



TERAPI KOMPLEMENTER

KONSEP DAN APLIKASI DALAM KEPERAWATAN



Siti Utami Dewi • Masruroh • Karina Megasari Winahyu
Herin Mawarti • Dian Yuniar Syanti Rahayu
Dewi Damayanti • Ressa Andriyani Utami • Mukhamad Rajin
Novita Verayanti Manalu • Dewi Yuliana

TERAPI KOMPLEMENTER

KONSEP DAN APLIKASI DALAM KEPERAWATAN



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perfilman dan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Terapi Komplementer

Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan

Siti Utami Dewi, Masruroh, Karina Megasari Winahyu

Herin Mawarti, Dian Yuniar Syanti Rahayu

Dewi Damayanti, Ressa Andriyani Utami, Mukhamad Rajin

Novita Verayanti Manalu, Dewi Yuliana



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Terapi Komplementer

Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Siti Utami Dewi, Masruroh, Karina Megasari Winahyu

Herin Mawarti, Dian Yuniar Syanti Rahayu

Dewi Damayanti, Ressa Andriyani Utami, Mukhammad Rajin

Novita Verayanti Manalu, Dewi Yuliana

Editor: Matias Julyus Fika Sirait & Janner Simarmata

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Siti Utami Dewi., dkk.

Terapi Komplementer: Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xii; 164 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-643-5

Cetakan 1, November 2022

- I. Terapi Komplementer: Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Alhamdulillah, Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas rahmat dan Hidayah-Nya penyusunan Buku “Terapi Komplementer: Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan” ini dapat diselesaikan tanpa ada halangan berarti. Buku ini disusun atas kerjasama dan kolaborasi dosen dari berbagai institusi perguruan tinggi di Indonesia.

Peningkatan status kesehatan masyarakat dapat dicapai melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara berkesinambungan. Salah satu upaya peningkatan kesehatan yang saat ini sedang diminati masyarakat adalah terapi komplementer. Keberadaan terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi isu menarik di beberapa negara.

Alasan masyarakat menggunakan terapi ini antara lain karena keyakinan, finansial, reaksi obat kimia dan tingkat kesembuhan. Profesi perawat memiliki peluang terlibat dalam terapi ini, namun demikian memerlukan dukungan dari hasil-hasil penelitian (evidence-based practice). Terapi komplementer telah didukung berbagai teori keperawatan seperti teori Nightingale, Roger, Leininger, dan teori lainnya. Terapi komplementer dapat digunakan pada berbagai level pencegahan dan perawat dapat berperan sesuai kebutuhan klien.

Buku ini berisikan informasi mengenai terapi komplementer, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin Kesehatan yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan dengan pemberian terapi komplementer, yang disusun menjadi 10 bab, yaitu:

Bab 1 Konsep Terapi Komplementer

Bab 2 Aspek Legalitas Terapi Komplementer

Bab 3 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Terapi Komplementer

Bab 4 Terapi Komplementer Dengan Sistem Medis Kuno

Bab 5 Terapi Komplementer Dengan Teknik Mind and Body

Bab 6 Terapi Komplementer Berbasis Biologis

Bab 7 Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh

Bab 8 Terapi Energi

Bab 9 Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan

Bab 10 Tren Isu Terkini Bidang Keperawatan Komplementer

Pada Kesempatan ini pula, perkenankan tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Penerbit Yayasan Kita Menulis yang telah menerbitkan buku ini, dan semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan buku ini sehingga dapat selesai dan dapat berguna sebagaimana mestinya.

Akhirnya, semoga buku ini bermanfaat bagi profesi kesehatan dan segenap pembaca dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pemberian terapi komplementer. Demi penyempurnaan buku ini, penulis mengharapkan adanya masukan dan saran yang membangun untuk pengembangan buku ini sebagai acuan pembelajaran serta pengembangan dunia profesi keperawatan.

Jakarta, November 2022

Penulis
Siti Utami Dewi

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	xi

Bab 1 Konsep Terapi Komplementer

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Terapi Komplementer	3
1.3 Perkembangan Terapi Komplementer	5
1.4 Pemilihan Metode Terapi Komplementer	7
1.5 Hubungan Keperawatan dan Terapi Komplementer	10

Bab 2 Aspek Legalitas Terapi Komplementer

2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Aspek Legal Terapi Komplementer.....	17

Bab 3 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Terapi Komplementer

3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Peran Tenaga Kesehatan	24
3.3 Tanggung Jawab Perawat Dalam Menyediakan Terapi Komplementer	26
3.4 Peran Di Pelayanan Primer.....	28
3.4.1 Peran di Rumah Sakit (RS).....	29
3.4.2 Peran di Panti Sosial	31
3.5 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Penelitian Terapi Komplementer	32

Bab 4 Terapi Komplementer Dengan Sistem Medis Kuno

4.1 Pendahuluan.....	33
4.2 Sejarah dan Budaya Tentang Pengobatan Integratif.....	34
4.3 Sejarah Kedokteran Akademik Versus Pengobatan Alternatif.....	41
4.4 Metode Pengobatan Alternatif.....	42

Bab 5 Terapi Komplementer Dengan Teknik Mind and Body

5.1 Pendahuluan.....	51
5.2 Jenis Jenis Terapi Mind and Body	52

Bab 6 Terapi Komplementer Berbasis Biologis

6.1 Pendahuluan	57
6.2 Konsep Terapi Komplementer	58
6.3 Terapi Komplementer Berbasis Biologis	60
6.3.1 Aromatherapy	61
6.3.2 Obat-Obatan Medicine (Herbal Medicine).....	63
6.3.3 Makanan Fungsional dan Nutraceuticals (Functional Foods and Nutraceuticals).....	66

Bab 7 Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh

7.1 Pendahuluan	73
7.2 Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh.....	74

Bab 8 Terapi Energi

8.1 Pendahuluan	83
8.2 Terapi Cahaya	84
8.3 Terapi Magnet.....	88
8.4 Pijat Refleksi	92
8.5 Terapi Accupoint	97

Bab 9 Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan

9.1 Pendahuluan	103
9.2 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Pendidikan	104
9.3 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan.....	110
9.4 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Penelitian Keperawatan	113

Bab 10 Tren Isu Terkini Bidang Keperawatan Komplementer

10.1 Pendahuluan	121
10.2 Domain Umum Yang Diterapkan Tai Chi	122
10.3 Karakteristik Gerakan Tai Chi.....	130
10.4 Pengaruh Latihan Tai Chi Pada Fungsi Kekebalan Tubuh Dan Peradangan	134

Daftar Pustaka	135
Biodata Penulis	159

Daftar Gambar

Gambar 8.2: Hubungan Bagian Seluruh Tubuh Dengan Titik Refleksi Pada Kaki	93
Gambar 8.3: Teknik Thumb Walking.....	95
Gambar 8.4: Tehnik Hook and Back Up	96
Gambar 8.5: Beberapa Teknik Pemijatan Akupressur.....	102

Daftar Tabel

Tabel 4.1: Lima Elemen Feng Shui.....	38
Tabel 7.1: Prosedur Tindakan Manipulasi Tubuh.....	82
Tabel 8.1: Metode Penerapan Magnet	90

Bab 1

Konsep Terapi Komplementer

1.1 Pendahuluan

Pelayanan Kesehatan selalu menghadapi transformasi searah dengan perkembangan ilmu pengetahuan serta pula teknologi kesehatan. Tidak hanya itu, kompleksitas kasus kesehatan yang dihadapi masyarakat pula menuntut adanya respons yang efisien dari jasa kesehatan serta tenaga kesehatan. Kapasitas profesional perawatan kesehatan guna mengantisipasi keinginan masyarakat akan mutu layanan perawatan kesehatan, serta melengkapi kebutuhan dengan intervensi yang teruji secara keilmuan merupakan kunci keberhasilan serta mutu layanan perawatan kesehatan yang efisien.

Pengobatan Komplementer akhir-akhir ini menjadi isu banyak negara. pemanfaatan pengobatan komplementer di seluruh dunia dalam beberapa tahun terakhir ini melonjak. Di Indonesia, kemajuan pemanfaatan pengobatan komplementer serta alternatif oleh masyarakat menghadapi kenaikan. Hasil (Kemenkes, 2013), proporsi rumah tangga yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yakni 30,4% dengan kategori pelayanan yang setidaknya banyak dibubuhkan yakni keterampilan tanpa alat 77,8%.

Pengobatan komplementer memiliki kemampuan yang cukup besar guna dikembangkan dalam sistem pelayanan kesehatan khususnya perawat guna

menghasilkan tujuan pembangunan kesehatan nasional sesuai dengan keterampilan serta batasan kewenangannya.

Pengobatan alternatif/komplementer adalah sebutan umum bermacam praktik atau produk yang rata-rata tidak didapati sebagai pengobatan medis/konvensional. perubahan pengobatan komplementer akhir-akhir ini jadi sorotan banyak negara serta jadi salah satu opsi pengobatan masyarakat. Hal ini berlangsung karena masyarakat berharap memperoleh pelayanan yang sesuai dengan pilihannya, akibatnya apabila keinginannya terpenuhi akan berpengaruh pada kepuasan. Hal ini bisa menjadi peluang untuk perawat guna berperan memberikan pengobatan komplementer (Wijaya et al., 2022).

Penyebab yang melandasi pengobatan komplementer sebagai pilihan masyarakat yakni karena pengobatan komplementer dianggap sebagai pengobatan holistik intinya tidak hanya memperbaiki situasi sakitnya tapi pengobatan ini pula ikut serta dalam pemeliharaan bio, psikanya, tidak hanya alasan di atas masyarakat juga mau ikut serta langsung dalam pengambilan keputusan dalam penyembuhan serta peningkatan mutu hidupnya.

Beberapa penyebab klasik diatas, diikuti dengan sebagian kasus yang terjadi seperti dikatakan oleh Lindquist, Snyder and Tracy (2014) jika terdapat 82% klien memberi tahu terdapatnya respon efek samping dari penyembuhan konvensional yang didapat akibatnya mereka bergeser pada pengobatan komplementer.

Pengobatan komplementer ataupun alternatif menjadi bagian penting dalam pelayanan kesehatan di dunia. *World Health Organization* yang adalah salah satu organisasi kesehatan dunia pernah menganjurkan pemakaian obat tradisional termasuk herbal dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat, pencegahan, serta pemulihan penyakit, terutama bagi penyakit kronik, penyakit degeneratif serta kanker, *World Health Organization* juga menunjang upaya kenaikan keamanan serta manfaat obat tradisional.

Data dunia membuktikan Amerika Serikat serta negara sekitarnya tercantum 627 juta orang merupakan konsumen pengobatan alternatif serta 386 juta orang yang mengunjungi praktik konvensional. Fakta lain menyebut terjadi kenaikan jumlah konsumen pengobatan komplementer di Amerika dari 33% terdapat tahun 1991 menjadi 42% di tahun 1997 (Lindquist, Snyder and Tracy, 2014).

Indonesia sendiri, merupakan negara yang memiliki keanekaragaman adat sehingga dapat menciptakan bermacam pengobatan komplementer, serta pernah memajukan pemanfaatan pengobatan komplementer, rumah sakit

Dharmais serta 12 rumah sakit lain yang ada di Jakarta pernah ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan guna mengembangkan pengobatan komplementer ini (Wijaya et al., 2022).

Tingginya keinginan masyarakat akan terapi komplementer pada bermacam ranah perawatan serta meningkatnya riset pada pengobatan komplementer, sehingga hal ini menjadi peluang emas bagi perawat guna berperan serta sesuai kebutuhan masyarakat. Dalam perihal ini perawat bisa berperan aktif sebagai konsultan untuk masyarakat guna memilih pengobatan komplementer yang tepat untuk masyarakat.

1.2 Pengertian Terapi Komplementer

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengobatan adalah upaya untuk memperbaiki kesehatan orang yang tengah sakit, penyembuhan penyakit, serta pemeliharaan penyakit. Komplementer adalah bersifat menyempurnakan, dan bersifat melengkapi. Pengobatan komplementer dilakukan dengan tujuan menyempurnakan pengobatan kedokteran konvensional serta bersifat rasional yang tidak berlawanan dengan nilai serta hukum kesehatan di Indonesia. Standar praktik pengobatan komplementer pernah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Menurut WHO (World Health Organization), pengobatan komplementer yaitu pengobatan non konvensional yang bukan bersumber dari negara yang bersangkutan, sehingga untuk Indonesia jamu misalnya, bukan termasuk pengobatan komplementer tapi yakni pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang ditujukan yaitu pengobatan yang sudah dari jaman dahulu digunakan serta diturunkan sebagai turun temurun pada sebuah negara.

Terapi komplementer yakni merupakan suatu cara penanggulangan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain di luar pengobatan medis yang konvensional. Terapi ini pada dasarnya bertujuan untuk memperbaiki fungsi sistem-sistem tubuh, terutama sistem kekebalan dan pertahanan tubuh, agar tubuh dapat menyembuhkan dirinya sendiri (Hidayat, 2019).

Berdasarkan data yang bersumber dari Badan Kesehatan Dunia pada tahun 2005, terdapat 75 – 80% dari seluruh penduduk dunia pernah menjalani

pengobatan non-konvensional. Di Indonesia sendiri, kepopuleran pengobatan non-konvensional, termasuk pengobatan komplementer ini, bisa diperkirakan dari mulai menjamurnya iklan-iklan terapi non-konvensional di berbagai media (Irawan, Rahayuwati and Yani, 2017).

Terapi komplementer adalah sebuah kelompok dari macam-macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktik dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional (Stianto et al., 2021). pengobatan komplementer merupakan bidang ilmu kesehatan yang bertujuan untuk menanggulangi bermacam penyakit dengan cara konvensional, yang juga diketahui sebagai pengobatan alternatif. Pengobatan komplementer tidak dilakukan dengan tindakan bedah serta obat komersial yang dihasilkan dengan cara masal, tapi lazimnya memakai bermacam kategori pengobatan serta obat herbal (Putri and Amalia, 2019).

Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Komplementer adalah penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern. Terminologi ini dikenal sebagai terapi modalitas atau aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan. Terapi komplementer juga ada yang menyebutnya dengan pengobatan holistik. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang memengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Sudarmiati and Fithriana, 2014).

Pendapat lain menyebutkan terapi komplementer dan alternatif sebagai sebuah domain luas dalam sumber daya pengobatan yang meliputi sistem kesehatan, modalitas, praktik dan ditandai dengan teori dan keyakinan, dengan cara berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada (Complementary and alternative medicine/CAM Research Methodology Conference) tahun 1997 (Lindquist, Synder and Tracy, 2014). Terapi komplementer dan alternatif termasuk di dalamnya seluruh praktik dan ide yang didefinisikan oleh pengguna sebagai pencegahan atau pengobatan penyakit atau promosi kesehatan dan kesejahteraan.

Pengobatan komplementer ialah pengobatan modalitas yang bersifat menyempurnakan pengobatan konvensional yang bertujuan guna mendapati hasil pemulihan yang optimal. Tingginya jumlah masyarakat yang memilih pengobatan komplementer karena kemudahan dalam memperoleh informasi tentang pengobatan komplementer, sebagai pengobatan yang efisien serta ekonomis, dan efek samping yang ringan (Syarif et al, 2011).

Definisi tersebut menunjukkan terapi komplementer sebagai pengembangan terapi tradisional dan ada yang diintegrasikan dengan terapi modern yang memengaruhi keharmonisan individu dari aspek biologis, psikologis, dan spiritual. Hasil terapi yang telah terintegrasi tersebut ada yang telah lulus uji klinis sehingga sudah disamakan dengan obat modern. Kondisi ini sesuai dengan prinsip keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio, psiko, sosial, dan spiritual).

1.3 Perkembangan Terapi Komplementer

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan negara sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan UUD (1945). Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, pembentukan sumber daya manusia Indonesia, dan pembangunan nasional (Gegen and antoso, 2021).

Terapi komplementer memiliki banyak sejarah tentang penyembuhan secara tradisional dari banyak kebudayaan. Perawatan ala Cina dan Ayurveda kuno termasuk di dalamnya akupunktur, herbal, meditasi, dan pergerakan. Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Terapi komplementer termasuk di dalamnya seluruh praktik dan ide yang didefinisikan oleh pengguna sebagai pencegahan atau pengobatan penyakit atau promosi kesehatan dan kesejahteraan. Fokus terapi memandang manusia sebagai makhluk yang holistik seperti bio, psiko, sosial, dan spiritual (Putri and Amalia, 2019).

Kemajuan terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi sorotan banyak negara. Pengobatan komplementer atau alternatif menjadi bagian penting dalam pelayanan kesehatan di Amerika Serikat dan negara lainnya. Klien yang menggunakan terapi komplementer memiliki beberapa alasan. Salah satu alasannya adalah filosofi holistik pada terapi komplementer, yaitu adanya harmoni dalam diri dan promosi kesehatan dalam terapi komplementer.

Alasan lainnya karena klien ingin terlibat untuk pengambilan keputusan dalam pengobatan dan peningkatan kualitas hidup dibandingkan sebelumnya. Sejumlah 82% klien melaporkan adanya reaksi efek samping dari pengobatan konvensional yang diterima menyebabkan memilih terapi komplementer. Terapi komplementer sebagai sebuah dominan luas dalam sumber daya pengobatan yang meliputi sistem Kesehatan, modalitas, praktik dan ditandai dengan adanya teori dan keyakinan dengan cara berbeda dari sistem pelayanan Kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada.

Fokus terapi komplementer adalah memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (Biologi, Psikologi, Sosial, dan Spiritual), dan keberadaan terapi komplementer dapat digunakan bersamaan dengan terapi lain bukan untuk menggantikan terapi medis yang telah ada (Lindquist, Synder and Tracy, 2014).

Menurut Spaber (2005 dalam Lindquist, et al 2014), terapi komplementer dapat digunakan sebagai *single therapy* ketika digunakan untuk meningkatkan Kesehatan. Definisi tersebut menunjukkan terapi komplementer sebagai pengembangan terapi tradisional dan ada yang diintegrasikan dengan terapi modern yang memengaruhi keharmonisan individu dari aspek biologis, psikologis, dan spiritual. Hasil terapi yang telah terintegrasi tersebut ada yang telah lulus uji klinis sehingga sudah disamakan dengan obat modern. Kondisi ini sesuai dengan prinsip keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio, psiko, sosial, dan spiritual).

Prinsip holistik pada keperawatan ini perlu didukung kemampuan perawat dalam menguasai berbagai bentuk terapi keperawatan termasuk terapi komplementer. Penerapan terapi komplementer pada keperawatan perlu mengacu kembali pada teori-teori yang mendasari praktik keperawatan. Misalnya teori Roger's yang memandang manusia sebagai sistem terbuka, kompleks, mempunyai berbagai dimensi dan energi. Teori ini dapat mengembangkan pengobatan tradisional yang menggunakan energi misalnya *tai chi*, *chikung*, dan *reiki* (Widyatuti, 2008).

Teori keperawatan yang ada dapat dijadikan dasar bagi perawat dalam mengembangkan terapi komplementer misalnya teori *transkultural* yang dalam praktiknya mengaitkan ilmu fisiologi, anatomi, patofisiologi, dan lain-lain. Hal ini didukung dalam catatan keperawatan *Florence Nightingale* yang telah menekankan pentingnya mengembangkan lingkungan untuk penyembuhan dan pentingnya terapi seperti musik dalam proses penyembuhan. Selain itu, terapi komplementer meningkatkan kesempatan

perawat dalam menunjukkan caring pada klien (Lindquist, Synder and Tracy, 2014).

Perkembangan saat ini terkait praktik pengobatan tradisional telah digali dan digunakan oleh masyarakat pada abad ke-20 terutama oleh masyarakat di kultur barat. Hingga sekarang semakin banyak konsumen yang meminta untuk menggunakan atau menambahkan terapi komplementer dalam pengobatan yang sedang dijalani.

Misalnya saja, peningkatan Pendidikan di bidang Kesehatan masyarakat yang terjadi di Amerika secara tidak langsung meningkatkan kesadaran masyarakat akan tanggung jawab terhadap Kesehatan diri sendiri. Bahkan, mereka rela untuk mengubah pola kehidupan sehari-hari. Di sana masyarakat mengambil keputusan beralih ke pengobatan komplementer dikarenakan adanya kegagalan yang dilakukan oleh pengobatan konvensional, kemudahan untuk mengakses informasi tentang pengobatan komplementer serta biaya yang lebih murah dibandingkan dengan pengobatan konvensional.

Selain itu, pengobatan komplementer memiliki efek samping yang rendah serta adanya kedekatan kontak psikologi antara pemberi terapi dengan pasien (Putri and Amalia, 2021).

1.4 Pemilihan Metode Terapi Komplementer

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan definisi pengobatan komplementer tradisional-alternatif 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 efektivitas yang tinggi berlandaskan ilmu pengetahuan biomedis tapi belum diterima dalam kedokteran konvensional.

Dalam penyelenggarannya harus sinergi dan terintegrasi dengan pelayanan pengobatan konvensional dengan tenaga pelaksananya dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang memiliki pendidikan dalam bidang pengobatan komplementer tradisional-alternatif. Jenis pengobatan komplementer tradisional-alternatif yang dapat diselenggarakan secara sinergi dan terintegrasi

harus ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah melalui pengkajian (Satria, 2013).

Golongan Masyarakat Indonesia dibagi menjadi dua bagian yaitu orang yang hidup di perkotaan serta orang yang hidup di daerah pedesaan. Masyarakat perkotaan lebih cenderung bersifat individualis sementara masyarakat pedesaan lebih mengutamakan interaksi sosial. Kedua pola tersebut dapat memengaruhi cara pandang terhadap Kesehatan yang berpengaruh juga terhadap penyediaan serta jenis pelayanan Kesehatan. Pada kenyataannya, masyarakat yang hidup di perkotaan lebih percaya pada pengobatan modern untuk mengatasi masalah Kesehatan pada tahap awal. Akan tetapi jika hasilnya tidak sesuai harapan maka mereka akan beralih ke pengobatan komplementer atau pengobatan tradisional.

Sementara, masyarakat pedesaan beranggapan sebaliknya, salah satu bentuk tata cara dalam penggunaan pengobatan tradisional adalah seringnya pasien memilih obat tradisional ketika mulai merasakan gejala sakit, entah itu dengan menggunakan obat tradisional maupun dengan melakukan cara-cara pengobatan tradisional (Supardi and Susyanty, 2010).

Terapi komplementer merupakan salah satu bentuk *evidence based nursing*. Umumnya masyarakat sekarang mulai berpindah memakai pengobatan komplementer dibanding dengan pengobatan medis, sekalipun pengobatan medis adalah pengobatan yang populer. Didukung dari data Kemenkes tahun 2011 dengan pembuktian 80% masyarakat Afrika memakai pengobatan alternatif dan komplementer untuk perawatan kesehatan primer. Bahkan di Indonesia sendiri terdapat 40% dari jumlah seluruh masyarakat dan 70% penduduk pedesaan di Indonesia memakai pengobatan alternatif dan komplementer (Widyatutti, 2008).

Terapi komplementer yang ada saat ini dengan berbagai macam jenis menjadi salah satu pilihan pengobatan di masyarakat. Di berbagai tempat pelayanan kesehatan, tidak sedikit klien bertanya tentang terapi komplementer atau terapi alternatif pada petugas kesehatan seperti dokter ataupun perawat. Masyarakat mengajak diskusi dan berdialog dengan perawat untuk penggunaan terapi alternatif (Smith et al., 2004).

Hal ini terjadi karena klien ingin mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan pilihannya, sehingga apabila keinginan terpenuhi akan berdampak pada kepuasan klien. Ini merupakan peluang bagi perawat untuk berperan memberikan terapi komplementer. Pengobatan dengan menggunakan terapi

komplementer mempunyai manfaat selain dapat meningkatkan kesehatan secara lebih menyeluruh juga lebih murah.

Terapi komplementer terutama akan dirasakan lebih murah bila klien dengan penyakit kronis yang harus rutin mengeluarkan dana. Pengalaman klien yang awalnya menggunakan terapi modern menunjukkan bahwa biaya membeli obat berkisar 200-300 dolar dalam beberapa bulan setelah menggunakan terapi komplementer (Nezabudkin, 2007).

Minat masyarakat Indonesia terhadap terapi komplementer ataupun yang masih tradisional mulai meningkat. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya pengunjung praktik terapi komplementer dan tradisional di berbagai tempat. Selain itu, sekolah-sekolah khusus ataupun kursus-kursus terapi semakin banyak dibuka. Ini dapat dibandingkan dengan Cina yang telah memasukkan terapi tradisional Cina atau *Traditional Chinese Medicine* (TCM) ke dalam perguruan tinggi di negara tersebut (Lindquist, Synder and Tracy, 2014).

Menurut Putri and Amalia, (2021) ada beberapa alasan mengenai pemilihan penggunaan metode pengobatan komplementer di antaranya, sebagai berikut:

1. Pengobatan komplementer lebih memiliki tanggung jawab terhadap Kesehatan serta kehidupan dirinya.
2. Pengobatan komplementer lebih menginginkan pengobatan yang bersifat holistik yang meliputi pengobatan fisik, jiwa serta spiritual.
3. Pengobatan komplementer lebih menekan efek samping yang ditimbulkan oleh pengobatan konvensional.
4. Hasil dari pengobatan konvensional tidak seutuhnya memberikan kesembuhan
5. Terjadi perbedaan filosofi praktik pengobatan yang disebabkan oleh latar belakang kultur dari masing-masing metode pengobatan.

National Center for Complementary/Alternative Medicine (NCCAM) membuat klasifikasi dari berbagai terapi dan sistem pelayanan dalam lima kategori. Kategori pertama, *mind-body therapy* yaitu memberikan intervensi dengan berbagai teknik untuk memfasilitasi kapasitas berpikir yang memengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh misalnya perumpamaan (imagery), yoga, terapi musik, berdoa, journaling, biofeedback, humor, tai chi, dan terapi seni.

Kategori kedua, Alternatif sistem pelayanan yaitu sistem pelayanan kesehatan yang mengembangkan pendekatan pelayanan biomedis berbeda dari Barat misalnya pengobatan tradisional Cina, *ayurvedia*, pengobatan asli Amerika, *cundarismo*, *homeopathy*, *naturopathy*. Kategori ketiga dari klasifikasi NCCAM adalah terapi biologis, yaitu natural dan praktik biologis dan hasilnya misalnya herbal, makanan). Kategori keempat adalah terapi manipulatif dan sistem tubuh.

Terapi ini didasari oleh manipulasi dan pergerakan tubuh misalnya pengobatan *kiopraksi*, macam-macam pijat, *rolfing*, terapi cahaya dan warna, serta hidroterapi. Kelima, terapi energi yaitu terapi yang fokusnya berasal dari energi dalam tubuh (biofields) atau mendatangkan energi dari luar tubuh misalnya terapeutik sentuhan, pengobatan sentuhan, *reiki*, *external qi gong*, magnet. Klasifikasi kategori kelima ini biasanya dijadikan satu kategori berupa kombinasi antara biofield dan bioelektromagnetik (Lindquist, Synder and Tracy, 2014).

1.5 Hubungan Keperawatan dan Terapi Komplementer

Penyertaan penggunaan komplementer dalam praktik keperawatan sebenarnya bukan hal yang baru. Terapi komplementer dan filosofi dasar yang khas sudah lama menjadi bagian dari profesi keperawatan sejak permulaan. Contohnya adalah pernyataan Florence Nightingale yang menekankan betapa pentingnya untuk menciptakan lingkungan di mana penyembuhan pasien dari suatu penyakit dapat terjadi dan pentingnya penggunaan terapi musik dalam proses penyembuhan seorang pasien.

Terapi komplementer kini cukup memberikan kesempatan lain bagi seorang perawat untuk menunjukkan cara perawatan yang lebih baik dan manusiawi dalam merawat pasien. Seorang perawat bukan hanya mengetahui berbagai obat-obatan untuk perawatan pasien, tetapi perawat perlu juga mengetahui dan menegaskan tentang banyak jenis terapi yang telah diajarkan dalam program pendidikan keperawatan dan telah diperlakukan oleh perawat selama berabad-abad, seperti meditasi, yoga, terapi musik, humor, jurnal, doa, dan obat-obatan herbal (Hidayat, 2019).

Berdasarkan Undang-Undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2014 Pasal 30 Ayat 2 menjelaskan bahwa perawat melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif, melakukan pengkajian keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat. Dalam hal ini perawat berperan dalam perawatan komplementer sebagai instrumen dari penyembuhan dan fasilitator dari proses penyembuhan.

Perawat menghormati semua pengalaman subyektif dari klien tentang kesehatan, kepercayaan terhadap kesehatan dan nilai-nilai, yang diselenggarakan secara terintegrasi melalui *Complementary Alternative Medicine* (CAM) dalam melakukan praktik untuk mengobati masalah fisiologis, psikologis, dan kebutuhan spiritual klien. Perawat tidak melakukan negasi terhadap pelayanan konvensional, tetapi memberikan pelayanan untuk melengkapi, memperluas dan memperkaya praktik keperawatan dan membantu akses klien terhadap bentuk pelayanan yang lebih potensial (Rakhmawati et al., 2020).

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks (Rufaida, Lestari and Sari, 2018).

Sementara keperawatan memiliki tujuan untuk mempertahankan Kesehatan serta meningkatkan proses penyembuhan secara menyeluruh dalam kehidupan manusia. Konsep pengobatan komplementer yang disinergikan dengan Tindakan keperawatan merupakan serangkaian Tindakan yang memiliki fungsi untuk melengkapi kebutuhan dasar manusia. Perawat dapat menerapkan strategi holistik untuk membantu pemulihan Kesehatan pasien. Penerapan strategi itu tentunya memerlukan keterampilan khusus, sehingga perawat dituntut untuk mempelajarinya dari para ahli terapi komplementer. Selain itu, perawat juga tidak diperbolehkan melakukan Tindakan yang tidak didasari oleh ilmu pengetahuan atau dengan kata lain tidak boleh menjadikan seorang pasien sebagai kelinci percobaan.

Perawat dapat berperan sebagai pemberi pelayanan langsung misalnya dalam praktik pelayanan kesehatan yang melakukan integrasi terapi komplementer,

Perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien sehingga peran koordinator dalam terapi komplementer juga sangat penting. Perawat dapat mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit manajer terkait.

Sedangkan sebagai advokat perawat berperan untuk memenuhi permintaan kebutuhan perawatan komplementer yang mungkin diberikan termasuk perawatan alternatif. Perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien sehingga peran koordinator dalam terapi komplementer juga sangat penting. Perawat dapat mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit manajer terkait. Sedangkan sebagai advokat perawat berperan untuk memenuhi permintaan kebutuhan perawatan komplementer yang mungkin diberikan termasuk perawatan alternatif (Smith et al.,2004).

Pada dasarnya perawat telah melakukan beberapa Tindakan komplementer, adapun fokus terapi komplementer yaitu memandang manusia sebagai makhluk yang holistik. Akan tetapi Tindakan komplementer bukanlah satu-satunya terapi untuk menangani atau menyembuhkan pasien karena Tindakan komplementer berfungsi sebagai pelengkap dari Tindakan medik konvensional.

Pada penggunaan istilah holistik, Betty Neuman lebih memilih menggunakan istilah holistik yang memiliki makna sama dengan holistik yaitu memandang klien sebagai suatu keseluruhan yang bagian-bagiannya saling memengaruhi serta berinteraksi secara dinamis yang meliputi fisiologi, psikologi, sosiokultural serta spiritual.

Begitu pun, Sister Callista Roy (Alligood, 2017) beranggapan untuk memandang manusia sebagai holistik perlu adanya teori adaptasi sehingga ia mengembangkan menjadi beberapa hal sebagai berikut:

1. Fisiologi terdiri dari oksigenasi, eliminasi, nutrisi, aktivitas dan istirahat, sensori, cairan dan elektrolit, fungsi saraf endokrin dan reproduksi.
2. Konsep diri menunjukkan pada nilai, kepercayaan, emosi, cita-cita serta perhatian yang diberikan untuk menyatakan keadaan fisik.
3. Fungsi peran; menggambarkan hubungan interaksi seseorang dengan orang lain yang tercermin pada peran primer, sekunder, dan tersier.
4. Saling ketergantungan; mengidentifikasi nilai manusia, cinta dan keseriusan. Proses ini terjadi dalam hubungan manusia dengan individu dan kelompok.

Berdasarkan teori keperawatan tersebut secara tidak langsung menjelaskan mengenai pentingnya seorang perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik dalam proses kesembuhan klien atau hanya sekedar memenuhi kebutuhan dasar klien. Begitu juga dengan penerapan terapi komplementer dalam asuhan keperawatan holistik harus didukung oleh pengetahuan atau kompetensi perawat. Sementara tugas perawat dalam praktik pemberi asuhan keperawatan meliputi proses pengkajian, diagnosis, intervensi, penatalaksanaan serta evaluasi.

Menurut *National Institute of Health* terapi komplementer dapat dikategorikan menjadi 5 bagian meliputi:

1. Biologi based practice meliputi: herbal, vitamin serta suplemen lain.
2. Mind body techniques meliputi meditasi.
3. Manipulative and body-based practice meliputi pijat dan refleksi.
4. Energy therapie meliputi medan magnet.
5. Ancient medical systems meliputi obat tradisional Cina, ayurveda, dan akupunktur.

Perawat sebagai salah satu profesional kesehatan, dapat turut serta berpartisipasi dalam terapi komplementer. Peran yang dijalankan sesuai dengan peran-peran yang ada. Arah perkembangan kebutuhan masyarakat dan keilmuan mendukung untuk meningkatkan peran perawat dalam terapi komplementer karena pada kenyataannya, beberapa terapi keperawatan yang berkembang diawali dari alternatif atau tradisional terapi.

Kenyataan yang ada, buku-buku keperawatan membahas terapi komplementer sebagai isu praktik keperawatan abad ke 21. Isu ini dibahas dari aspek pengembangan kebijakan, praktik keperawatan, pendidikan, dan riset. Apabila isu ini berkembang dan terlaksana terutama oleh perawat yang mempunyai pengetahuan dan kemampuan tentang terapi komplementer, diharapkan akan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan sehingga kepuasan klien dan perawat secara bersama-sama dapat meningkat (Widyatuti, 2008).

Bab 2

Aspek Legalitas Terapi Komplementer

2.1 Pendahuluan

Seiring dengan berkembangnya informasi dan pilihan konsumen akan pelayanan kesehatan yang mereka tentukan, pelayanan kesehatan non konvensional juga berkembang menyesuaikan kebutuhan dan minat masyarakat. Beberapa pelayanan kesehatan di Indonesia memfasilitasi layanan tersebut dalam bentuk pelayanan integrasi tradisional komplementer sebagai salah satu bentuk pemberian layanan kesehatan secara komprehensif kepada masyarakat. Kategori pelayanan tradisional, dan komplementer masing-masing memiliki kriteria tertentu sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Terapi komplementer menurut WHO (Word Health Organization) adalah Praktik pelayanan kesehatan dengan pendekatan pengetahuan dan keyakinan tentang pengelolaan tanaman, hewan, mineral, dan spiritual yang dikombinasi untuk mempertahankan kesejahteraan dan mencegah penyakit. Pengobatan non- konvensional yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan(WHO, 2001).

Hal ini ada perbedaan dengan konsep terapi komplementer menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam praktik pelayanan

kesehatan di Indonesia dikenal dengan istilah pelayanan kesehatan tradisional, pelayanan kesehatan tradisional komplementer dan pelayanan tradisional integrasi.

Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat (Kemenkes RI, 2018).

Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah (Kemenkes RI, 2018).

Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu (Kemenkes RI, 2017).

Informasi dan edukasi tentang terapi tradisional komplementer sangat penting bagi pasien, keluarga dan masyarakat. Harapan masyarakat akan manfaat terapi komplementer terhadap peningkatan kesehatan, penyembuhan dan pemulihan membutuhkan kerja sama dan komunikasi yang terapeutik antara pasien dan tenaga kesehatan sebagai salah satu dasar dalam memutuskan dan mencari alternatif solusi kesehatan (Lindquist, Snyder, and Tracy 2014).

Berbagai jenis dan bentuk terapi tradisional komplementer yang ada di Indonesia, dapat membantu masyarakat dalam menentukan pilihannya. Namun harus memperhatikan kaidah dan standar pelayanan terapi komplementer agar dapat menjaga kualitas pelayanan, keamanan bagi masyarakat dan mencegah terjadinya praktik yang merugikan masyarakat.

Pentingnya aturan dan legalitas dalam melakukan praktik pelayanan terapi komplementer telah diatur dan dilindungi oleh peraturan pemerintah dan undang – undang yang terkait pelayanan tradisional komplementer.

2.2 Aspek Legal Terapi Komplementer

Terapi komplementer sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, kuratif, preventif dan rehabilitatif. Agar pelaksanaan pelayanan terapi komplementer dapat memberikan keamanan bagi masyarakat dan praktisi pelaksana pelayanan, maka pelayanan terapi komplementer ini harus dipastikan memiliki landasan hukum yang dapat dipertanggungjawabkan.

Terapi komplementer, alternatif dan pengobatan tradisional sebagai pelayanan kesehatan yang dapat diberikan oleh praktisi dan tenaga kesehatan yang memenuhi syarat sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku dapat mengintegrasikan ke dalam pengobatan konvensional dengan landasan dan dasar hukum yang berlaku sesuai ketentuan. Terapi alternatif komplementer merupakan alternatif solusi yang dapat dipertimbangkan untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien, keluarga dan masyarakat (Deutsch and Anderson 2007).

Aspek legalitas terapi komplementer yang menjadi dasar bagi pelaksanaan pelayanan kesehatan adalah di antaranya sebagai berikut:

Undang-Undang Dasar 1945

Undang-Undang Dasar yang melandasi adalah pasal 28A bahwa setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya. Kemudian pada pasal 28H (ayat 1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 tentang Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Dalam undang-undang tersebut pada pasal 1 ayat 16 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggung jawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Kemudian pada pasal 28 ayat (1) huruf e dijelaskan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 47 dilaksanakan melalui

kegiatan pelayanan kesehatan tradisional. Pada undang-undang ini menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan tradisional dibagi menjadi dua yaitu dengan menggunakan keterampilan dan menggunakan ramuan. Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, No. HK.03.05/I/199/2010 tentang “pedoman kriteria penetapan metode pengobatan komplementer – alternatif yang dapat diintegrasikan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.

Dalam undang -undang tersebut pasal 30 ayat (2) disebutkan “dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, perawat berwenang melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif(RI 2014).

Dalam penjelasannya pasal 30 ayat (2) huruf m menerangkan bahwa melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif merupakan bagian dari penyelenggaraan praktik keperawatan dengan memasukkan/mengintegrasikan terapi komplementer dan alternatif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:

1. melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
2. menetapkan permasalahan keperawatan kesehatan masyarakat;
3. membantu penemuan kasus penyakit;
4. merencanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
5. melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
6. melakukan rujukan kasus;
7. mengevaluasi hasil tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
8. melakukan pemberdayaan masyarakat;
9. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
10. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
11. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;

12. mengelola kasus, dan;
13. melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif.

Keputusan Menkes RI No. 1076/Menkes/SK/VII/2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional.

Keputusan Menkes tersebut menjelaskan cara untuk mendapatkan izin praktik pengobatan tradisional beserta syaratnya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007).

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1109/Menkes/Per/IX/2007 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer – Alternatif

Kegiatan penyelenggaraan pengobatan komplementer alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dilaksanakan secara sinergi, terintegrasi, dan mandiri pada fasilitas pelayanan kesehatan. Pemberian pengobatan pada dasarnya harus aman, bermanfaat, bermutu, dan dikaji institusi yang berwenang sesuai dengan peraturan atau ketentuan yang berlaku.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional

Dalam peraturan pemerintah pasal 10 menjelaskan:

1. Pelayanan kesehatan tradisional dengan menggunakan ilmu biokultural dan ilmu biomedis yang manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah.
2. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer dapat menggunakan satu cara pengobatan/perawatan atau kombinasi cara pengobatan/perawatan dalam satu kesatuan pelayanan kesehatan tradisional komplementer.
3. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.
4. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu dapat diintegrasikan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Sedangkan dalam peraturan Pemerintah No. 103 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan tradisional, jenis-jenis pelayanan kesehatan tradisional meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan tradisional empiris pelayanan kesehatan tradisional empiris adalah penerapan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti secara empiris.
 - b. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer
 - c. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah.
 - d. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi pelayanan kesehatan tradisional integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap atau pengganti.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 37 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi

Pengaturan pelayanan kesehatan tradisional komplementer bertujuan untuk:

1. menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang aman, bermutu, dan efektif;
2. memberikan acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional komplementer bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, dan tenaga kesehatan tradisional, dan;
3. terlaksananya pembinaan dan pengawasan secara berjenjang oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan lintas sektor terkait.

