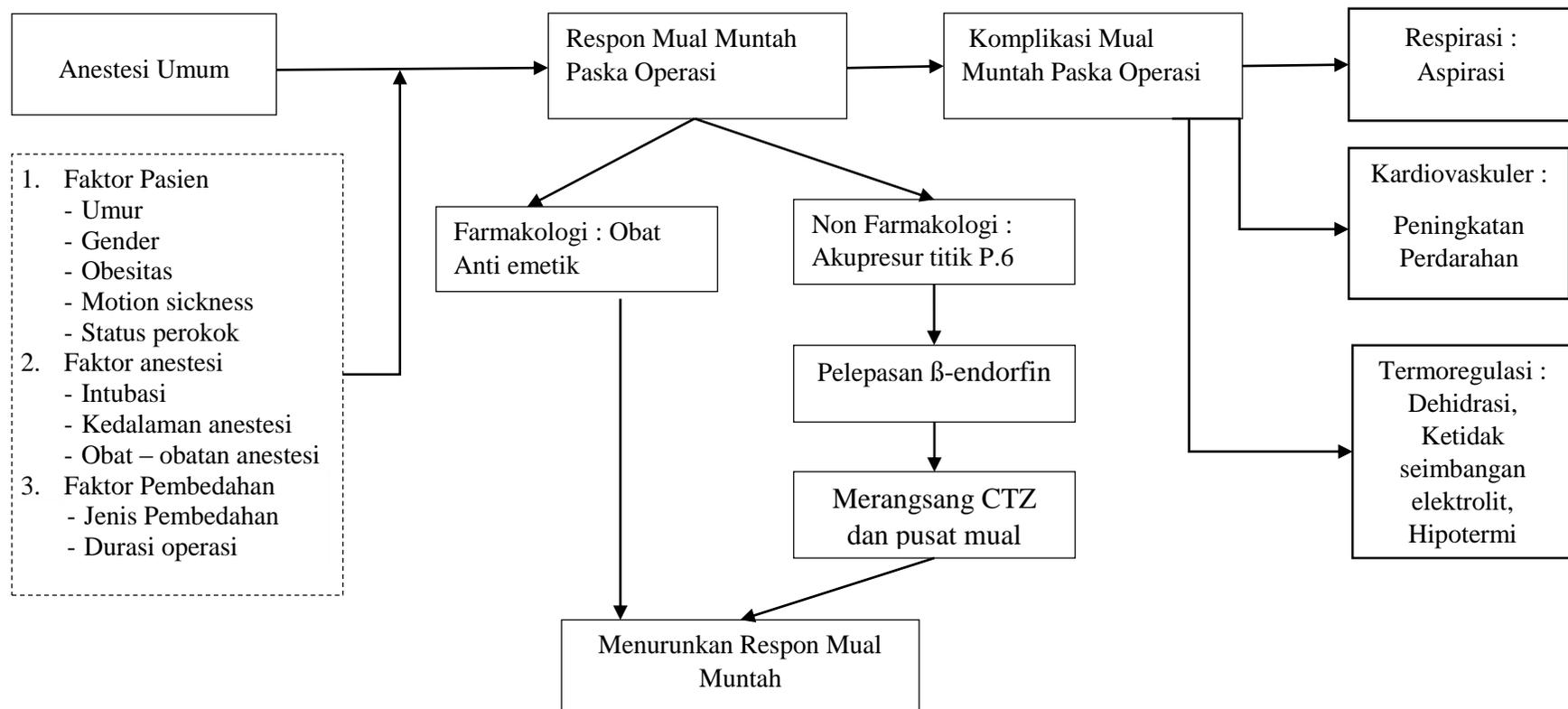
Menurut penelitian Michael Reed 1981 kepada 40 responden yang dilakukan akupresur pada titik P.6 dilakukan pijatan dengan tekanan 1 ibu jari dengan rentang 1-20mm disimpulkan bahwa penekanan sedalam 5-20mm pada titik P.6 (Nei Guan) sudah memberikan efek pelepasan beta endorphin (Hoffmann, Murray, Beck, Homann, 2017).

g. Kontraindikasi

Akupresur merupakan terapi yang dapat dilakukan dengan mudah dan efek samping yang minimal. Meskipun demikian, akupresur tidak boleh dilakukan pada bagian tubuh yang luka, bengkak, tulang retak atau patah, dan kulit yang terbakar. Pijatan juga tidak boleh dilakukan pada keadaan emosional, perut terlalu kenyang, ataupun sedang hamil (Fengge, 2012)

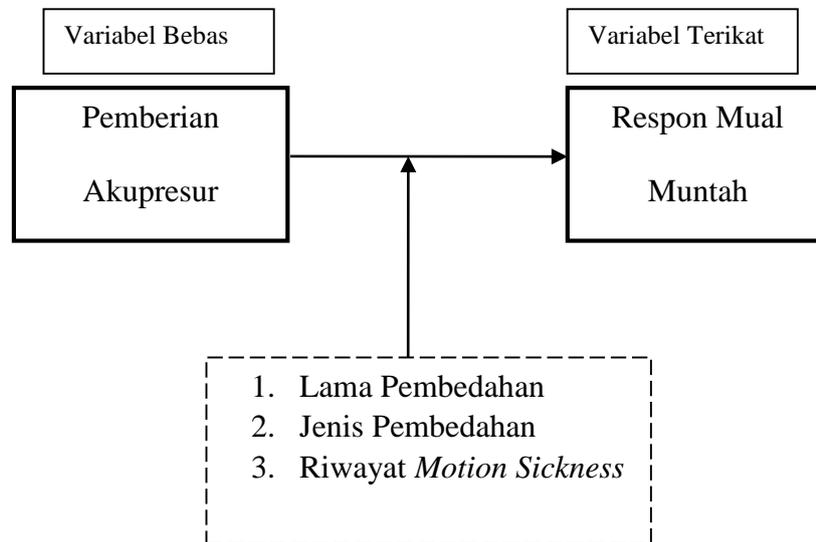
B. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan diatas, maka kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut : Gambar Skema 2.3 Teori Pengaruh Akupresur Terhadap Mual Muntah Paska Anestesi Umum

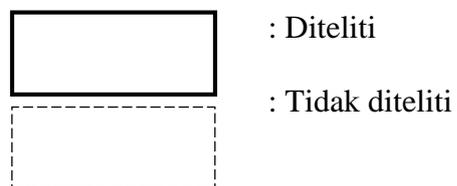


Sumber : Fengge, (2012), Smith, (2012), Candra (2012), Hoffman (2008) (Nunley, Wakim, Guinn, 2008).

C. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Ada pengaruh pemberian terapi akupresur terhadap kejadian mual muntah paska anestesi umum di RSUD Wates Kulon Progo (Ha)