Sedangkan tentang pelayanan di atur pada bagian kesatu pasal 3 yang terdiri dari:

1. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.

2. Selain dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, pelayanan kesehatan tradisional komplementer dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional di fasilitas pelayanan kesehatan lain berupa pelayanan kesehatan tradisional integrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pada Pasal 4 menyebutkan bahwa:

1. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer harus memenuhi kriteria:
 - a. dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya mengikuti kaidah-kaidah ilmiah bermutu dan digunakan secara rasional dan tidak bertentangan dengan norma agama dan norma yang berlaku di masyarakat;
 - b. tidak membahayakan kesehatan klien;
 - c. memperhatikan kepentingan terbaik klien, dan;
 - d. memiliki potensi pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, penyembuhan, pemulihan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup klien secara fisik, mental, dan sosial.
2. Tidak bertentangan dengan norma agama, berupa tidak memberikan pelayanan dalam bentuk mistik/klenik, dan/atau menggunakan pertolongan makhluk gaib.
3. Tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat berupa tidak melanggar nilai-nilai kesusilaan, kesopanan, hukum, dan budaya.

Pada pasal 5 menyebutkan bahwa:

1. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer mempunyai ciri khas:
 - a. konsep pelayanan kesehatan tradisional;
 - b. berbasis budaya;
 - c. prosedur penetapan kondisi kesehatan individu (prosedur diagnosis);
 - d. penetapan kondisi kesehatan individu (diagnosis), dan;
 - e. tatalaksana perawatan/pengobatan.

2. Konsep pelayanan kesehatan tradisional meliputi:
 - a. adanya gangguan kesehatan individu disebabkan oleh ketidakseimbangan unsur fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya;
 - b. manusia memiliki kemampuan beradaptasi dan penyembuhan diri sendiri (self healing), dan;
 - c. penyehatan dilakukan dengan pendekatan holistik (menyeluruh) dan alamiah yang bertujuan untuk menyeimbangkan kembali antara kemampuan adaptasi dengan penyebab gangguan kesehatan.
3. Berbasis budaya memiliki arti bahwa pelayanan kesehatan tradisional komplementer berasal dari tradisi budaya yang turun temurun dari suatu masyarakat tertentu.
4. Prosedur penetapan kondisi kesehatan individu (prosedur diagnosis) memiliki arti bahwa tata cara pemeriksaan pelayanan kesehatan tradisional komplementer didasarkan pada kemampuan wawancara, penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan serta dapat dibantu dengan alat dan teknologi yang bekerja sesuai dengan konsep kesehatan tradisional.

Dengan dasar legalitas yang telah ditetapkan maka pelayanan praktik terapi komplementer menjadi alternatif terapi yang dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara aman, berkualitas dan profesional.

Bab 3

Peran Tenaga Kesehatan Dalam Terapi Komplementer

3.1 Pendahuluan

Terapi komplementer merupakan sebuah terapi tambahan atau pelengkap dari pelayanan kesehatan konvensional. Beberapa contoh jenis terapi komplementer, yaitu terapi herbal, cara penyembuhan manual, termasuk refleksologi dan akupunktur. Saat ini semakin meningkatnya minat masyarakat umum dalam penggunaan terapi komplementer untuk dijadikan upaya perawatan tambahan untuk mencapai status kesehatan optimal. Oleh karena itu, perawat sebagai tenaga kesehatan profesional perlu memahami perannya dalam terapi komplementer dan mengetahui pedoman praktik dalam terapi komplementer.

Perawat perlu memahami bahwa klien memiliki otonomi dalam memutuskan jenis perawatan atau terapi yang akan diterimanya, termasuk dalam penggunaan terapi komplementer. Oleh karena itu, perawat berperan sebagai mitra (partner) bagi klien untuk membantu mengambil keputusan yang tepat terkait terapinya. Selain itu, perawat bertanggungjawab untuk memastikan bahwa klien memiliki informasi yang cukup untuk membuat keputusan yang

tepat. Salah satu tujuan intervensi keperawatan, yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan klien.

Hal ini menunjukkan bahwa perawat berperan memfasilitasi kesehatan atau kesejahteraan klien dan mencegah serta menghilangkan bahaya, termasuk dalam identifikasi potensi manfaat atau risiko bahaya dari sebuah intervensi sebelum diberikan kepada klien (College of Nurses of Ontario (CNO), 2014).

Misalnya, ketika klien bertanya mengenai pilihan terapi komplementer yang dapat diterimanya, maka perawat bertanggungjawab dalam mengkaji kesesuaian terapi tersebut dengan konteks kondisi klien. Oleh karena itu, perawat perlu memiliki pengetahuan yang baik dalam tindakan terapi dan manfaatnya. Jika klien meminta perawat untuk memberikan terapi komplementer tertentu di mana perawat belum mengetahui secara komprehensif manfaat dan tindakan terapi sesuai dengan kondisi klien, maka perawat perlu menolak untuk melakukan terapi tersebut.

Oleh karena itu, pemahaman mengenai terapi komplementer dan peran tenaga kesehatan dalam penerapan terapi di berbagai setting pelayanan kesehatan merupakan hal penting untuk dipahami dalam upaya mengintegrasikan terapi komplementer dengan pelayanan kesehatan konvensional.

3.2 Peran Tenaga Kesehatan

Peran tenaga kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2018, pasal 8 dan 9 menyatakan bahwa tenaga kesehatan tradisional menurut tingkat pendidikannya terdiri dari tenaga kesehatan tradisional vokasi dan profesi dengan tugas melakukan pelayanan kesehatan tradisional komplementer (Kemenkes, 2018):

1. identifikasi dan evaluasi kondisi klien;
2. menggunakan hanya obat tradisional yang memiliki izin edar atau racikan mandiri tanpa kandungan yang berbahaya atau bahan kimia obat;
3. tidak menggunakan radiasi;
4. tidak melakukan tindakan invasif atau menggunakan alat medis tanpa kompetensi;
5. tidak menjual obat racikan tanpa izin edar.

Selain itu, peran tenaga kesehatan seperti perawat dapat diidentifikasi dengan melihat ruang lingkup tindakan keperawatan menurut Nursing Act (1991), yaitu promosi kesehatan, termasuk dalam pengkajian, pemberian pelayanan perawatan dan terapi untuk kesehatan, meliputi tindakan suportif, preventif, terapeutik, paliatif, dan rehabilitatif untuk memelihara fungsi optimal diri klien (College of Nurses of Ontario (CNO), 2014).

Pernyataan ini menunjukkan bahwa secara umum tindakan keperawatan meliputi berbagai jenis aktivitas dan jenis intervensi. Sementara, peran perawat sebagai *care provider* di bidang kesehatan masyarakat memiliki kewenangan dalam melakukan tindakan keperawatan terapi komplementer dan alternatif seperti yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 Pasal 21 (poin m). Perawat yang berwenang yaitu perawat profesi dengan kompetensi keperawatan komplementer yang telah mendapatkan pelatihan (KemenKes, 2019).

Peran Perawat Dalam Terapi Komplementer

Peran Perawat dalam terapi komplementer dapat juga diidentifikasi dari pernyataan resmi asosiasi perawat baik di tingkat global maupun nasional. Misalnya, *New York State Nurses Association* menyatakan bahwa perawat Profesi Ners (Registered Nurse) memiliki peran untuk koordinasi dalam memfasilitasi terapi komplementer, yaitu dengan hanya melakukan terapi keperawatan holistik, alternatif dan komplementer yang terdapat di ruang lingkup praktik keperawatan.

Kemudian, perawat juga diharapkan dapat memadukan terapi komplementer dalam tindakan keperawatan sehari-hari dengan mempertimbangkan beberapa hal (*New York State Nurses Association*, 2018):

1. menyediakan informasi lengkap mengenai pro dan kontra terapi kepada klien;
2. mempertimbangkan nilai etika dan budaya berkaitan pemberian terapi komplementer;
3. mendiskusikan pilihan-pilihan terapi komplementer yang tersedia kepada klien dan keluarga;
4. memasukkan standar praktik keperawatan holistik dan kode etik dalam praktik keperawatan;

5. meningkatkan kesadaran masyarakat secara terus-menerus mengenai manfaat terapi komplementer;
6. melakukan, mendukung, dan berpartisipasi dalam penelitian yang menguji efektivitas terapi komplementer dalam keperawatan;
7. mendukung pendanaan terkait terapi komplementer pada organisasi keperawatan;
8. advokasi penggunaan terapi komplementer pada sistem kesehatan dan asuransi kesehatan;
9. advokasi penggunaan terapi komplementer pada kurikulum keperawatan.

3.3 Tanggung Jawab Perawat Dalam Menyediakan Terapi Komplementer

Perawat memiliki beberapa tanggung jawab yang perlu dilakukan sebelum memberikan terapi komplementer. Perawat diharapkan kompeten dalam intervensi yang diberikannya dan dapat akuntabel terhadap tindakan keperawatannya.

Terdapat tiga langkah yang dapat dilakukan perawat yang direkomendasikan *College of Nurses of Ontario* (CNO) (2014) sebagai bentuk tanggung jawab sebelum melakukan terapi komplementer, yaitu:

1. Evaluasi diri kesiapan diri dan kewenangan melakukan terapi komplementer
 - a. Perawat perlu mengkaji tingkat pengetahuan, keterampilan dan melakukan justifikasi apakah terapi komplementer sesuai dengan kondisi klien. Misalnya, terlebih dahulu mengkaji status kesehatan klien dan intervensi apa saja yang tersedia dengan kondisi klien tersebut.
 - b. Perawat perlu memastikan bahwa dirinya memiliki informasi yang cukup mengenai terapi komplementer yang akan diberikan. Misalnya mengenai efek pemberian terapi, manfaat terapi,

- potensi risiko buruk dari terapi dan hasil akhir yang diharapkan dari terapi komplementer.
- c. Perawat perlu memastikan bahwa klien telah terinformasi dengan baik mengenai terapi komplementer. Misalnya, memastikan bahwa klien dapat mengakses informasi yang relevan mengenai risiko, manfaat, dan efek terapi sehingga dapat mengambil keputusan apakah tetap akan melakukan terapi komplementer atau tidak. Klien tetap perlu memberikan persetujuannya (informed consent) terlebih dahulu meskipun terapi komplementer disarankan oleh tenaga kesehatan langsung ataupun permintaan klien sendiri.
 - d. Perawat perlu mengidentifikasi kewenangan dirinya dalam melakukan terapi komplementer. Perawat Indonesia memiliki kewenangan untuk melakukan terapi komplementer, yaitu perawat profesi yang mendapatkan pendidikan keperawatan dan pelatihan terapi komplementer sesuai Permenkes Nomor 26 Pasal 21 Tahun 2019. Oleh karena itu, setiap perawat akuntabel terhadap tindakan terapi komplementer yang dilakukannya.
 - e. Perawat perlu memastikan bahwa terapi komplementer yang akan dilakukan telah dikenal secara umum dan diakui sebagai intervensi keperawatan di area praktiknya. Misalnya, organisasi keperawatan perlu mengatur secara administratif berbagai terapi komplementer yang diakui dapat dilakukan sebagai bagian intervensi keperawatan.
 - f. Perawat perlu mengidentifikasi konflik kepentingan (conflict of interest) yang mungkin muncul ketika melakukan sebuah terapi komplementer.
2. Identifikasi pengetahuan, keterampilan, dan rasional yang dibutuhkan dalam melakukan terapi komplementer
- Perawat perlu melakukan pengkajian dan evaluasi efek terapi komplementer. Seluruh proses keperawatan harus dilakukan bersamaan dengan pemberian terapi komplementer. Beberapa terapi

komplementer akan membutuhkan keterampilan teknikal spesifik, sehingga perawat perlu kompeten dalam aspek teknis tersebut.

Penelitian terdahulu menemukan bahwa perawat memiliki pengetahuan yang kurang dalam terapi komplementer sehingga kurang percaya diri dalam memberikan terapi komplementer sebagai bagian tindakan keperawatan (Gyasi et al., 2018).

Oleh karena itu, perawat sebagai komponen terbesar dari tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuannya agar dapat menjadi konselor terkait keamanan dan efektivitas terapi.

3. Evaluasi diri tingkat pemahaman dan kemampuan perawat menangani potensi hasil/ dampak dari terapi komplementer yang diberikan

Perawat perlu melakukan evaluasi hasil terapi komplementer terhadap status kesehatan klien dan mengetahui kemungkinan adanya tambahan keterampilan, pengetahuan dan kepakaran yang dibutuhkan dalam pemberian terapi komplementer.

3.4 Peran Di Pelayanan Primer

Tenaga Kesehatan di pelayanan primer berpandangan bahwa pelayanan medis dan keperawatan dapat diintegrasikan dengan terapi komplementer. Namun, profesi perawat dan dokter memiliki pandangan peran yang berbeda. Dokter memahami bahwa integrasi terapi komplementer merupakan hal penting sehingga perlu dipelajari lebih dalam; pemberian terapi komplementer lebih baik diserahkan sepenuhnya pada terapis komplementer; dokter, perawat dan terapis perlu saling menghormati dalam praktik terapi komplementer (Schveitzer and Zoboli, 2014).

Sedangkan, perawat memandang bahwa perannya dalam terapi komplementer, yaitu membantu pasien agar mampu memilih terapi komplementer dari berbagai jenis pilihan terapi yang sesuai dengan kondisinya, serta menghargai nilai dan keyakinan pasien terkait pilihannya tersebut (Schveitzer and Zoboli, 2014).

Hal ini menunjukkan bahwa, pada akhirnya klien/ pasien perlu memiliki kemampuan untuk merawat dirinya sendiri (self-care) dengan prosedur terapi komplementer yang telah diberikan dan dilatih oleh tenaga kesehatan atau terapis kepadanya. Perawat merupakan tenaga kesehatan utama yang dapat memfasilitasi terbentuknya kemampuan klien untuk melakukan perawatan mandiri (self-care agent) karena skill tersebut bertujuan untuk mempertahankan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan klien (Orem, 2001).

Ketika perawat melatih pasien yang memiliki penyakit kronik agar mampu melakukan perawatan mandiri dengan beragam aktivitas yang kompleks, seperti menjaga pola makan, aktivitas fisik, monitoring kondisinya, manajemen stres, dan patuh pada terapi/ pengobatan, maka efikasi diri pasien dapat meningkat dan memengaruhi kualitas hidupnya (Winahyu et al., 2019).

Misalnya, perawat dapat memberikan terapi komplementer berupa pijat Swedia (Swedish massage) yang efektif menurunkan tekanan darah pada lansia yang tinggal bersama keluarganya (Fahriyah et al., 2021). Maka ketika melakukan terapi, perawat perlu mengikutsertakan minimal satu anggota keluarga lainnya untuk menyaksikan pemberian terapi pijat tersebut.

Selain itu, perawat juga perlu menjelaskan dan mendemonstrasikan tahapan prosedur intervensi pijat, urutan gerakan, dan area-area yang diberikan pijatan. Peran serta anggota keluarga dalam terapi komplementer merupakan hal penting, karena dukungan sosial yang dirasakan klien dengan adanya kehadiran keluarga dapat membantu perawatan mandiri dan meningkatkan kualitas hidup (Sutini et al., 2022). Hal ini disebabkan karena dukungan sosial merupakan faktor yang berkontribusi dalam mempertahankan kesehatan klien dan caregivernya (Winahyu et al., 2017).

3.4.1 Peran di Rumah Sakit (RS)

Praktik penggunaan terapi komplementer merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan, praktik, dan produk yang dikerjakan oleh tenaga kesehatan, seperti dokter, fisioterapi, psikolog, dan perawat *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), 2021).

Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi aktivitas yang dilakukan tenaga kesehatan dalam terapi komplementer. Selain itu, komposisi tenaga kesehatan terbesar di RS ialah perawat, di mana dianggap dapat memengaruhi arah perubahan dari trend penggunaan pengobatan biasa ke penyediaan

perawatan holistik di RS (Shorofi and Arbon, 2017). Umumnya manfaat dari terapi komplementer sudah lama diyakini oleh perawat, sehingga sering diperlakukan pada kehidupan sehari-hari mereka.

Namun, penggunaan terapi komplementer pada praktik keperawatan profesional kepada pasien di RS hanya dilakukan oleh sebagian perawat (Shorofi and Arbon, 2017). Praktik terapi komplementer yang banyak dilakukan perawat pada pasien di rumah sakit, meliputi terapi pijat, musik, dan konsumsi suplemen non-herbal, sedangkan terapi yang tidak pernah diberikan pada pasien di ruang rawat, yaitu terapi *homeopathy* (Shorofi and Arbon, 2017).

Pada setting ruang perawatan, perawat berperan memberikan konseling rekomendasi terapi komplementer yang sesuai dengan kondisi pasien. Selain itu, pada perawat yang memiliki pengetahuan lebih baik dalam terapi komplementer cenderung memberikan rekomendasi pada pasien untuk melakukan terapi komplementer pada terapis yang tersedia di RS (Shorofi and Arbon, 2017).

Namun, pasien yang sedang dalam perawatan dapat saja meminta perawat untuk memberikan terapi komplementer. Misalnya, pada pasien dengan masalah osteoarthritis dapat diberikan *paraffin wax therapy* untuk memperlancar sirkulasi, merelaksasikan otot, dan mengurangi kekakuan sendi (University Hospitals Coventry and Warwickshire, 2020). Selain itu, pasien lansia dengan kanker kulit atau luka dapat diberikan kosmetik atau terapi kecantikan (cosmetic and beauty therapy) menggunakan krim malam hari dengan kandungan natural, seperti minyak almon, minyak yang berasal dari tumbuhan, atau *calendula*.

Oleh karena itu, Sharon (2014) menyarankan bahwa perawat perlu mempertimbangkan beberapa hal sebelum pemberian terapi komplementer, meliputi:

1. memastikan bahwa klien dapat dikunjungi oleh perawat/ terapis selama masa perawatan;
2. memastikan bahwa alat dan bahan yang digunakan terapis aman. beberapa alat yang akan digunakan oleh terapis dapat saja mengganggu kinerja alat kesehatan rumah sakit, termasuk penggunaan handphone;

3. memastikan bahwa terapi komplementer sesuai dengan kondisi pasien, termasuk mengidentifikasi bahwa pasien tidak alergi dengan kandungan bahan yang akan digunakan;
4. terdapat asisten perawat yang siap membantu menyediakan bahan atau alat tambahan lainnya selama pemberian terapi komplementer;
5. meletakkan alat dan bahan di meja dekat tempat tidur pasien;
6. memastikan privasi pasien terjaga dengan menutup tirai tempat tidur atau jika pasien berada di ruang rawat pribadi, berikan tanda di depan pintu kamar agar tidak diganggu.

3.4.2 Peran di Panti Sosial

Perawat yang akan memberikan asuhan di panti sosial lansia perlu mempersiapkan diri sebelum memberikan asuhan keperawatan non-farmakologi dalam bentuk terapi komplementer.

Sharon (2014) menjelaskan tiga hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemberian terapi komplementer pada lansia di panti, yaitu:

1. lansia merasa nyaman di lingkungan yang familier dengan dirinya;
2. pertahankan privasi klien lansia;
3. lansia cenderung memiliki masalah mobilitas fisik.

Memperhatikan ketiga aspek tersebut dapat menguntungkan perawat dalam memberikan terapi komplementer agar dapat efektif meningkatkan kondisi lansia. Selain itu, kemungkinan yang perlu dihindari perawat sebagai terapis, misalnya kondisi lansia yang diberikan terapi di tempat tidur yang terlalu rendah atau lansia yang terlalu lama menggunakan kursi roda saat terapi dapat mengakibatkan nyeri punggung (Sharon, 2014). Pada lansia dengan demensia, perawat perlu memperhatikan komunikasi dengan instruksi yang sederhana karena lansia mudah bingung dan lupa, serta memastikan kenyamanan lansia dengan sentuhan terapeutik selama pemberian terapi.

Terapi komplementer spiritual sangat cocok untuk diberikan pada lansia di panti. Hal ini sesuai dengan tugas perkembangan lansia yang menjaga hubungannya dengan Tuhan YME. Selain itu, spiritualitas sering disamakan dengan tingkat religiositas lansia di mana bermanfaat sebagai bentuk mengamalkan ajaran agama juga dapat menurunkan depresi lansia (Winahyu, 2017).

3.5 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Penelitian Terapi Komplementer

Perawat sebagai peneliti perlu melakukan berbagai jenis desain penelitian terkait terapi komplementer untuk meningkatkan *evidence based nursing*. Tujuan penelitian dapat berupa eksplorasi terkait persepsi penerapan terapi, manfaat dan hambatan terapi, dan menguji efektivitas terapi komplementer. Pendekatan perawatan pribadi (personalized treatment) dapat digunakan dalam penelitian berkaitan dengan terapi komplementer karena pemberian terapi banyak dipengaruhi faktor individu klien dengan hasil terapi yang berbeda-beda (Bradbury et al., 2020).

Misalnya, terdapat dua pasien dengan masalah gangguan pola tidur yang dapat diberikan terapi naturopati. Maka, prosedur terapi tersebut diberikan secara menyeluruh dan spesifik untuk setiap pasien disesuaikan dengan riwayat kondisinya masing-masing. Hal ini sesuai dengan praktik keperawatan holistik yang memberikan asuhan secara menyeluruh, yaitu mempertimbangkan aspek bio, psiko, sosio, spiritual klien.

Para praktisi terapis komplementer, dokter, dan perawat melaporkan bahwa sebagian besar mereka melakukan terapi komplementer dengan dasar informasi dari koran, majalah kesehatan, dan jurnal, di mana hanya seperempat nya yang menggunakan informasi klinis dari *peer-reviewed journal* (Grace et al., 2013) dan lebih sedikit lagi jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti perkembangan penelitian terapi komplementer (Lafuente-Lafuente et al., 2019).

Oleh karena itu, untuk meningkatkan penggunaan terapi komplementer yang efektif serta dapat diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan konvensional, maka tenaga kesehatan perlu menambah *evidence based practice* melalui penelitian berdesain *randomized controlled trial* yang merupakan *gold standard* sebuah studi eksperimen (Bradbury et al., 2020).

Namun, terapi komplementer berfokus bukan hanya pada gejala dan riwayat penyakit pasien, melainkan mempertimbangkan pula aspek holistik (faktor bio-psiko-sosio-spiritual) karena dapat memengaruhi hasil terapi. Sehingga, perlu juga ditingkatkan penelitian-penelitian dengan jenis *single-case experimental design* (Lafuente-Lafuente et al., 2019).

Bab 4

Terapi Komplementer Dengan Sistem Medis Kuno

4.1 Pendahuluan

Pengobatan komplementer dan alternatif merupakan bagian dari pengobatan konvensional yang banyak digunakan dalam praktik kesehatan baik oleh perawat, dokter, atau profesional perawatan kesehatan lainnya. Pengobatan tradisional telah bertahan selama ribuan tahun antara lain adalah Pengobatan Tradisional Cina (TCM), pengobatan Tibet, pengobatan Ayurveda, pengobatan Samoa, dan pengobatan penduduk asli Australia dan Amerika.

Terapi komplementer juga sudah menjadi bagian dari praktik keperawatan sejak perkembangan keperawatan. Dalam sejarah Keperawatan (1859/1936) Florence Nightingale menekankan pentingnya menciptakan lingkungan untuk mendukung proses penyembuhan seperti terapi seperti music (Lindquist Ruth, Mariah Snyder and Tracy, 2014).

Terapi komplementer diajarkan dalam program keperawatan dan telah dipraktikkan oleh perawat selama berabad abad. Terapi komplementer yang sudah dilakukan sepanjang sejarah dalam keperawatan antara lain meditasi, kelompok pendukung, terapi musik, humor, jurnal, pendekatan berbasis kepedulian, pijat, sentuhan, sentuhan penyembuhan, pendengaran aktif, dan

kehadiran. Penggunaan terapi komplementer sebagai upaya untuk tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penggunaannya mengalami perkembangan yang lama dan panjang dari perkembangan kuno sampai dengan yang modern dengan dibuktikan dalam ilmu pengetahuan dan penelitian biomedis.

Dalam Bab ini akan dibahas bagaimana sejarah dari terapi komplementer dengan sistem medis kuno secara rinci

4.2 Sejarah dan Budaya Tentang Pengobatan Integratif

Asal usul kedokteran berakar dalam pada peradaban budaya dan keyakinan agama. Pengobatan berawal dengan pengalaman, pengamatan, dan refleksi diri dan lingkungan seseorang. Tidak ada pemisahan *mind* dan *body*. Tahun 1600-an, Rene Descartes, dalam upaya untuk melindungi roh dari ilmu pengetahuan, memisahkan pikiran (*mind*) dari tubuh (*body*) (Chiappelli, Prolo and Cajulis, 2005). Hal ini menyebabkan pemisahan dalam pengobatan antara pengobatan berbasis bukti versus pengobatan non konvensional atau komplementer.

Beberapa dekade terakhir, telah ada upaya untuk menyatukan kembali sistem pengobatan medis yang menyembuhkan (berbasis teknologi, mikroskopis, dan penyakit) dengan penyembuhan (non fisik, holistik, dan berbasis hubungan) (Petri, Delgado and Mcconnell, 2015).

Berikut ini adalah sejarah singkat budaya yang berkontribusi pada bidang kedokteran, konvensional dan tidak konvensional dunia:

Mesopotamia dan Mesir: 3100 SM

Peradaban tertua berada di wilayah Mesir dan Irak (Mesopotamia). Obat pertama berasal dari peradaban ini. Pengobatan Mesir dibagi menjadi dua tingkatan. Ilmu tingkat yang lebih tinggi terdiri dari sihir, kekuatan dewa dengan doa, dan interpretasi wahyu yang diterima oleh orang sakit selama inkubasi di kuil. Kelas imam tertinggi sebagai dokter Ilmu Pengetahuan yang lebih tinggi. Ilmu tingkat yang lebih rendah adalah "praktik medis biasa" dan dipraktikkan oleh para imam tingkat terendah. Mereka mempelajari anatomi, patologi, farmakologi, oftalmologi, dan ginekologi.

Aroma terapi dimulai di Mesir kuno. Orang Mesir unggul dalam penggunaan minyak, garam, pualam, dan krim untuk semua jenis penyakit dan untuk pengawetan orang mati. *Nefertum* adalah dewa wewangian, dupa, dan minyak Wangi. Ibunya, *Sekmer*, adalah dewi penyembuhan. Penggunaan wewangian adalah sarana komunikasi antara para dewa dan manusia, menawarkan kesehatan kepada yang hidup dan membantu orang mati di kehidupan selanjutnya. Orang Mesir percaya bahwa tubuh bisa menyembuhkan dirinya sendiri dan menggunakan pijat refleksi untuk mengembalikan keseimbangan dan keseimbangan alam (Oumeish, 1998).

India Pada 2500 SM

Pengobatan India diturunkan di India dan memiliki sistem jalinan budaya lain, terutama Yunani, sebagai bagian dari sistem India sendiri, tetapi jalinan ini hanya terjadi pada periode waktu kemudian. Orang India kuno menulis tentang pengobatan dalam kitab suci mereka, yang dikenal sebagai Veda. Weda diyakini berasal dari dewa dan diturunkan melalui tradisi lisan sampai abad keenam belas.

Salah satu Veda, Atharvaveda, adalah kumpulan mantra, himne, dan mantra untuk penyembuhan penyakit secara ajaib, dan dianggap sebagai asal mula sistem pengobatan tradisional India yang dikenal sebagai Ayurveda. Ayurveda mempunya konsep dasar umur panjang dan nutrisi kehidupan (Petri, Delgado and Mcconnell, 2015).

Yoga merupakan istilah yang berasal dari kata Sanskerta *yug* adalah praktik teologis yang diyakini mengarah pada penyatuhan diri dengan Yang Ilahi. Asal usul yoga diyakini berasal dari tradisi pra-Veda. Yoga adalah praktik yang dianggap diberikan langsung dari Tuhan. Dasarnya adalah didasarkan pada penekanan semua aktivitas sehingga seseorang dapat mengidentifikasi dan memisahkan diri dari tubuh, pikiran, dan kehendak. Dengan melakukan itu, seseorang mencapai pembebasan spiritual (Oumeish, 1998).

Agama Buddha berasal dari India pada abad keenam SM di bawah ajaran Buddha. Ajaran-ajaran ini sebagai protes atas stratifikasi ketat masyarakat Hindu serta kontrol agama para pendeta Brahmana. Buddha menekankan cinta universal, pelayanan, dan ketenangan pikiran melalui meninggalkan keinginan.

Unani medicine, merupakan pengobatan India yang kurang dikenal, didasarkan pada teori Empat Elemen tubuh manusia (yaitu, Api, Air, Bumi dan Udara). Cairan yang berbeda mewakili elemen-elemen ini. Ketika cairan

seimbang, ada kesehatan; ketika cairan tidak seimbang ada penyakit (Petri, Delgado and Mcconnell, 2015)

Suatu bentuk pengobatan alternatif esoterik yang dijelaskan dalam literatur India adalah praktik penyembuhan *Uropati*. Ini adalah metode penyembuhan dengan menggunakan air seni sendiri. Pengobatan ini disebut sebagai *Shivambu* atau "cairan suci." Dalam budaya Yoga Tantra, itu disebut *Amroli*. *Amroli* berasal dari kata Amar, yang berarti abadi.

Oleh karena itu, *Amroli* adalah latihan spiritual yang bermanfaat bagi pikiran, tubuh, dan jiwa untuk mencapai keabadian. Diyakini bahwa ratusan penyakit dapat disembuhkan dengan terapi urine. *Uropati* tidak banyak dilakukan saat ini (Oumeish, 1998).

Tiongkok Pada Tahun 1600 SM

Kosmologi medis Tiongkok klasik, yang merupakan cabang dari metafisika yang berhubungan dengan sifat alam semesta ada selama berabad-abad dan bersifat naturalistik. Pola praktik pengobatan Cina terutama meliputi penggunaan jamu, terapi diet, pijat, dan tusukan jarum. Pengobatan Tiongkok adalah subjek yang luas dan diperaktikkan di seluruh Tiongkok dan Asia Timur oleh jutaan orang-orang Cina menggunakan aromatik pada saat yang sama dengan orang Mesir (Oumeish, 1998) (Petri, Delgado and Mcconnell, 2015).

Pengobatan Tradisional Cina (TCM) memiliki sejarah 3000-4000 tahun. TCM tertanam dalam "filsafat Konfusius yang menyerukan ikatan keluarga yang ideal dan promosi standar sosial dan etika masyarakat" (Oumeish, 1998).

Akupunktur adalah salah satu disiplin ilmu tersebut. Dasar mitologis akupunktur menunjukkan bahwa orang Cina menusuk tubuh manusia untuk membersihkan kota dan desa dari setan dan roh jahat. Akupunktur berkembang dari waktu ke waktu. Akupunktur merangsang proses penyembuhan tubuh sendiri melalui garis energi tubuh. Suatu gejala muncul karena aliran bebas energi ini terhambat.

Tujuan akupunktur adalah untuk menghilangkan penghalang ini dan untuk mendorong energi mengalir dengan lancar. Orang Cina percaya bahwa setiap gejala hanyalah produk akhir dari serangkaian kerusakan dalam fungsi yang tepat dari tubuh dan pikiran. Setiap gejala memiliki penyebab rute, yang memiliki penyebab rute yang lebih dalam dan seterusnya sampai seseorang kembali ke apa yang disebut faktor konstitusional.

Dalam pengobatan Cina setiap organ memiliki tanggung jawab untuk menjaga aspek-aspek tertentu dari kesehatan fisik dan emosional. Titik tusukan akupunktur adalah lokasi anatomi yang tepat di mana energi dapat dihubungi dengan memasukkan jarum.

Akupunktur bekerja melalui 5 teori berikut (Oumeish, 1998):

1. Peningkatan kekebalan, yang meningkatkan level trigliserida, prostaglandin, sel darah putih, globulin, dan kadar antibodi.
2. Teori endorfin, dengan stimulasi sekresi *enkephalin* dalam tubuh.
3. Sebagai neurotransmitter, di mana kadar neurotransmitter tertentu (serotonin dan noradrenalin) terpengaruh.
4. Sebagai teori peredaran darah, dengan efek menyempit atau melebarkan pembuluh darah melalui pelepasan histamine
5. Sebagai teori *gate-control*, di mana persepsi nyeri melalui pintu gerbang. Jika *gate* menutup akan mencegah beberapa impuls lunak masuk. Gerbang ini menutup selama akupunktur.

Akupresur juga ditemukan oleh orang Cina, yaitu stimulasi dilakukan dengan menggunakan jari daripada jarum. Berdasarkan pada prinsip-prinsip akupunktur. Selanjutnya ada *feng shui*. Filosofi *feng shui* dapat mengubah lingkungan masyarakat jika dilakukan secara bertahap dengan menggunakan energi sendiri. Pola makan, olahraga, gaya hidup, kepribadian, dan profil astrologi semuanya penting dalam menghasilkan perubahan lingkungan dan refleksi positif pada kesehatan yang merupakan tujuan utama dari filosofi tersebut.

Tujuan *feng shui* adalah gaya hidup sehat dan harmonis. Studi tentang pergerakan energi membentuk dasar dari salah satu sistem analitik yang paling terkenal di Budaya Tiongkok yaitu Wu Hsing. Wu Hsing berarti 5 elemen atau 5 energi dan didasarkan pada teori bahwa energi cenderung bergerak ke 5 arah, yaitu memancar keluar, terkonsentrasi ke dalam, naik, turun, dan berputar.

Dalam sistem 5 energi, warna, bau, dan rasa yang berbeda dilihat sebagai manifestasi dari masing-masing energi ini dan begitu juga musim, makanan, arah, dan angka. 5 energi dijelaskan menggunakan nama-nama 5 fenomena alam yang melambangkan gerakan energi tersebut: api, tanah, logam atau emas, air, dan kayu.

Setiap organ dalam tubuh kita diklasifikasikan di bawah 5 elemen, yang mewakili materi kekuatan yang diperkenalkan oleh Cina sejak awal abad keempat SM—emas (jin), kayu (mu), air (tu), dan bumi dan api (hua). Emas memiliki sifat ketenangan, kayu adalah bukti pertumbuhan, air adalah kesejukan, api adalah panas, dan bumi memiliki kualitas substansi.

Tabel 4.1: Lima Elemen Feng Shui

Elemen	Organ Dalam	Organ sensoris
Kayu	Hati	Mata
Api	Jantung	Lidah
Bumi	Paru paru	Mulut
Emas	Limpa	Hidung
Air	Ginjal	Telinga

Terapi diet Cina didasarkan pada teori bahwa “kita adalah apa yang kita makan”, dan apa yang kita makan penting untuk kesehatan kita dan dapat menyebabkan penyakit.

Yunani Pada 800 SM

Tradisi Yunani kuno memberikan dasar bagi, ilmu filsafat, pengetahuan, dan kedokteran Barat. Namun, sejarah menunjukkan bahwa orang-orang Yunani pergi ke Mesir untuk pelatihan medis mereka. Pengobatan Yunani terdiri dari sihir dan kepercayaan legendaris. Seperti apa yang terjadi dalam budaya sebelumnya, pengobatan Yunani sangat melekat pada pendeta, peramal, dan figur dewa. Apollo, dewa merupakan dokter yang paling kuat, akan menyebabkan epidemi sebagai hukuman (STO/NATO, 2017).

Pythagoras, yang terkenal dengan rumus matematikanya, adalah filsuf Yunani pertama yang tertarik pada kedokteran. *Imperial Medical Academy* setelah hampir 1200 tahun pendidikan dasar kedokteran Imperial. Akupunktur dan TCM berkembang di Yunani. Hippocrates dianggap sebagai bapak kedokteran Barat. Dia menetapkan "kedokteran sebagai seni, ilmu pengetahuan dan profesi nilai dan martabat yang mendalam"(Petri, Delgado and Mcconnell, 2015).

Kesehatan dicapai melalui keseimbangan dan pencampuran humor. Hippocrates percaya bahwa dietetik adalah dasar dari seni penyembuhan. Jadi, makanan bisa digunakan untuk mencapai kesehatan dan penyembuhan. Buku teks herbal standar didasarkan pada buku obat herbal yang ditulis oleh dokter Yunani Dioscorides. Istilah *medica* berasal dari cerita mitologi Yunani tentang Medea, penyihir abad ketujuh dan media tanah. Media adalah wilayah Iran Barat Laut saat ini dan Turki Barat Daya. Tanaman Media dikenal sebagai

"herbal median" dan salepnya, *medicamentum*, bisa digunakan untuk menyembuhkan atau meracuni. Ini menyiratkan bahwa obat-obatan dapat digunakan untuk menyembuhkan atau menyakiti (STO/NATO, 2017)

Roma Pada 27 SM

Bangsa Romawi mengambil banyak pengetahuan medis mereka dari orang Yunani. Mereka menggunakan dan meningkatkan efek aromatik dan mereka juga menggunakan uap, sauna, dan mandi uap, dan Roma menjadi ibu kota pemandian dunia.

Menggunakan minyak dan pijatan adalah praktik berkelanjutan orang Romawi. Mereka juga mengimpor jamu dan produk aromatik dari India dan Arab melalui jalur perdagangan. Orang Romawi biasa membakar luka dan ulcer dari servik. Mereka juga melakukan operasi caesar (Oumeish, 1998)

Zaman Keemasan Islam: 622 M

Selama Zaman Keemasan Islam, dokter Persia berkontribusi pada pengobatan dalam dua fase. Yang pertama adalah periode (750 – 900 SM). Para filosof, Gerber (721 SM), Al-Kindi (801 SM), Rhazes (865 SM), Al-Farabi (872 SM), Avicenna (980 SM), dan Averroës (1126 M) memiliki pengaruh yang besar terhadap kegelapan. Zaman Eropa. Abad Kegelapan terdiri dari periode waktu ketika ada sedikit kemajuan di bidang obat-obatan.

Periode kedua adalah periode pengamatan dan perluasan (900-1100 SM). Terdapat perkembangan pembelajaran, seni, dan ilmu pengetahuan untuk perkembangan intelektual. Dirikan perguruan tinggi kedokteran yang hebat dengan pedoman penerimaan yang ketat. Sekolah mengikuti dengan prinsip-prinsip ilmiah ketat, dan memahami penggunaan anestesi dan kebersihan. Materia medica kuno mereka menyaingi buku teks kedokteran Barat. Pengobatan Arab diperlakukan dalam konteks Islami dikenal Thibbun Nabawi. Diyakini bahwa pengetahuan medis yang benar berasal dari wahyu dari Nabi (STO/NATO, 2017).

Beberapa amalan termasuk meramat, pengusiran setan, inspirasi, jimat, permata dan kristal penyembuhan, jimat dan mantra, dan bekam. Dokter mengobati gejala awal dengan cara yang tidak konvensional berarti untuk mengekspos penyakit tahap awal diobati. Dokter-dokter ini sering menggunakan herbal untuk perawatan. Mereka membagi medical menjadi tiga yang profesi berbeda: *physic*; *pharmacy*; dan *surgery*.

Di bidang aromatik dan pencahar, tabib Arab menambahkan pengetahuan botani dan material medicas secara luas. Rhazes menulis risalah pertama tentang penyakit anak-anak(STO/NATO, 2017).

Renaissance ke Era Modern

Munculnya Abad Kegelapan pada Renaissance sebagian besar merupakan hasil dari periode zaman Arab. Karya-karya kuno dibawa ke era modern melalui terjemahan ke dalam bahasa Latin. Mulai ada penelitian eksperimental, terutama dalam pembedahan tubuh manusia. Akibatnya, anatomi dan neurologi manusia memiliki kemajuan yang signifikan. Teori dan prinsip terkenal dikritik dan sering dibantah.

Ilmu pengetahuan mulai menggantikan mistisisme. Publikasi baru memicu minat. Pelatihan terutama akademis dengan sedikit pengalaman klinis. Kedokteran memulai fase deskriptifnya Selama beberapa abad berikutnya, kedokteran berkembang di basis pengetahuan ilmiahnya secara eksponensial. Kemajuan Teknologi berkontribusi dan memungkinkan rentang pengamatan yang lebih dalam, interaksi, dan intervensi.

Dukun, Tabib, dan Curanderos

Shamans (dukun) berasal dari bahasa Tungas Siberia Tengah. Dukun adalah individu yang masuk diubah keadaan kesadaran untuk memperoleh pengetahuan dan kekuatan dan untuk membantu pasien. Dukun menggunakan drum untuk memanggil pada sekutu roh. Suara drum yang berulang memudahkan keadaan *trance* dalam praktik perdukunan.

Panggilan ini adalah seorang penyembuh. Selama praktik perdukunan, baik dukun maupun pasien melakukan perjalanan bersama. Ada yang dalam tingkat keterhubungan antara keduanya. Meskipun perbedaan yang signifikan dalam budaya dan pemisahan oleh jarak, praktik perdukunan di seluruh dunia adalah serupa. Di banyak wilayah di dunia, dukun dipandang sebagai " spesialis besar jiwa manusia karena dia tahu 'bentuk' dan takdirnya. "Nama-nama seperti penyihir, penyihir, dukun, peramal digunakan untuk nama dukun.

Tabib itu berlatih obat yang sangat canggih yang efektif untuk memerangi penyakit yang umum untuk hari mereka. Beberapa berbasis herbal pengobatan termasuk echinacea (Echinacea spp.), efedrin, (Ephedraceae spp.) dan kakao (*Theobroma cacao*) yang banyak digunakan dalam pengobatan kontemporer dan masyarakat. Tabib menggunakan filosof semua aspek kehidupan sangat erat berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan yang baik. Hidup itu

lingkaran, dan penyembuhan mencakup semua aspek kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat (Petri, Delgado and Mcconnell, 2015).

Kakao dibudidayakan di wilayah Mesoamerika (saat ini hari Meksiko tengah) sejak 1900 SM. Kakao begitu dihormati, bahwa " semua mata pelajaran dalam pelayanan kepada kaisar Aztec diharuskan membawa beberapa karung kakao sebagai penghormatan. 'Suku Aztec mencampurkan kakao dengan bahan lain seperti cabai (*Capsicum annum*), lada hitam (*Piper nigrum*), tepung jagung atau pisang raja untuk dijadikan minuman tradisional chocolat.

Gula tidak ditambahkan sampai tahun 1528, ketika Columbus memperkenalkan kakao ke Spanyol. Kakao digunakan untuk banyak penyakit (menambah berat badan, menyegarkan sistem saraf) apatis, kelelahan atau lemah, perbaikan pencernaan dan fungsi usus dan stimulasi ginjal) serta penyedap untuk obat lain, terutama untuk anak-anak. Selain biji kakao, daun, bunga, kulit kayu dan minyak memiliki sifat obat yang digunakan untuk mengobati luka bakar, luka dan iritasi kulit(McShea et al., 2008)

4.3 Sejarah Kedokteran Akademik Versus Pengobatan Alternatif

Pengobatan modern berbasis ilmu pengetahuan alam mulai berkembang pada pertengahan abad ke-19. Pengobatan sebelumnya yang menggunakan konsep magis dan agama menjadi subjek peningkatan skeptisme atau perpecahan dalam komunitas ilmiah medis. Pada akhir abad ini, pengobatan tradisional atau kuno dikucilkan dari dunia medis akademis. Perkembangan ilmu kedokteran berbasis ilmiah, semakin pesat dengan temuan bakteriologi (Louis Pasteur, Robert Koch) dan patologi seluler (Rudolf Virchow).

Pada saat itu, perpecahan antara pengobatan akademis dan pengobatan alternatif menjadi jelas, terutama dalam hal praktik dokter akademis yang berpendidikan ilmiah dan "naturopaths". (Naturarzt, Physiater) atau penyembuh awam. Akan tetapi masih ditemukan konsep heterogen yang menggabungkan konsep ilmiah dan natural. Salah satu contohnya adalah pada akhir abad ke-19, psikiater universitas tidak keberatan dengan penggunaan hidroterapi untuk pasien dengan histeria, dan ahli saraf Prancis terkenal Jean-Martin Charcot bereksperimen dengan penggunaan logam dan magnet untuk

mengobati gangguan saraf melakukan demonstrasi publik, untuk contoh transfer anestesi dari satu orang ke orang lain.

Batas antara kedokteran ilmiah dan "okultisme", "penipuan", atau "perdukunan" (Jerman: Kurpfuscherei) menjadi semakin ditegakkan oleh para pendukung kedokteran akademis. Dengan munculnya penelitian biomedis ke dalam histologi, bakteriologi, dan biokimia, metode penyembuhan alternatif mulai dipandang sebagai peninggalan masa lalu takhayul yang didiskreditkan, yang telah digantikan oleh kemajuan ilmiah dan teknologi kedokteran akademis. Sebaliknya, naturopath mengkritik kedokteran akademis karena bisa beracun serta mengabaikan kekuatan penyembuhan alam.

Kemajuan ilmu kedokteran modern dalam imunologi, genetika manusia, dan kedokteran molekuler membuat pengobatan alternatif menjadi usang. Namun, banyak pasien terutama mereka yang memiliki penyakit kronis terus membutuhkan metode alternatif untuk meredakan gejala yang tidak responsif terhadap terapi yang ditawarkan oleh kedokteran akademis (Mehdipour, 2017)

4.4 Metode Pengobatan Alternatif

Pengobatan komplementer atau alternatif adalah metode penyembuhan alternatif. Di mana dapat mendukung dan meningkatkan akademik (ilmiah) dalam kedokteran atau biomedis secara konstruktif. Di Asia konsep penyembuhan ini misalnya Pengobatan Tradisional Cina (TCM) atau di India pengobatan Ayurveda. Pengobatan melengkapi pengobatan Barat atau modern.

Berbagai jenis dari metode pengobatan ini antara lain:

Naturopathy

Jenis obat tidak konvensional yang paling populer adalah pengobatan naturopati, yang merupakan pendekatan alami untuk kesehatan dan penyembuhan yang mengakui integritas seluruh orang. Filosofi pengobatan naturopati mencakup pengobatan penyakit melalui stimulasi, peningkatan, dan dukungan dari yang melekat kapasitas penyembuhan orang tersebut.

Ada 6 prinsip untuk jenis obat ini:

1. Kekuatan penyembuhan alam yaitu tubuh memiliki kemampuan yang melekat untuk membangun, memelihara, dan memulihkan kesehatan.
2. Mengidentifikasi dan mengobati penyebab
Penyebab yang mendasari suatu penyakit harus ditemukan dan dihilangkan; gejala bukan penyebab suatu penyakit, dan penyebab penyakit meliputi faktor fisik, mental, emosional, dan spiritual, yang ke semuanya harus ditangani.
3. Pertama-tama jangan membahayakan—tindakan terapeutik harus saling melengkapi dan sinergis dengan proses penyembuhan.
4. Memperlakukan seluruh orang.
5. Dokter sebagai guru di mana harus menciptakan hubungan interpersonal dokter-pasien.
6. Pencegahan merupakan adalah tujuan dokter, dan yang terbaik obat; itu adalah membangun kesehatan daripada melawan penyakit (Oumeish, 1998).

Naturopati meliputi (Mehdipour, 2017):

1. Naturopati obat biologis
Prinsipnya yaitu pengaturan fungsi fisiologis yang terganggu dan ritme biologis mengenai respirasi, pengaturan panas, sekresi, dll.; pengobatan ketidakseimbangan biologis
2. Stimulasi penyembuhan Naturopati dengan pengobatan dengan cara alami (cahaya, udara, panas, tanah, air).

Prinsipnya dengan cara alami memberdayakan fungsi fisiologis yang melemah (pengerasan melawan kelembutan); pengobatan gejala dengan agen lawan (prinsip tradisional: *contraria contrariis*, misalnya, demam diturunkan dengan kompres dingin).

Aplikasinya adalah penyakit kronis, *neurasthenia*, gangguan psikosomatik; hidroterapi (Kneipp Cure, mandi uap, sauna, obat minum dengan air penyembuhan); terapi sinar matahari dan cahaya; *kataplasma*: lumpur, tegalan, *fango*

Chiroterapi (Panduan Obat) Termasuk Dalam Kedokteran Akademik

Pengobatan *chiropractic* adalah sistem terapi yang menganggap bahwa penyakit disebabkan oleh kurangnya fungsi saraf normal dan penggunaan manipulasi dan penyesuaian khusus dari struktur tubuh, seperti tulang, sendi, dan tulang belakang.

Ini adalah disiplin perawatan kesehatan yang menekankan kekuatan yang melekat dan restoratif dari tubuh untuk sembuh sendiri tanpa menggunakan obat atau operasi. Hal ini masih dipraktikkan secara luas di dunia Arab oleh praktisi chiro yang bukan dokter. Bahkan hari ini, *chiropractor* menggunakan pengamatan dan pengetahuan dan pengalaman luas mereka untuk mengidentifikasi penyebab rasa sakit, apakah itu patah tulang, atau masalah kolom tulang belakang. Mereka biasanya menggunakan potongan papan kayu untuk menyangga patahan.

Misalnya, jika terjadi fraktur lengan, *chiropractor* menerapkan bandage kain biasa di bawah dan di atas lengan, kemudian pasta yang terbuat dari campuran putih telur dengan sabun buatan sendiri dioleskan di sekitar anggota tubuh yang retak yang akan menempel pada kain ke bidai, dan kemudian anggota badan digantung 2 sampai 3 bulan sebelum dilepaskan.

Dalam kasus patah tulang yang parah, *chiropractor* membungkus anggota tubuh yang patah dengan sepotong kain untuk melindunginya dari luka bakar, dan kemudian di uap ramuan *inula viscosa* mendidih. Setelah beberapa menit ada respons dramatis, tulang yang disembuhkan melepaskan dirinya sendiri dan bagian yang retak. Setelah itu, *chiropractor* menyatukan mereka lagi (Oumeish, 1998).

Osteopati

Pengobatan osteopatik dipraktikkan oleh dokter di AS saja; di tempat lain dianggap sebagai bentuk pengobatan alternatif. Prinsipnya adalah Tulang sebagai titik awal kelainan organ tertentu, model antropologi holistik, keragaman konsep dan doktrin yang berbeda.

Aplikasi: Relaksasi penguat otot, pengurangan rasa sakit, pengapuran tulang, penyembuhan *subluksasi* vertikal yang menyebabkan iritasi pada akar saraf masing-masing Manipulasi

Phytotherapy (Herbal Medicine)

Fitoterapi (obat herbal) merupakan pengobatan kuno yang mulai ada pada zaman Yunani), fundamental bagi sejarah obat barat; juga dasar untuk tradisional Pengobatan Cina, Jepang (Kampo) dan India (Ayurveda).

Prinsip: Tanaman obat sebagai obat untuk aplikasi interior dan eksterior (tanaman air, campuran teh); bahan kompleks, tidak ada persiapan *mono compound*; oleh karena itu sangat sulit untuk di standarisasi.

Aplikasinya: Semua jenis gangguan fungsional sistem organ tertentu (kardiovaskular, pernapasan, kulit, dll.), Penyakit kronis; juga penyakit akut (misalnya, flu biasa) dan gejala stres (misalnya, insomnia).

Homeopathy

Homeopati adalah sistem pengobatan berdasarkan teori dari "like cure like." Misalnya, racun yang menyebabkan gejala penyakit pada orang sehat dapat mengobati gejala yang sama dalam bentuk encer. Zat diencerkan beberapa kali untuk membuat obat yang aman untuk digunakan, namun ahli homeopati percaya cukup kesamaan antara obat dan penyakit untuk merangsang kemampuan penyembuhan diri tubuh.

Berdasarkan pada "hukum kesamaan" farmakologis yang ditemukan pada tahun 1796 oleh Samuel Hahnemann, seorang ahli fisika Jerman. Kata ini berasal dari bahasa Yunani "*homoios*" dan *pathos* artinya menderita.

Prinsipnya: Berdasarkan prinsip Samuel Hahnemann (1755–1843): *Similia similibus curantur* (serupa dengan obat) yaitu zat yang menyebabkan gejala penyakit pada orang sehat dapat menyembuhkan gejala serupa pada orang sakit; zat (herbal, hewan, mineral) disiapkan dengan pengenceran dan suksesi (potensiasi).

Aplikasi= Terutama diterapkan pada penyakit kronis yang tidak dapat diobati secara efektif oleh kedokteran akademis (misalnya *neurodermatitis*, asma, distonia vegetatif); terapi nyeri; homeopati hewan juga banyak digunakan (para ahli homeopati berpendapat bahwa efektivitasnya di sini membuktikan bahwa homeopati bukan hanya placebo)

Pengobatan Tradisional Cina (TCM)

Prinsip:

1. Konsep Yin dan Yang

Prinsip Pengobatan Tiongkok bergantung pada teori bahwa tubuh manusia adalah organisme terbuka yang beroperasi di proses pertukaran biologis dan mental yang berkelanjutan dengan lingkungan. Ketika pertukaran dalam keadaan seimbang, maka kesehatan organisme manusia secara optimal. Sebaliknya, keseimbangan terganggu berarti terjadinya penyakit. Pemahaman konsepsi ganda dari 2 bagian ini memiliki pengaruh satu sama lain mengarah pada konsep Cina tentang *yin* dan *yang*, 2 dasar-dasar filosofi Cina, kekuatan yang sama dalam kondisi *omeostasis*, dan mewakili faktor positif dan negatif, yang memengaruhi keseimbangan (Lemonnier et al., 2017).

2. Qi, meridian, oksigen dan pembuluh darah

Dalam TCM fungsi dan homeostasis tubuh manusia dalam lingkungan sekitarnya diizinkan berkat penyerapan yang efisien, sirkulasi, dan distribusi dari apa yang diajarkan secara luas dan dikenal sebagai "energi" melalui organisme, bergerak dari bagian penyerap ke bagian penyimpanan dan transformasi. "energi" yang disebut "qi".

Energi sebagai sumber kehidupan yang mengalirkan nutrisi dan molekul yang diperlukan untuk mempertahankan organisme dalam keadaan seimbang. "Energi" ini mengalir di dalam jalur spesifik, disebut "meridian," membentuk semacam metafisika jaringan garis berjalan melalui tubuh. Kata "meridian" mungkin berasal dari kata Cina mai, yang berarti "kapal." Dalam konteks itu, xue mai berarti "pembuluh darah." Orang barat lebih mudah memahami oksigen sebagai sumber kehidupan, bersirkulasi melalui pembuluh darah, daripada memahami "energi" yang beredar melalui "meridian." Pengetahuan medis tentang anatomi dan fisiologi tubuh tidak selengkap kedokteran modern saat ini.

3. Klasifikasi organ

Pengobatan Cina membagi organ menjadi 2 kategori: organ penyimpan dan organ pengubah. Dengan demikian, fungsi suatu organ lebih penting daripada fungsinya struktur. Konsekuensi psikologis dari fungsi atau disfungsi organ juga digambarkan dalam TCM, yang menekankan pentingnya dari gangguan psikosomatik.

a. Klasifikasi organ = Organ penyimpan (5 Zang)

Ada 5 organ penyimpan yang diberi nama Zang. Mereka adalah organ padat: *Xin*, *Gan*, *Pi*, *Fei*, dan *Shen*. Mereka secara simbolis dikaitkan dengan elemen alam yaitu fungsi biologis, dan fungsi psikologis. *Xin* terkait dengan api: itu mencakup jantung, fungsi otak, dan fungsi psikologis dari pikiran. *Gan* dikaitkan dengan kayu: mencakup hati, fungsi hati, dan sistem sensorik-motorik, fungsi keseimbangan dan ketenangan psikologis. *Pi* diasosiasikan dengan bumi: mencakup limpa dan pankreas, fungsi penyerapan, pencernaan, distribusi dan pemanfaatan zat gizi, dan psikologis komponen temperamen dan kecerdasan. *Fei* terkait dengan logam: itu mencakup paru-paru, fungsi pernapasan dan fungsi psikologis dari kemauan. *Shen* dikaitkan dengan air: mencakup ginjal, sistem endokrin, dan psikologis fungsi kemauan.

b. Klasifikasi organ — Organ yang mengubah: 6 Fu

Melengkapi 5 organ padat, ada 6 transformasi organ, bernama Fu. Mereka adalah organ berongga: *Dan*, *Xiaochang*, *Wei*, *Dachang*, *Pangguang*, dan *Sanjiao*. Mirip dengan 5 Zang, masing-masing terkait dengan elemen, organ, fungsi atau sistem, dan sebuah fungsi psikologis. *Dan* dikaitkan dengan kayu: itu termasuk kandung empedu, mengontrol sirkulasi cairan tubuh, dan fungsi psikologis keseimbangan dan ketenangan. *Xiaochang* adalah terkait dengan api: itu termasuk usus kecil, penyerapan nutrisi dan transportasi limbah, dan psikologis fungsi pikiran. *Wei* dikaitkan dengan bumi: itu termasuk lambung, fungsi pencernaan dan sistem kontraksi otot, dan fungsi psikologis temperamen dan kecerdasan. *Dachang* dikaitkan dengan logam:

itu termasuk usus besar, sistem imunologi dan respons seluler terhadap patogen, dan fungsi psikologis dari kemauan. *Pangguang* dikaitkan dengan air: itu termasuk kandung kemih, keseimbangan air dan sistem ekskresi, dan kepatuhan fungsi psikologis. *Sanjiao*, sebagai *fu* keenam, berhubungan dengan api, dan merupakan koordinator dari 3 bagian tubuh: zona atas dengan pernapasan dan sistem kardiovaskular, zona tengah dengan pencernaan, dan zona yang lebih rendah ekskresi.

4. Diagnosis dan tahapan patologi.

TCM mengidentifikasi pola evolusi penyakit dengan mengklasifikasikan faktor patologi menurut pengaruh iklim. Faktor tersebut adalah angin, dingin, panas, lembab, kering, dan api. Faktor-faktor tersebut memengaruhi organisme dengan memicu modifikasi homeostasis tubuh. Pemahaman adalah bahwa faktor iklim mendorong perkembangan patologi karena transportasi patogen (virus, bakteri), dan mempromosikan pembentukan patogen tersebut dengan kondisi suhu dan kelembaban. Diagnosis pada TCM adalah langkah penting setelah beberapa tindakan seperti: observasi visual, interogasi, palpasi tubuh, suara tubuh, dan bau. Pemeriksaan tersebut mengarah pada diagnosis berdasarkan: menetapkan tanda dan gejala fisik pasien dan status psikologis.

Aplikasi: Semua kasus perawatan non bedah; tujuan terapi adalah untuk memperbaiki ketidakseimbangan mengarahkan Qi dengan teknik tertentu: akupunktur, moksibusi, terapi obat tertentu, terapi gerakan (Qigong), pijat (Shiatsu di Jepang).

Ayurveda (Pengobatan Tradisional India)

Istilah “Ayurveda” berarti “pengetahuan (veda) kehidupan (ayur).” Ayurveda adalah sistem ilmu kehidupan India, didokumentasikan dan dipraktekkan sejak 1500 SM (Kessler et al., 2013).

Dalam *Ayurveda*, faktor etiologi, patogenesis, klinis, dan terapi modalitas penyakit dijelaskan berdasarkan sub tipe, stadium, dan tingkat keparahan penyakit. Obat-obatan diberikan secara personal dengan pemeriksaan individu

yang sakit menyeluruh, disarankan untuk memilih obat dalam dosis yang tepat untuk orang yang tepat(STO/NATO, 2017).

Yoga

Yoga berasal dari Kitab suci Sanskerta India dan sesuai dengan berbagai aliran yoga. Prinsip *Kundalini*, energi utama yang terletak di dasar tulang belakang, dapat dibangkitkan dengan meditasi naik ke dan mencerahkan enam cakra superior lainnya (simpul energi tubuh halus).

Aplikasinya: latihan yoga telah menjadi bagian dari gaya hidup Barat dan bentuk “agama semu” sejak akhir abad ke-20; teknik yoga dianggap membantu dalam semua gangguan psikologis dan fisik.

Bab 5

Terapi Komplementer Dengan Teknik Mind and Body

5.1 Pendahuluan

Terapi komplementer yang disebut NCCAM (National Center for Complementary/Alternative) sebagai terapi Pelengkap. Terapi komplementer/alternatif adalah kelompok beragam sistem non medis dan perawatan kesehatan, praktik dan produk (NCCAM, 2008). Lebih dari 1.800 perawatan telah diidentifikasi sebagai perawatan komplementer. NCCAM membagi beberapa terapi dan sistem perawatan berdasarkan kategori NCCAM. Salah satunya adalah terapi *Mind and Body* (Mariah & Ruth, 2011).

Terapi *Mind-Body* sebagai intervensi dalam meningkatkan keterampilan berpikir yang memengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh seperti yoga, terapi musik, doa, jurnal, *biofeedback*, humor, imajery dll. Terapi ini adalah terapi pikiran-tubuh di mana individu fokus pada penyesuaian dan menciptakan keseimbangan proses mental dalam proses penyembuhan.

5.2 Jenis Jenis Terapi Mind and Body

Doa (Prayer)

Doa telah diidentifikasi sebagai terapi komplementer oleh Pusat Nasional untuk Terapi Komplementer/Alternatif. Doa telah digunakan oleh orang-orang dari semua agama, budaya dan kepercayaan. Doa adalah terapi komplementer yang paling umum digunakan Yang Maha Kuasa mungkin tidak selalu mengabulkan apa yang orang itu minta secara spesifik. Namun, efek doa dari Illahi ada dan dapat dipelajari dengan menggunakan penelitian-penelitian yang telah dilakukan.

"Doa" berasal dari bahasa Latin *precarius*, yang berarti meminta. Definisi sederhana dari doa adalah mengangkat hati dan jiwa kepada yang tertinggi. Dalam perspektif bahasa kata *du'a* berasal dari bahasa Arab *da "a-yada" u-da "ada" watun*, yang mengandung arti memanggil, mengundang, minta tolong, meminta dan memohon.

Secara istilah, doa adalah permohonan atau permintaan dari seseorang hamba kepada Tuhan dengan menggunakan lafal yang dikehendaki dan dengan memenuhi ketentuan yang ditetapkan, atau meminta sesuatu sesuai dengan hajatnya atau memohon perlindungan kepada Allah Swt.

Doa dapat dilakukan secara individu, kelompok, atau sebagai bagian dari keyakinan agama. Salah satu penelitian yang menggabungkan antara terapi alternatif yaitu terapi bekam sambil mendengarkan ayat alquran, dapat menurunkan tekanan darah, kadar kolesterol, kadar glukosa darah dan kadar asam urat, sehingga menjadi rekomendasi untuk menjaga kesehatan (Rosyanti, Hadi, Askrening, & Indrayana, 2021).

Doa adalah baik untuk membina dan meningkatkan semangat hidup. Atau dalam arti kata lain, doa mempunyai dampak terapeutik, pencegahan, dan membina pada kesehatan mental (Samsidar, 2020).

Musik Intervention

The American Heritage Dictionary dari Bahasa Inggris mendefinisikan musik sebagai "seni mengatur suara melalui melodi, harmoni, ritme, dan timbre dalam waktu untuk memberikan komposisi yang berkesinambungan, terpadu, dan menggugah" (Alvin J, 1975). Musik memengaruhi aspek fisik, psikologis dan spiritual manusia. Respons musik pada seseorang dapat dipengaruhi oleh preferensi pribadi, lingkungan, pendidikan, dan faktor budaya. Intervensi

musik memberikan pasien/klien stimulus nyaman yang membangkitkan perasaan senang dengan memfokuskan perhatian individu pada musik

Menurut Kushariadi dan Setyoadi (2011) terapi musik adalah menggunakan musik atau elemen musik untuk meningkatkan, mempertahankan, serta mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional dan spiritual. Menggunakan musik dan aktivitas musik untuk mengatasi berbagai masalah dalam aspek fisik, psikologis, kognitif, dan kebutuhan sosial individu (Chu et al., 2014).

Terapi musik memiliki beberapa keunggulan antara lain dari segi biaya dan manfaat, penatalaksanaan non farmakologi menggunakan terapi musik lebih ekonomis, tidak memiliki efek samping, dan dapat mengurangi ketergantungan pasien terhadap obat. Selain itu, terapi musik ini juga relatif lebih mudah untuk dilaksanakan kepada pasien oleh siapa pun termasuk perawat.

Musik yang didengar melalui telinga akan distimulasi ke otak, kemudian di otak, musik tersebut akan diterjemahkan menurut jenis musik dan target yang akan distimulasi. Menurut (Campbell, cit, Rachmawati, 2005), Musik menghasilkan rangsangan ritme yang kemudian ditangkap melalui organ pendengaran dan diolah melalui sistem saraf dan kelenjar yang selanjutnya mengorganisasikan interpretasi bunyi ke dalam ritme internal pendengarannya. Gelombang suara musik yang dihantarkan ke otak berupa energi listrik melalui jaringan syaraf akan membangkitkan gelombang otak yang dibedakan atas frekuensi alfa, beta, theta, dan delta. (Li, Kuo, Sin, & Liu, 2015)

Humor

Intervensi untuk meningkatkan kesehatan dan merangsang *mood*, ekspresi atau apresiasi, dukungan belajar, promosi kesehatan atau imitasi, baik itu emosi, sosial atau agama dengan cara mengembangkan model lelucon lucu ke dalam manajemen terapi kesehatan.

Lelucon /humor dapat membuat pasien tertawa secara terbuka dan jujur. Meskipun tertawa secara fisik mengarah pada lelucon, respons terhadap lelucon adalah indikator nyata keefektifannya. Menurut Black (1984), berbagai manifestasi respons tubuh bergeser dari tertawa ke respons keseluruhan dari tersenyum menjadi tertawa. Efek positif lainnya dapat bermanifestasi peningkatan ekspresi, tingkat partisipasi dalam kegiatan, dan memperkuat hubungan antara pengasuh dan klien (Montegomery, Kegan, & Cathie, 2000).

Yoga

Yoga melibatkan jalur kesadaran transformasional etis dan spiritual yang sistematis, Melakukan yoga membawa tubuh, pikiran dan jiwa menjadi selaras satu sama lain dan alam semesta dengan cara menghilangkan hal-hal negatif dan membiarkan hal-hal positif bersinar. (Barnes et al., 2015)

Yoga berarti penyatuan atau perpaduan kekuatan pribadi dan universal, praktik yoga secara sistematis mengajarkan kita bagaimana mengubah diri kita dan menyadari sifat sejati kita. Melakukan intervensi yoga dengan gerakan-gerakan sistematis yang telah di tentukan dan di ikuti oleh pasien.

Biofeedback

Teknik yang menggunakan perangkat (biasanya perangkat elektronik) untuk menghasilkan beberapa peristiwa fisiologis internal normal dan abnormal dalam tubuh manusia, dalam bentuk sinyal visual dan pendengaran untuk memanipulasi peristiwa yang diekspresikan secara sukarela dengan memanipulasi sinyal yang ditampilkan. membantu orang mengendurkan otot untuk menurunkan tekanan darah, sementara perangkat *biofeedback* EMG menginformasikan kemajuan (mengurangi ketegangan otot).

Biofeedback memberikan informasi tentang perubahan fisiologis parameter ketika perilaku perawatan seperti relaksasi atau penguatan latihan yang digunakan untuk masalah kesehatan. Misalnya, kaset relaksasi membantu orang rileks otot-otot (Mariah & Ruth, 2011)

Meditasi

Meditasi merelaksan tubuh dan menenangkan pikiran merupakan salah satu yang direkomendasikan untuk mengurangi stres, kecemasan dan gangguan terkait kecemasan, insomnia. Penelitian sebelumnya telah berfokus pada hasil perilaku yang terkait dengan meditasi (kecemasan, depresi, insomnia, perubahan kualitas hidup). Sedangkan penelitian terbaru telah mendokumentasikan perubahan imunologis dan neurologis dalam olahraga, di mana individu memusatkan perhatian atau kesadaran mereka pada suatu objek.

Meditasi sebagai teknik yang memungkinkan individu untuk mempelajari proses kesadaran dan pengalaman untuk menemukan kualitas mendasar yang lebih mendasar dari keberadaan mereka sebagai kenyataan (Kushariadi & Setyoadi, 2011). Salah satu hasil penelitian melihat adanya perubahan penderita hipertensi dengan dilakukan intervensi meditasi (Wara Kushartanti, 2003)

Story Telling

Mendongeng menggambarkan ingatan manusia sebagai seni dan ilmu yang melibatkan kisah pribadi dari suatu peristiwa yang menciptakan gambar yang mudah diingat di benak pendengar. Namun, fakta atau fiksi selalu memiliki karakteristik tertentu.

William LaBeouf, seorang Sosiologi Bahasa Wilwood (1979). Mendongeng dianggap sebagai tindakan atau alat untuk mendorong dan memengaruhi status kesehatan individu dan kelompok. Atribut dari kesehatan adalah bercerita yang meliputi: menyediakan koneksi ke orang lain, menyumbangkan rasa hubungan antara peristiwa kehidupan, membuka kesempatan untuk penyembuhan terjadi, membantu untuk mencapai kepenuhan manusia secara potensial, dan yang mengarah ke rasa terpadu diri.

Journaling

Menulis jurnal adalah salah satu dari kelompok terapi yang memberikan kesempatan untuk merenungkan dan menganalisis kehidupan serta peristiwa dan orang-orang di sekitar yang berhubungan dengan perasaan. Menuliskan peristiwa apa yang terjadi hari ini, review kehidupan, dan memanfaatkan dasar ilmiah yang sama. Menulis jurnal memerlukan keterlibatan aktif dari orang dalam mencerminkan dan menganalisis.

Istilah jurnal, buku harian dan menulis sering digunakan secara bergantian. Sedangkan fokus pada rekaman peristiwa dan diaries jurnal berfungsi sebagai alat untuk merekam proses kehidupan seseorang. Peristiwa dan pengalaman yang dicatat dalam jurnal merupakan refleksi pribadi seseorang tentang peristiwa masa lalu atau saat ini serta makna yang terkandung di dalamnya.

Dalam penulisan jurnal, interaksi antara sadar dan tidak sadar sering terjadi. Menulis, istilah lain, digunakan ketika fokusnya adalah pada tema atau topik. Misalnya, orang mungkin akan diminta untuk menulis tentang pikiran dan perasaan yang terkait dengan peristiwa stres tertentu dalam hidup mereka.

Animal Assisted Therapy

Animal Assisted Therapy (AAT) adalah secara intervensi bertujuan langsung pada hewan (biasanya anjing) Intervensi ini diarahkan dari kesehatan atau pelayanan manusia, desain untuk memajukan perbaikan pada fisik manusia, sosial, emosional, dan fungsi pengetahuan/kesadaran.

Unit rehabilitasi pada fasilitas perawatan telah dilakukan dalam pemanfaatan AAT untuk meningkatkan keterampilan melalui aktivitas penyeimbangan tantangan, suasana menyenangkan, memperoleh keterampilan dan daya tahan. Peningkatan manajemen/pengontrolan stres dan pemenuhan keterampilan, peningkatan pengetahuan dan keberadaan untuk menuju ke perubahan hidup.

Imagery

Imagery merupakan intervensi pikiran-tubuh yang memakai kekuatan imajinasi buat menciptakan pergantian pada ukuran fisik, emosional, ataupun spiritual. Teknik ini membayangkan suatu kejadian dengan menggunakan imajinasi dengan meringankan penderitaan, serta memfasilitasi transformasi spiritual digunakan buat mengakses benak dasar sadar penderita serta sistem keyakinan buat membuka komunikasi antara badan, benak, serta jiwa.

Imagery biasanya digunakan dalam perawatan kesehatan modern, sangat kerap dalam wujud *imagery* dipimpin, hipnosis klinis, ataupun *self-hypnosis*. perlengkapan pengobatan. Perawat, dokter, psikolog, serta lain-lain memakainya dalam praktik mereka buat penyembuhan penyakit kronis serta kronis.

Imagery adalah pembentukan representasi mental dari objek, tempat, peristiwa, atau situasi yang dirasakan melalui indera. Hal ini didasarkan pada imajinasi individu itu sendiri dan pengolahan kognitif dan dapat diperlakukan sebagai kegiatan mandiri (*self-hypnosis*) atau dipandu oleh seorang profesional (*imagery* dipandu), berimajinasi melihat, mendengar, mencium, merasakan, dan / atau menyentuh sesuatu di gambar (Kushariadi & Setyoadi, 2011).

Bab 6

Terapi Komplementer Berbasis Biologis

6.1 Pendahuluan

Terapi komplementer menjadi salah satu pilihan pengobatan semakin banyak diminati oleh masyarakat. Perawat dapat berperan sebagai konsultan untuk klien dalam memilih alternatif yang sesuai ataupun membantu memberikan terapi langsung tersebut secara langsung (Saputra, 2021).

Terapi berbasis biologis adalah terapi komplementer yang paling populer. Lebih dari 90 juta orang Amerika menggunakan setidaknya herbal dan banyak juga yang menggunakan *nutraceuticals* (aditif, vitamin, dan zat khusus, diet) sebagai alternatif pilihan terapi Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, (2014).

Para peneliti telah menempatkan aroma terapi, minyak astiri dan beberapa zat tumbuhan alami dalam kategori terapi komplementer berbasis biologis. Seperti banyak terapi berbasis biologis lainnya, terapi esensial minyak yang ditemukan dalam aroma terapi memiliki penggunaan yang jauh lebih luas di negara lain. Banyak penelitian tentang minyak esensial telah dilakukan di Prancis dan Inggris, dan hanya dalam beberapa tahun terakhir itu aroma terapi telah diperkenalkan ke fasilitas kesehatan.

Karena meningkatnya persentase orang yang menggunakan sediaan herbal, wajib bagi perawat untuk mengetahui persiapan dan menilai dampaknya penggunaannya. Meskipun perawat biasanya tidak dalam posisi untuk meresepkan atau merekomendasikan *nutraceutical* khusus untuk pasien, penggunaan luas terapi komplementer berbasis biologis mengharuskan perawat memiliki pengetahuan hal ini.

6.2 Konsep Terapi Komplementer

Definisi Terapi Komplementer

Terapi Komplementer/ pengobatan komplementer menurut *World Health Organization* (WHO), adalah pengobatan non-konvensional yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan. Jadi untuk Indonesia, jamu misalnya, bukan termasuk pengobatan komplementer tetapi merupakan pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang dimaksud adalah pengobatan yang sudah dari zaman dahulu digunakan dan diturunkan secara turun temurun pada suatu negara. Tapi di Filipina misalnya, jamu Indonesia bisa dikategorikan sebagai pengobatan komplementer (Rufaida, Lestari & Sari, 2018).

Terapi komplementer adalah cara penanggulangan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung kepada pengobatan medis atau sebagai pengobatan pilihan lain di luar pengobatan medis yang konvensional.

Peran Perawat Dalam Terapi Komplementer

Peran perawat yang dapat dilakukan dari pengetahuan tentang terapi komplementer di antaranya berperan sebagai konselor, pendidik kesehatan, peneliti, pemberi pelayanan langsung, koordinator dan sebagai advokat (Snyder, 2002).

1. Konselor perawat dapat menjadi tempat bertanya, konsultasi, dan diskusi apabila klien membutuhkan informasi ataupun sebelum mengambil keputusan terkait penggunaan terapi komplementer.
2. Pendidik sebagai pendidik kesehatan, menerapkan terapi komplementer pada terapi non farmakologi, dengan ini memberikan pemahaman lebih kepada mahasiswa bahwa selain pengobatan

- konvensional, terapi komplementer juga dapat dijadikan alternatif pengobatan.
3. Peneliti peran perawat sebagai peneliti di antaranya dengan melakukan berbagai penelitian yang dikembangkan dari hasil *evidence based practice*.
 4. Care Giver perawat dapat berperan sebagai pemberi pelayanan langsung misalnya dalam praktik pelayanan kesehatan yang melakukan integrasi terapi komplementer
 5. Advokat perawat berperan untuk memenuhi permintaan kebutuhan perawatan komplementer yang mungkin diberikan termasuk perawatan alternatif
 6. Koordinator perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien sehingga peran koordinator dalam terapi komplementer adalah mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit manajer terkait.

Kategori Terapi Komplementer

National Center for Complementary and Alternative Medicine of National Institutes Of Health (NCAAM) mengklasifikasikan pengobatan komplementer ke dalam lima kategori yaitu NCAAM (2012):

1. Biological Based Practice/Natural Product yaitu penggunaan bahan natural/ herbal dan praktik biologis dalam memberikan kesembuhan pada masyarakat misalnya, vitamin, dan suplemen.
2. Mind-body techniques
Meditasi *mind-body therapy* yaitu memberikan intervensi dengan berbagai teknik untuk memfasilitasi kapasitas berpikir yang memengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh misalnya perumpamaan (*imagery*), yoga, terapi musik, berdoa, journaling, biofeedback, humor, tai chi, dan terapi seni.
3. Manipulative and body-based practice (pijat refleksi)
Terapi ini didasari oleh manipulasi dan pergerakan tubuh misalnya pengobatan *kiropraksi*, macam-macam pijat, rolfing, terapi cahaya dan warna, serta hidroterapi.

4. Energy therapies: terapi medan magnet terapi energi yaitu terapi yang fokusnya berasal dari energi dalam tubuh (biofields) atau mendatangkan energi dari luar tubuh misalnya terapeutik sentuhan, pengobatan sentuhan, *reiki, external qi gong, magnet*
5. Ancient medical systems: obat tradisional *chinese, ayurvedic, akupunktur.*

6.3 Terapi Komplementer Berbasis Biologis

Definisi

Biologically based practice atau terapi biologis merupakan salah satu kategori utama dari terapi komplementer dan alternatif. Secara umum *Biologically based practice* adalah penggunaan bahan-bahan yang berasal dari alam untuk memengaruhi proses fisiologis tubuh dan meningkatkan kesehatan (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Menurut *Cancer Council Biologically based practice* merupakan penggunaan makanan, obat-obatan, dan suplemen untuk memengaruhi fungsi tubuh. Menurut *National Institutes of Health (NIH)* terapi biologis melibatkan terapi untuk melengkapi diet normal seseorang dengan pemberian ekstrak tambahan, nutrien, tanaman herbal, dan atau makanan tertentu (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Terapi biologis lebih sering digunakan sebagai terapi komplementer. Terapi biologi berdasarkan pemberian suplemen seperti tumbuh-tumbuhan, vitamin, mineral, asam lemak, protein, dan pro biotik (bakteri hidup yang sering ditemui pada biji-bijian, yoghurt) dan makanan fungsional. Penggunaan paling umum terapi biologis adalah untuk obesitas, meningkatkan pembentukan otot dan kinerja, meningkatkan kesehatan secara menyeluruh dan kesejahteraan, mengobati dan mencegah penyakit (contohnya flu dan demam), dan mengurangi depresi (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Jenis terapi komplementer secara biologis

6.3.1 Aromatherapy

Definisi

Aroma terapi merupakan metode pengobatan melalui media bau-bauan yang berasal dari bahan tanaman tertentu diserap melalui kulit atau dihirup oleh sistem penciuman (Shin, Lee (2007); Boehm, Bussing, and Osterman, (2012); Lakan, Shefer, and Tapper, 2016).

Pada abad pertengahan di awal abad ke-20, istilah "aroma terapi" dulu digunakan oleh Rene Maurice Gattefosse di daerah Perancis berbentuk sediaan air suling dari tumbuh-tumbuhan. Dalam bukunya tahun 1937, *Aromatherapie*, Gattefosse mengklaim bahwa obat herbal bisa digunakan untuk mengobati hampir semua penyakit di seluruh sistem organ manusia (Lakan, Shefer and Tapper, 2016). Hingga saat ini aroma terapi sangat populer di Amerika Serikat dan di seluruh dunia (Boehm, Bussing, and Osterman, 2012).

Nasional Cancer Institute mendefinisikan aroma terapi sebagai "penggunaan terapi esensial" minyak dari bunga, tumbuh-tumbuhan, dan pohon untuk peningkatan fisik, emosional nasional, dan spiritual "(National Cancer Institute NCI, 2012).

Dasar Ilmiah

Meskipun banyak klaim telah terkait dengan manfaat aroma terapi, sebagian besar penelitian menyatakan bahwa aroma terapi efektif untuk mengatasi depresi, kecemasan, ketegangan otot, tidur, gangguan, mual, dan nyeri (Boehm, Bussing, and Osterman, 2012).

Beberapa penelitian menunjukkan stimulasi *olfaktori* dari aroma terapi dapat mengurangi rasa sakit, serta mengubah sistem *hemostatis* tubuh manusia menjadi lebih baik, hal ini ditunjukkan dengan parameter seperti denyut nadi, tekanan darah, kulit, suhu, dan aktivitas otak berada dalam kondisi yang stabil dan jauh lebih baik (Shin, Lee, 2007). Aroma terapi dengan menggunakan *essential oil* telah terbukti memberikan perubahan positif bagi kesehatan fisik dan psikologis, hal ini telah menjadi perhatian dan pemantauan selama bertahun-tahun (I Kei et al, 2015).

Pemberian aroma terapi bisa dilakukan dalam berbagai macam cara seperti untuk massage atau pijat, mandi dan inhalasi, dengan menghirup *essential oil*

secara fisiologi akan menstimulasi *receptor cell* di *nervus olfactory* untuk melepaskan impuls dan mentransmisikannya ke sistem limbik yang merupakan pusat dari fungsi regulasi saraf autonom dan emosi (Marzouk, 2013). Informasi dari *nervus olfactory* akan ditransmisikan ke otak dan merupakan komponen utama, untuk dikoneksikan ke sistem limbik (Matsumoto, 2014).

Intervensi

Minyak atsiri dapat dioleskan ke tubuh melalui kulit (topikal metode), kemudian melalui inhalasi atau dihirup. Senyawa dalam minyak esensial bekerja melalui aliran darah melalui beberapa akses tadi. Sebagai contoh saat aroma terapi minyak atsiri bunga mawar dihirup, molekul yang mudah menguap akan membawa unsur aromatik yang terkandung di dalamnya seperti *geraniol* dan *linalool* ke puncak hidung dimana *silia-silia* muncul dari sel-sel reseptor. Apabila molekul-molekul menempel pada rambut-rambut tersebut, suatu pesan elektrokimia akan ditransmisikan melalui saluran *olfaktori* ke dalam sistem *limbik*.

Hal ini akan merangsang memori dan respons emosional. Hipotalamus yang berperan sebagai regulator memunculkan pesan yang harus disampaikan ke otak. Pesan yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan berupa senyawa elektrokimia yang menyebabkan perasaan tenang dan rilex serta dapat memperlancar aliran darah sehingga berefek pada tekanan darah turun. Daya kerja aroma terapi ini bekerja antara 20 menit - 2 jam setelah menghirupnya (Koensomardiyah, 2009).

Menurut Jaelani (2009) salah satu cara terbaik untuk menurunkan tekanan darah yaitu dengan cara pemberian aroma terapi melalui inhalasi atau menghirup aroma terapi melalui hidung karena sensor indra penciuman pada manusia memiliki kepekaan lebih tajam dan sensitif. Beberapa bahan kimia yang terkandung dalam minyak atsiri bunga mawar di antaranya *sitrail*, *sitronelol*, *geraniol*, *linalol*, *nerol*, *eugenol*, *feniletil*, *alcohol*, *farnesol*, *nonil*, dan *aldehida* (Rubkahwati, Isnaeni dan Utami, 2013).

Penggunaan Aroma terapi dengan cara inhalasi memiliki efek tercepat, meskipun senyawa diserap melalui pijat dapat dideteksi dalam darah dalam waktu 20 menit (Jager, Bauchbauer, Jirovetz, & Fritzer, 1979). Pilihan metode aplikasi tergantung pada pengetahuan perawat dan parameter praktik, tersedia atau waktu yang diinginkan untuk terjadinya tindakan, hasil yang ditargetkan,

bahan kimia komponen minyak esensial, dan preferensi dan psikologis kebutuhan pasien.

6.3.2 Obat-Obatan Medicine (Herbal Medicine)

Definisi

Obat-obatan herbal, atau terapi nabati, terus menempati tempat sangat penting dalam banyak tradisi penyembuhan dunia. Ini termasuk penggunaan herbal tunggal dalam banyak tradisi Barat dan kombinasi multi-*herbalbinasi* dalam sistem medis tradisional Asia.

Penggunaan herbal sering kali merupakan bagiannya dari sistem kepercayaan yang mungkin melibatkan komponen spiritual atau metafisik. Obat-obatan herbal sering dimasukkan dalam aktivitas pendukung dan pengobatan tradisional lainnya yang menjadi perantara dengan roh dunia. Obat-obatan herbal juga merupakan alat dalam pengobatan tradisional Asia dan digunakan, seperti akupunktur, untuk membuka saluran yang tersumbat melalui titik (meridian) untuk membuka aliran bebas *qi* (roh atau kekuatan hidup) Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, (2014).

Obat-obatan herbal, juga dikenal sebagai tumbuhan atau fitoterapi, adalah salah satu komponen dari rangkaian produk alami yang dijual di Amerika Serikat sebagai suplemen makanan. Ini termasuk produk berbasis jamur (*mycothera-pai*); minyak esensial (aromaterapi); dan vitamin, mineral, dan nutrisi terapi (nutraceutical).

Meskipun bukan makanan atau obat-obatan, zat-zat ini masih diatur ditetapkan oleh *Food and Drug Administration* (FDA), tetapi dengan aturan yang kurang ketat persyaratan. Tidak seperti makanan dan obat-obatan, suplemen makanan dapat dijual berdasarkan bukti keselamatan yang dimiliki oleh pabrikan dan dapat hanya akan dihapus dari pasar jika FDA dapat membuktikan bahwa mereka tidak aman di bawah kondisi pemakaian biasa.

Di bawah DSHEA, obat-obatan herbal dapat dijual untuk "merangsang, memelihara, mendukung, mengatur dan meningkatkan kesehatan" dari pada untuk mengobati penyakit. Sebagai suplemen makanan daripada obat-obatan, obat *herbaceous* tidak dapat mengklaim untuk mengembalikan fungsi normal (atau memperbaiki abnormal). Selain itu, herbal tidak dapat mengklaim untuk "mendiagnosis, mengobati, mencegah, menyembuhkan, atau mengurangi" (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Perusahaan jamu dapat menegaskan bahwa produk mereka mendukung kesehatan jantung tetapi tidak menurunkan kolesterol. Untuk melakukannya akan menyarankan bahwa produk ini dimaksudkan untuk mengobati penyakit (hiperkolesterolemia) dan karena itu tunduk pada peraturan farmasi dan (FDA).

Hal ini menimbulkan pertanyaan tentang apa yang dimaksud dengan penyakit. FDA awalnya mendefinisikan penyakit sebagai setiap penyimpangan, gangguan, atau gangguan struktur atau fungsi normal dari setiap bagian, organ, atau sistem tubuh yang dimanifestasikan oleh seperangkat karakteristik dari satu atau lebih tanda dan gejala.

Definisi ini menimbulkan banyak kekhawatiran. "Struktur biasa" tampaknya dinormalisasi untuk pria berusia 30 tahun dan karena itu tidak memperhitungkan untuk jenis kelamin atau penuaan. Misalnya, apakah menopause dan kram menstruasi? penyakit? Tanpa tanda atau gejala, apakah hiperkolesterolemia merupakan penyakit? atau faktor risiko? Setelah protes publik yang signifikan, (FDA) mengadopsi definisi penyakit yang ditemukan dalam *Nutrition Labeling and Health Act of (1989)*.

Penyakit saat ini dianggap sebagai kerusakan pada organ, bagian, struktur, atau sistem tubuh sehingga tidak berfungsi dengan baik (misalnya, penyakit cular) atau keadaan kesehatan yang mengarah ke seperti (misalnya, hipertensi).

Dasar Ilmiah

Penelitian signifikan telah dilakukan dengan menggunakan biomedis ilmiah Barat model pada banyak agen herbal tunggal. Mulai tahun 1978, di Jerman *Bundesgesundheitsamt* mulai mengevaluasi keamanan dan kemanjuran *phytomedicines*. Mulai tahun 1996, mulai muncul artikel meta-analisis dan menulis ulasan yang signifikan tentang produk herbal yang secara teratur mulai muncul di jurnal medis Barat.

Ini mudah diakses melalui Situs web PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed). Mengumpulkan data dari studi serupa untuk analisis (meta-analisis) penelitian yang diterbitkan hingga saat ini telah meninggalkan informasi penting, termasuk penamaan tanaman tertentu spesies dipelajari (misalnya, *echinacea* versus *Echinacea purpurea*, *E. pallida*, atau *E angustifolia*); bagian yang digunakan (batang, daun, atau akar); formulir (ditekanjus, ekstrak utuh bubuk, ekstrak air, ekstrak etanol, atau air ekstrak etanol); dan formulasi (pernyataan proposisi air untuk alkohol atau fraksi

dan konsentrasi yang diekstraksi secara khusus) Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Standarisasi obat herbal sangat penting baik untuk studi ilmiah dan perlindungan konsumen. Standarisasi disamakan dengan produktivitas khasiat, keampuhan terjamin, kualitas bahan aktif, dan terdokumentasi efektivitas.

Namun, dengan obat-obatan herbal, standarisasi hadir beberapa masalah. Pertama, bahan aktifnya mungkin tidak diketahui. Kedua, mungkin ada lebih dari satu bahan aktif. Ketiga, baik konten maupun aktivitas obat herbal mungkin terkait dengan cara ekstraksi dan pengolahan. Ini secara signifikan memperumit penelitian dan konseling untuk profesional kesehatan dan konsumen.

Semakin banyak profesional perawatan kesehatan yang mempelajari efek dari zat-zat tersebut. Dengan peningkatan keterlibatan FDA, kami dapat menantikan pasar jamu yang lebih andal. Pengetahuan yang diperluas tentang indikasi herbal dapat meningkatkan keamanan dan kemanjuran terapi herbal untuk pasien.

Intervensi

Banyak orang menggunakan *nutraceuticals*. Oleh karena itu, penting bagi perawat termasuk penilaian penggunaan *nutraceutical* ketika mereka mengkaji riwayat kesehatan pasien. Pasien harus didorong untuk terbuka tentang penggunaannya sebagai bagian dari komunikasi mereka tentang preferensi merek dan upaya menuju kesehatan yang baik; demikian, tanggapan penyedia layanan kesehatan harus terbuka dan tidak menghakimi, terlepas dari potensi kebutuhan untuk perubahan atau penghentian *nutraceutical* berdasarkan bukti atau sepengetahuan penyedia.

Keahlian para profesional dari disiplin ilmu lain dapat dipanggil juga melalui rujukan atau konsultasi untuk memastikan bahwa pasien menerima informasi terkini dari bukti terbaru mengenai keamanan dan kemanjuran produk yang digunakan (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

6.3.3 Makanan Fungsional dan Nutraceuticals (Functional Foods and Nutraceuticals)

Definisi

Menurut Haller (2010), istilah *nutraceutical* adalah *portmanteau* dari kata nutrisi dan farmasi. Awalnya diciptakan oleh Dr. Stephen DeFelice, *nutraceuticals* didefinisikan sebagai "makanan, atau bagian dari makanan, yang vide manfaat medis atau kesehatan, termasuk pencegahan dan pengobatan penyakit" (Pusat Nutrisi Nasional, 2012).

Kategori *nutraceutical* termasuk suplemen makanan seperti Ginkgo biloba, makanan fungsional seperti stanol tumbuhan, dan makanan obat seperti batangan kesehatan dengan kation *Food and Drug Administration* (FDA), 2012). mencakup *nutraceuticals* setiap bagian makanan yang dapat memberikan manfaat bagi kesehatan (Haller, 2010).

Istilah-istilah ini sering digunakan secara bergantian. Jumlah dan ragam *nutraceuticals* tersedia di Amerika Serikat sangat mengejutkan, Misalnya, banyak toko kelontong toko membawa sereal yang diperkaya dengan asam lemak omega-3, diperkaya Ginseng minuman olahraga, produk susu dengan berbagai jenis pro biotik, dan jeruk jus yang mengandung tambahan kalsium.

Maksud dari Suplemen Makanan Undang-undang Kesehatan dan Pendidikan, disahkan pada tahun 1994, adalah untuk melindungi hak-hak konsumen untuk memiliki akses ke suplemen makanan (dengan demikian *nutraceuticals* dan makanan fungsional) untuk mempromosikan kesehatan yang baik *Food and Drug Administration* (FDA), 2012).

Berdasarkan ketentuan undang-undang, bahan suplemen makanan dibebaskan dari peraturan obat; dan dengan demikian persetujuan pra-pemasaran,t ermasuk demonstrasi manfaat dan keamanan, tidak diperlukan (Haller, 2010).

Makanan fungsional didefinisikan sebagai makanan yang diproduksi yang secara ilmiah klaim yang sah secara hukum dapat dibuat. Mereka mungkin diproduksi oleh pemrosesan makanan teknologi, pemuliaan tradisional, atau dengan rekayasa genetika. Fungsional makanan harus memberikan manfaat kesehatan jangka panjang dengan aman. Dengan demikian, suatu fungsi-makanan nasional mungkin salah satu dari berikut ini: Makanan yang dikenal yang bahan fungsional dari makanan lain adalah ditambahkan (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, (2014).

Makanan yang sama sekali baru yang mengandung satu atau lebih bahan fungsional (Parisa, 1999). Orang Jepang, yang termasuk orang pertama yang menggunakan makanan fungsional, memiliki menyoroti tiga kondisi yang menentukan makanan fungsional. Ini adalah makanan (bukan kapsul, tablet, atau bubuk) yang berasal dari alam bahan-bahan yang terjadi. Dapat dan harus dikonsumsi sebagai bagian dari diet harian. Ini memiliki fungsi tertentu ketika tertelan, berfungsi untuk mengatur par-proses tubuh tertentu: peningkatan mekanisme pertahanan biologisisme, pencegahan penyakit tertentu, pemulihan dari penyakit tertentu, kontrol kondisi fisik dan mental, dan memperlambat penuaan proses (PA Consulting Group, 1990).

Menurut definisi ini, makanan utuh yang tidak dimodifikasi seperti buah-buahan dan sayuran merupakan bentuk paling sederhana dari makanan fungsional. Untuk misalnya, brokoli, wortel, atau tomat akan dianggap fungsional makanan karena mengandung tingkat tinggi komponen fisiologis aktif seperti beta-karoten, likopen, dan sulforaphane. Makanan yang dimodifikasi, termasuk yang telah diperkaya dengan nutrisi atau ditingkatkan dengan fitokimia, juga dalam bidang makanan fungsional (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, 2014).

Dasar Ilmiah

Selama abad yang lalu telah terjadi banyak perubahan dalam jenis-jenis makanan yang dimakan orang. Ini mencerminkan penerapan temuan ilmiah dan inovasi teknologi dalam industri makanan. Meskipun banyak penelitian telah dilakukan tentang gizi dan kesehatan dan penyakit, eksplorasi ilmiah penggunaan nutraceuticals telah lebih terbatas.

Ketertarikan pada bahan makanan telah menghasilkan penyelidikan untuk menghubungkan nutrisi dan asupan makanan dengan perbaikan kesehatan atau pencegahan penyakit. Studi dalam literatur epidemiologi telah ditinjau dan menyarankan kemungkinan hubungan yang mungkin antara konsumsi buah dan sayuran yang rendah dan timbulnya penyakit tertentu seperti penyakit jantung (He, Nowson, & MacGregor, 2006; Dia, Nowson, Lucas, & MacGregor, 2007), dan baru-baru ini artikel penelitian di Journal of National Cancer Institute (2013), menyarankan bahwa konsumsi sayuran dapat mengurangi risiko jenis payudara tertentu kanker (Rathner, 2013).

Banyak studi ilmiah telah dilakukan tentang peran berbagai produk yang ditambahkan ke makanan normal untuk meningkatkan kemampuannya untuk menghambat penyakit. Banyak yang menganggap asupan makanan sebagai

cara terbaik untuk memperoleh nutrisi yang diperlukan (Kottke, 1998). Misalnya, laporan oleh Dunia Dana Penelitian Kanker/American Institute for Cancer Research (2007) menunjukkan bahwa meskipun mungkin ada bukti untuk mendukung konsumsi beberapa buah dan sayuran dapat melindungi terhadap jenis tertentu kanker tertentu.

Dasar Ilmiah

Selama seabad yang lalu telah terjadi banyak perubahan dalam jenis-jenis makanan yang dimakan orang. Ini mencerminkan penerapan temuan ilmiah dan inovasi teknologi dalam industri makanan. Meskipun banyak penelitian telah dilakukan tentang gizi dan kesehatan dan penyakit, eksplorasi ilmiah penggunaan *nutraceuticals* telah lebih terbatas.

Ketertarikan pada bahan makanan telah menghasilkan penyelidikan untuk menghubungkan nutrisi dan asupan makanan dengan perbaikan kesehatan atau pencegahan penyakit. Studi dalam literatur epidemiologi telah ditinjau dan menyarankan kemungkinan hubungan yang mungkin antara konsumsi buah dan sayuran yang rendah dan timbulnya penyakit tertentu seperti penyakit jantung (He, Nowson, & MacGregor, 2006; Dia, Nowson, Lucas, & MacGregor, 2007), dan baru-baru ini artikel penelitian di Journal of National Cancer Institute (2013) menyarankan bahwa konsumsi sayuran dapat mengurangi risiko kanker payudara (Rathner, 2013).

Misalnya, laporan oleh *American Institute for Cancer Research* (2007) menunjukkan bahwa meskipun mungkin ada bukti untuk mendukung konsumsi beberapa buah dan sayuran dapat melindungi terhadap jenis tertentu kanker, di antaranya adalah makanan yang mengandung *Glucosamine* dan *Chondroitin Sulfate*

1. Glucosamine dan Chondroitin Sulfate

Glucosamine, gula amino yang diproduksi tubuh, dan *chondroitin sulfate* merupakan karbohidrat kompleks yang ditemukan di dalam dan sekitar sel tulang rawan (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, (2014). *Glukosamin* dan *kondroitin sulfat* adalah dua bahan alami yang terpisah. Produk ini sering dijual bersama untuk mengurangi rasa sakit dan kekakuan *osteoarthritis*. Secara historis, dokter di Jerman menjadi yang pertama menggunakan *glukosamin* pada tahun 1969 untuk mengurangi rasa sakit dan meningkatkan

mobilitas pada pasien dengan *osteoarthritis* (Ruth Lindquist, Mariah Snyder and Mary, (2014).

Menurut Kolata (2006), *glukosamin* dan *kondroitin sulfat* paling populer di Amerika Serikat. Glukosamin dan kondroitin sulfat sebagai grade A memiliki (bukti ilmiah yang kuat) untuk *osteoarthritis* radang sendi lutut, dan *kondroitin sulfat* tanpa *glukosamin* sebagai grade A untuk *osteoarthritis* umum.

2. Koenzim Q10

Coenzyme Q10 (CoQ10) adalah senyawa yang dibuat secara alami di dalam tubuh. Dia digunakan oleh sel untuk menghasilkan energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pemeliharaan sel. Hal ini juga digunakan oleh tubuh sebagai antioksidan. Tingkat jaringan CoQ10 menurun seiring bertambahnya usia. Telah disarankan bahwa CoQ10 dapat merangsang sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan daya tahan terhadap penyakit. Namun, saat ini tidak ada uji klinis yang dirancang dengan baik untuk mendukung klaim ini (National Institute Kanker, 2013). Kesehatan jantung tetap menjadi yang utama bidang studi untuk digunakan dengan senyawa ini. Beberapa uji coba terkontrol dari CoQ10 telah dilakukan untuk indikasi gagal jantung *kongestif*, dan hasilnya bervariasi (Khatta et al., 2000). Ada juga manfaat yang disarankan untuk kesehatan dari CoQ10 untuk myalgia terkait statin (Caso, Kelly, McNurland, & Lawson, 2007).

Artikel ulasan oleh Littarru dan Tiano (2010) menyarankan mungkin ada beberapa manfaat potensial dari CoQ10 untuk kelelahan dan masalah kinerja dengan olahraga, *preeklamsia*, dan untuk pria dengan penurunan jumlah sperma (Littarru & Tiano, 2010). Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memverifikasi hal tersebut. Klaim terapeutik lainnya dikaitkan dengan CoQ10 melibatkan hipertensi, gangguan status kekebalan, terapi *adjuvant* untuk kanker payudara, dan berbagai gangguan neurologis. Seperti biasa, penggunaannya harus hati-hati harus dilakukan tidak disarankan suplementasi dengan *nutraceutical* selama kehamilan.

3. Pro biotik

Pro biotik adalah suplemen mikroorganisme yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan atau mengobati penyakit tertentu. Pro biotik juga disebut bakteri ramah, dan saluran pencernaan normal mengandung 400 jenis bakteri pro biotik ria. Yoghurt adalah contoh makanan pro biotik sumber. Pro biotik juga tersedia dalam bentuk lain seperti tablet atau kapsul. Penurunan pH usus dan penghambatan bakteri patogen, pencegahan fisik atau kimia kolonisasi bakteri patogen, atau induksi atau peningkatan respons imun (The Medical Letter, 2013).

Fokus penelitian dan hasil yang paling menjanjikan terus terkait dengan gangguan dengan saluran pencernaan. Berdasarkan hasil beberapa acak uji klinis terkontrol, pro biotik mungkin berguna untuk mengobati *Clostridium difficile* (Johnson et al., 2012) dan diare, yang berhubungan dengan penggunaan antibiotik (Kligler & Cohrssen, 2008). Pro biotik juga telah dipelajari untuk penggunaan mengatasi potensial *vaginosis* bakteri pada wanita, dan infeksi saluran kemih. Di sana adalah beberapa bukti untuk mendukung penggunaan pro biotik untuk gejala dan *vaginosis* bakteri *asimptomatis* tetapi tidak ada bukti yang mendukung penggunaan pro biotik untuk kandidiasis vulvovaginal (Jurden, Buchanan, Kelsberg, & Safranek, 2012). Studi lebih lanjut diperlukan, untuk dicatat bahwa ada banyak jenis probiotik dan tidak semuanya direkomendasikan untuk pengobatan berbagai kondisi kesehatan. Oleh karena itu, setiap kondisi harus diteliti dengan cermat sebelum direkomendasikan.

Intervensi

Banyak orang menggunakan *nutraceuticals*. Oleh karena itu, penting bagi perawat termasuk penilaian penggunaan *nutraceutical* ketika mereka memperoleh riwayat kesehatan cerita pasien. Pasien harus didorong untuk terbuka tentang penggunaannya sebagai bagian dari komunikasi mereka tentang preferensi merek dan upaya menuju kesehatan yang baik; demikian, tanggapan penyedia layanan kesehatan harus terbuka dan tidak menghakimi, terlepas dari potensi kebutuhan untuk menasihati perubahan atau penghentian *nutraceutical* berdasarkan bukti atau sepengetahuan penyedia.

Keahlian para profesional dari disiplin ilmu lain saluran dapat dipanggil juga melalui rujukan atau konsultasi untuk memastikan bahwa pasien menerima informasi terkini dari bukti terbaru mengenai keamanan dan kemanjuran produk yang digunakan.

Bab 7

Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh

7.1 Pendahuluan

Terapi Komplementer merupakan terapi yang tata caranya berbeda dari pengobatan konvensional di bidang Kesehatan yang mengutamakan obat kimia dan operasi. Terapi komplementer merupakan terapi tambahan bersamaan dengan terapi utama yang berfungsi sebagai terapi suportif untuk mengontrol gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan berkontribusi terhadap penatalaksanaan pasien secara keseluruhan.

Keperawatan komplementer adalah cabang ilmu keperawatan yang menerapkan pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berfungsi sebagai terapi suportif untuk mengontrol gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan berkontribusi terhadap penatalaksanaan pasien secara keseluruhan, diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan dan efektivitas yang tinggi berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik. Salah satu bentuk terapi komplementer yang sudah mulai populer karena sederhana menggunakan teknik manual (menggunakan tangan) adalah terapi manipulasi tubuh.

7.2 Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh

Pengertian

Terapi manipulasi disebut juga sebagai terapi manual, yakni terapi fisik yang biasanya digunakan oleh terapis pijat, fisioterapi, okupasi terapis, ahli tulang, ahli osteopati, dan dokter osteopati untuk mengobati nyeri *muskuloskeletal* dan *disability* (Kim et al., 2022). Teknik terapi ini dilakukan pada ekstremitas inferior dan superior yang dikaitkan dengan gerak, sikap dan fungsi persendian tersebut. Pengertian terapi manipulasi tubuh secara umum adalah suatu terminologi untuk mewadahi segala bentuk teknik gerakan pasif yg digunakan untuk menangani gangguan *muskuloskeletal*.

Sedangkan pengertian terapi manipulasi sebagai teknik adalah gerakan pasif yang dilakukan secara cepat sehingga gerakan tersebut sudah selesai sebelum pasien dapat mencegahnya. Terapi manipulasi memiliki banyak jenis tetapi paling sering dilakukan di antaranya adalah *kneading* dan manipulasi otot, mobilisasi sendi dan manipulasi sendi.

Teknik manipulatif diperkenalkan untuk penyembuhan tradisional pada abad 19 oleh dokter Amerika Andrew Taylor Still (1828-1917) yang pada tahun 1874 dia mendirikan Sekolah Osteopati di Kirksville, USA. Terapi manipulasi adalah serangkaian teknik terapi yang dilakukan jika terjadi gangguan sendi dan jaringan lunak terkait, teknik ini diyakini merupakan metode penanganan utama dalam mobilisasi sendi dan jaringan lunak yang mana dalam praktik kedua teknik ini selalu dikombinasikan (Suprawesta et al., 2017).

Terapi manipulasi tubuh terutama berfokus pada struktur dan sistem tubuh, termasuk tulang dan sendi, jaringan lunak dan sistem peredaran darah dan limfatik. Tiga terapi terpenting dalam kelompok ini adalah manipulasi tulang belakang (chiropractic), manipulasi sistem *muskuloskeletal* dan *myofascial* (osteopati) dan terapi pijat (Poder and Lemieux, 2014).

Terdapat tiga unsur pada terapi manipulasi tubuh yaitu: psikologis, *biomekanikal* dan fisiologis. Pada unsur psikologis didapatkan unsur *placebo* yang positif, pada unsur *biomekanikal* merupakan media dalam perbaikan dan pembentukan jaringan baru. Pada unsur fisiologis, terapi ini menurunkan spasme otot, dan mengurangi nyeri.

Manfaat Terapi Manipulasi Tubuh

Hasil penelitian-penelitian menunjukkan adanya manfaat terapi manipulasi tubuh pada berbagai masalah kesehatan di antaranya adalah berdasarkan hasil case study seorang klien dilakukan terapi manipulasi fisik tiga kali seminggu selama 2 minggu. Setelah total 6 sesi klien melaporkan bahwa nyeri secara bertahap berkurang (Yoon et al., 2018).

Penelitian lain menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi komplementer manipulasi tangan secara mandiri terhadap skala nyeri dengan rata-rata $1,5 \pm 0,2$ (Nazilla et al., 2021). Hasil penelitian lain memperlihatkan adanya pengaruh terapi manipulasi pada penderita *frozen shoulder* untuk peningkatan kemampuan fungsional pada penderita *frozen shoulder* di RSUD Sultan Sulaiman Kabupaten Serdang Bedagai (Sinaga, 2021).

Secara umum, terapi manipulasi tubuh memiliki banyak manfaat di antaranya adalah:

1. mengurangi nyeri baik yang persisten maupun sub akut;
2. menambah lingkup gerak sendi LGS;
3. menurunkan *spasme* otot;
4. memperbaiki sirkulasi darah;
5. sebagai terapi diatraktif;
6. meningkatkan pemulihan fungsional;
7. mengurangi terapi bersifat kimiawi.

Manfaat yang dihasilkan dari terapi manipulasi adalah penurunan rasa nyeri yang terjadi karena perubahan konsentrasi mediator inflamasi, peningkatan unsur endorfin dan serotonin yang bekerja dalam menurunkan ambang nyeri., memproduksi *hypoalgesia*, penurunan tekanan darah dan nadi sehingga dapat menurunkan stres, memunculkan efek *imitative cannabis* akibat peningkatan *kanabinoid* endogen serta ada efek desensitisasi melalui menghilangkan memori nyeri dan mengganti dengan memori baru.

Indikasi Terapi Manipulasi Tubuh

Terapi manipulasi tubuh ini dapat dilakukan pada pasien dengan:

1. nyeri akut maupun kronis;
2. pasien dengan masalah spasme otot;
3. pasien dengan masalah sendi;

4. pasien dengan gangguan fungsi gerak;
5. fibromialgia.

Kontraindikasi Terapi Manipulasi Tubuh

Walaupun terapi manipulasi tubuh ini memiliki banyak manfaat namun terapi ini tidak dapat sembarangan dilakukan pada kondisi tertentu. Beberapa kondisi yang tidak diperbolehkan dilakukan terapi manipulasi ini di antaranya adalah:

1. Kontraindikasi absolut
 - a. Osteomielitis;
 - b. diabetes tingkat lanjut;
 - c. hipersensitivitas kulit;
 - d. epilepsi;
 - e. rasa sakit yang konstan dan parah, termasuk rasa sakit yang mengganggu tidur, menunjukkan bahwa kondisi tersebut kemungkinan berada dalam tahap penyembuhan akut;
 - f. radiasi nyeri yang luas;
 - g. nyeri tidak hilang dengan istirahat;
 - h. diseksi arteri karotis;
 - i. cedera tulang belakang;
 - j. fraktur;
 - k. tumor.
2. Kontraindikasi relatif
 - a. efusi atau peradangan sendi;
 - b. artritis reumatoïd;
 - c. adanya tanda-tanda neurologis;
 - d. osteoporosis;
 - e. hipermobilitas;
 - f. kehamilan;
 - g. pusing.

Sampai saat ini, belum ada penelitian skala besar tentang keamanan terapi manual. Mengingat semakin populernya terapi manual di seluruh dunia (Kim et al., 2022).

Jenis-Jenis Teknik Terapi Manipulasi Tubuh

Jenis-jenis teknik terapi manipulasi tubuh:

1. Stroking

Stroking merupakan teknik manipulasi tubuh yang dilakukan dengan cara menggosok area yang sakit menggunakan seluruh bagian permukaan tangan atau dengan ujung-ujung jari tangan. Kekuatan penekanan sedikit atau agak lunak. Arah pemijatan bisa dilakukan dengan sentripetal maupun centrifugal. Tujuan teknik *stroking* ini ada dua yaitu bisa *stroking* untuk menenangkan dan *stroking* untuk menggiatkan.

2. Kneading

Kneading adalah suatu teknik manipulasi massage yang dilakukan dengan penekanan seluruh telapak tangan atau ibu jari serta jari-jari tangan secara tegak lurus pada jaringan di bawahnya. Metode penekanan dilakukan secara bergelombang, yaitu penekanan dan pengenduran dilakukan secara bergantian. Dari satu penekanan ke penekanan berikutnya harus selalu kontak dengan permukaan bagian yang dimanipulasi atau dipijat. Jenis-jenis kneading:

- a. Kneading I: penekanan sejajar dengan serabut otot.
- b. Kneading II: penekanan melintang arah serabut otot.
- c. Kneading III: penekanan dilakukan dengan ibu jari.
- d. Kneading putar: penekanan setengah lingkaran.

3. Muscle Squeezing

Muscle squeezing merupakan teknik manipulasi massage dengan memegang, meremas lembut, dan menekan lunak ke arah aliran darah vena. *Muscle squeezing* hanya dilakukan anggota gerak bebas seperti lengan, bahu, tungkai, Pundak dan leher.

4. Picking up

Picking up adalah teknik manipulasi *massage* yang dilakukan dengan cara memegang sebanyak mungkin jaringan, mengangkatnya tegak lurus, dan kemudian menekannya ke bawah tanpa melepas/memindah pegangan. Teknik *picking up* ini dilakukan mulai dari origo menuju insertion suatu otot. Teknik *picking up* ini dilakukan dengan irama

agak cepat. Manipulasi ini bersifat stimulasi dan diterapkan pada jaringan yang tebal

5. Wringing

Wringing teknik manipulasi yang dilakukan dengan cara melakukan dorongan dan tarikan pada jaringan sampai terjadi lipatan jaringan. Cara yang dilakukan untuk Teknik *wringing* ini adalah ibu jari abduksi dengan keempat jari lainnya mengarah ke depan untuk dorongan. Sedangkan keempat jari pada tangan lain menarik jaringan. Teknik *wringing* ini bisa dilakukan pada bagian betis, punggung samping dan paha.

6. Skin Rolling

Skin rolling ialah teknik manipulasi massage dengan memegang jaringan kulit dan mendorong/ meng gulungkannya ke depan dengan kedua ibu jari tangan, sehingga terjadi gerakan meluncur. Teknik *skin rolling* ini hanya dapat dilakukan pada area punggung dan perut, baik dilakukan secara vertikal maupun horizontal.

7. Hacking

Hacking merupakan teknik manipulasi massage dengan pukulan lunak pada jaringan tubuh, yang dilakukan melintang di atas serabut-serabut otot. Teknik pelaksanaan *hacking* ini adalah dengan cara menekuk siku dengan lengan posisi semi abduksi (ketiak dibuka), pergelangan tangan ekstensi dengan jari-jari lurus dan terbuka. Setelah itu melakukan *pronasi* dan *supinasi*. Teknik *hacking* ini dapat dilakukan pada organ tungkai dan paha.

8. Clapping

Clapping atau disebut juga *Cupping* merupakan teknik manipulasi *massage* yang terdiri dari serangkaian pamparan atau hentakan pada bagian superfisial bagian tubuh. Permukaan telapak tangan dibuat sedikit cekung dan kendor lalu melakukan gerakan tamparan/ hentakan/ pukulan secara bergantian kanan dan kiri pada tubuh dengan pergelangan tangan rileks. Teknik *clapping* ini dilakukan pada area punggung, pundak dan leher.

9. Beating

Beating merupakan teknik manipulasi yang mirip *clapping*, tetapi dilakukan dengan tangan mengepal rileks, dan pada pelaksanaannya dilakukan sedikit lebih lambat dari *hacking* serta *clapping*, gerakan tetap fleksi ekstensi pergelangan tangan/pols secara rileks. Tindakan *beating* ini biasanya dilakukan pada area paha dan pantat.

10. Finding/ Digitng

Finding atau *digiting* adalah teknik manipulasi *massage* yang mirip dengan *clapping*, yang dilakukan dengan jari-jari tangan terbuka. Pelaksanaan gerak sama dengan *clapping* dan *beating*. Teknik ini dilakukan pada area punggung terutama area kanan dan kiri ruas tulang belakang. Teknik ini direkomendasikan untuk stimulasi refleks saraf.

11. Friction

Friction adalah teknik manipulasi *massage* dengan cara menekan kecil dan dalam pada jaringan tubuh, untuk mencegah dan menghilangkan penebalan/*thickening* serta perlekatan/adhesion. Teknik ini dilakukan menggunakan ibu jari atau empat jari lainnya, dapat juga dengan basis ruas ketiga jari tangan. Teknik ini dapat dilakukan pada bagian tubuh yang ototnya mengalami penebalan dan perlekatan kecuali daerah perut.

12. Effleurage

Effleurage adalah teknik manipulasi *massage* yang dilakukan dengan menggosok, yang arah gerakannya sentripetal mengarah ke jantung menurut arah aliran darah vena dan cairan *lympe*. Manipulasi ini disebut juga mengurut/melulut. Teknik ini dapat dilakukan menggunakan seluruh permukaan tangan dengan lengkungan antara ibu jari dan jari telunjuk, maupun dengan bagian lateral ibu jari. Penekanan dilakukan meningkat secara bertahap dengan waktu penekanan semakin melambat. Teknik ini dapat dilakukan di semua bagian tubuh kecuali perut dan kepala.

13. Osilasi

Osilasi merupakan suatu gerakan yang dilakukan secara ritmis dengan amplitudo tetap. Osilasi yang dilakukan untuk vertebra dapat dilakukan melalui *proc transversus*, *proc spinosus* dengan arah yang berbeda-beda. Kecepatan gerakan dapat lambat (1 kali/2 detik) maupun cepat (3 kali/1 detik). Osilasi ini dapat dilakukan sebagai persiapan mobilisasi. Tindakan ini sebagai interval sewaktu mobilisasi, sebagai mobilisasi segmen gerak yang terbatas, sebagai penutup mobilisasi setelah diperoleh tambahan LGS yang bebas.

14. Traksi

Traksi adalah upaya merenggangkan dua atau lebih *vertebrae* ke arah longitudinal. Teknik traksi terdiri dari:

- a. traksi kontinu;
- b. traksi ritmis;
- c. autotaksi ritmis;
- d. traksi manipulatif.

15. Mobilisasi spesifik

Mobilisasi spesifik adalah suatu mobilisasi (gerakan pasif) di mana bagian tubuh yang dikontrol, bagian yg digerakkan, arah gerakan dan ritme gerakan sudah tertentu. Tujuan mobilisasi spesifik adalah memperbaiki kemampuan gerak segmen tertentu dengan jalan meregang *kapsuloligamenter* dan otot yang memendek, menghilangkan kekakuan, menghilangkan/mengurangi aktivitas *nocisensorik*, memperbaiki peredaran darah dan trofik, memperbaiki fungsi *kinematis* dan statis *kolumna vertebralis*.

Teknik Dasar

Teknik dasar yang biasa digunakan dalam manipulasi tubuh di antaranya adalah:

1. Pemijatan dan mobilisasi jaringan lunak

Metode pemijatan yang biasa dilakukan menggunakan telapak tangan dengan tekanan lembut dengan gerakan melingkar dan berulang-

ulang. Teknik ini memiliki efek pada saraf, otot, peredaran darah dan kelenjar getah bening.

2. Stabilisasi persendian

Metode ini dilakukan untuk mengontrol pergerakan sendi dalam batas gerakan yang tepat dan benar.

3. Manipulasi persendian

Tindakan ini dilakukan untuk membantu persendian agar dapat melakukan gerakan secara normal dengan rasa nyeri yang minimal.

4. Traksi manual

Teknik tarikan ini dilakukan untuk mengurangi tekanan pada saraf dan membantu otot relaksasi.

5. Teknik energi otot

Teknik ini dilakukan untuk mengembalikan otot yang mengalami pemendekan atau menggerakkan sendi yang kaku.

6. Manipulasi osteopati kecepatan tinggi amplitudo rendah

Teknik ini dilakukan untuk mengembalikan fungsi normal sendi, teknik ini biasa dilakukan pada tindakan *range of motion*.

7. Drainase kelenjar getah bening

Teknik pemijatan ringan ini dilakukan pada kelenjar getah bening untuk membantu aliran cairan limfatik.

Metode Terapi Manipulasi Tubuh

1. Metode Kaltenborn-Evjenth

Metode ini menggunakan pergerakan sendi yang linear yang bertujuan untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan rentang gerak persendian.

2. Metode Maitland (Australia)

Metode ini menggunakan pendekatan teknik dorongan dengan penekanan ke arah posterior anterior.

3. Metode Paris

Metode ini dilakukan untuk mengurangi fungsi dan gerakan abnormal yang bersifat patologis dari pasien.

4. Metode McKenzie

Metode ini dilakukan untuk mengurangi gangguan nyeri pada area tungkai dan tungkai belakang yang dilakukan terapi dengan gerakan tertentu yang berulang-ulang.

5. Metode Mulligan

Metode ini dilakukan dengan cara rotasi dan atau seluncur sendi untuk mengoreksi perubahan sendi minor sehingga fungsi sendi kembali normal.

6. Mobilisasi saraf

Teknik ini digunakan dengan cara merangsang peregangan saraf yang abnormal atau dengan menggerakkan jaringan di area sekitarnya sehingga tidak terjadi lagi gangguan *neuromuskuloskeletal*.

Prosedur Terapi Manipulasi Tubuh

Prosedur tindakan terapi manipulasi tubuh:

Tabel 7.1: Prosedur Tindakan Manipulasi Tubuh (PPNI, 2020)

No.	Prosedur Tindakan
1	Persiapan <ul style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat: <i>handscoot, lotion</i> (bila perlu) b. Persiapan pasien c. Persiapan perawat
2	Tindakan awal: <ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam terapeutik b. Evaluasi/ validasi c. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan d. Persiapan alat e. Jaga privasi klien f. Cuci tangan
3	Kaji kebutuhan terapi manipulasi tubuh
4	Tentukan jenis terapi manipulasi tubuh sesuai kebutuhan pasien
	Lakukan terapi manipulasi tubuh sesuaikan durasi, tingkat penekanan, alokasi/ area.
5	Cuci tangan
6	Evaluasi respons klien
7	Evaluasi tingkat nyeri dan kenyamanan pasien
8	Mencatat respons klien sebelum, selama, dan sesudah dilakukan tindakan pemberian terapi
9	Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan
10	Mencatat nama dan tandatangan perawat yang memberikan terapi oksigen

Bab 8

Terapi Energi

8.1 Pendahuluan

Terapi energi adalah terapi dengan menggunakan energi yang berasal dari tubuh, dekat tubuh dan atau energi yang berasal dari sumber lain. Konsep energi dan penggunaannya bersifat universal. Sebagian besar budaya memiliki kata untuk menggambarkan energi, yaitu: *qi* merupakan elemen dasar pengobatan tradisional Tiongkok; *ki* dalam kata dalam bahasa Jepang; di India itu adalah *prana*; Para ilmuwan dan konsumen cenderung skeptis tentang kemanjuran terapi energi, terutama karena kesulitan dalam mengukur energi "pribadi" semacam itu.

Dalam keperawatan terapi berbasis energi bukanlah hal baru. Terapi sentuh diperkenalkan oleh Krieger dimulai pada 1960-an. Terapi sentuhan merupakan sebuah istilah yang digunakan mencakup berbagai macam teknik yang digunakan oleh perawat di seluruh dunia. Teknik terapi sentuhan dapat melibatkan atau tidak dengan sentuhan yang sebenarnya pada tubuh. Perawat berusaha menyalurkan energi ke pasien atau untuk menyeimbangkan energi dalam diri orang tersebut. Terapi energi dari Jepang "Reiki" banyak digunakan di Amerika Serikat (Lindquist, Snyder dan Tracy, 2014).

Akupresur dan refleksologi fokus pada *qi*, yang ditransmisikan melalui meridian yang menjadi dasar TCM. Terapi bioelektromagnetik juga

meningkat. Terapi ini menggugurkan medan elektromagnetik, memanfaatkan magnet, kristal menstimulasi saraf *transkutan*. Stimulasi listrik saraf *transkutan* (TENS) telah digunakan selama beberapa dekade dalam manajemen nyeri. Terapi cahaya dan terapi energi suara juga termasuk dalam terapi energi. Penggunaan cahaya untuk mengobati afektif dan telah menjadi perhatian media yang cukup besar. Energi suara termasuk terapi getaran, penggunaan lonceng angin, dan suara.

Penelitian tentang terapi energi telah banyak dilakukan. Pengembangan yang desain penelitian dan pengukuran yang dapat mendekripsi perubahan dalam medan energi terjadi. Fotografi Kirlian, pencitraan aura, dan pertukaran gas adalah beberapa metode yang digunakan untuk mengukur hasil dari studi terapi energi. Beberapa macam termasuk terapi energi adalah: terapi cahaya, terapi sentuh, pijat refleksi, terapi *akupoin*, *reiki*, dan terapi kuantum.

8.2 Terapi Cahaya

Sejarah dan Dasar-Dasar Keilmuan

Terapi cahaya adalah terapi dengan paparan sinar matahari atau cahaya dengan panjang gelombang tertentu, jumlah waktu yang ditentukan atau waktu tertentu dalam sehari. (Wikipedia, 2009, Juni).

Sejak awal, manusia telah menyadari kekuatan penyembuhan dari cahaya. Terapi cahaya dimulai pada Mesir kuno, di mana sinar matahari digunakan untuk perawatan medis. Kuil untuk penyembuhan penyakit dibangun dengan kristal berwarna pada dinding batu sehingga sejajar dengan sinar matahari. Orang-orang akan berbaring di bangku dan tubuh mereka akan direndam dengan lampu murni atau berwarna (Curtis-King, 2008).

Kemudian, Hippocrates menggambarkan penggunaan sinar matahari untuk menyembuhkan berbagai penyakit medis. Meskipun dokter Romawi dan Arab kuno tidak memiliki ilmu pengetahuan untuk menjelaskan terapi cahaya pada saat itu, mereka percaya bahwa kekuatan cahaya sangat membantu untuk perawatan medis (Curtis-King, 2008).

Pada awal 1980-an, para peneliti menemukan bahwa cahaya khusus (20 kali lebih terang dari cahaya dalam ruangan normal), adalah pengobatan yang paling efektif untuk penderita depresi (Kripke, 1998b). Individu dengan SAD

secara positif dipengaruhi oleh cahaya dan cahaya memainkan peran penting dalam sekresi *melatonin*, serta serotonin (Partonen&Lo^o mnqvist, 2000; Yamada, Martin-Iverson, Daimon, Tsujimoto, & Takahashi, 1995).

Melatonin adalah hormon alami yang diproduksi oleh kelenjar pineal, yang terletak di pusat otak. *Melatonin* adalah hormon penting pada malam hari, yang berperan dalam ritme sirkadian, memberi sinyal tubuh kita untuk bersiap-siap untuk tidur. Namun, kelebihan produksi hormon sepanjang hari dapat menyebabkan gejala depresi (Brzezinski, 1997).

Lewy, dkk (1995) melaporkan bahwa mengonsumsi suplemen *melatonin* dan paparan cahaya terang dapat mengubah ritme sirkadian dan sekresi *melatonin*. Terapi cahaya dan pemberian *melatonin* dapat membantu untuk musim dingin depresi, jet lag, dan kerja shift.

Teknik Terapi Cahaya

Alat terapi yang direkomendasikan pada terapi cahaya adalah kotak lampu neon yang menghasilkan intensitas cahaya lebih besar dari 2.500 lux (Westrin & Lam, 2007). Lux adalah satuan intensitas iluminasi yang mengoreksi sensitivitas spektral foto topik mata manusia. Cahaya malam dalam ruangan biasanya kurang dari 100 lux, sedangkan kantor yang terang benderang kurang dari 500 lux.

Sebaliknya, cahaya luar ruangan jauh lebih terang, hari musim dingin yang kelabu berawan sekitar 4.000 lux dan hari yang cerah bisa mencapai 50.000 hingga 100.000 lux atau lebih (Westrin & Lam, 2007). Dalam tinjauan studi terapi cahaya, dosis rata-rata 2.500 lux setiap hari selama satu minggu lebih unggul daripada *placebo* dalam meningkatkan depresi yang diukur dengan *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D). Depresi menurun 50% atau lebih bila diberikan pada pagi hari (53%) dibandingkan pada sore hari (38%) atau pada tengah hari (32%). Semua tiga kali dilaporkan secara signifikan lebih efektif daripada kelompok kontrol yang menerima cahaya redup (11%) (Terman et al., 1989).

Agar terapi cahaya menjadi efektif, cahaya harus masuk ke mata, tetapi mata tidak melihat cahaya secara langsung. Terapi paling efektif di pagi hari, dimulai selama 15 menit dan secara bertahap ditingkatkan menjadi 2 jam dengan intensitas 2.500 lux (Mayo Clinic, 2008). Cahaya yang masuk ke dalam mata, dan ditransmisikan dengan impuls saraf ke kelenjar pineal yang mengontrol sekresi *melatonin*. Dalam waktu 3 sampai 4 hari gejala depresi

dapat membaik. Terapi ringan dapat diberikan di pagi hari setelah bangun tidur.

Dalam meta analisis pada penelitian oleh Terman (1989), disimpulkan bahwa paparan pagi hari lebih efektif, bila dibandingkan dengan waktu lain dalam sehari. Sering direkomendasikan bahwa individu dengan SAD harus berolahraga di luar ruangan selama siang hari sebanyak mungkin (Eagles, 2004). Terapi cahaya pada SAD terbukti lebih efektif daripada pemberian obat antidepresan (Elang, 2004).

Pengukuran Hasil dan Kontra Indikasi

Beberapa studi klinis dengan kontrol placebo telah dilakukan dengan menggunakan terapi cahaya untuk mengobati depresi. Studi-studi ini mengkonfirmasi bahwa cahaya tidak hanya seefektif metode lain, tetapi tidak menyebabkan efek samping jangka panjang. Terapi cahaya terang untuk pengobatan SAD menunjukkan bahwa terapi cahaya efektif, setara dengan uji coba farmakologi anti depresan (Golden et al., 2005).

Pada Meta-analisis literatur lainnya (studi yang diterbitkan antara Januari 1975 dan Juli 2003) tentang fototerapi (baik cahaya terang atau simulasi fajar) menyarankan bahwa terapi cahaya terang adalah pengobatan yang efektif untuk SAD.

Kontradiksi utama penggunaan terapi cahaya adalah penyakit retina atau penyakit yang mungkin melibatkan retina, seperti diabetes. Bagi mereka yang menggunakan obat fotosensitisasi, seperti: *lithium, antipsikotik fenotiazin, melatonin*, dan wortel St. John (Reme, Rol, Grothmann, Kaase, & Terman, 1996). Pemeriksaan Oftalmologi sering direkomendasikan untuk pasien berisiko tinggi ini sebelum memulai terapi cahaya.

Penggunaan Terapi Cahaya

Kegunaan lain dari terapi cahaya telah dilaporkan, termasuk pengobatan gangguan depresi non musiman, akne vulgaris, sindrom fase tidur yang tertunda, dan psoriasis. Terapi cahaya untuk pengobatan gangguan tidur pada orang dewasa tua telah disarankan oleh beberapa penelitian. Seiring bertambahnya usia, pola tidur dapat berubah; paling umum, dengan bertambahnya usia, orang akan mengalami kesulitan untuk tidur, tetapi tertidur, terbangun di pagi hari, dan kesulitan untuk kembali tidur (Dennis & Montgomery, 2008).

Gangguan tidur yang parah dapat menyebabkan depresi dan gangguan kognitif (Ford & Kamerow, 1989). Kurang tidur dapat merusak daya ingat, mengganggu metabolisme, dan mempercepat kematian (Davenport, 2002). Dalam sebuah studi oleh Campbell dan rekan (1993) pada 16 pria dan wanita antara usia 62 dan 81 tahun dengan gangguan tidur yang terpapar terapi cahaya terang, peneliti menemukan perubahan positif yang substansial dalam kualitas tidur sebagai hasil dari terapi. Waktu bangun dalam tidur adalah berkurang satu jam, dan efisiensi tidur meningkat dari 77,5 menjadi 90% tanpa mengubah waktu yang dihabiskan di tempat tidur.

Terapi cahaya direkomendasikan sebagai terapi yang efektif untuk meningkatkan pola tidur individu dengan demensia (Mishima et al., 2007). Untuk menentukan apakah cahaya intensitas tinggi di tempat umum area fasilitas perawatan jangka panjang akan memperbaiki pola tidur dan ritme sirkadian orang dengan demensia, Sloane dan rekan (2007) melakukan penelitian di unit geriatri pada 66 orang dewasa yang lebih tua dengan demensia.

Hasil menunjukkan bahwa cahaya terang memiliki ukuran yang sederhana namun terukur efek bermanfaat pada tidur pada populasi ini. Selanjutnya, peneliti menyimpulkan bahwa cahaya sekitar mungkin lebih disukai daripada perangkat stasioner seperti kotak lampu untuk orang tua dengan demensia dalam perawatan jangka panjang.

8.3 Terapi Magnet

Definisi dan Dasar Keilmuan

Menurut klasifikasi *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), terapi magnet diklasifikasikan sebagai terapi energi. Terapi magnet adalah penggunaan magnet yang diterapkan pada berbagai bagian tubuh untuk tujuan terapeutik tertentu. Istilah magnet berasal dari legenda seorang gembala Yunani, Magnes, yang sekitar 2.500 tahun lalu ditemukan deposit besi misterius yang tertarik pada paku sandalnya saat berjalan di daerah dekat Gunung Ida di Turki. Ini deposit, yang dikenal dahulu sebagai lodestones atau batu hidup, sekarang dikenal sebagai magnetit (magnetic oxide, Fe₃O₄) (Macklis, 1993).

Terapi magnet didasarkan pada pemikiran bahwa semua makhluk hidup ada dalam magnet lapangan (Bumi), dan bahwa tubuh manusia ada dan menghasilkan medan magnet yang memiliki kekuatan penyembuhan. Selama berabad-abad, efek dari magnet dan medan elektromagnetik frekuensi rendah pada proses biologis telah diselidiki dan diperdebatkan. Penerapan magnet dipercaya dapat mengembalikan keseimbangan atau aliran energi elektromagnetik sehingga dapat memulihkan kesehatan (Hinman, 2002). Namun, mekanisme aksi masih belum sepenuhnya dipahami.

Menurut Oschman (1998), masing-masing sistem tubuh; sistem *musculoskeletal*, sistem pencernaan, peredaran darah, sistem saraf, kulit—terdiri dari jaringan ikat yang memiliki peran penting dalam komunikasi dan regulasi. Matriks ekstraseluler, seluler, dan inti di seluruh tubuh membentuk jaringan solid-state yang saling berhubungan yang disebut "matriks hidup."

Karena komponen struktural utama adalah semikonduktor piezoelektrik heliks, matriks hidup menghasilkan getaran energik, menyerapnya dari lingkungan, dan melakukan berbagai sinyal energik dari satu tempat ke tempat. Ada banyak sistem energi dalam tubuh makhluk hidup dan banyak lagi cara untuk memengaruhinya. Konsep Barat tentang "energi" serupa dengan konsep "Qi" dalam pengobatan tradisional Tiongkok dan "Prana" dalam sistem pengobatan tradisional Hindu (Ayurveda).

Para ilmuwan menyarankan bahwa medan magnet dapat memengaruhi proses biologis penting dengan cara berikut: mengurangi laju pembakaran neuron, khususnya neuron nyeri kronis tipe-c; mengubah tingkat reaksi yang dimediasi enzim, yang mungkin berperan dalam inflamasi kaskade dan generasi radikal bebas; memodulasi persinyalan intraseluler dengan memengaruhi fungsi saluran kalsium di membran sel; dan menyebabkan perubahan kecil dalam aliran darah (Wolsko et al., 2004).

Teori lain lagi, efek Hall, telah disarankan. Efek Hall mengacu pada positif dan ion bermuatan negatif dalam aliran darah yang menjadi aktif oleh medan magnet dan menghasilkan *vasokonstriksi* penyebab panas dan peningkatan suplai darah dan oksigen ke daerah yang terkena (Whitaker & Adderly, 1998).

Jenis-Jenis Terapi Magnet

Magnet permanen (atau statis) adalah magnet alami atau buatan yang menghasilkan gaya magnet dengan pergerakan elektron dalam atom bahan yang membentuk magnet, seperti besi atau nikel. Satu medan magnet besar

dapat dibuat di mana kutub yang sama saling tolak menolak dan kutub yang berlawanan menarik (Lawrence, Rosch, & Plowden, 1998).

Kutub dianggap memiliki efek yang berbeda pada tubuh manusia. Kutub utara dianggap energi magnet negatif dan disarankan untuk menenangkan dan menormalkan tubuh; kutub selatan terdiri dari energi magnet positif dan diyakini bertanggung jawab atas gangguan dan stimulasi berlebihan pada sistem biologis (Arizona Unipole Magnetics, 2008a, 2008b).

Magnet permanen dapat berupa unipolar (satu kutub magnet menghadap atau menyentuh kulit) atau bipolar (kedua kutub menghadap atau menyentuh kulit, terkadang dalam pola yang berulang). Mereka memiliki medan magnet yang tidak berubah. Ada sejumlah magnet permanen yang tersedia secara komersial, dalam berbagai bentuk dan bentuk, untuk tujuan terapeutik. Tiga bentuk magnet permanen yang paling umum adalah magnet plastiform, cakram magnet neodium, dan magnet keramik.

Magnet plastiform adalah gulungan magnet karet yang fleksibel yang dapat dilitikkan di sekitar ekstremitas yang terkena atau terletak di sepanjang tulang belakang. Cakram magnet neodium ringan dan dapat digunakan pada wajah dan berbagai titik akupunktur. Magnet keramik dapat dibuat dalam berbagai bentuk dan ukuran (Beattie, 2004). Biasanya, magnet permanen ditempatkan langsung pada kulit atau bagian dalam pakaian atau bahan lain yang mendekat kontak dengan tubuh.

Elektromagnet adalah magnet yang dihasilkan oleh arus listrik yang mengalir melalui kumparan kawat silinder, juga dikenal sebagai medan magnet yang berubah-ubah. Kekuatan magnet berbanding lurus dengan kekuatan arus listrik. Ketika arus listrik dihentikan, kawat kehilangan magnetnya. Elektromagnetisme berdenyut adalah proses di mana medan elektromagnetik bolak-balik dikirimkan dalam waktu yang bervariasi. Medan elektromagnetik terutama digunakan di rumah sakit, di klinik, dan dalam uji klinis (Medlearn Matters, 2004).

Dua elektromagnet lain yang digunakan dalam pengaturan klinis adalah: *Magnetic Molekul Energizer* (MME) dan stimulasi magnetik transkranial (TMS). MME, yang bertindak sebagai katalis untuk meningkatkan reaksi kimia yang terjadi dalam tubuh manusia, biasanya digunakan untuk penyakit saraf dan neuromuskuler. Pengobatan MME saat ini dianggap eksperimental oleh *Food and Drug Administration* (FDA) Amerika Serikat.

TMS, teknik neurologis untuk menginduksi gerakan motorik dengan stimulasi magnetik langsung dari korteks motorik otak, paling sering digunakan sebagai alat diagnostik (NCCAM, 2008). TMS telah dieksplorasi untuk mengobati depresi dalam pengaturan kejiwaan (George et al., 1999) dan sekarang sedang dieksplorasi untuk mengobati migrain (Eads, 2008). FDA baru-baru ini menyetujui pengobatan TMS untuk depresi (CBS News, 2008).

Kekuatan Magnet

Kekuatan magnet diukur dalam satuan yang disebut *gauss* (G), yang mewakili "jumlah garis gaya magnet yang melewati" seluas 1 sentimeter persegi" (Whitaker & Adderly, 1998, hlm. 15). Saat ini, medan magnet bumi diperkirakan sekitar 0,5 G, sedangkan magnet kulkas berkisar antara 35 sampai 200 G. Magnet yang digunakan untuk intervensi nyeri biasanya 400 hingga 5.000 G (Eccles, 2003); dan pencitraan resonansi magnetik (MRI) mesin yang digunakan untuk mendiagnosis kondisi medis menghasilkan hingga 200.000G (Ratterman, Secret, Norwood, & Ch'ien, 2002).

Metode, Durasi, dan Pengukuran Hasil

Pada 8.1 menggambarkan berbagai cara terapi magnet dapat digunakan pada tubuh manusia. Umumnya, aman menggunakan magnet permanen dalam jangka waktu yang lama. Waktu terapi sangat tergantung pada jenis dan sifat penyakit, usia individu, dan kekuatan magnet. Diperkirakan bahwa magnet besar lebih dari 2.000 G harus digunakan untuk jangka waktu yang singkat mulai dari beberapa detik hingga sekitar 60 menit untuk satu aplikasi (Beattie, 2004).

Tabel 8.1: Metode Penerapan Magnet

Metode	Penggunaan
Local	Magnet ditempatkan langsung pada kulit tubuh
Acu-site	Magnet ditempatkan pada titik akupoint
General	Digunakan untuk seluruh tubuh atau penyakit yang memengaruhi bagian tubuh yang lebih besar
Internal	Air magnetik (air terionisasi) ditelan
Remote	Mengenakan perhiasan magnet untuk mengobati penyakit yang jauh dari titik aplikasi seperti gelang magnet untuk merangsang kelenjar timus untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh

Jenis pengukuran yang digunakan untuk menentukan efektivitas suatu terapi magnet tergantung pada tujuan intervensi. Misalnya, perkembangan penyembuhan tulang diukur secara objektif dengan menggunakan sinar-X, kepadatan mineral, dan kandungan kalsium dalam tulang. Pereda nyeri atau pengurangan stres telah diukur dengan laporan subjektif individu dengan skala

penilaian nyeri/stres. Perbaikan gangguan tidur dapat dideteksi dengan menggunakan polisomnografi, tes diagnostik yang merekam sejumlah variabel fisiologis selama tidur.

Untuk menunjukkan perubahan medan magnet dalam tubuh dapat menggunakan dua pengukuran objektif yang telah digunakan sebagai berikut:

1. The superconducting quantum interference device (SQUID), magnetometer yang sensitif untuk memetakan medan magnet di sekitar tubuh manusia, dapat digunakan untuk mendeteksi peningkatan atau penurunan di bidang bio magnetik tubuh (Oschman, 1997).
2. Kirlian photography, adalah alat yang menyediakan foto, video, atau gambar komputer aliran energi. Masuknya energi listrik ini menguat saat bergerak melalui objek dan membuat terlihat biologis dan energik pertukaran (Cope, 1980).

Penggunaan Terapi Magnet

Penggunaan elektromagnet untuk tujuan diagnostik dan intervensi harus dilakukan oleh profesi kesehatan. Namun, banyak orang menggunakan magnet tanpa resep dari profesi kesehatan. Mereka menggunakan magnet yang tersedia secara komersial dalam bentuk ikat pinggang, kasur, dan perhiasan. Magnet dapat dibeli di toko dan secara online.

Di Jepang, magnet untuk terapeutik dilisensikan sebagai perangkat medis. Meskipun FDA belum menyetujui pemasaran magnet dengan klaim manfaat untuk kesehatan seperti menghilangkan nyeri *arthritis*, survei tahun 1999 menunjukkan bahwa magnet permanen adalah merupakan pengobatan komplementer dan alternatif (CAM) kedua yang paling sering digunakan terapi yang digunakan oleh pasien *arthritis*, setelah *chiropractic* (Rao dkk., 1999).

Terapi acu-magnet merupakan salah satu terapi yang umum dilakukan di Cina dan Jepang. Studi terbaru tentang menempatkan magnet pada titik akupoint mengungkapkan hasil yang positif. Dari hasil studi literatur review yang dilakukan oleh Colbert et al tahun 2008, ditemukan 32 kasus yang berbeda dengan kondisi klinis mulai dari masalah *muskuloskeletal* hingga insomnia pada 6.453 pasien dari 1986 hingga 2007.

Berbagai perangkat magnetik, regimen dosis, dan perangkat kontrol digunakan. Telah dilaporkan bahwa 37 dari 42 penelitian (88%) menemukan manfaat terapeutik dari penggunaan terapi akumagnet terapi, terutama untuk pengelolaan diabetes (Chen, 2002; Ma & Wei, 1999) dan insomnia (Suen, Wong, & Lueng, 2002; Suen, Wong, Leung, & Ip, 2003).

8.4 Pijat Refleksi

Pijat refleksi, meskipun kuno, adalah salah satu terapi yang telah popular dalam beberapa tahun terakhir. Dalam pijat refleksi, seluruh tubuh telah dipetakan di tangan dan di kaki dan dapat dimanipulasi secara langsung menggunakan teknik pijat tertentu. Area yang sesuai pada kaki lebih mudah ditemukan karena menutupi area yang lebih besar dan lebih spesifik, membuatnya lebih mudah untuk dikerjakan daripada tangan.

Oleh karena itu pijat refleksi kaki akan menjadi fokus utama pada bahasan ini. Pijat refleksi memberikan kesempatan profesi perawat untuk menunjukkan kepedulian dan kehadiran dengan tujuan membantu pasien untuk menjadi lebih utuh dalam sistem perawatan. Terapi ini telah terbukti dapat mengurangi atau menghilangkan dari berbagai gejala gangguan kesehatan.

Sampai saat ini, pijat refleksi kaki banyak dilakukan terutama pada kasus – kasus gangguan persarafan, seperti; stroke, saraf kejepit (HNP), kelemahan dan gangguan gerak. Namun masih belum banyak dilakukan bahkan sangat jarang dilakukan dari profesi keperawatan. Oleh karena itu penggunaan dan teori dasar ilmiahnya di balik pijat refleksi perlu dikembangkan lebih lanjut.

Definisi dan Dasar Keilmuan

Pijat refleksi adalah teknik penyembuhan holistik yang bertujuan untuk mengobati individu yang menggabungkan tubuh, pikiran, dan jiwa. Pijat refleksi merupakan teknik akupresur khusus yang bekerja pada titik refleks yang tepat pada kaki sesuai dengan bagian tubuh lainnya seperti yang digambarkan pada Gambar 8.2. Karena kaki merupakan mikrokosmos tubuh, maka semua organ, kelenjar, dan bagian tubuh lainnya direfleksikan dalam susunan yang sama di telapak kaki (Douglas, 1999).

The International Institute of Reflexology mendefinisikan refleksiologi sebagai teknik manual yang berdasarkan teori bahwa terdapat area refleksi di kaki dan

tangan yang sesuai dengan semua kelenjar, organ, dan semua bagian tubuh seperti yang ditunjukkan pada Gambar 8.2 (Byers, 1983).

Kunz dan Kunz (2003) menyatakan bahwa teknik tekanan merangsang area refleksi tertentu pada kaki dan tangan dengan maksud untuk menimbulkan respons yang menguntungkan di bagian tubuh lainnya. Vennells (2001) menggunakan kata “refleks” yang berarti suatu rangsangan atau reaksi berupa peningkatan, penurunan, atau penyeimbangan kembali fungsi fisik, mental, atau emosional tertentu dalam tubuh. Literatur juga menunjukkan bahwa pijat refleksi berguna untuk mencapai dan memelihara kesehatan, meningkatkan kesejahteraan, menghilangkan gejala penyakit dan penyakit (Tiran, 2002), membantu relaksasi, dan memicu penyembuhan diri oleh tubuh sendiri (Lett, 2000).

Berbagai definisi yang berbeda telah dikemukakan, tetapi pada prinsip dasar pijat refleksi adalah telapak kaki dan telapak tangan terhubung ke semua bagian tubuh manusia, termasuk organ dalamnya. Oleh karena itu dengan melakukan teknik akupresur pada telapak kaki, efek penyembuhan dapat terjadi di seluruh tubuh. Dengan menggunakan teknik tekanan khusus pada kaki atau tangan, penyembuhan seluruh tubuh adalah mungkin. Kaki/tangan kiri melambangkan sisi kiri tubuh dan kaki/tangan kanan mewakili sisi tubuh.



Gambar 8.2: Hubungan Bagian Seluruh Tubuh Dengan Titik Refleksi Pada Kaki (Oktober 2022, <https://telisik.id/news>)

Secara garis besar refleksi telapak kaki dibagi atas 4 zonasi penting yang perlu dipahami yaitu sebagai berikut:

1. Zona kepala

Zona ini dilakukan pijat-pijat refleksi untuk keluhan dan mendapatkan manfaat di bagian kepala, yaitu dengan menekan titik-titik di bagian ujung kaki, mulai dari jari-jari kaki hingga batas lengkung jari.

2. Zona dada

Merupakan refleksi organ yang berada di sekitar dada termasuk jantung dan paru-paru. Untuk gangguan organ di dada dapat melakukan pijatan pada titik-titik di bagian bawah jari kaki hingga bagian tengah telapak kaki.

3. Zona perut

Untuk mengatasi dan mendapatkan manfaat pada perut dan organ di dalamnya dapat melakukan pijatan pada kaki bagian tengah, Pijat refleksi di zona ini akan memberikan pengaruh pada organ seperti ginjal, pankreas dan organ sistem pencernaan lain.

4. Zona panggul

Pijat refleksi yang dilakukan di sekitar tumit, akan memberikan manfaat pada tubuh atau organ di sekitar panggul yaitu pada pinggang, rektum, dan kaki.

Teknik Terapi Refleksi

Teknik yang digunakan, tergantung pada area kaki sedang dilakukan. Satu tangan dapat digunakan untuk menopang kaki, sedangkan jari-jari dan ibu jari yang lain digunakan untuk memijat kulit tapak kaki. Waktu pijatan yang diperlukan 45 sampai satu jam. Pada akhir setiap sesi klien dianjurkan untuk rileks selama beberapa menit.

Ada beberapa teknik tekanan standar pada pijat refleksi kaki, yaitu teknik "thumb walking" dan "hook and backup" (Kunz&Kunz, 2003).

1. Teknik thumb walking

Merupakan teknik pijat refleksi dengan menggunakan teknik ibu jari berjalan. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menerapkan tekanan yang konstan dan stabil ke permukaan kaki atau tangan:

- a. Dengan tangan yang lain (berpegangan tangan) meregangkan telapak kaki. Letakkan ibu jari yang bekerja di telapak kaki dan jari-jari lain di bagian atas kaki. Gunakan pergelangan tangan untuk menciptakan daya ungkit, yang memberikan tekanan dengan ibu jari.
- b. Tekuk dan lepaskan sambungan pertama ibu jari, gerakkan sedikit ke depan. Saat tangan bekerja terasa meregang, ubah posisinya dan lanjutkan berjalan ke depan. Ambil sedikit langkah ke depan. Dengan tujuan untuk melakukan pijat pada area kecil di setiap langkah untuk memperoleh tekanan konstan dan mantap. Selalu berjalan ke arah depan, bukan ke belakang. Jaga ibu jari kita sedikit di tekan untuk mencegahnya terlalu berlebihan.



Gambar 8.3: Teknik Thumb Walking

2. Teknik hook and back up

Teknik ini digunakan untuk pijatan pada area yang luas. Ini adalah teknik yang relatif tidak bergerak, dengan hanya gerakan kecil dari ibu jari yang terlibat. Untuk menghindari tekanan kuku, tekanan menggunakan lebih banyak bagian ibu jari yang datar:

- a. Pegang dan lindungi area yang akan dikerjakan dengan berpegangan tangan. Tangan membungkus di sekitar area sementara ibu jari dan jari menahannya di tempatnya. Letakkan jari dari tangan yang bekerja di atas tangan yang memegang.

- b. Tempatkan ibu jari yang bekerja di tengah area yang akan dikerjakan. Kait dan mundur, menggunakan ujung ibu jari.



Gambar 8.4: Tehnik Hook and Back Up

Manfaat dan Efek Terapi Refleksi

Filosofi dasar pijat refleksi dapat memengaruhi tubuh secara keseluruhan, dan oleh karena itu semua gangguan dan penyakit dari bagian tubuh dapat diterapi dengan teknik ini. Banyak penelitian telah mengukur efek fisiologis atau psikologis refleksologi dari pada efek secara keseluruhan. Sebelum dipijat, kondisi kaki harus diperiksa beberapa hal; kelainan warna, bentuk kaki, bau, apakah ada pembengkakan, luka, dan kelainan bentuk kaki, dan bau (Kunz & Kunz, 2003).

Kondisi fisik pasien juga sangat penting; oleh karena itu, riwayat kesehatan pasien harus dikaji. Jika ada masalah tentang aliran darah seperti pada diabetes, penyakit saraf atau arteriosklerosis, terapis harus hati-hati dengan tekanan pijatan dan pasien harus juga lebih waspada terhadap rasa sakit. Orang tua mungkin memerlukan tindakan pencegahan khusus, karena kekhawatiran seperti gerakan terbatas, inkontinensia, radang sendi, dan nyeri sendi.

Pijat refleksi secara signifikan mengurangi kecemasan dan nyeri pasien dengan kanker paru-paru dan payudara (Stephenson, Weinrich & Tavakoli, 2000). Di sebuah studi oleh Ross dan rekan (2002), efek refleksologi pada kecemasan dan depresi dibandingkan dengan pijat kaki sederhana pada dua kelompok pasien kanker.

Dalam sebuah studi oleh Hodgson dan Andersen (2008), pada panti jompo dengan demensia diberi empat perawatan refleksi empat minggu dan diperoleh hasil yang baik. Kualitas hidup (QoL) telah ditemukan meningkat pada kanker pasien setelah pijat refleksi (Hodgson (2000) Pijat refleksi bermanfaat secara emosional dalam mengurangi kecemasan dan ketegangan, meningkatkan tidur, dan mengatasi efek samping obat kanker (Gambles, Crooke, & Wilkinson, 2002). Di samping itu pijat refleksi juga bermanfaat pada nyeri migrain, *fibromyalgia*, nyeri kepala, bahu dan lengan (Gunnarsdottir, 2007).

Maka secara garis besar dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, pijat refleksi sangat bermanfaat dengan berbagai keluhan terutama untuk mengatasi nyeri dan pegal-pegal karena relaksasi otot dan memperlancar sirkulasi peredaran darah. Dapat mengatasi gangguan psikologis seperti cemas, demensia, insomnia. Pijat refleksi dapat mengembalikan energi tubuh dan menstabilkan bioenergi tubuh, karena dapat merangsang beberapa produksi hormon.

8.5 Terapi Accupoint

Pendahuluan

Accupoint keperawatan merupakan bagian dari tindakan komplementer dan dapat dijadikan sebagai alternatif tindakan keperawatan untuk membantu mengatasi berbagai keluhan sebagai respons penyakit. Banyak literatur menjelaskan indikasi dan manfaat tindakan *Accupoint* keperawatan untuk mengatasi masalah pasien.

Terapi *acupoint* adalah terapi dengan melakukan stimulasi pada titik bio energi yang tersebar pada permukaan tubuh. Bio energi dalam pengobatan tradisional China dikenal sebagai *Qi*. *Qi* mengalir pada saluran pada tubuh yang dikenal sebagai meridian. Terdapat 12 meridian utama dengan 12 organ dalam tubuh, di mana masing-masing meridian memiliki titik kontrol dan sumber energi (*Qi*).

Qi oleh pengobatan tradisional China dipercaya sebagai kekuatan vital dan dianggap melekat dalam segala hal. *Qi* yang lancar dan tanpa hambatan dalam Yang tanpa hambatan dalam sirkulasi dan seimbang tidak berlebihan dan tidak lemah sangat penting untuk kesehatan tubuh (Freedictionary, 2009).

Energi ini dapat mengalami kelemahan, terlalu berlebihan dan atau mengalami hambatan dalam alirannya. Hambatan energi *Qi* ini selanjutnya dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah dan sirkulasi cairan sehingga menyebabkan berbagai gangguan dan keluhan dari organ meridian yang bersangkutan. Melemahnya energi *Qi* dapat menyebabkan gangguan fungsi organ dalam 12 meridian yaitu hati-kandung empedu, jantung-usus kecil, perikard-sanjiao, limpa-lambung, paru-usus besar dan ginjal-kandung kemih. Oleh karena dengan memberikan stimulasi pada titik akupoint atau titik energi ini diharapkan dapat membangkitkan, menstabilkan energi, melancarkan sirkulasi dan mengembalikan fungsi organ. (Rajin, 2020)

Berbagai teknik stimulasi pada titik *akupoint* telah berkembang untuk mendapat efek terapi yang lebih baik antara lain: dengan penusukan jarum (akupunktur), dengan pemijatan (akupresur), dengan penghangat (moxan), dengan pembekaman (bekam atau cupping), dengan rangsangan listrik (Elektro stimulation) dll. Teknik manipulasi ini dapat dikombinasikan satu sama lainnya. Dalam bahasan ini, akan lebih fokus pada stimulasi dengan penekanan yaitu terapi akupresur.

Terapi akupressur

Sentuhan telah menjadi pusat praktik keperawatan sejak awal. sentuhan yang dikenal dalam kedokteran China disebut sebagai akupresur dan penerapannya dalam asuhan keperawatan. Metode pengobatan ini banyak dilakukan dan dikembangkan dalam banyak negara dengan berbagai budaya. Beberapa bentuk menggosok, menekan, memijat atau memegang adalah manifestasi alami dari keinginan untuk menyembuhkan dan merawat satu sama lain” (Guzzetta (2000). Akupresur juga merupakan bagian integral dari latihan *shiatsu, tui na, tsubo*, dan *jin si ju jitsyu*.

Akupresur didefinisikan oleh Gach (1990) sebagai “seni penyembuhan kuno yang menggunakan jari untuk menekan titik-titik tertentu pada tubuh untuk merangsang Shiats. Bentuk pijat terapeutik di mana dengan tekanan ibu jari dan telapak tangan ke area tubuh yang digunakan dalam akupunktur. Juga disebut akupressur” (Freedictionary, 2009).

Akupresur adalah terapi dengan memijat atau tindakan pemekanan pada permukaan tubuh dengan menggunakan jari, atau bagian tubuh yang lain, atau alat bantu dengan tujuan untuk perawatan kesehatan. Pemijatan telah dilakukan oleh banyak orang dari semenjak zaman dahulu. Pemijatan biasa dilakukan oleh diri sendiri atau orang lain.

Dasar Keilmuan Terapi Akupressur

Ada banyak perbedaan antara pengobatan Barat dan Tradisional dan menjadi lebih jelas ketika perawat berusaha untuk menambahkan terapi modalitas tradisional dalam tindakan keperawatan. Dalam jurnal Barat, hampir semua penelitian menggunakan modalitas akupunktur dan akupresur yang menekankan efek spesifik tusuk jarum satu titik yang diketahui untuk mengatasi gejala tertentu. Peneliti medis sangat ingin menemukan mekanisme di mana akupuntur mengurangi gejala.

Pada penelitian medis barat NCCAM dan Institut Kesehatan Nasional (NIH) menjelaskan beberapa mekanisme tentang efek terapeutik yang dihasilkan oleh stimulasi titik akupoint dengan jarum atau dengan tekanan sebagai berikut: menghantarkan sinyal elektromagnetik yang dapat merangsang sekresi hormon penghilang rasa sakit seperti endorfin, dan sel sistem kekebalan untuk tempat tubuh yang terluka atau rentan terhadap penyakit; Aktivasi sistem opioid, yang juga mengurangi rasa sakit; Perubahan kimia otak, sensasi, dan respons tak sadar oleh mengubah pelepasan neurotransmitter dan neurohormon. (Snyder, Lindquise; 2010).

Mekanisme yang mendasari terapi berbeda antara pengobatan Barat dan sistem Tradisional (TCM). Fokus dalam TCM adalah ketidakseimbangan Yin dan Yang pada pasien, dan penyebabnya selalu multifaktorial. Fungsi dari titik-titik tersebut dijelaskan dalam istilah diagnosis TCM. Misalnya, penelitian pengobatan Barat telah difokuskan pada perikardium 6 (neiguan) untuk pengobatan mual. Dalam bahasa Inggris berarti "gerbang perbatasan bagian dalam." Lade (1986) menjelaskan intinya adalah:

Nama tersebut mengacu pada peran titik sebagai pintu gerbang atau titik penghubung saluran tiga pembakar dan bejana penghubung *yin*. Bagian dalam mengacu pada aspek telapak, lengan bawah dan lokasi titik di saluran *yin*. Efek dari titik ini adalah: mengatur dan menguatkan hati, mengubah dahak jantung, memfasilitasi aliran *qi*, mengatur pembuluh penghubung *yin* dan membersihkan api jantung, mengarahkan *qi* pemberontak ke bawah, mengembangkan dan rileks dada dan menguntungkan diafragma. Oleh karena itu, Indikasi penggunaan titik ini adalah: asma, bronkitis, pertusis, cegukan, muntah, kejang diafragma, interkostal neuralgia, dada penuh, dan nyeri serta dispnea.

Pada tahun 1997, Institut Kesehatan Nasional mengadakan konsensus pertama konferensi akupunktur. Konferensi tersebut menyimpulkan bahwa: Akupuntur

efektif dalam pengobatan mual dan muntah orang dewasa dalam kemoterapi dan mungkin kehamilan dan dalam perawatan gigi pasca operasi rasa sakit. Para anggota konferensi menyatakan ada indikasi bahwa akupunktur dapat membantu dalam pengobatan kecanduan, rehabilitasi stroke, sakit kepala, kram menstruasi, tennis elbow, fibromyalgia, nyeri myofascial, osteoarthritis, nyeri punggung bawah, carpal tunnel syndrome, dan asma. (Snyder, Lindquise; 2010).

Manfaat dan Efek Terapi Akupresur

Dari berbagai sumber, terapi acupoint (akupunktur dan akupressure) dapat digunakan pada berbagai keluhan dan gangguan. Bahkan ada yang menyatakan bahwa terapi ini dapat digunakan untuk segala macam gangguan atau masalah kesehatan kecuali berkenaan dengan gangguan anatomi dan infeksi. Setiap titik acupoint memiliki indikasi dan manfaat untuk beberapa keluhan.

Jumlah studi ilmiah tentang kegunaan terapi akupunktur dan akupressure terus meningkat, dan dapat memberikan insentif untuk perawat untuk mempertimbangkan memasukkan teknik akupresur ke dalam praktik mereka, karena ini adalah perawatan non-invasif yang bermanfaat bagi pasien.

Beberapa hasil penelitian terapi ini bermanfaat antara lain: Mual dan muntah dengan berbagai kondisi dan penyebab, sesak napas pada PPOM, asma, demensia, gangguan tidur insomnia, *low back pain*, *dismenore*, nyeri dengan berbagai penyebab, stres dan kecemasan, kelumpuhan pada stroke, gangguan saraf perifer dll (Snyder, Lindquise; 2010).

Dari beberapa praktisi dan pengalaman penulis terapi acupoint dilaporkan sangat efektif untuk pasien dengan *vertigo*, *astma*, gangguan saraf perifer, *Low back pain*, *insomnia*. Beberapa kasus telah mendapatkan pengobatan secara konvensional tetapi tidak ada hasil yang memuaskan dan cenderung tergantung pada obat yang diberikan, seperti pada asma, insomnia, dan vertigo. Dengan terapi akupunktur dan akupressure 3 kali terapi keluhan tersebut sembuh dan tidak kambuh kembali. Namun demikian efektivitas ini perlu dievaluasi secara berkelanjutan (Rajin, 2020).

Teknik akupressur

Pada umumnya cara memijat sudah dimiliki secara naluri alamiah di samping itu keahlian memijat didapatkan secara turun temurun, atau pengalaman. Oleh karena itu cara pemijatan bervariasi sesuai dengan pengalaman dan

pengembangan kreativitas masing-masing pemijat, sehingga sulit untuk dirumuskan keilmuannya. Karena interaksi budaya antar bangsa, maka teknik pemijatan berkembang sesuai dengan perkembangan pemikiran manusia

Teknik pemijatan sangat bervariasi sesuai dengan teknik akupresur. Beberapa teknik pemijatan yang dilakukan oleh akupresuris, sebagai berikut:

1. Menekan menggunakan ibu jari atau menusuk dengan jari telunjuk lalu diputar-putar (mengucak) pada titik akupresur, misalnya pemijatan pada daerah kepala, tangan, kaki, dada dan perut.
2. Menekan menggunakan pangkal atau sisi telapak tangan atau siku untuk permukaan tubuh yang luas atau bagian tubuh yang ototnya tebal, misalnya pemijatan pada daerah punggung, paha dan bokong.
3. Mendorong atau menggosok sepanjang jalur meridian menggunakan ibu jari atau pangkal telapak tangan, misalnya pemijatan pada ekstremitas atas, ekstremitas bawah dan punggung.
4. Menjepit mengenai dua meridian atau titik sekaligus, misalnya pemijatan pada LU 5 dan LI 11.
5. Meremas jalur meridian, misalnya pemijatan di tangan atau kaki.
6. Mencubit otot, cubitan kecil maupun besar.
7. Menggetarkan yaitu menekan titik akupresur menggunakan jari atau telapak tangan sambil digetarkan.
8. Menyeka yaitu memijat menggunakan dua ibu jari dengan arah berlawanan.
9. Mengetuk dan menepuk yaitu memukul-mukul permukaan tubuh menggunakan ujung-ujung jari.
10. Mengusap dengan menggunakan telapak tangan pada permukaan tubuh.
11. Menyisir yaitu melakukan gerakan seperti menggaruk untuk daerah kepala.

Sebelum melakukan pemijatan, harus dilakukan pengkajian secara menyeluruh dan seksama, yang meliputi *anamnesa* keluhan dan pemeriksaan fisik (4 cara pemeriksaan wang wen wu cie). Menurut terapi tradisional sangat penting untuk melakukan pemeriksaan lidah dan pemeriksaan nadi. Melalui gambaran lidah dan nadi akan diketahui kelainan dan patologi penyakit.

Dalam melaksanakan pengkajian perlu dipahami teori 5 unsur agar supaya mendapatkan data fokus sesuai perjalanan penyakit sehingga diketahui akar masalah dari penyakit dan keluhan pasien. Setelah pengkajian kemudian dirumuskan diagnosa berdasarkan 8 dasar diagnosa dan kemudian ditentukan diagnosa kerjanya. Selanjutnya ditentukan tujuan terapi dan menentukan titik akupoint yang sesuai untuk dilakukan pemijatan.

Dalam menentukan titik akupoint dapat menggunakan rumus standar berdasarkan 3 axis yaitu. axis 1, Titik simptomatis untuk mengurangi dan menghilangkan gejala; axis 2, titik kausatif sekunder untuk menghilangkan penyebab dari keluhan, tanda dan gejala pasien; dan axis 3 titik kausatif primer (akar masalah) untuk menghilangkan akar masalah atau penyebab utama dari berbagai keluhan, tanda dan gejala yang timbul.



Gambar 8.5: Beberapa Teknik Pemijatan Akupressur (Kementerian kesehatan RI, 2017)

Bab 9

Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan

9.1 Pendahuluan

Pertimbangan terapi komplementer telah beralih ke mengintegrasikan prosedur ini ke dalam struktur praktik, pendidikan, dan penelitian. Perawat telah melakukan dalam integrasinya, meskipun langkah besar telah dibuat, upaya berkelanjutan diperlukan jika perawatan kesehatan holistik ingin tersedia untuk semua orang.

Sebagai profesi kesehatan meningkatkan konten pada terapi komplementer dalam kurikulum, sistem perawatan kesehatan akan terus mencerminkan perawatan holistik. Kekhawatiran tentang keamanan dan kemanjuran terapi komplementer terus berlanjut. Pendanaan untuk penelitian terapi komplementer telah meningkat, sehingga memberikan dasar yang lebih besar untuk praktik berbasis bukti.

Tidak hanya peningkatan dalam penelitian yang penting tetapi ulasan dan meta-analisis studi tentang prosedur khusus memberikan bantuan yang sangat berharga bagi para praktisi, pendidik, dan peneliti. Hasil metode penyelidikan dan pengukuran baru diperlukan untuk berbagai terapi, terutama yang dipraktikkan di budaya non-Barat dan pribumi (Warrington, 2010).

Bantuan lebih lanjut terkait keamanan penggunaan terapi komplementer adalah pedoman penggunaan terapi komplementer yang telah dikembangkan oleh organisasi profesional seperti *American Holistic Nurses Association* dan *Oncology Nurses Association*. Selain itu, banyak dewan keperawatan negara bagian telah menggambarkan ketentuan untuk penggunaan terapi komplementer.

Organisasi pendidikan keperawatan profesional memiliki spesifikasi untuk konten terapi komplementer yang harus dimasukkan ke dalam berbagai kurikulum. Perawat, sebagai profesional yang peduli dan kompeten, memiliki peluang dan tantangan untuk menjadi pemimpin dalam upaya tersebut.

9.2 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Pendidikan

Kurikulum keperawatan terus berkembang untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mengikuti perkembangan lingkungan perawatan kesehatan yang selalu berubah. Tantangan bagi pendidik perawat adalah untuk mempromosikan pendidikan keperawatan profesional yang memperhatikan perubahan sosial dan perawatan kesehatan (Taylor, 2009). Perubahan tersebut termasuk peningkatan globalisasi, kemajuan teknologi, kebijakan kesehatan dan ekonomi, dan peningkatan kompleksitas perawatan pasien.

Dampak globalisasi telah meningkatkan kebutuhan untuk mengintegrasikan terapi komplementer dan alternatif dengan mulus ke dalam perawatan pasien holistik. Hal ini terutama disebabkan oleh penggunaan terapi komplementer dan alternatif yang berkembang biak oleh masyarakat, masalah keamanan dengan menggabungkan modalitas konvensional dan alternatif, kompetensi budaya dan penekanan pada perawatan yang berpusat pada pasien, dan meningkatnya bukti dampak positif dari perawatan kesehatan integratif. sistem pada hasil perawatan kesehatan (Gaylord & Mann, 2007).

Pengaruh ini telah meresap ke dalam praktik keperawatan dan, sebagai hasilnya, pemeriksaan lisensi telah berkembang untuk menekankan perawatan integratif dan holisme, yang mencakup pengetahuan dasar tentang terapi komplementer. Ujian Lisensi Dewan Nasional (NCLEX-RN), cerminan dari praktik keperawatan aktual dan indikator penting kualitas program

keperawatan, telah mengharapkan pengetahuan tentang terapi komplementer untuk RN tingkat pemula sejak 2004 (Stratton et al., 2007).

Rencana pengujian terperinci untuk NCLEX-RN pada tahun 2013 sekali lagi membutuhkan pengetahuan tentang promosi dan pemeliharaan kesehatan, termasuk integrasi yang aman dari terapi komplementer ke dalam rencana perawatan pasien.

Dokumen lain yang memandu kurikulum keperawatan juga berpengaruh. *American Association of Colleges of Nursing* (AACN) secara khusus mengidentifikasi praktik generalis sarjana muda untuk memasukkan pemahaman awal tentang modalitas komplementer dan alternatif (American Association of Colleges of Nursing, 1996). Untuk pendidikan pascasarjana, *AACN Essentials of Master's Education for Advanced Practice Nursing* (2004) dan *AACN Essentials of Master's Education for Nursing* (2011) membutuhkan perawat tingkat master untuk memberikan layanan perawatan kesehatan dalam sistem perawatan terintegrasi.

Demikian pula, dibutuhkan program *Doctor of Nursing Practice* (DNP) untuk mempersiapkan lulusan untuk menyintesis konsep yang berkaitan dengan pencegahan klinis dan kesehatan populasi, termasuk dimensi psikososial dan keragaman budaya. Laporan *Institute of Medicine* (Institute of Medicine, 2011) tentang masa depan keperawatan menegaskan bahwa perawat harus berlatih sepenuhnya dari pendidikan mereka dan harus mencapai tingkat pengetahuan yang lebih tinggi untuk mempromosikan perawatan yang berpusat pada pasien yang berkualitas.

Wacana awal pada 1990-an tentang apakah terapi komplementer harus diajarkan atau tidak dalam keperawatan dan program perawatan kesehatan lainnya kini telah diganti dengan diskusi dan perdebatan luas tentang apa yang harus dimasukkan dan bagaimana memperdalam integrasi terapi komplementer dalam pasien holistik. -paradigma perawatan (S. Cutshall et al., 2010).

Kompetensi Inti Terapi Komplementer

Daftar kompetensi inti terapi komplementer yang diterima secara universal untuk keperawatan belum dikembangkan. Namun, keselarasan antara keperawatan dengan perawatan kesehatan holistik dan integratif memberikan pemberian yang kuat untuk bergerak maju. Booth-LaForce et al. (2010),

telah menganjurkan kurikulum terpadu yang didasarkan pada holistik, perawatan yang berpusat pada pasien mulai di tingkat sarjana muda.

Para penulis ini telah menyarankan beberapa kompetensi inti, termasuk:

1. kesadaran dan penilaian terapi dan praktik;
2. evaluasi basis bukti yang mendasari terapi dan praktik;
3. pengembangan keterampilan dalam terapi dan praktik;
4. kesadaran diri dan perawatan diri, dan;
5. kesadaran akan dasar teori yang mendasari terapi dan praktik.

Kompetensi ini terlihat dalam ruang lingkup dan standar praktik perawat. *The American Nurses Association (ANA)*, dalam buku Keperawatan:

Lingkup dan Standar Praktik ANA (2010), menguraikan parameter praktik dan tanggung jawab untuk semua RN di Amerika Serikat. Standar praktik penilaian, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi memungkinkan rencana perawatan individual yang peka terhadap beragam praktik perawatan kesehatan untuk semua pasien. Standar kinerja profesional kualitas praktik, evaluasi praktik, pendidikan, kolegialitas, kolaborasi, etika, penelitian, pemanfaatan sumber daya, dan kepemimpinan berkomitmen perawat untuk terus meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi yang sesuai dengan peran keperawatan.

Lingkup dan Standar Praktik ANA (2010) menunjukkan bahwa perawat harus memiliki pengetahuan dan peka terhadap berbagai praktik kesehatan sehingga asuhan keperawatan holistik dapat diberikan. Dokumen tersebut tidak mengidentifikasi terapi spesifik yang mungkin atau mungkin tidak dimasukkan oleh perawat ke dalam praktik keperawatan. Klasifikasi Intervensi Keperawatan (Bulechek & McCloskey, 1995), bagaimanapun, memberikan daftar komprehensif perawatan yang dapat dilakukan perawat.

Daftar ini mencakup terapi komplementer berikut, yang berada dalam bidang keperawatan yang diberikan pelatihan atau sertifikasi yang sesuai: akupresur, terapi bantuan hewan, aroma terapi, terapi seni, *biofeedback*, pijat, terapi musik, fasilitasi *self-hypnosis*, dan sentuhan terapeutik. Meskipun basis pengetahuan untuk banyak terapi komplementer mungkin menjadi bagian dari program pendidikan, kemampuan kinerja sering tidak dicapai selama pendidikan sarjana atau bahkan pascasarjana keperawatan.

Oleh karena itu, meskipun perawat dapat melakukan terapi ini, mereka harus melakukannya hanya dengan pelatihan dan sertifikasi yang sesuai. Secara internasional, badan pengatur keperawatan serupa telah mengartikulasikan peran perawat dalam memahami dan mempraktikkan terapi komplementer. Pemilihan program pendidikan dalam terapi komplementer spesifik merupakan tanggung jawab perawat.

Demikian pula, Dutta et al. (2003) Kolese dan Asosiasi Perawat Terdaftar Alberta menerbitkan Standar Terapi Alternatif dan/atau Pelengkap untuk Perawat Terdaftar untuk memberikan "panduan kepada perawat terdaftar dalam membuat keputusan tentang memberikan perawatan yang melibatkan perawatan kesehatan komplementer atau terapi alternatif perawatan dan produk kesehatan alami sebagai tambahan dalam praktik keperawatan".

Standar-standar ini memerlukan pengetahuan, keterampilan, dan lisensi yang memadai bila diperlukan untuk memberikan terapi alternatif/pelengkap tertentu melalui program pendidikan atau sertifikat yang relevan. Penyediaan terapi tersebut harus termasuk dalam ruang lingkup praktik keperawatan saat ini untuk RN Kanada, jika perawatan tersebut diberikan di bawah lisensi RN.

Organisasi khusus juga telah mempertimbangkan perdebatan tentang apa yang dapat dan harus dilakukan oleh perawat dengan sertifikasi khusus. *American Holistic Nurses Association* (AHNA) dan *American Nurses Association* (ANA) telah bersama-sama mengembangkan Ruang Lingkup dan Standar Praktik untuk Keperawatan Holistik, yang mencakup kurikulum inti untuk praktik perawatan kesehatan integratif yang diresapi dengan prinsip-prinsip komplementer dan terapi alternatif, dan kompetensi yang konsisten dengan praktik keperawatan holistik. Sertifikasi tidak secara rutin diperlukan sebagai bagian dari pra-lisensi atau pendidikan lanjutan perawat; Namun, ia menawarkan wawasan penting tentang harapan praktik keperawatan holistik (ANA, 2010).

Pelatihan khusus yang diperlukan untuk mempraktikkan terapi komplementer spesifik secara aman dan efektif biasanya tidak ditemukan dalam program pendidikan perawat umum. Semakin, bagaimanapun, program keperawatan perhatian untuk membantu perawat mahasiswa untuk lebih memahami peran terapi komplementer dalam kesehatan pasien. Beberapa penulis telah menyarankan konten spesifik yang berlaku untuk kurikulum keperawatan sarjana dan pascasarjana (Cuellar et al., 2003; Gaster et al., 2007; Kligler et al., 2004).

Berikut ini adalah kompilasi hasil belajar siswa yang disarankan yang membahas dimensi yang diperlukan untuk mendidik siswa dalam praktik keperawatan umum:

1. Mendeskripsikan prevalensi dan pola penggunaan terapi komplementer oleh masyarakat.
2. Bandingkan dan kontraskan prinsip dan keyakinan yang mendasari sistem keyakinan Barat dan sistem keyakinan kesehatan alternatif.
3. Berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarga tentang terapi komplementer dan alternatif.
4. Kritiklah bukti ilmiah yang tersedia untuk terapi komplementer dan alternatif yang paling umum digunakan.
5. Identifikasi sumber informasi yang dapat dipercaya untuk mendukung pembelajaran lanjutan tentang terapi komplementer dan alternatif.
6. Jelajahi peran, pelatihan, dan kredensial praktisi terapi komplementer dan alternatif.
7. Renungkan dan tingkatkan tindakan perawatan diri dan kesehatan untuk menggabungkan terapi komplementer untuk diri sendiri, jika memungkinkan.

Kondisi Terapi Komplementer Dalam Pendidikan Keperawatan

Lee et al. (2007) mengakui bahwa integrasi terapi komplementer dalam pendidikan keperawatan memerlukan sedikit atau tidak ada pergeseran paradigma filosofis karena isu-isu seperti kesehatan, pencegahan, dan kesehatan holistik telah lama menjadi inti dari praktik keperawatan. Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa program pendidikan keperawatan, meskipun tidak konsisten, sudah memperhatikan basis pengetahuan yang dibutuhkan dan untuk memahami peran terapi komplementer dalam perawatan kesehatan.

Sebagai contoh, beberapa penelitian telah mengkonfirmasi bahwa fakultas keperawatan dan mahasiswa percaya bahwa terapi komplementer harus diintegrasikan ke dalam kurikulum keperawatan dan perawat harus siap untuk menasihati pasien mengenai praktik terbaik dalam perawatan kesehatan integratif (Al-Rukban et al., 2012). Beberapa dari studi ini juga menentukan bahwa mahasiswa keperawatan, pada kelulusan, tidak merasa siap untuk

mengintegrasikan terapi komplementer dan pendidikan yang lebih diinginkan. Uzun & Tan (2004) melaporkan siswa terbuka untuk manfaat kesehatan dari terapi komplementer, meskipun mereka tidak ingin kewalahan dengan informasi atau dilatih untuk secara pribadi memberikan setiap terapi.

Dutta et al. (2003) mengambil sampel sekolah perawat di seluruh Amerika Serikat untuk menentukan sejauh mana sekolah mengintegrasikan modalitas komplementer dan alternatif ke dalam kurikulum mereka. Untuk ketiga studi, sebagian besar sudah memasukkan terapi komplementer dalam kurikulum (49%-85%) dan hampir semua program berencana untuk memasukkan terapi komplementer tambahan di masa depan. Hal yang sama tampaknya berlaku untuk program praktisi perawat keluarga (Burman, 2003).

Sangat sedikit dari sekolah yang menanggapi memiliki kursus terpisah yang diperlukan tentang terapi komplementer (11% -15%); sedangkan sebagian besar menawarkan mata kuliah pilihan yang terpisah (37%-84%) dan sekitar sepertiga dari sekolah menawarkan pilihan melanjutkan pendidikan. Terapi yang paling umum dimasukkan adalah spiritualitas/doa/meditasi, relaksasi, imajinasi terbimbing, herbal, akupunktur, pijat, dan sentuhan terapeutik.

Secara internasional, program pendidikan keperawatan juga menangani kebutuhan untuk mengintegrasikan terapi komplementer. Pada tahun 2004, Sok, Erlen, dan Kim melaporkan bahwa lebih dari 10 universitas di Inggris menawarkan mahasiswa program gelar penuh waktu dalam terapi komplementer dan alternatif, seperti osteopati, pengobatan chiropraktik, obat-obatan herbal, akupunktur, dan homeopati (Sok et al., 2004).

Hon et al. (2006) melaporkan bahwa badan pengatur keperawatan di Hong Kong sekarang mengharuskan kurikulum keperawatan berisi 20 jam dikhususkan untuk pengobatan tradisional Cina (TCM). Demikian pula, Yeh & Chung (2007) menyelidiki tingkat kompetensi saat ini dan yang diharapkan dalam TCM yang harus dimiliki perawat sarjana muda di Taiwan, di mana pendidikan keperawatan Barat dianggap arus utama dan harapan bahwa perawat memiliki keterampilan dalam TCM telah dipenuhi dengan kekecewaan oleh konsumen.

Di Korea, salah satu perguruan tinggi ilmu keperawatan sekarang memiliki program 1 tahun yang mengarah ke sertifikat terapi komplementer dan alternatif untuk perawat klinis dan peneliti (Sok et al., 2004). Sebaliknya, hanya 13% perguruan tinggi keperawatan di Arab Saudi yang memperkenalkan terapi komplementer secara singkat dalam kursus. Tak satu

pun dari responden melaporkan memiliki kursus terapi komplementer khusus, melanjutkan pendidikan terkait terapi komplementer, atau minat/keahlian fakultas dalam terapi komplementer (Al-Rukban et al., 2012). Penulis penelitian ini menunjukkan bahwa minat pada terapi komplementer baru saja dimulai dan upaya untuk integrasi lebih lanjut sedang berlangsung.

9.3 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan

Terapi komplementer semakin banyak ditawarkan di seluruh rangkaian perawatan kesehatan. Perawat sangat penting untuk memaksimalkan penggunaan terapi komplementer dan integratif yang mendukung perawatan holistik. Gerakan menuju holisme dalam keperawatan mengakui humanistik, kepedulian, sifat penyembuhan intervensi dan sering menggunakan banyak modalitas untuk mendukung pikiran-tubuh-roh dalam perjalanan penyembuhannya (Clark, 2012).

Bab ini memberikan contoh strategi yang telah digunakan perawat untuk memasukkan terapi komplementer ke dalam praktik. Tiga pengaturan perawatan kesehatan di Midwest digunakan untuk menunjukkan integrasi terapi komplementer ke dalam praktik keperawatan rumah sakit rawat inap dan rawat jalan.

Selain peran keperawatan tradisional dalam pengaturan rumah sakit, contoh perawat menggabungkan terapi komplementer dan integratif ke dalam perawatan berbasis komunitas, pusat kesehatan dan kebugaran holistik, dan perawatan yang diberikan kepada veteran militer menunjukkan luasnya peluang untuk integrasi ke dalam praktik keperawatan.

Kondisi Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan Di Rumah Sakit

Filosofi perawatan didasarkan pada penciptaan lingkungan penyembuhan yang belum pernah terjadi sebelumnya yang berkisar pada kebutuhan pasien dan keluarga mereka, termasuk penggunaan terapi komplementer secara ekstensif. Visi perawatan adalah untuk mengubah pengalaman perawatan pasien dan menciptakan layanan penuh kasih, perawatan holistik, dan model perawatan yang berpusat pada pasien (Lincoln & Johnson, 2009).

Juga menjadi inovatif, unik, dan sumber daya pilihan untuk perawatan kesehatan. Kepemimpinan serta staf perawat dan karyawan lainnya secara pribadi dan profesional berkomitmen untuk mendukung prinsip perawatan holistik. Dari pintu masuk utama yang luas hingga tata letak yang nyaman, pasien yang membutuhkan perawatan dengan mudah dipandu ke area layanan yang mereka butuhkan secepat dan senyaman mungkin. Aspek penting dari lingkungan penyembuhan adalah hubungan dan sikap profesional perawatan kesehatan dan administrator di samping elemen desain arsitektur.

Perawatan komplementer dirancang untuk meningkatkan, bukan menggantikan, tindakan terapeutik tradisional yang dipesan oleh penyedia utama seperti obat-obatan, olahraga, dan terapi. Berbagai terapi komplementer ditawarkan untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien yang beragam dan individual. Terapi termasuk minyak esensial, terapi sentuhan/energi penyembuhan, citra terpandu, musik penyembuhan, akupuntur, akupresur, dan pijat (Sumner, 2012).

Perawat memainkan peran integral dalam memberikan terapi komplementer. Prinsip keperawatan holistik diintegrasikan ke dalam visi rumah sakit/hospis. Komponen keperawatan holistik dituangkan dalam deskripsi pekerjaan dan evaluasi kinerja berkelanjutan untuk staf keperawatan. Fasilitas ini terus menarik perawat yang sangat terampil; mempertahankan tingkat keahlian dan tingkat kepuasan staf; faktor-faktor ini terkait dengan premis bahwa keperawatan holistik adalah dasar untuk praktik.

Lingkungan perawatan adalah kolaboratif, dan kontribusi individu dihormati dengan perawat memberikan masukan tentang bagaimana model perawatan holistik terus dilaksanakan (Lincoln & Johnson, 2009). Dapat membentuk Dewan Praktik Holistik yang terdiri dari perawat dari berbagai unit perawatan pasien untuk lebih memahami kebutuhan staf perawat dalam memberikan perawatan dan juga untuk memperkuat minat dan partisipasi dalam praktik berbasis bukti.

Dengan keberhasilan awal dan dukungan institusional, bersama dengan pendidikan berkelanjutan untuk penyedia, program terapi integratif komplementer diruang rawat inap berkembang menjadi model nasional tidak hanya untuk perawatan rawat inap tetapi juga untuk perawatan rawat jalan, penelitian, dan pendidikan.

Misi dari program inovatif ini adalah untuk mengubah perawatan kesehatan lokal dengan memberikan perawatan integratif yang luar biasa dan untuk

mengubah perawatan kesehatan secara nasional melalui pengembangan dan penyebaran praktik integratif yang meningkatkan kualitas, memastikan keamanan, dan mengurangi biaya (J. R. Johnson et al., 2015).

Program Peningkatan Penyembuhan dimulai pada pengaturan rawat inap berdasarkan umpan balik pasien dan tinjauan pengalaman pasien. Ketika tim menyadari bahwa perintah awal yang berfokus pada obat nyeri tidak cukup, percobaan terapi pijat dan musik yang ditargetkan untuk mengurangi keluhan pasien tentang nyeri dan mengurangi kecemasan dan ketegangan setelah operasi dimulai. Studi mengkonfirmasi temuan positif (S. M. Cutshall et al., 2007).

Perawat mendidik pasien dan anggota keluarganya tentang sumber daya komplementer/alternatif dan mengkoordinasikan pemberian layanan. Perawat mempromosikan penggunaan pasien dari beragam peluang. Musik live yang menenangkan terkadang tersedia di area klinis; pasien dapat memilih karya seni untuk kamar rumah sakit mereka; dan beberapa relawan rumah sakit dilatih untuk menawarkan pijat tangan kepada pasien, anggota keluarga, dan staf (S. M. Cutshall et al., 2007).

Pusat Hidup Sehat menyediakan akses ke program kesehatan dan kebugaran yang saling melengkapi dan integratif untuk staf. Ini termasuk demonstrasi memasak, kelas kebugaran kelompok, evaluasi kesehatan individu, terapi pijat, pelatihan kesehatan, pelatihan kelompok kecil, program manajemen stres, terapi pijat, Reiki, akupresur, yoga, teknik Tai Chi, Alexander, dan program penurunan berat badan (Price et al., 2016).

Kondisi Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan Di Komunitas

Layanan masyarakat terkadang merupakan bagian dari jaringan perawatan kesehatan yang lebih besar. Program Seni Penyembuhan menawarkan imajinasi terpandu, minyak esensial, musik penyembuhan, pita akupresur anti mual, sentuhan penyembuhan, terapi pijat, refleksologi, dan yoga di komunitas. Beberapa perawat dilatih dalam praktik seni penyembuhan ini dan mendiskusikan program dengan pasien (Colesca et al., 2008).

Pengaturan Pusat Kesehatan dan Penyembuhan Kesehatan berbasis komunitas adalah penting, di mana layanannya antara lain akupunktur, minyak penyembuhan, pengobatan osteopathic, qigong, bimbingan spiritual, sentuhan penyembuhan, terapi pijat, reiki, yoga, guided imagery, life coaching, meditasi, dan Shen.

Perawat secara aktif terlibat dalam melayani sebagai praktisi. Perawat juga memberikan pendidikan dalam pengaturan perawatan kesehatan pada terapi komplementer dan integratif dan memberikan bimbingan untuk praktik keperawatan (Price et al., 2016).

Perawatan hospis tidak berakhir ketika pasien yang dirawat meninggal karena perawat terus memberikan dukungan kepada anggota keluarga setelah kehilangan. Terapi komplementer dapat membantu anggota keluarga rileks dan mengatasi tingkat stres mereka dengan lebih efektif.

9.4 Integrasi Terapi Komplementer Dalam Penelitian Keperawatan

Komitmen keperawatan untuk menghasilkan perawatan pasien yang berkualitas tinggi dan hemat biaya mengharuskan dasar ilmiah yang kuat untuk praktik ditetapkan. Kebutuhan akan lebih banyak bukti terkait dengan keamanan, kemanjuran, waktu, "dosis," dan indikasi spesifik untuk sebagian besar terapi jelas terlihat. Seperti disebutkan sebelumnya, ada minat yang besar dan berkembang dalam dan penggunaan terapi komplementer oleh masyarakat.

Dalam pemeriksaan besar dan komprehensif penggunaan terapi komplementer dan alternatif, jumlah kunjungan tahunan ke penyedia terapi komplementer dan alternatif ditemukan melebihi jumlah kunjungan ke dokter perawatan primer (Colesca et al., 2008).

Minat terapi komplementer ditemui dalam berbagai pengaturan praktik perawatan kesehatan. Seiring dengan kepentingan publik dan pasien, ada kepentingan bersama di pihak penyedia yang tidak hanya ingin memberikan terapi ini kepada pasien tetapi juga memiliki minat pada terapi yang sama untuk penggunaan pribadi mereka sendiri (Lindquist et al., 2003).

Namun, terlepas dari minat penyedia, telah dicatat bahwa terapi komplementer dan alternatif yang paling sering digunakan oleh pasien bukanlah yang dikenal oleh penyedia atau yang paling dipahami (Zhang, 2011)). Selain permintaan yang signifikan, penggunaan umum, dan kurangnya pemahaman tentang terapi komplementer dan alternatif yang umum digunakan, ada urgensi untuk meningkatkan pengetahuan di antara penyedia, dan untuk memperluas basis

bukti yang mendukung keamanan dan kemanjuran mereka, dan yang memandu penggunaannya.

Penyedia layanan kesehatan dan peneliti ditantang untuk membuat dan menggunakan dasar bukti yang kuat untuk mendukung berbagai terapi komplementer yang digunakan oleh segmen substansial populasi di seluruh dunia. Ada kebutuhan mendesak untuk mengetahui dan memahami manfaat terapi dan apakah terapi tersebut bekerja sesuai dengan tujuan penggunaannya; ada juga kebutuhan untuk memastikan keamanan dan kemanjuran terapi komplementer dan untuk memahami efek dan interaksinya ketika digunakan dalam kombinasi dengan terapi komplementer dan allopathic lainnya.

Perlu Memperluas Evidence Based

Pertanyaan perlu dijawab melalui penelitian yang berkaitan dengan terapi mana dan berapa banyak sesi perawatan yang harus dicakup, dan apa hasil dari perawatan yang dapat diharapkan dan untuk kondisi apa. Campuran optimal dan biaya relatif dari terapi komplementer atau alternatif versus perawatan tradisional Barat harus ditentukan.

Dengan meluasnya penggunaan terapi komplementer dan alternatif, ada alasan untuk khawatir mengenai keamanan penggunaannya dan tentang potensi interaksinya dengan pengobatan Barat (Bent, 2008) Contohnya adalah interaksi obat herbal. Berkontribusi pada kesulitan adalah kurangnya regulasi terapi komplementer dan alternatif seperti produk herbal, meskipun perhatian yang meningkat diberikan untuk ini dalam upaya memberikan panduan untuk digunakan.

Pembuatan kebijakan Organisasi Kesehatan Dunia tentang obat herbal mengakui nilai obat herbal, tetapi membutuhkan inventarisasi dan penilaian sistematis, dan langkah-langkah pengaturan untuk memastikan kontrol kualitas, dan menyerukan kerja sama dan koordinasi internasional untuk melestarikan tanaman obat untuk generasi mendatang (A. et al., 2015). Memang, data ilmiah di bidang ini dibutuhkan oleh penyedia untuk menginformasikan praktik mereka. Pengetahuan yang akurat dan dapat diandalkan juga dibutuhkan oleh konsumen yang ingin membuat keputusan berdasarkan informasi mengenai praktik kesehatan mereka sendiri.

Ada minat yang meningkat dan memang mandat untuk praktik berbasis bukti. Praktik berbasis bukti (EBP) telah didefinisikan secara sederhana sebagai, "menerapkan hasil penelitian terbaik yang tersedia (bukti) ketika membuat keputusan tentang perawatan kesehatan" (E. Johnson et al., 2012). Selanjutnya,

"profesional perawatan kesehatan yang melakukan praktik berbasis bukti menggunakan bukti penelitian bersama dengan keahlian klinis dan preferensi pasien". Perawat dan profesional kesehatan lainnya mengandalkan atau membutuhkan bukti serupa dalam penggunaan terapi komplementer mereka.

Adalah penting bahwa sumber daya untuk mengakses pengetahuan tentang terapi komplementer dan alternatif diidentifikasi, tersedia, dan digunakan oleh penyedia. Temuan penelitian mengenai keamanan dan kemanjuran terapi harus disebarluaskan kepada praktisi, yang perlu diinformasikan sehingga keselamatan pasien dapat dilindungi dan potensi manfaat terapi terwujud. Sejumlah sumber daya berbasis asisten data pribadi (PDA) menyediakan akses ke informasi otoritatif sebagai sumber daya untuk praktik profesional. Basis data temuan penelitian.

Desain Penelitian Untuk Terapi Komplementer

Kebanyakan ilmuwan akan setuju bahwa desain yang paling ketat untuk menguji terapi komplementer dan alternatif adalah desain acak, terkontrol plasebo, double-blind yang telah lama menjadi standar untuk menguji terapi dan memajukan bidang penyelidikan (Kim, 2003). Namun, desain ini bukan satu-satunya yang memberikan informasi yang berguna, dan data yang dihasilkan dari studi kuantitatif bukan satu-satunya basis bukti yang tersedia untuk praktik. Desain dan sumber bukti lain juga penting dan berkontribusi pada pengetahuan dan pemahaman kita tentang respons pasien terhadap terapi, baik allopathic maupun non allopathic.

Konsumen mungkin semakin enggan untuk mendaftar dalam uji klinis; karenanya, desain studi alternatif dan strategi untuk melakukan penelitian klinis untuk memajukan bidang telah diminta (Gross & Fogg, 2001). Komite Penggunaan Pengobatan Pelengkap dan Alternatif oleh American Public ditugaskan oleh *Institute of Medicine*, AHCPR, NCCAM, dan 15 lembaga dan lembaga NIH lainnya untuk mempelajari dan memberikan rekomendasi khusus mengenai terapi komplementer dan alternatif.

Sebagai bagian dari laporan mereka (Colesca et al., 2008), desain alternatif inovatif untuk memberikan informasi tentang efektivitas terapi diidentifikasi, termasuk:

1. Uji coba terkontrol acak preferensi (RCT)—uji coba yang mencakup kelompok acak dan tidak acak, yang kemudian memungkinkan perbandingan antara pasien yang memilih pengobatan tertentu dan

mereka yang secara acak ditugaskan untuk itu studi observasional dan kohort—studi yang melibatkan identifikasi pasien yang memenuhi syarat untuk studi dan yang mungkin menerima pengobatan tertentu sebagai bagian dari studi.

2. Studi kasus-kontrol—studi yang melibatkan identifikasi pasien yang memiliki hasil baik atau buruk, kemudian "bekerja kembali" untuk menemukan aspek pengobatan yang terkait dengan hasil yang berbeda tersebut.
3. Studi kumpulan terapi—analisis keefektifan, secara keseluruhan, paket perawatan tertentu.
4. Studi yang secara khusus memasukkan, mengukur, atau memperhitungkan plasebo atau efek harapan—harapan pasien, keadaan emosional, energi, dan proses penyembuhan diri lainnya tidak dianggap asing, tetapi dimasukkan sebagai bagian dari "mekanisme tindakan" utama terapi.
5. Analisis interaksi perlakuan-atribut—suatu cara untuk menghitung perbedaan hasil efektivitas di antara pasien dalam suatu penelitian dan di antara berbagai penelitian dengan desain yang berbeda-beda.

Dalam upaya untuk mengidentifikasi masalah utama dalam desain penelitian dalam proposal pendanaan yang diajukan ke program pendanaan khusus untuk uji klinis pengobatan komplementer dan alternatif untuk manajemen gejala kanker, sejumlah masalah dengan metodologi ilmiah ditemukan (Buchanan et al., 2005).

Masalah umum termasuk "asumsi yang tidak beralasan tentang konsistensi dan standarisasi intervensi CAM, kebutuhan untuk pemberian berbasis data untuk hipotesis penelitian, dan kebutuhan untuk menerapkan kontrol kualitas yang tepat dan prosedur pemantauan selama percobaan". Masalah tersebut perlu ditangani dan diselesaikan, untuk memastikan ketelitian dan manfaat studi terapi untuk manajemen gejala kanker serta studi tentang terapi yang lebih luas.

Area penting dan menantang lainnya bagi peneliti melibatkan efek plasebo dan kelompok kontrol plasebo/perhatian (Gross, 2005). Efek plasebo telah dipelajari sehubungan dengan nyeri dan analgesia, neuroimunologi, ketakutan, kecemasan, dan farmakoterapi dan mungkin memiliki kapasitas untuk

merangsang penyembuhan dramatis (Warrington, 2010). Kekuatan efek plasebo, dan peringatan bahwa itu tidak boleh diremehkan, telah lama dihargai (Turner et al., 1994).

Efek plasebo dapat menyebabkan perbaikan di lebih dari 50% subjek dalam uji coba terapi medis. Ada bukti bahwa efek plasebo dalam uji klinis CAM mirip dengan efek plasebo yang diamati dalam uji klinis obat konvensional (Dorn et al., 2007). Metode untuk mengelola efek plasebo harus dipertimbangkan secara hati-hati dalam penelitian tentang terapi komplementer. Selain itu, ketika menilai keseluruhan efek terapi, potensi dampak tambahan penyembuh dan hubungan terapeutik pada hasil harus dipertimbangkan (Quinn et al., 2003).

Implikasi Untuk Penelitian Keperawatan

Ada kebutuhan besar bagi perawat dan ilmuwan dalam disiplin lain untuk mengembangkan program penelitian berkelanjutan yang berkaitan dengan terapi komplementer. Sebagai penyedia perawatan primer, perawat berada dalam posisi yang sangat baik untuk memenuhi kebutuhan pasien akan terapi komplementer.

Perawat memiliki kepentingan dalam menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk membangun basis data pengetahuan yang mendasari penggunaan terapi spesifik yang dapat bermanfaat bagi pasien. Mereka juga dapat menghasilkan data yang menyangkal penggunaan terapi atau mengungkapkan rasio risiko/manfaat yang merugikan. Perawat telah melakukan penelitian pada sejumlah terapi komplementer.

Sebagian besar ilmuwan perawat dididik dalam desain kualitatif dan kuantitatif. Ini memberi mereka pemahaman tentang berbagai cara untuk membangun studi penelitian untuk menentukan efek terapi komplementer. Perlunya perluasan dan penyebaran bukti dan akses ke sana memiliki signifikansi khusus untuk disiplin keperawatan dan mendasari rekomendasi untuk arah masa depan dalam penelitian keperawatan.

Kebutuhan untuk menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk membangun basis bukti untuk terapi komplementer sangat menarik bagi ilmuwan perawat. Keahlian klinis khusus peneliti perawat dapat digunakan untuk memilih terapi untuk menguji dan menargetkan hasil yang penting bagi populasi pasien mereka. Pengetahuan klinis khusus memiliki potensi untuk meningkatkan identifikasi instrumen yang cukup sensitif untuk menilai potensi

efek terapi (subjektif, objektif, atau perilaku). Perawat memainkan peran penting dalam menghasilkan, menyebarluaskan, dan menggunakan basis bukti untuk praktik.

Memperluas kerangka acuan ilmuwan perawat untuk memasukkan perspektif global, terobosan genetik, teknologi baru, dan informasi dari seluruh dunia akan memastikan pandangan lapangan yang tepat dan komprehensif. Organisasi Kesehatan Dunia meluncurkan inisiatif strategis global pada tahun 2002 untuk membantu negara-negara dalam memadukan terapi komplementer dengan sistem perawatan kesehatan yang ada di negara masing-masing *World Health Organization* (WHO), 2002).

Inisiatif global semacam itu harus berfungsi sebagai katalis dalam membuat informasi tersedia bagi praktisi di seluruh dunia dan harus memajukan bidang pengobatan komplementer/alternatif. Sarana elektronik untuk memposting pengetahuan baru, peringatan, atau informasi terbaru tentang uji klinis mempercepat ketersediaan informasi dan secara harfiah berpotensi membawa dunia informasi ke dalam praktik—tetapi hanya jika digunakan. Penerbitan elektronik mempercepat transfer temuan penelitian ke pengaturan praktik. Mandat yang ditetapkan oleh penerbit medis terkemuka yang mengharuskan peneliti untuk mendaftarkan studi mereka dalam daftar uji klinis agar hasilnya dipublikasikan dalam jurnal medis yang sangat terkemuka adalah langkah ke arah yang benar.

Perawat dan penyedia lainnya memiliki tanggung jawab untuk memberikan panduan kepada masyarakat dalam penggunaan terapi komplementer, untuk menafsirkan dan berbagi informasi ilmiah, dan untuk berkontribusi pada pengembangan basis pengetahuan melalui penyelidikan dan penyebarluasan penelitian. Pedoman yang didasarkan pada bukti jelas diperlukan untuk menetapkan standar penggunaan terapi komplementer yang tepat.

Manfaatkan pengetahuan dan metode yang tersedia secara optimal untuk menyebarluaskan penelitian secara elektronik dan membuat informasi tersedia di titik perawatan adalah penting. Namun, seperti dicatat di bagian penutup dari bab intervensi buku ini, masih banyak pertanyaan yang harus dijawab untuk penerapan terapi secara umum dan juga untuk jenis kelamin, budaya, usia, dan komorbiditas. Lebih banyak penelitian diperlukan dan semakin diakui bahwa kemitraan interdisipliner, multikultural, dan transglobal mungkin paling bermanfaat dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan ini.

Dengan meningkatnya penggunaan terapi komplementer, akan ada terapi baru dan menarik yang dieksplorasi dan diadopsi berdasarkan bukti yang mendukung kemanjurannya. Selain imajinasi, informasi baru mengenai praktik kesehatan kelompok imigran, peningkatan penyebaran praktik penyembuhan secara global, dan selera publik akan cara baru untuk mencapai kesehatan yang lebih baik, untuk menyembuhkan, atau mencegah penuaan, semuanya menjamin bahwa masa depan penggunaan terapi komplementer oleh perawat, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat akan selalu segar dan menarik.

Bab 10

Tren Isu Terkini Bidang Keperawatan Komplementer

10.1 Pendahuluan

Dalam olahraga dan pengobatan tradisional Tiongkok, *Tai chi* merupakan terapi komplementer yang berperan penting dalam promosi kesehatan. Sebagai seni bela diri tradisional yang dipraktikkan secara luas di Tiongkok selama berabad-abad, *Tai chi* terkenal dengan transformasi ritmiknya yang lambat dan anggun. Pada Desember 2020, Organisasi Ilmu Pengetahuan dan Kebudayaan Pendidikan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNESCO) mengumumkan bahwa *Tai chi* akan dimasukkan dalam daftar perwakilan warisan budaya tak benda kemanusiaan (You et al., 2021).

Tai chi menggabungkan gerakan seni bela diri dengan *Qi* (sirkulasi energi vital), pernapasan, dan teknik peregangan. Ini telah berkembang menjadi lima gaya berbeda selama perkembangannya: *Chen*, *Yang*, *Sun*, *Wu*, dan *W'u*. *Tai chi* bermanfaat secara fisiologis dan psikologis serta meningkatkan kualitas hidup. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa *Tai chi* meningkatkan keseimbangan, kapasitas aerobik, kekuatan otot, dan fleksibilitas dan dapat meredakan masalah psikologis seperti depresi, kecemasan, stres, dan gangguan mood (Tong et al., 2018).

Pelatihan *Tai chi* tradisional membutuhkan pengawasan langsung dari seorang mentor mengikuti postur yang ketat. Dengan teknologi modern dan situs berbagi video seperti Youtube, *Tai chi* menjadi semakin mudah diakses oleh masyarakat umum. memenuhi syarat sebagai, karena hanya dapat dipraktikkan melalui video dan memerlukan bantuan instruktur *Tai chi* yang tidak terlalu formal.

Tai chi yang lebih sederhana dan kurang terstruktur telah dikembangkan dalam beberapa tahun terakhir untuk mengakomodasi populasi yang berbeda. *Tai chi* menggunakan gerakan lambat, lembut, teknik pernapasan, dan alat kognitif (yaitu, Perhatian, perumpamaan) untuk memperkuat, mengintegrasikan, dan merelaksan tubuh dan pikiran. Hal ini dapat dipraktikkan oleh orang-orang dari semua kelompok umur dengan kondisi fisik yang bervariasi dan membutuhkan ruang fisik yang sangat sedikit.(Kong et al., 2019)

10.2 Domain Umum Yang Diterapkan *Tai Chi*

Dengan menganalisis domain-domain ini, kita dapat memahami efek *Tai chi* secara lebih komprehensif. Selain itu untuk mengetahui penerapan *Tai chi* dalam bidang kesehatan.

Risiko Jatuh

Dalam paradigma tugas ganda (DT), pengenalan tugas bersama (kebanyakan tugas kognitif) selama tugas utama (kebanyakan tugas fisik) mengarah pada kemungkinan persaingan di antara sumber daya atensi yang tersedia. Risiko jatuh saat melakukan paradigma tugas ganda kognitif secara bersamaan, seperti berbicara, menghitung, dan menalar, dengan meningkatkan variabilitas waktu langkah, mengurangi rentang gerak sendi tungkai, dan mengurangi jarak kaki saat bangun dari tangga.

Di antara orang tua, gangguan kontrol postural di bawah kondisi paradigma tugas ganda adalah kejadian umum. Gangguan kontrol postural di bawah kondisi DT memprediksi hasil yang merugikan, seperti jatuh. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa kesulitan memengaruhi kinerja DT, dan efek ini mungkin lebih tinggi pada orang dewasa yang lebih tua daripada orang dewasa yang lebih muda (Li et al., 2021).

Latihan *Tai chi* telah terbukti efektif dalam mencegah jatuh dan mengurangi risiko jatuh, dan salah satu bentuk yang paling populer adalah *Tai chi* (TC). *Tai chi* sering digambarkan sebagai "meditasi bergerak", yang mencakup elemen fisik dan mental yang mengintegrasikan keseimbangan, fleksibilitas, dan pelatihan koordinasi neuromuskuler dengan beberapa komponen kognitif, termasuk pelatihan tujuan tubuh yang ditingkatkan dan dapat menghasilkan manfaat untuk mengurangi risiko dan meningkatkan kinerja kognitif.

Namun, potensi *Tai chi* sebagai latihan pikiran-tubuh untuk mengurangi risiko jatuh pada kondisi DT belum mendapat perhatian yang cukup. Kemampuan untuk menjaga keseimbangan di bawah kondisi DT tergantung pada efisiensi sumber daya Perhatian, yang mengontrol kinerja fisik dan kognitif. Interferensi antara dua tugas menunjukkan bahwa sumber perhatian bersama mungkin melibatkan regulasi kontrol postural dan kinerja kognitif. Penelitian yang memanfaatkan paradigma DT dapat memberikan wawasan baru tentang interaksi di antara mereka.

Bukti menunjukkan bahwa pelatihan multimodal yang mengintegrasikan elemen fisik dan kognitif mungkin lebih efektif daripada intervensi elemen tunggal. *Tai chi* dapat meningkatkan kinerja DT sebagai latihan pikiran-tubuh multimodal yang menggabungkan komponen fisik, kognitif, sosial, dan meditasi. Namun, sejumlah penelitian yang ada telah memberikan dasar ilmiah dan dorongan untuk mengeksplorasi lebih lanjut manfaat kognitif dan fisik *Tai chi*. Saat ini, tidak ada terapi obat yang terbukti dapat menunda gangguan kognitif praklinis. Jika latihan tertentu dipastikan berhasil, mereka akan bermanfaat bagi populasi lanjut usia (Li et al., 2021).

Jatuh dapat memiliki konsekuensi serius, seperti patah tulang dan cedera otak dan *Tai chi* adalah pilihan populer untuk pencegahan jatuh dan pelatihan keseimbangan. Dengan berlatih *Tai chi*, hilangnya proprioception dan gangguan motorik yang disebabkan oleh penuaan sebagian dapat meningkatkan dan selanjutnya mengurangi keseimbangan postural dan risiko jatuh.

Tai chi dapat berdampak positif pada kelemahan biomedis dan indeks psikososial. Sebuah studi berbasis meta-analisis sebelumnya juga mengkonfirmasi hasil ini dan menyimpulkan bahwa *Tai chi*, sebagai metode pelatihan keseimbangan, memiliki keunggulan unik dalam mengurangi secara substansial (You et al., 2021).

Penyakit Terkait Kardiorespirasi

Penyakit kardiorespirasi umum termasuk penyakit jantung koroner, infark miokard, penyakit paru obstruktif kronik, asma, dll, yang telah meningkatkan beban kesehatan di seluruh dunia. Latihan *Tai chi* adalah intervensi yang terbukti secara klinis dan hemat biaya yang dapat mencegah atau menyembuhkan gangguan kardiorespirasi kronis.

Sebagai metode pelatihan ketahanan, *Tai chi* dapat membantu, setidaknya sebagian, dengan penurunan kekuatan yang berkaitan dengan usia. efek dari 24 bulan pelatihan *Tai chi* reguler pada pemeliharaan fungsi kardiovaskular pada kelompok yang lebih tua dan menemukan pengurangan yang lebih kecil dalam penyerapan oksigen maksimal dibandingkan dengan rekan-rekan yang tidak banyak bergerak. Dengan penerapan regulasi pernapasan secara terus menerus dalam latihan *Tai chi*, fungsi metabolisme dan kardiorespirasi peserta dapat ditingkatkan secara bertahap.(You et al., 2021)

Stroke

Penyakit serebrovaskular merupakan perhatian global utama dan individu dengan stroke menderita gejala terkait penyakit yang memengaruhi fungsi fisik dan kognitif mereka dalam kehidupan sehari-hari. Karena hemiplegia, yang merupakan gejala yang paling merusak dan bertahan lama, penderita stroke mengalami kesulitan fisik dengan berbicara, keseimbangan, berjalan, dan penglihatan, dan masalah ini dapat menyebabkan depresi dan kualitas hidup yang buruk (QOL).

Gejala bervariasi sesuai dengan lokasi yang terkena dan ukuran otak dari lesi stroke awal, yang membuat proses pemulihan menjadi lebih rumit dan berbeda secara individual. Oleh karena itu, pendekatan yang melibatkan tim multi disiplin sangat penting untuk pengembangan program rehabilitasi stroke yang efektif yang dapat mengatasi berbagai kebutuhan fungsi fisik, sosial, kognitif, dan psikologis dari penderita stroke.

Mempertimbangkan keterbatasan fungsional dari penderita stroke, keselamatan harus menjadi perhatian utama ketika menerapkan segala bentuk latihan untuk populasi ini. Bentuk *Tai chi* yang telah diterapkan pada populasi dengan penggunaan keseimbangan yang buruk, seperti pasien stroke, orang dewasa yang lebih tua, dan individu dengan gangguan sumsum tulang belakang. Penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa *Tai chi* dapat dengan aman dan efektif diterapkan pada mereka yang memiliki fungsi terbatas dalam bentuk yang disesuaikan sambil berdiri atau duduk.

Sebuah penelitian yang menerapkan *Tai chi* sebagai program aktivitas fisik berbasis komunitas pada penderita stroke menemukan bahwa 28 subjek dengan usia rata-rata 69 tahun mampu menyelesaikan gerakan *Tai chi* tiga kali seminggu selama periode 3 bulan dengan Tingkat kepatuhan 92%, dan tidak ada insiden yang sesuai. Selain itu, efek positif *Tai chi* diterapkan pada subjek lanjut usia dengan gangguan fungsi kognitif (Song et al., 2021).

Kelangsungan hidup stroke sering disertai dengan penurunan fungsi eksekutif dan disfungsi non-motorik lainnya, seperti gangguan mental atau tidur dan gangguan kognitif. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa *Tai chi* adalah pengobatan yang cocok untuk pasien pasca stroke. Karena kelebihan dari gerakan yang lembut, lambat dan berintensitas rendah, *Tai chi* dapat dianggap sebagai strategi yang aman dan santai bagi pasien stroke dalam proses rehabilitasi.

Konsep latihan *Tai chi* "mengambil pinggang sebagai sumbu" selama kontraksi aktif tubuh pasien. Selama prosedur latihan, tungkai bawah pasien stroke sering dalam keadaan semi-fleksi (kontraksi isotonik eksentrik dari paha depan femoris), yang kondusif untuk memperkuat proprioceptor di sekitar sendi lutut. Untuk tungkai atas, "tangan awan" dan gerakan lainnya dapat meningkatkan pemulihian proprioception, meningkatkan fungsi dan koordinasi motorik atas, yang kondusif untuk manajemen nyeri stroke, dan perawatan bahu setelah stroke (You et al., 2021).

Untuk penderita stroke yang biasanya merasa lebih sulit untuk mengakses atau mendapatkan manfaat dari program rehabilitasi setelah keluar, *Tai chi* dapat menjadi pendekatan yang konsisten dengan beragam kemampuan mereka. Namun, penerapannya pada *Tai chi* sebagai program rehabilitasi stroke berdasarkan hasil gejala terkait stroke dan fungsi fisik dan kognitif penderita stroke masih dalam tahap penyelidikan yang sangat awal. Oleh karena itu, penelitian ini menerapkan program rehabilitasi stroke berbasis *Tai chi* untuk pasien stroke pada berbagai tahapan rehabilitasi selama 6 bulan untuk mengetahui pengaruh program tersebut terhadap klaster gejala stroke, fungsi fisik, psikologis dan kognitif, dan QOL (Song et al., 2021).

Penyakit Parkinson

Penyakit Parkinson (PD), juga dikenal sebagai penyakit Parkinson idiopatik, adalah salah satu penyakit *neurodegeneratif* progresif paling umum yang terjadi pada orang tua. Dengan degenerasi neuron *dopaminergik* di substansia nigra dan pembentukan tubuh Lewy sebagai gambaran patologis, pasien

mengalami gangguan gaya berjalan dan postur, tremor saat istirahat, bradikinesia, kekakuan otot, dan gejala motorik khas lainnya yang disertai dengan gangguan non-motorik seperti gangguan tidur, penurunan kognitif, kelelahan, kecemasan, dan depresi.

Penyakit Parkinson (PD) dapat diobati secara klinis dengan *levodopa*. Ketika penyakit berkembang dan kemanjuran obat menurun, pergerakan diperburuk oleh kompleksitas komplikasi. Depresi adalah komorbiditas paling umum dari penyakit Parkinson (PD) (Jin et al., 2020).

Penelitian telah mengkonfirmasi obat tersebut tidak dapat mengobati kondisi non-motorik seperti depresi dan kecemasan. Efek samping yang ditimbulkan oleh pengobatan jangka panjang juga dapat membahayakan kesehatan secara serius. Gejala-gejala ini mungkin tidak menyebabkan penurunan kognitif dan kehilangan minat dalam hidup, tetapi mereka juga dapat menyebabkan kemandirian, peningkatan jatuh, dan bahkan kematian, yang menyebabkan penurunan kualitas hidup (QoL).

Sampai saat ini, etiologi dan patogenesis Penyakit Parkinson (PD) tidak jelas, dan faktor genetik, racun lingkungan, dan penuaan semuanya dapat berkontribusi pada penyakit ini. Seiring bertambahnya usia populasi, diperkirakan prevalensi global Parkinson akan berlipat ganda setiap tahun.

Berdasarkan faktor-faktor di atas, sangat penting untuk menemukan program pengobatan Penyakit Parkinson (PD) lain yang efektif. Meski terjadinya perubahan neurodegeneratif tidak bisa dilakukan, olahraga bisa digunakan untuk membantu rehabilitasi pasien *Parkinson's Disease* (PD). Penelitian telah melaporkan bahwa menari, latihan ketahanan, dan latihan peregangan efektif dalam meningkatkan fungsi pasien dengan penyakit Parkinson. Latihan pikiran-tubuh adalah aerobik berbiaya rendah, mudah dioperasikan, berdampak rendah, peregangan dan relaksasi otot rangka sedang, pelatihan koordinasi fisik, dan latihan pernapasan dan kontrol gerakan.

Kombinasi sempurna antara tubuh dan pikiran dapat memberikan efek positif pada tubuh dan pikiran, cocok untuk rehabilitasi penyakit kronis, terutama untuk gejala non-motorik (depresi, stres, nyeri, penyakit kardiovaskular, dan tekanan darah tinggi). Saat ini, bentuk umum dari latihan fisik dan mental terutama meliputi Qigong Kesehatan, *Tai chi*, dan Yoga. Panduan mereka menggabungkan budaya tradisional, teknik induksi sukarela, dan beberapa teori dasar pengobatan Tiongkok (teori meridian dan metode kultivasi diri

muntah), dan dengan demikian mengobati gejala Penyakit Parkinson (PD) dengan sangat efektif (Jin et al., 2020).

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bukti positif bahwa *Tai chi* memiliki efek menguntungkan dalam meningkatkan fungsi motorik, keseimbangan dan mobilitas fungsional. Saat berlatih *Tai chi*, kekuatan anggota tubuh bagian bawah dan pasien dapat ditingkatkan dengan gerakan multi arah dan konsentrasi pikiran.

Selain itu, *Tai chi* mencakup banyak gerakan spiral diagonal, yang dapat meningkatkan sistem saraf pusat dan koordinasi anggota tubuh bagian atas dan bawah. Selain fungsi motorik, artikel sebelumnya telah menunjukkan bahwa *Tai chi* memiliki dampak positif pada beberapa gejala non motor, terutama pada kualitas hidup. 16 minggu *Tai chi* berbasis kelas tidak secara signifikan meningkatkan inisiasi gaya berjalan, kinerja gaya berjalan, atau mengurangi penyakit Parkinson pada beberapa pasien Parkinson. *Tai chi* dapat meningkatkan inisiatif dan semangat pasien parkinson untuk aktif mengikuti pelatihan rehabilitasi, sedangkan dosis untuk mendorong perubahan positif ini perlu lebih ditingkatkan.(You et al., 2021)

Depresi

Major Depressive Disorder (MDD) adalah beban utama penyakit di seluruh dunia dan merupakan penyakit psikiatri kedua yang paling umum di dunia yang menyebabkan kematian. Depresi sub-ambang, Gangguan Depresi Mayor (MDD) pra-tahap, telah dianggap sebagai periode penting intervensi awal untuk Gangguan Depresi Besar (MDD). Depresi *subthreshold* didefinisikan sebagai gejala depresi yang tidak memenuhi kriteria tetapi juga menurunkan kualitas hidup dan fungsi. Ini adalah penyebab utama masalah pada remaja, terkait dengan stres, kecemasan, insomnia, obat-obatan, disfungsi sosial, dan bahkan mengarah pada bunuh diri.

Meski sudah banyak obat antidepresan untuk mengobati depresi, namun masih banyak masalah seperti resistensi obat dan efek samping. Semakin banyak peneliti yang memperhatikan pengobatan non-obat depresi di bawah ambang batas seperti pikiran-tubuh dan pengobatan komplementer dan alternatif. *Tai chi* adalah jenis latihan aerobik pikiran-tubuh, yang telah terbukti bermanfaat untuk gejala depresi dan gejala terkait seperti stres dan insomnia. Ini mengandung komponen yang bermanfaat secara psikologis seperti meditasi, pengaturan pernapasan, kontrol mental, dan latihan fisik.

Banyak penelitian telah menerapkan *Tai chi* dalam kombinasi dengan pengobatan depresi, menggabungkan antidepresan dengan *Tai chi* untuk intervensi bersama pada pasien depresi lanjut usia dengan respons parsial terhadap *escitalopram*. Mereka mengungkapkan bahwa pasien yang menerima pelatihan *Tai chi* memiliki peningkatan yang lebih baik dalam tingkat depresi, dan kualitas hidup dan kognisi; selain itu, manfaat *Tai chi* sebagai intervensi tambahan jauh melebihi antidepresan standar atau pengobatan tambahan.

Sebagai salah satu kondisi kejiwaan yang paling umum di seluruh dunia, depresi dapat memengaruhi kesehatan fisik dan psikologis di semua kelompok umur. Berbagai penelitian telah melaporkan bahwa terapi non farmakologis seperti *Tai chi* mungkin berguna untuk meredakan gejala depresi. *Tai chi* tidak hanya dapat memperkuat tubuh, tetapi juga meningkatkan mood dan membantu membangun rasa percaya diri serta menghilangkan rasa takut. Selain itu, kegiatan *Tai chi* yang teratur dengan kelompok dapat membantu membentuk kebiasaan hidup sehat, karena kelompok dan interaksi sosial, manfaat kesehatan dapat lebih ditingkatkan. Kesepian adalah aktivitas umum di antara orang tua, salah satu pemicu untuk mengembangkan depresi dan olahraga teratur seperti *Tai chi* dapat membantu dengan ini.(You et al., 2021)

Para peneliti menemukan bahwa intervensi *Tai chi* selama 3 bulan dapat secara signifikan mengurangi skor pada Skala Depresi Pusat Studi Epidemiologi dan semua sub skalanya (termasuk gejala terkait somatis, pengaruh negatif, hubungan interpersonal, dan kesejahteraan) dibandingkan dengan menunggu kontrol daftar. *Tai chi* Dapat Memodulasi Daerah/Jaringan Otak yang terkait dengan Depresi Penelitian telah menunjukkan bahwa depresi dikaitkan dengan kelainan struktural dan fungsional di daerah otak yang terkait dengan emosi, representasi diri, penghargaan, dan interaksi eksternal (yaitu, stres, rangsangan).

Penelitian lebih lanjut membuktikan bahwa orang Tionghoa Amerika dengan gangguan depresi menjalani pelatihan *Tai chi* selama 12 minggu, menunjukkan bahwa *Tai chi* dapat secara efektif mengurangi kecemasan pasien dan gejala depresi dan dapat digunakan sebagai pengobatan tambahan untuk pasien depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Tai chi* berpengaruh secara signifikan terhadap gejala kontrol saat mengontrol usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Pengaruh intervensi tidak signifikan ketika dukungan sosial dikendalikan. Oleh karena itu, berspekulasi bahwa dukungan sosial mungkin menjadi bagian dari alasan pengobatan *Tai chi* untuk gejala depresi.

Latihan *Tai chi* pada dasarnya adalah kegiatan sosial. Sebuah studi menggunakan kesadaran yang dikombinasikan dengan 24 bentuk pendek *Tai chi Chuan* yang disederhanakan untuk mengobati depresi pada masa remaja. Dalam penelitian ini, Zhang et al. menunjukkan bahwa tingkat depresi remaja dengan depresi subthreshold dapat ditingkatkan dengan modifikasi *Tai chi Chuan mindfulness-based* selama 8 minggu.(Xie et al., 2021)

Lima Topik Penting Yang Menjadi Perhatian Terapi Komplementer *Tai Chi*

1. Metode intervensi

Sebagai pendekatan rehabilitasi, terapi *Tai chi* telah dipelajari secara mendalam dan dipelajari secara ekstensif. berbagai bentuk *Tai chi* dipraktikkan dan dimodelkan. Walaupun jenis pengobatannya berbeda-beda, durasi dan frekuensi latihan *Tai chi* dapat menimbulkan efek yang berbeda, sehingga "dosis" "obat *Tai chi*" yang dihasilkan masih dipertanyakan dan layak untuk diteliti lebih lanjut (You et al., 2021).

2. Terapi yang ditargetkan

Sebagai resep olahraga, *Tai chi* mungkin memiliki efek terapi yang ditargetkan dan berpotensi untuk beberapa penyakit. Mengingat *Tai chi* adalah pikiran-tubuh disertai dengan gerakan lambat dan anggun, latihan *Tai chi* meningkatkan fungsi motorik, perilaku, *kardiorespirasi* dan kognitif. Namun, mekanisme *crosstalk* dari efek ini masih belum jelas, selain itu, lebih banyak faktor regulasi dan jalur peredaran darah yang layak untuk beradaptasi dengan adaptasi yang diinduksi *Tai chi*.(You et al., 2021)

3. Populasi yang berlaku

Tai chi merupakan strategi yang berlaku untuk semua usia, sedangkan sebagian besar peserta yang mempraktikkannya adalah orang paruh baya dan lanjut usia. Penuaan adalah masalah utama saat ini. Seiring bertambahnya proses penuaan, gangguan degeneratif termasuk osteoarthritis, stroke, Parkinson, dan penyakit lainnya dapat menyebar ke pasien dan keluarganya. Lebih banyak penelitian yang ditujukan pada populasi tertentu, seperti orang yang rentan jatuh,

penderita payudara, dan penyakit kardiovaskular, *serebrovaskular*, dan otak terkait harus dirancang dan dilakukan secara individual untuk memperjelas efek dan kualitas intervensi *Tai chi*. (You et al., 2021)

4. Faktor risiko

Beberapa faktor (misalnya, ukuran sampel, usia, durasi intervensi, negara dan wilayah, apakah ada komplikasi) memengaruhi hasil Studi *Tai chi*, yang mengarah pada kesimpulan dan rekomendasi yang tidak konsisten. Kesimpulan yang berbeda dapat terjadi sesuai dengan variasi desain, perbandingan, hasil yang heterogen dan kontrol yang tidak memadai (You et al., 2021).

5. Kualitas penelitian

Faktor risiko inilah yang menjadi pemicu belum meratanya kualitas penelitian. Oleh karena itu, sistematis dan meta-analisis ekstensif telah muncul dalam beberapa tahun terakhir untuk menemukan efek intervensi akhir dari *Tai chi*. Uji coba terkontrol yang lebih berkualitas tinggi dengan periode tindak lanjut yang lebih lama sangat dibutuhkan untuk menarik kesimpulan yang pasti dan memandu keputusan klinis yang lebih baik (You et al., 2021)

10.3 Karakteristik Gerakan *Tai Chi*

Karakteristik Kinematik Sendi Lutut

Sendi lutut terdiri dari sendi troklear elips yang terdiri dari kondilus femoralis medial dan lateral, kondilus tibialis medial dan lateral, permukaan patela, dan patela. Permukaan artikular kondilus femoralis adalah kepala sendi troklearis. Permukaan artikular dari kondilus tibialis datar dan sedikit tertekan. Itu tidak sesuai dengan bentuk dan ukuran permukaan artikular kondilus femoralis. Karena inkonsistensi dari dua permukaan artikular, ada meniskus medial dan lateral pada kondilus femoralis untuk memperdalam fossa artikular dan meningkatkan fleksibilitas dan stabilitas sendi.

Sebuah patella melekat pada tulang paha dan sendi troklear, dan bagian depan dan samping patella dikelilingi oleh tendon paha depan femoris. Tendon sangat

penting dalam persendian. Mereka hanya dapat mencegah dislokasi antara tulang paha dan tibia ketika sendi lutut dalam ekstensi atau fleksi tetapi juga mencegah over ekstensi atau fleksi berlebihan dari sendi lutut. Ligamentum cruciatum posterior membatasi tibia posterior. Sinovium melumasi sendi dan mengisi ruang sendi. Ligamentum kolateral fibula dan ligamen kolateral tibialis terletak di kedua sisi sendi, masing-masing, dan berperan dalam memperbaiki sendi lutut dan mencegah perpanjangan sendi dari kedua sisi. Sendi lutut memiliki fungsi fleksi, ekstensi, dan sedikit rotasi internal dan eksternal.

memiliki dua sumbu gerak dan dapat bergerak pada sumbu koronal dan sumbu vertikal, yang ditentukan oleh bentuk sambungan. Pertama-tama, fleksi dan ekstensi dapat dilakukan pada sumbu koronal. Ketika kaki diekstensikan sampai sejajar dengan paha, tidak dapat diperpanjang lebih jauh karena keterbatasan ligamen kolateral dan terpasang kuat pada ekstensi, membuat paha dan tungkai menjadi penyangga yang stabil. Kedua, dapat dilakukan pada sumbu vertikal, baik dalam rotasi atau rotasi ke luar, tetapi hanya dalam fleksi.(Wang, 2020)

Karakteristik Kinematik Sendi Panggul

Sendi panggul terdiri dari tulang paha dan panggul. Kepala femoralis terletak di acetabulum. Tulang paha menghubungkan sendi lutut dan tibia dan fibula ke kaki membentuk kaki bagian bawah kita. Karena struktur sendi panggul mengharuskan kita menggunakan bentuk tubuh bukaan belakang dan tutup depan, yaitu rotasi kepala femoralis, meningkatkan jangkauan gerak sendi panggul, karena kepala femoralis menghubungkan sendi lutut. dan kedua kaki, sehingga sendi lutut tidak dapat ditopang, jari-jari kaki sedikit tertutup dan sejajar.

Selama rotasi, sendi lutut tidak dapat berputar, sering kali menyebabkan nyeri sendi lutut. Karena itu, ketika mempraktikkan tinjauan masa damai, anatomi manusia harus dipelajari. Kita hanya dapat menghindari cedera dengan berlatih sesuai dengan struktur tubuh manusia (Wang, 2020).

Karakteristik Gerakan Pergelangan Tangan

Sendi tangan adalah sendi paling fleksibel di seluruh tubuh, dan juga memainkan peran paling penting. Pergerakan persendian lain hanya dapat diselesaikan di bawah bimbingan gerakan tangan, tingkat kelenturan secara langsung memengaruhi tingkat kemampuan bertarung. *Tai chi* Chen ada

pembukaan dan penutupan di satu tempat, dan ada pembukaan dan penutupan di setiap tempat. karena itu, ada juga yang membuka dan menutup pada persendian tangan.

Buka dan tutup terbentuk melalui belitan naik dan turun. Pada saat yang sama, fungsi lima jari dapat dibedakan dalam proses penggulungan. Ini dimulai dengan memimpin jalan ke jari kelingking dan secara bertahap ke jari besar. Gulungan dimulai dengan kekuatan utama jari besar dan secara bertahap bergerak ke jari kelingking (Wang, 2020).

Karakteristik Kinematik Sendi Selangkangan

Tai chi, ada penyakit ganda yang tidak disadari, dan harus dicari dari pinggang dan kaki. Pinggang dan kaki mengacu pada selangkangan. Terminologi *Tai chi* gaya Chen mengatakan bahwa Istilah untuk Taijiquan gaya Chen harus dilipat ketika akan dibolak-balik, dan harus diubah mundur terlebih dahulu: masih mengacu pada tangan, yaitu ketika kelemahan dan kekuatan tungkai bawah diubah oleh selangkangan, dan berat tungkai atas juga diubah oleh selangkangan. Selangkangan juga merupakan pusat tungkai atas dan bawah.

Dapat dilihat bahwa selangkangan juga merupakan hub umum tungkai bawah. Transformasi virtual dan nyata membutuhkan perhatian, sepenuhnya menunjukkan posisi penting selangkangan di seluruh gerakan spiral *Tai chi* gaya Chen untuk pelatihan sendi pinggul.

melalui selangkangan ke bawah busur, secara bertahap membuka sendi selangkangan, dan pada saat yang sama, di setiap tendangan, setiap berhenti, setiap kaki untuk mencapai relaksasi lutut, dan tubuh tenggelam, tanpa menyebabkan tubuh melayang. *Tai chi* Chen merupakan pembukaan dan penutupan virtual dan nyata, rotasi atas dan bawah, dapat menutupi seluruh *Tai chi*, dan benar-benar esensi selangkangan(Wang, 2020)

Karakteristik Gerak Sendi Vertebral

Sendi vertebral adalah sendi terpenting di seluruh tubuh manusia. Pada saat yang sama, tingkat pergerakan sendi tulang belakang berhubungan langsung dengan tingkat seni *Tai chi*. Dalam terminologi *Tai chi* gaya Chen, udara yang menempel di punggung, kekuatan dari tulang belakang merupakan sendi vertebral. Sendi vertebral adalah salah satu dari lima kunjungan yang kami sebut sebagai kunjungan tubuh, dan juga merupakan penemuan yang paling penting (Wang, 2020).

Tantangan dan Arah Masa Depan

Kompleksitas beberapa gerakan *Tai chi* secara signifikan membatasi penerapannya sebagai intervensi klinis. Tidak semua elemen *Tai chi* relevan dengan suasana hati dan pemeliharaan kesehatan. Dengan demikian, ada kebutuhan mendesak untuk mengembangkan protokol *Tai chi* yang disederhanakan. Penyederhanaan *Tai chi* dimulai di Cina, negara asalnya. Contoh penyederhanaan tersebut adalah gaya *Tai chi Eight* yang dianggap sebagai bagian dari sistem seni bela diri Tiongkok. Delapan gaya *Tai chi* terdiri dari 10 total postur, termasuk awal, akhir, dan delapan tindakan utama gaya *Tai chi*. (Kong et al., 2019)

Protokol *Tai chi* yang disesuaikan untuk berbagai gangguan sangat penting dilakukan penelitian lebih lanjut agar dapat meningkatkan manfaat *Tai chi* dan mengurangi potensi efek samping. transisi kompleks antara gerakan *Tai chi*, membuatnya lebih mudah dipelajari dan intervensi yang lebih kuat. Karakteristik unik dari *Tai chi* adalah lebih fokus pada gerakan meditatif, relaksasi, dan pernapasan cepat dan latihan kekuatan fisik. Ciri-ciri tersebut adalah pilihan optimal bagi mereka yang menderita MDD dan gangguan mood lainnya.

Kemanjuran *Tai chi* dalam meningkatkan gejala depresi, harus dilakukan penelitian dengan meningkatkan jumlah sampelnya. melakukan penelitian dengan sampel yang lebih besar dan lebih beragam akan memungkinkan untuk meningkatkan efek *Tai chi* pada sub kelompok yang berbeda dari populasi pasien MDD. Selain itu, sebagian besar studi saat ini dilakukan pada populasi Asia, dan studi masa depan yang menargetkan populasi dari negara Eropa.

Tai chi dapat menjadi solusi untuk mengatasi kesehatan mental di seluruh dunia. Selain itu, perawatan mental mungkin berkang di antara populasi etnis minoritas yang cenderung menghindari perawatan kesehatan psikiatri karena stigma seputar penyakit mental.

Komplementer *Tai chi* telah menunjukkan efek terapi dalam meningkatkan suasana hati dan gejala depresi, dan yang paling penting bahwa *Tai chi* yang disederhanakan dan disesuaikan atau intervensi baru yang menggabungkan *Tai chi* dan latihan pikiran-tubuh lainnya untuk meningkatkan efek modulasi pada populasi tertentu atau individu yang dapat dikembangkan lebih lanjut ke arah *Tai chi* modern (Kong et al., 2019).

10.4 Pengaruh Latihan *Tai Chi* Pada Fungsi Kekebalan Tubuh Dan Peradangan

Fungsi sistem kekebalan dan respons biomarker inflamasi dapat dimodulasi oleh latihan *Tai chi*. Mengenai sistem imun, *Tai chi* dapat meningkatkan sel imun baik pada sistem imun bawaan maupun adaptif. Selain itu, meta-analisis dari 19 studi berdasarkan efek pelatihan *Tai chi* dan *qigong* (TQ) pada respons imun menemukan hasil yang serupa, menyimpulkan bahwa TQ menunjukkan efek kecil yang signifikan dalam meningkatkan tingkat sel imun serta proses inflamasi.

Efek positif *Tai chi* pada respons imun juga telah dikonfirmasi pada tingkat antibodi setelah vaksinasi. Mengenai dampak intervensi *Tai chi* pada respons inflamasi, pelatihan protein C-reaktif berkurang setelah *Tai chi*, yang merupakan pembuat diagnostik umum yang digunakan untuk memperkirakan peradangan sistemis. Selain itu, tingkat sitokin yang dimediasi inflamasi biasanya berkurang pada kelompok intervensi *Tai chi* dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Akhir-akhir ini kejadian covid-19 ditandai dengan respons inflamasi yang berlebihan, hal tersebut merupakan respons yang diperlukan sistem imun terhadap infeksi. Sistem kemudian mengaktifkan reaksi koagulasi yang menghasilkan produksi *sitokin* pro inflamasi yang berlebihan yang menyebabkan cedera multiorgan, yang menyebabkan gangguan pernapasan akut. Tingkat *sitokin* inflamasi dapat dikurangi selama latihan *Tai chi* yang ditunjukkan dalam banyak uji coba terkontrol secara acak.

Berdasarkan temuan ini, *Tai chi* dapat dipastikan sebagai intervensi olahraga yang tepat untuk mengurangi respons peradangan, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, dan melawan infeksi virus. Dalam laporan kasus klinis baru-baru ini yang menguraikan kasus pasien yang didiagnosis dengan gejala covid-19 ringan, latihan *Tai chi* menjadi alternatif terapi rehabilitasi selama pasien dalam masa pemulihan (Xu, Baker and Ren, 2021).

Daftar Pustaka

- A., P., B., P., R., P., & S., A. (2015). Challenges and guidelines for clinical trial of herbal drugs. In Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences (Vol. 7, Issue 4).
- Al-Rukban, M. O., AlBedah, A. M. N., Khalil, M. K. M., El-Olemy, A. T., Khalil, A. A. H., & Alrasheid, M. H. S. (2012). Status of complementary and alternative medicine in the curricula of health colleges in Saudi Arabia. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(5). <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2012.05.006>
- Alexandrovich, I., Rakovitskaya, O., Kolmo, E., Sidorova, T., & Shushunov, S. (2003). The effect of fennel (*Foeniculum vulgare*) seed oil emulsion in infantile colic: A ran-domized, placebo-controlled study. *Alternative Therapies*, 9(4), 58–61.
- Allaire, A., Moos, M., & Wells, S. (2000). Complementary and alternative medicine in pregnancy: A survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology*, 95(1), 19–23.
- Alligood, R. M. (2017) Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. 8th edn. Singapore: Elsevier.
- Alvin J. (1975). Musik Therapy. Newyork: Basic Book.
- American Association of Colleges of Nursing. (1996). The Essentials of Master's Education for Advanced Practice Nursing. Master's Education for the Future: Defining the Essential Elements.
- Andrews, M., Angone, K.M., Cray, J.V., Lewis, J.A., & Johnson,H.l(1999). Nurse's handbook of alternative and complementary therapies.Pennsylvania: Springhouse

- Association, A. N. (2010). INFORMATICS IN NURSING. In Nursing.
- Bagetta, G., Morrone, L., Rombola, L., Amantea, D., Russo, R., Berliocchi, L., Corasaniti, M. (2010). Neuropharmacology of the essential oil bergamot. *Fitoterapia*, 81(6), 453–461.
- Bagg, J., Jackson, M., Sweeney, M., Ramage, G., & Davies, A. (2006). Susceptibility to *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil of yeasts isolated from the mouths of patients with advanced cancer. *Oral Oncology*, 42(5), 487–492.
- Baik, J., Kim, S., Lee, J., Oh, T., Kim J., Lee, N., & Hyun, C. (2008). Chemical composition and biological activities of essential oils extracted from Korean endemic citrus species. *Journal of Microbiology and Biotechnology*, 18(1), 74–79.
- Barker, S. C., & Altman, P. M. (2010). A randomised, assessor blind, parallel group comparative efficacy trial of three products for the treatment of head lice in children—*Melaleuca* oil and lavender oil, pyrethrins and piperonyl butoxide, and a “suffocation” product. *BMC Dermatology*, 10(1), 6.20. aroMatHeraPY 339
- Barnes, D. E., Mehling, W., Wu, E., Beristianos, M., Yaffe, K., Skultety, K., & Chesney, M. A. (2015). Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIÉ): A pilot clinical trial in older adults with dementia. *Journal Plos One*, 10(2), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113367>
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States 2007. National Health Statistics Report (NHSR), (12), 1–23.
- Barrons dan Tassone (2008) Andrews, M., Angone, K.M., Cray, J.V., Lewis, J.A., & Johnson, P.H. (1999). Nurse's handbook of alternative and complementary therapies. Pennsylvania: Springhouse
- Bassol, I. H. N., & Juliani, H. R. (2012). Essential oils in combination and their antimicrobial properties. *Molecules*, 17(4), 3989–4006. doi:10.3390/molecules17043989
- Battaglia, S. (2003). The complete guide to aromatherapy (2nd ed.). Brisbane, Australia: International Centre of Holistic Aromatherapy.

- Bent, S. (2008). Herbal Medicine in the United States: Review of Efficacy, Safety, and Regulation. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6). <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0632-y>
- Bonlie, D. (2008, October). Magnet and health. Paper presented at the 9th Annual
- Booth-LaForce, C., Scott, C. S., Heitkemper, M. M., Cornman, B. J., Lan, M. C., Bond, E. F., & Swanson, K. M. (2010). Complementary and Alternative Medicine (CAM) Attitudes and Competencies of Nursing Students and Faculty: Results of Integrating CAM Into the Nursing Curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 26(5). <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.03.003>
- Bowles, E. J., Griffiths, M., Quirk, L., & Croot, K. (2002). Effects of essential oils and touch on resistance to nursing care procedures and other dementia-related behaviours in a residential care facility. *International Journal of Aromatherapy*, 12(1), 22–29.
- BRADBURY, J., AVILA, C. & GRACE, S. (2020) Practice-based research in complementary medicine: could N-of-1 trials become the new gold standard? *Healthcare*, MDPI, 15.
- Brown, C., Parker, N., Ling, F., & Wan, J. (2000). Effect of magnet on chronic pelvic pain. *Obstetric & Gynecology*, 1(95), S29.
- Buchanan, D. R., White, J. D., O'Mara, A. M., Kelaghan, J. W., Smith, W. B., & Minasian, L. M. (2005). Research-design issues in cancer-symptom-management trials using complementary and alternative medicine: Lessons from the National Cancer Institute Community Clinical Oncology Program Experience. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27). <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.10.728>
- Buckle, J. (2000). The “M” technique. *Massage and Bodywork*, 15, 52–64.
- Buckle, J. (2003). Clinical aromatherapy: Essential oils in practice (2nd ed.). New York, NY: Churchill Livingstone.
- Buckle, S. (2003). Aromatherapy. <http://www.naturalhealthweb.com/articles>, diperoleh 25 Oktober 2022.

- Bulechek, G. M., & McCloskey, J. C. (1995). Nursing interventions classification (NIC). Medinfo. MEDINFO, 8 Pt 2. <https://doi.org/10.1097/00006216-199317030-00016>
- Burman, M. E. (2003). Complementary and alternative medicine: Core competencies for family nurse practitioners. In Journal of Nursing Education (Vol. 42, Issue 1). <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20030101-07>
- Burns, E. E., Blamey, C., Ersser, S. J., Barnetson, L., & Lloyd, A. J. (2000). An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *Journal of Alternative and Complementary Therapies*, 6(2), 141–147.
- Carson, C., Hammer, K., Messager, S., & Riley, T. (2005). Tea tree oil: A potential alternative for the management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Infection Control*, 10(1), 32–34.
- Carvalhinho, S., Costa, A. M., Coelho, A. C., Martins, E., & Sampaio, A. (2012). Susceptibilities of *Candida albicans* mouth isolates to antifungal agents, essential oils and mouth rinses. *Mycopathologia*, 174(1), 69–76.
- Chiappelli, F., Prolo, P. and Cajulis, O. S. (2005) ‘Evidence-based research in complementary and alternative medicine I: History’, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), pp. 453–458. doi: 10.1093/ecam/neh106.
- Choi, H.-Y., Yang, Y.-C., Lee, S. H., Clark, J. M., & Ahn, Y.-J. (2010). Efficacy of spray formulations containing binary mixtures of clove and eucalyptus oils against susceptible and pyrethroid/malathion-resistant head lice (Anoplura: Pediculidae). *Journal of Medical Entomology*, 47(3), 387–391.
- Chu, H., Yang, C.-Y., Lin, Y., Ou, K.-L., Lee, T.-Y., O’Brien, A. P., & Chou, K.-R. (2014). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research For Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1099800413485410>
- Clark, C. S. (2012). Beyond holism: Incorporating an integral approach to support caring-healing-sustainable nursing practices. *Holistic Nursing Practice*, 26(2). <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3182462197>

- Clark, S., & Wilkinson, S. (1998). Phototoxic contact dermatitis from 5-methoxypsoralen in aromatherapy oil. *Contact Dermatitis*, 38(5), 289–290.
- Colesca, S., Manage, K. Z.-E. S., & 2008, undefined. (2008). Transforming Healthcare Quality through Information Tehnology. *Transforming Healthcare Quality through Information Tehnology*, 11(1).
- COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (CNO) (2014). Practice Guideline: Complementary Therapies. Toronto: College of Nurses of Ontario.
- Conrad, P., & Adams, C. (2012). The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman—A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(3), 164–168.
- Control, 32(7), 402–408.Halicioglu, O., Astarciooglu, G., Yaprak, I., & Aydinlioglu, H. (2011). Toxicity of salvia officinalis in a newborn and a child: An alarming report. *Pediatric Neurology*, 45(4), 259–260.
- Crawford, G., Cincotta, D., Lim, A., & Powell, C. (2006). A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use by children and adolescents attending the University Hospital of Wales. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 6(16), 1–10.
- Crawford, G., Katz, K., Ellis, E., & James, W. (2004). Use of aromatherapy products and increased risk of hand dermatitis in massage therapists. *Archives of Dermatology*, 140(8), 991–996.
- Cross, S., Russell, M., Southwell, I., & Roberts, M. (2008). Human skin penetration of the major components of Australian tea tree oil applied in its pure form and as a 20% solution in vitro. *European Journal of Pharmaceutics & Biopharmaceutics*, 69(1), 214–222.
- Cuellar, N. G., Cahill, B., Ford, J., & Aycock, T. (2003). The development of an educational workshop on complementary and alternative medicine: what every nurse should know. In *Journal of continuing education in nursing* (Vol. 34, Issue 3). <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20030501-09>
- Culliton, P., & Halcón, L. (2011). Chronic wound treatment with topical tea tree oil. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17(2), 46–47.
- Curtis-King, L. (2008). The healing power of incoherent polarized light. *Light and Colour*, 144.

- Cutshall, S. M., Fenske, L. L., Kelly, R. F., Phillips, B. R., Sundt, T. M., & Bauer, B. A. (2007). Creation of a Healing Enhancement Program at an academic medical center. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(4). <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2007.02.001>
- Cutshall, S., Derscheid, D., Miers, A. G., Ruegg, S., Schroeder, B. J., Tucker, S., & Wentworth, L. (2010). Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative therapies among clinical nurse specialists in an academic medical center. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3). <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181d86cd1>
- Danhauer, S., Tooze, J., Holder, P., Miller, C., Jesse, M., Carroll, S., et al. (2008). Healing touch as a supportive intervention for adult acute leukemia patients: A pilotinvestigation of effects on distress and treatment-related symptoms. In D. Wardell (Ed.), *Healing touch research survey* (9th ed., p. 13). Lakewood, CO: HealingTouch International.
- Darbonne, M. (2008). The effects of healing touch modalities on patients with chronicpain. In D. Wardell (Ed.), *Healing touch research survey* (9th ed., p. 57). Lakewood, CO: Healing Touch International.
- Davies, S. J., Harding, L. M., & Baranowski, A. P. (2002). A novel treatment of posther-petic neuralgia using peppermint oil. *Clinical Journal of Pain*, 18(3), 200–202.
- Dennis, J., & Montgomery, P. (2008). Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Library*, Issue 4.
- Deutsch, Judith E, and Ellen Z Anderson. (2007). *Complementary Therapies for Physical Therapy-E-Book: A Clinical Decision-Making Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Dongmo, P., Tchoumbougnang, F., Sonwa, E., Kenfack, S., Zollo, P., & Menut, C. (2008). Antioxidant and anti-inflammatory potential of essential oils of some *Zanthoxylum* (Rutaceae) of Cameroon. *International Journal of Essential Oil Therapeutics*, 2(2), 82–88.
- Dooley, T. R. (2002). *Homeopathy: Beyond flat earth medicine* (2nd ed). San Diego, CA: Timing Publications.
- Dorn, S. D., Kaptchuk, T. J., Park, J. B., Nguyen, L. T., Canenguez, K., Nam, B. H., Woods, K. B., Conboy, L. A., Stason, W. B., & Lembo, A. J. (2007). A meta-analysis of the placebo response in complementary and

- alternative medicine trials of irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and Motility*, 19(8). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2007.00937.x>
- Dutta, A. P., Dutta, A. P., Bwayo, S., Xue, Z., Akiyode, O., Ayuk-Egbe, P., Bernard, D., Daftary, M. N., & Clarke-Tasker, V. (2003). Complementary and alternative medicine instruction in nursing curricula. *Journal of National Black Nurses' Association : JNBNA*, 14(2).
- Eagles, J. M. (2004). Light therapy and the management of winter depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 233–240.
- Edwards-Jones, V., Buck, R., Shawcross, S., Dawson, M., & Dunn, K. (2004). The effect of essential oils on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* using a dressing model. *Burns*, 30(8), 772–777.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilken, S., Van Rompay, M. I., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine in the USA, 1990–1997: Results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569–1575.
- Enshaieh, S., Jooya, A., Siadat, A., & Iraji, F. (2007). The efficacy of 5% topical tea tree oil gel in mild to moderate acne vulgaris: A randomized, double-blind placebo- controlled study. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 73(1), 22–25.
- FAHRIYAH, N. R., WINAHYU, K. M. & AHMAD, S. N. A. (2021). Pengaruh Terapi Swedish Massage terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi: Telaah Literatur. *Jurnal JKFT*, 6, 43-51.
- Fontaine, K.L. (2005). Complementary & alternative therapies for nursing practice. 2thed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Fox, L. T., Gerber, M., DuPlessis, J., & Hamman, J. H. (2011). Transdermal drug delivery enhancement by compounds of natural origin. *Molecules*, 16(12), 10507–10540.
- Gaster, B., Unterborn, J. N., Scott, R. B., & Schneeweiss, R. (2007). What should students learn about complementary and alternative medicine? In *Academic Medicine* (Vol. 82, Issue 10). <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318149eb56>

- Gaylord, S. A., & Mann, J. D. (2007). Rationales for CAM education in health professions training programs. In Academic Medicine (Vol. 82, Issue 10). <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5b43>
- Gedney, J. J., Glover, T. L., & Fillingim, R. B. (2004). Sensory and affective pain discrimination after inhalation of essential oils. *Psychosomatic Medicine*, 66(4), 599–606.
- Gegen, G. and antoso, A. P. A. (2021) ‘Analisis Yuridis Kewenangan Perawat Dalam Pengobatan Bekam Pada Praktik Keperawatan Mandiri’, *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, 5(3), pp. 348–356. doi: 10.36312/jisip.v5i3.2151.
- Ghelardini, C., Galeotti, N., Salvatore, G., & Mazzanti, G. (1999). Local anaesthetic activity of the essential oil of *Lavandula angustifolia*. *Planta Medica*, 65(8), 700–703.
- Gonzalez Audino, P., Vassena, C., Zerba, E., & Picollo, M. (2007). Effectiveness of lotions based on essential oils from aromatic plants against permethrin resistant *Pediculus humanus capitis*. *Archives of Dermatological Research*, 299(8), 389–392.
- GRACE, S., ROGERS, S. & EDDEY, S. (2013). The natural medicine workforce in Australia: A national survey part 2. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 19, 79–86.
- Gravett, P. (2001). Aromatherapy treatment for patients with Hickman Line infection following high-dose chemotherapy. *International Journal of Aromatherapy*, 11(1), 18–19.
- Gray, S., & Clair, A. (2002). Influence of aromatherapy on medication administration to residential-care residents with dementia and behavioral challenges. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, 17(3), 173–196.
- Gross, D. (2005). On the merits of attention-control groups. In *Research in Nursing and Health* (Vol. 28, Issue 2). <https://doi.org/10.1002/nur.20065>
- Gross, D., & Fogg, L. (2001). Focus on research methods: Clinical trials in the 21st century: The case for participant-centered research. *Research in Nursing and Health*, 24(6). <https://doi.org/10.1002/nur.10010>

- Gunnarsdottir, T. J. (2007). Reflexology for fibromyalgia syndrome: A case study. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis, MN.
- GYASI, R. M., ABASS, K., ADU-GYAMFI, S., ACCAM, B. T. & NYAMADI, V. M. (2018). The capabilities of nurses for complementary and traditional medicine integration in Africa. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24, 282–290.
- Halcón, L. (2013). Aromatherapy in pregnancy and childbirth. In M. Avery (Ed.), *Supporting a physiologic approach to pregnancy and birth*. Ames, IA: Wiley Blackwell.
- Halcón, L., & Milkus, K. (2004). *Staphylococcus aureus* and wounds: A review of tea tree oil (*Melaleuca alternifolia*) as a promising antibiotic. *American Journal of Infection*
- Hammer, K. A., Carson, C. F., & Riley, T. V. (2008). Frequencies of resistance to *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil and rifampicin in *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* and *Enterococcus faecalis*. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 32(2), 170–173.
- Harkenthal, M., Reichling, J., Geiss, H., & Saller, R. (1999). Comparative study on the in vitro antibacterial activity of Australian tea tree oil, cajuput oil, niaouli oil, manuka oil, kanuka oil, and eucalyptus oil. *Pharmazie*, 54(6), 460–463.
- Haze, S., Sakai, K., & Gozu, Y. (2002). Effects of fragrance inhalation on sympathetic activity in normal adults. *Japanese Journal of Pharmacology*, 90(3), 247–253.
- Hidayat, A. A. (2019) Khazanah terapi komplementer-alternatif: telusur intervensi pengobatan pelengkap non-medis. Bandung: Nuansa Cendekia.
- Hitchcock, J.E, Schubert, P.E., Thomas, S.A.(1999). Community health nursing: Caring in action. USA: Delmar Publisher.Key,
- Hodgson, N. A., & Andersen, S. (2008). The clinical efficacy of reflexology in nursing home residents with dementia. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 269–275.

- Hon, K. L. E., Twinn, S. F., Leung, T. F., Thompson, D. R., Wong, Y., & Fok, T. F. (2006). Chinese nursing students' attitudes toward traditional Chinese medicine. *Journal of Nursing Education*, 45(5). <https://doi.org/10.3928/01484834-20060501-08>
- Imura, M., Misao, H., & Ushijima, H. (2006). The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), e21–e27.
- Institute of Medicine. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health: Report Recommendations*. Robert Wood Johnson Foundation, 29(2).
- Irawan, E., Rahayuwati, L. and Yani, D. I. (2017) 'Hubungan Penggunaan Terapi Modern dan Komplementer terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara', *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(1), pp. 19–28. doi: 10.24198/jkp.v5n1.3.
- Jacobs, M., & Hornfeldt, C. (1994). Melaleuca oil poisoning. *Clinical Toxicology*, 32(4), 461–464.
- Jain, R., Aqil, M., Ahad, A., Ali, A., & Khar, R. K. (2008). Basil oil is a promising skin penetration enhancer for transdermal delivery of labetolol hydrochloride. *Drug Development and Industrial Pharmacy*, 34(4), 384–389.
- Jandourek, A., Vaishampayan, J., & Vazquez, J. (1998). Efficacy of melaleuca oral solution for the treatment of fluconazole refractory oral candidiasis in AIDS patients. *AIDS*, 12(9), 1033–1037.
- Janes, S. E. J., Price, C. S. G., & Thomas, D. (2005). Essential oil poisoning: N-acetylcysteine for eugenol-induced hepatic failure and analysis of a national database. *European Journal of Pediatrics*, 164(8), 520–522.
- Jin, X. et al. (2020) 'The impact of mind-body exercises on motor function, depressive symptoms, and quality of life in parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
- Johnson, E., Bartman, B., & Briesacher, B. (2012). Effective health care program. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 90.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H., & Dusek, J. A. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based

- Program with Depressed Healthcare Professionals. *Explore*, 11(6). <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.08.002>
- Keljova, K., Jirova, D., Bendova, H., Gajdos, P., & Kolarova, H. (2010). Phototoxicity of essential oils intended for cosmetic use. *Toxicology in Vitro*, 24(8), 2084–2089.
- Kemenkes (2013) Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kemenkes RI. doi: 10.1517/13543784.7.5.803.
- KEMENKES, R. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018.
- KEMENKES, R. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Buku Saku Petunjuk Praktis Toga dan Akupresur.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). “Peraturan Menteri Kesehatan RI No 37 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.” Indonesia 66: 37–39.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). “Peraturan Menteri Kesehatan RI No 15 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.” Indonesia 66: 37–39. https://www.fairportlibrary.org/images/files/RenovationProject/Concept_cost_estimate_accepted_031914.pdf.
- Kerr, J. (2002). Research project—Using essential oils in wound care for the elderly. *Aromatherapy Today*, 23, 14–19.
- Kessler, C. et al. (2013) ‘Ayurveda: Between religion, spirituality, and medicine’, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. doi: 10.1155/2013/952432.
- Keville, K., & Green, M. (2009). *Aromatherapy: A complete guide to the healing art* (2nd ed.). Berkeley, CA: Crossing Press.
- Kiecolt-Glaser, J., Graham, J., Malarkey, W., Porter, K., Lemeshow, S., & Glaser, R. (2008). Olfactory influences on mood and autonomic, endocrine, and immune function. *Psychoneuroendocrinology*, 33(3), 328–339.

- Kim, J. T., Ren, C. J., Fielding, G. A., Pitti, A., Kasumi, T., Wajda, M., Bekker, A. (2007). Treatment with lavender aromatherapy in the post-anesthesia care unit reduces opioid requirements of morbidly obese patients undergoing laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 17(7), 920–925.
- Kim, K. (2003). Clinical Trials. Lelia Duley and Barbara Farrell (eds), BMJ Books, London, 2002. No. of pages: x + 133. Price: ISBN 0-7279-1599-1. Statistics in Medicine, 22(15). <https://doi.org/10.1002/sim.1491>
- Kim, S. et al. (2022) ‘Safety of Chuna Manipulation Therapy in 289,953 Patients with Musculoskeletal Disorders: A Retrospective Study’, *Healthcare* (Switzerland), 10(2), pp. 1–11. doi: 10.3390/healthcare10020294.
- Kligler, B., Maizes, V., Schachter, S., Park, C. M., Gaudet, T., Benn, R., Lee, R., & Remen, R. N. (2004). Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: A proposal. In *Academic Medicine* (Vol. 79, Issue 6). <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00006>
- Komiya, M., Takeuchi, T., & Harada, E. (2006). Lemon oil vapor causes an anti-stress effect via modulating 5-HT and DA activities in mice. *Behavioural Brain Research*, 172(2), 240–249.
- Kong, J. et al. (2019) ‘Treating depression with Tai chi: State of the art and future perspectives’, *Frontiers in Psychiatry*.
- Kritsidima, M., Newton, T., & Asimakopoulou, K. (2009). The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: A cluster randomised-controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(1), 83–87.
- Kunz, S., Schultz, M., Lewitzky, M., Driesssen, M., & Rau, H. (2007). Ear acupuncture for alcohol withdrawal in comparison with aromatherapy: A randomized-controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 436–442.
- Kushariadi & Setyoadi. (2011). Terapi Modalitas Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- LAFUENTE-LAFUENTE, C., LEITAO, C., KILANI, I., KACHER, Z., ENGELS, C., CANOUÏ-POITRINE, F. & BELMIN, J. (2019). Knowledge and use of evidence-based medicine in daily practice by health professionals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9, e025224.

- Lee, M. Y., Benn, R., Wimsatt, L., Corman, J., Hedgecock, J., Gerik, S., Zeller, J., Kreitzer, M. J., Allweiss, P., Finklestein, C., & Haramati, A. (2007). Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: Organizational and instructional strategies. In Academic Medicine (Vol. 82, Issue 10). <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318149ebf8>
- Lemme, P. (2009). The use of essential oils in psychiatric medication withdrawal. International Journal of Clinical Aromatherapy, 6(2), 15–23.
- Lemonnier, N. et al. (2017) ‘Traditional Knowledge-based Medicine: A Review of History, Principles, and Relevance in the Present Context of P4 Systems Medicine’, Progress in Preventive Medicine, 2(7), p. e0011. doi: 10.1097/pp9.0000000000000011.
- Lewith, G. T., Godfrey, A. D., & Prescott, P. (2005). A single-blinded, randomized pilot study evaluating the aroma of *Lavandula angustifolia* as a treatment for mild insomnia. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11(4), 631–637.
- Li, I. C., Kuo, H. T., Sin, M. K., & Liu, C. T. (2015). Medication Use in Community-Residing Older Adults in Taiwan: A Comparison Between Conventional and Complementary and Alternative Medications. Journal of Community Health, 40(2), 301–307. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9934-7>
- Li, Y. et al. (2021) ‘Tai chi practitioners have lower fall risks under dual-task conditions during stair descending’, PLoS ONE, 16(2 February).
- Libster, M. (2002). Delmar’s integrative herb guide for nurses. Victoria, Australia: Delmar Thompson Learning.
- Libster, M. (2012). The nurse herbalist: Integrative insights for holistic practice. Naperville, IL: Golden Apple Publications.
- Lim, P. F. C., Liu, X. Y., & Chan, S. Y. (2009). A review on terpenes as skin penetration enhancers in transdermal drug delivery. Journal of Essential Oil Research, 21(5), 423–428.
- Lin, P., Chan, W., Ng, B., & Lam, L. (2007). Efficacy of aromatherapy (Lavender angus-tifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: A cross-over randomized trial. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(5), 205–210.

- Lincoln, V., & Johnson, M. (2009). Staff nurse perceptions of a healing environment. *Holistic Nursing Practice*, 23(3). <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a056fd>
- Lindquist, Mariah Snyder, M. and Tracy, F. (2014) Complementary & Alternative Therapies in Nursing.
- Lindquist, R., Snyder, M. and Tracy, M. F. (2014) Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 7th edn, Critical Care Nurse. 7th edn. New York: Springer Publishing Company.
- Lindquist, R., Tracy, M. F., & Savik, K. (2003). Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. In Critical Care Nursing Clinics of North America (Vol. 15, Issue 3). [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(02\)00104-1](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(02)00104-1)
- Lindquist, Snyder dan Tracy, (2014), Complementary and Alternative Therapies in Nursing, Sevent edition, Springer Publishing Company, New York.
- Lua, P. L., & Zakaria, N. S. (2012). A brief review of current scientific evidence involving aromatherapy use for nausea and vomiting. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(6), 534–540.
- Lusby, P. E., Coombes, A. L., & Wilkinson, J. M. (2006). A comparison of wound healing following treatment with Lavandula x allardii honey or essential oil. *Phytotherapy Research*, 20(9), 755–757.
- Mariah, S., & Ruth, L. (2011). Complementary and alternative therapies in Nursing. Current and Emerging Treatments for Psoriasis (Sixth Edit). United State of America: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.2217/EBO.11.162>
- McShea, A. et al. (2008) ‘Clinical benefit and preservation of flavonols in dark chocolate manufacturing’, *Nutrition Reviews*, 66(11), pp. 630–641. doi: 10.1111/j.1753-4887.2008.00114.x.
- Mehdipour, P. (2017) ‘Cancer genetics and psychotherapy’, *Cancer Genetics and Psychotherapy*, pp. 1–1170. doi: 10.1007/978-3-319-64550-6.
- Menezes, I. A. C., Barreto, C. M. N., Antoniolli, A. R., Santos, M. R. V., & de Sousa, D. P. (2010). Hypotensive activity of terpenes found in essential oils. *Zeitschrift für Naturforschung C: A Journal of Biosciences*, 65(9), 562–566.

- Montgomery, B., Kegan, L., & Cathie. (2000). Holistic Nursing: A Handbook for Practice (3rd ed.). Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services (Fourth, Vol. 38). Massacuttes. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20000601-14>
- Morris, N. (2002). The effects of lavender (*Lavandula angustifolium*) baths on psycho-logical well-being: Two exploratory randomized control trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 10(4), 223–228.
- Morris, N. (2008). The effects of lavender (*Lavandula angustifolia*) essential oil baths on stress and anxiety. *International Journal of Clinical Aromatherapy*, 5(1), 3–7.
- Moss, L., Rouse, M., Wesnes, K. A., & Moss, M. (2010). Differential effects of the aro-mas of *Salvia* species on memory and mood. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 25(5), 388–396.
- National Cancer Institute (NCI), National Institutes of Health. (2012). Aromatherapy and essential oils. Retrieved from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/aromatherapy/patient/page1>
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH (NCCIH). (2021). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Online]. Available: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> [Accessed].
- Nazilla, N. et al. (2021) ‘Kajian Terapi Komplementer Manipulasi Tangan Secara Mandiri Terhadap Nyeri Kepala Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman’, *Jurnal Kedokteran Mulawarman*, 8(3), p. 123. doi: 10.30872/j.ked.mulawarman.v8i3.6852.
- NEW YORK STATE NURSES ASSOCIATION (2018). Position Statement on the Use of Complementary and Alternative Therapies in the Practice of Nursing.
- Nezabudkin, V. (2007). How to research alternatif treatment before using them.<http://www.naturalhealthweb.com/articles/Nezabudkin1.html>, diperoleh 25 Agustus 2022.

- Nielsen, J. (2006). Natural oils affect the human skin integrity and the percutaneous penetration of benzoic acid-dose dependency. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 98(6), 575–581.
- OREM, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*, St. Louis, Mosby, Inc.
- Organization, World Health. (2001). “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary.”
- Oumeish, O. Y. (1998) ‘The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the old world’, *Archives of Dermatology*, 134(11), pp. 1373–1386. doi: 10.1001/archderm.134.11.1373.
- Paduch, R., Kandefer-Szerszen, M., Trytek, M., & Fiedurek, J. (2007). Terpenes: Substances useful in human healthcare. *Archivum Immunologiae et Therapae Experimentalis*, 55(5), 315–327.
- Paule, A. (2001). Antimicrobial properties of essential oil constituents. *International Journal of Aromatherapy*, 11(3), 126–133.
- Petri, R. P., Delgado, R. E. and Mcconnell, K. (2015) ‘Historical and cultural perspectives on integrative medicine’, *Medical Acupuncture*, 27(5), pp. 309–317. doi: 10.1089/acu.2015.1120.
- Poder, T. G. and Lemieux, R. (2014) ‘How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature.’, *Global journal of health science*, 6(2), pp. 112–127. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p112.
- Potter, P. A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Jakarta : EGC.
- PPNI (2020) Standar Operasional Prosedur Keperawatan. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Price, K., Price, D. L., Dierks, L. M., Rhodes, D. J., Ferguson, J. A., Peterson, S. M., Hein, J. T., Murad, A. L., Clark, M. M., & Olsen, K. D. (2016). Holistic Wellness Intervention for Head and Neck Cancer (HNC) Patients and Caregivers: Mayo Clinic Rochester (MCR) Pilot. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics*, 94(4). <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.12.345>

- Price, S., & Price L. (2011). Aromatherapy for health professionals (4th ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Putri, D. M. P. and Amalia, R. N. (2021) Terapi Komplementer: Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Quinn, J. F., Smith, M., Ritenbaugh, C., Swanson, K., & Watson, M. J. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(3 SUPPL.).
- Rajin, M (2020), Keperawatan Komplementer Terapi Akupunktur, Chakra Brahmanda Lentera, kediri ISBN: 978-623-93984-7-7
- Rakhmawati, N. E. et al. (2020) ‘Terapi Komplementer Sebagai Alternatif Pengobatan’, Senada, 1(1), pp. 79–86.
- RI, Presiden. (2014). “Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.” Dep Kesehat RI.
- Rose, J., & Behm, F. (1994). Inhalation of vapor from black pepper extract reduces smoking withdrawal symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(3), 225–229.
- Rosyanti, L., Hadi, I., Askrening, A., & Indrayana, M. (2021). Complementary Alternative Medicine: Kombinasi Terapi Bekam dan Murotal Alquran pada Perubahan Tekanan Darah, Glukosa, Asam Urat dan Kolesterol. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 12(2), 173–192. <https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.226>
- Rubkahwati., Purnobasuki., isnaeni dan Utami. Edi. 2013. Profil Minyak Atsiri Mahkota Bunga Mawar (Rose Hybrida L.) Kultivar Lokal. Surabaya
- Rufaida, Lestari & Sari, (2018). Terapi Komplementer. STIKes Majapahit Mojokerto
- Ruth Lindquist, Mariah Snyder, Mary (2014) Complementary & alternative therapies in nursing Seventh edition. Springer Publishing Company, LLC www.springerpub.com
- Samarasekera, R., Weerasinghe, I., & Hemalal, K. (2008). Insecticidal activity of menthol derivatives against mosquitoes. *Pest Management Science*, 64(3), 290–295.

- Samsidar. (2020). Doa sebagai metode pengobatan psikoterapi islam. Jurnal.Iain-Bone, 6(2). Retrieved from <https://www.jurnal.iain-bone.ac.id/index.php/aldin/article/view/1132>
- Saputra. (2021). Survey Pengetahuan Masyarakat Tentang Terapi Komplementer. REAL in Nursing Journal (RNJ), Vol. 4, No. 2
- Satria, D. (2013) ‘Complementary and Alternative Medicine: A fact or Promise?’, Idea Nursing Journal, 4(3), pp. 82–90.
- SCHVEITZER, M. C. & ZOBOLI, E. L. (2014). Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. Rev Esc Enferm USP, 48 Spec No, 184-91.
- SHARON, T. (2014). Complementary Therapies for Older People in Care, London, Singing Dragon.
- Sheikhan, F., Jahdi, F., Khoei, E. M., Shamsalizadeh, N., Sheikhan, M., & Haghani, H. (2012). Episiotomy pain relief: Use of lavender oil essence in primiparous Iranian women. Complementary Therapies in Clinical Practice, 18(1), 66–70.
- Sherry, E., Sivananthan, S., Warnke, P., & Eslick, G. (2003). Topical phytochemicals used to salvage the gangrenous lower limbs of type 1 diabetic patients. Diabetes Research and Clinical Practice, 62(1), 65–66.
- SHOROFI, S. A. & ARBON, P. (2017). Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. Complementary Therapies in Clinical Practice, 27, 37-45.
- Simpson, N., & Roman, K. (2001). Complementary medicine use in children: Extent and reasons. A population based study. British Journal of General Practice, 51(472), 914–916.
- Sinaga, S. (2021) ‘Pengaruh Therapy Manipulasi Pada Frozen Shoulder Di RSUD Sultan Sulaiman Kabupaten Serdang Bedagai’, Health Science and Rehabilitation Journal, 1(1), pp. 7–11.
- Singh, G., Kiran, S., Marimuthu, P., de Lampasona, M., de Heluani, C., & Catalan, C. (2008). Chemistry, biocidal and antioxidant activities of essential oil and oleoresins from *Piper cubeba* (seed). International Journal of Essential Oil Therapeutics, 2(2), 50–59.

- Sinha, D., & Efron, D. (2005). Complementary and alternative medicine use in children: Extent and reasons. A population based study. *British Journal of General Practice*, 51(472), 914–916.
- Smith, S.F., Duell, D.J., Martin, B.C. (2004). Clinical nursing skills: Basic to advanced skills. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Snyder, M. & Lindquist, R. (2002). Complementary/alternative therapies in nursing. 4th ed. New York: Springer.
- Snyder, M., Lindquist, R. (2010). Complementary & Alternative Therapies in Nursing, Sixth Edition, Springer Publishing Company, New York.
- Sok, S. R., Erlen, J. A., & Kim, K. B. (2004). Complementary and alternative therapies in nursing curricula: A new direction for nurse educators. In *Journal of Nursing Education* (Vol. 43, Issue 9). <https://doi.org/10.3928/01484834-20040901-12>
- Solorzano-Santos, F., & Miranda-Novales, M. (2012). Essential oils from aromatic herbs as antimicrobial agents. *Current Opinion in Biotechnology*, 23(2), 136–141.
- Song, R. et al. (2021) ‘Effects of a Tai chi-based stroke rehabilitation program on symptom clusters, physical and cognitive functions, and quality of life: A randomized feasibility study’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10).
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2004). Community & public health nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby Inc.
- Stianto, M. et al. (2021) Terapi Biologis dan Modalitas dalam kehamilan. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- STO/NATO (2017) Integrative Medicine Interventions for Military Personnel, The NATO Science and Technology Organization. Available at: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/AD1039152.pdf>.
- Stratton, T. D., Benn, R. K., Lie, D. A., Zeller, J. M., & Nedrow, A. R. (2007). Evaluating CAM education in health professions programs. In *Academic Medicine* (Vol. 82, Issue 10). <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5152>
- Styles, J. (1997). The use of aromatherapy in hospitalized children with HIV. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 3(1), 16–20.

- Sudarmiati, S. and Fithriana, N. L. (2014) ‘Spiritual Wanita dengan Kanker Serviks’, Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhamadiyah Semarang, pp. 168–171. Available at: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/issue/view/196/showToc>.
- Sumner, A. M. (2012). Influence of a Marching Snare Drum System on Joint Kinematics, Electromyography, and Contact Pressure. In ProQuest Dissertations and Theses.
- Supardi, S. and Susyanty, A. L. (2010) ‘The Use of Traditional Medicine in Self Medication in Indonesia (Data Analysis of Susenas 2007)’, Buletin Penelitian Kesehatan, 38(2), pp. 80–89. Available at: <http://bpk.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/view/100/174>.
- Suprawesta, L. et al. (2017) ‘Pelatihan Hold Relax dan Terapi Manipulasi Lebih Meningkatkan Aktivitas Fungsional daripada Pelatihan Contract Relax dan Terapi Manipulasi pada Penderita Frozen Shoulder’, GELORA: Jurnal Pendidikan Olahraga dan Kesehatan IKIP Mataram, 4.
- SUTINI, S., WINAHYU, K. M. & RAYATIN, L. (2022). Perilaku Pengendalian Hipertensi Lansia ditinjau dari Dukungan Penghargaan dan Emosional Keluarga. Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI), 5, 134–144.
- Syarif, H., Nurachmah, E. and Gayatri, D. (2011) ‘Terapi Akupresur Dapat Menurunkan Keluhan Mual Muntah Akut Akibat Kemoterapi Pada Pasien Kanker: Randomized Clinical Trial’, Jurnal Keperawatan Indonesia, 14(2), pp. 133–140.
- Tate, S. (1997). Peppermint oil, a treatment for postoperative nausea. Journal of Advanced Nursing, 26(3), 543–549.
- Taylor, R. F. (2009). Creating connections: An investigation into the first year experience of undergraduate nursing students. In Creating Connections: An Investigation Into the First Year Experience of Undergraduate Nursing Students.
- Thompson, P., Jensen, T., Hammer, K., Carson, C., Molgaard, P., & Riley, T. (2011). Survey of the antimicrobial activity of commercially available Australian tea tree (*Melaleuca alternifolia*) essential oil products in vitro. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17(9), 835–841.

- Tindle, H., Davis, R., Phillips, R., & Eisenberg, D. (2005). Trends in the use of complementary and alternative medicine by U.S. adults: 1997–2002. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 42–49.
- Tisserand, R. (1988). Lavender beats benzodiazepines. *International Journal of Aroma-therapy*, 1(2), 102.
- Tisserand, R. (2010, May). Essential oil therapeutics. Paper presented at the Workshop for Plant Extracts International, Hopkins, MN.
- Tisserand, R., & Balacs, T. (1995). *Essential oil safety*. London, UK: Churchill Livingstone.
- Uter, W., Schmidt, E., Geier, J., Lessmann, H., Schnuch, A., & Frosch, P. (2010). Contact allergy to essential oils: Current patch test results (2000-2008) from the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK). *Contact Dermatitis*, 63(5), 277–283.
- Tong, Y. et al. (2018) ‘Effects of Tai chi on Self-Efficacy: A Systematic Review’, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*.
- Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J. D., von Korff, M., & Fordyce, W. E. (1994). The Importance of Placebo Effects in Pain Treatment and Research. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 271(20). <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03510440069036>
- UNIVERSITY HOSPITALS COVENTRY AND WARWICKSHIRE. (2020). Wax Therapy. Available: [https://www.uhaw.nhs.uk/download/clientfiles/files/Wax%20therapy%20\(1540\).pdf](https://www.uhaw.nhs.uk/download/clientfiles/files/Wax%20therapy%20(1540).pdf).
- Uzun, Ö., & Tan, M. (2004). Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4). <https://doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.06.004>
- Wang, F. (2020) ‘Analysis of human mechanics structure in national Tai chi movement’, *International Journal of Advanced Robotic Systems*, 17(2).
- Wara Kushartanti. (2003). Pengaruh meditasi terapi bagi penderita hipertensi. FIK UNY. Yogyakarta.
- Warrington, D. (2010). Book and Media Reviews. *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. *Nephrology Nursing Journal*, 37(5).

- Weiss, E. (1997). Essential oil crops. Cambridge, UK: CAB International.
- Williams, A., & Barry, B. (1989). Essential oils as novel skin penetration enhancers. *International Journal of Pharmaceutics*, 57(2), R7–R9.
- Widyatuti (2008) ‘Terapi Komplementer’, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), pp. 53–57.
- Wijaya, Y. A. et al. (2022) ‘Konsep Terapi Komplementer’, IKJ/issued13/Universitas Brawijaya, 3(13). doi: 10.13140/RG.2.2.17112.37121.
- WINAHYU, K. M. (2017) THE RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOSITY AND DEPRESSION OF OLDER ADULTS IN TANGERANG. *International Conference on Disaster Management & Infection Control*, 11.
- WINAHYU, K. M., ANGGITA, R. & WIDAKDO, G. (2019). Characteristics of Patients, Self-Efficacy and Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 7, 277-282.
- WINAHYU, K. M., WAHYUNIATI, S. & SEKARSARI, R. (2017). The Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life of Older Adults with Hypertension in Tangerang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI]*, 25-34.
- Woelk, H., & Schlafke, S. (2010). A multi-center, double-blind, randomised study of the lavender oil preparation silexan in comparison to lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine*, 17(2), 94–99.
- World Health Organization (WHO). (2002). WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. In World Health Organisation Geneva.
- Xie, X. et al. (2021) ‘The effectiveness of Tai chi on the depressive symptom of young adults with subthreshold depression: a study protocol for a randomized controlled trial’, *Trials*, 22(1).
- Xu, S., Baker, J.S. and Ren, F. (2021) ‘The positive role of Tai chi in responding to the covid-19 pandemic’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14).
- Yeh, Y. C., & Chung, U. L. (2007). An investigation into competence in tcm of bsn graduates from technological universities in taiwan. *Journal of*

- Nursing Research, 15(4).
<https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387627.25801.12>
- Yoon, J. R. et al. (2018) 'Spinal accessory nerve injury induced by manipulation therapy: A case report', *Annals of Rehabilitation Medicine*, 42(5), pp. 773–776. doi: 10.5535/arm.2018.42.5.773.
- You, Y. et al. (2021) 'Bibliometric evaluation of global Tai chi research from 1980–2020', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11).
- Zhang, L. (2011). Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Racial, Ethnic and Immigrant (REI) Populations: Assessing the Influence of Cultural Heritage and Access to Medical Care. In ProQuest Dissertations and Theses.

Biodata Penulis

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes



Dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di STIKes Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan kekhususan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai sekretaris DPK PPNI STIKes Fatmawati. Penulis aktif menulis dan sudah menghasilkan beberapa buku pada bidang keperawatan dan kesehatan. Selain itu, memiliki keahlian terapi komplementer, serta menghasilkan beberapa jurnal ilmiah.

Masruroh



Staf pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang Jawa Timur. Penulis menempuh pendidikan D-3 Ilmu Keperawatan tahun 1991 di Akademi Keperawatan Darul ulum Jombang kemudian melanjutkan jenjang Strata satu di Program studi Ilmu keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2000. Pada tahun 2009 Penulis melanjutkan kuliah pasca sarjana di Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga Surabaya kemudian pada tahun 2021 penulis menyelesaikan program studi program doctor di fakultas yang sama di Universitas Airlangga. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan, dan menulis artikel di beberapa jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

Karina Megasari Winahyu, Ns., M.N.S.

Penulis lahir di Kota Tangerang, Banten, Indonesia. Ia menyelesaikan pendidikan S1 Ners di Universitas Indonesia dan Master of Nursing Science (Family and Community Health Nursing) di Kasetsart University, Thailand. Saat ini, penulis merupakan PhD (Cand.) in Nursing di Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital & Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. Penulis merupakan dosen tetap Prodi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, FIKes Universitas Muhammadiyah Tangerang. Fokus aktivitas yaitu, mengajar, meneliti, dan melakukan pengabdian masyarakat pada bidang keperawatan kesehatan komunitas. Selain itu, penulis aktif mengelola jurnal sebagai Editorial Board Journal of Health Science and Nursing Studies (JHSNS) dan Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI), serta menjadi reviewer di beberapa jurnal nasional dan internasional. Korespondensi dengan penulis melalui karinawinahyu@yahoo.com.

Dr. Herin Mawarti, S. Kep., Ners., M. Biomed.

Lahir di Blitar, pada 8 Maret 1976. Pendidikan terakhir lulusan dari S3 Ilmu Kedokteran FK Unair. Saat ini aktif sebagai dosen di Unipdu Jombang. Penelitian, publikasi dan karya Ilmiah di Bidang Keperawatan, Ilmu biomedik, Imunitas, dan herbal. Mengajar Ilmu Dasar Keperawatan, Ilmu Biomedik dan Keperawatan Medikal Bedah sudah lebih dari 20 Tahun. SINTA ID: 6020576 Scopus ID 57202329251

Dian Yuniar Syanti Rahayu

Lahir di Bandung. Merupakan dosen pengajar pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari untuk mata kuliah keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga. Jenjang akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER Manggala Husada, Jakarta, kemudian Program Studi SI Kesehatan Masyarakat Urindo Jakarta, penulis melanjutkan studi Program Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Jenjang karir penulis mulai menjadi perawat di RSUD Palabuhan Ratu (2001-2002), perawat di Puskesmas Ciambar Sukabumi (2002-2004), mengajar di ITK Avicenna Kendari (2005 – 2009), dan di Poltekkes Kemenkes Kendari sampai sekarang. Penulis aktif mengikuti berbagai seminar, pelatihan, conference dan lokakarya untuk meningkatkan kompetensi dalam bidang keperawatan.

Ns. Dewi Damayanti, M.Kep, Sp.Kep.MB.WOC (ET) N

Lahir di Wonosobo, 28 Desember 1980. Lahir dari pasangan Drs. Subandi (Alm) dan Ibu Dra. Winarti Retnoningtyas. Riwayat Pendidikan Profesi Keperawatan, lulus D3 Keperawatan tahun 2000 di Akper Panca Bhakti Bandar Lampung . Lulus PSIK FK dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2004. Lulus Megister Ilmu Keperawatan dan Ners Spesialis Onkologi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2016. Menyelesaikan

pendidikan Indonesian Enterostomal Terapi Nurse (ETNEP) yang diselenggarakan oleh World Council Enterostomal Therapy Nurse di Wo Care Center Bogor tahun 2019. Mulai tahun 2005 sampai dengan sekarang bekerja sebagai Staf Pengajar Mata Ajar Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan gawat Darurat. Aktif melakukan penelitian dan menulis berbagai jurnal ilmiah mengenai asuhan keperawatan Onkologi, Wound, Stoma dan Continent . Aktif sebagai edukator dan pembicara seminar dan pelatihan seputar kanker, Wound, Stoma dan Continan

Ressa Andriyani Utami



Lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Ressa ini adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Sabar Adiwikarta (ayah) dan Engkay Sukaesih (ibu). Setelah menikah dengan suami Reza Maulana memiliki dua orang anak yaitu Raisya Zhafira Reszaputri dan Revalyn Zania Reszaputri. Penulis sudah menjadi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Sebelumnya penulis pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2016-2018), Ketua Program Studi S1 Administrasi Kesehatan (2018-2020). Saat ini Ressa menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes RS Husada (2020-sekarang). Pada 2018 lalu, Ressa berhasil meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.

Mukhamad Rajin



Lahir di Jombang Jawa Timur, pada 18 Agustus 1971. Ia menempuh pendidikan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2023 dan Magister Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Mukhamad Rajin adalah Dosen Tetap prodi keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang sejak tahun 1994 sampai sekarang.

Novita Verayanti Manalu

Lahir di Palembang, 3 November 1977, menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan tahun 1999 dan S1 Keperawatan tahun 2001 dari UNAI, S2 Keperawatan tahun 2009 dari Philippine Woman's University, dan saat ini sedang melanjutkan Pendidikan S3 di UIN Surabaya. Pengalaman bekerja sebagai staf Instalasi Gawat Darurat RS. Advent Bandung, lalu menjadi Dosen FIK di Universitas Advent Indonesia hingga saat ini. Penulis aktif dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi dan menjadi Pengurus DPW Indonesian Wound Ostomy Continence PPNI Lampung, serta anggota penelaah Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Advent Indonesia Bandung. Menjadi pembicara ilmiah dan seminar tingkat Nasional dan Internasional, dan telah menulis 14 buku Keperawatan bersama tim penulis dari berbagai penjuru daerah di Indonesia.

Dewi Yuliana, S.Kep.,Ns.,M.Kep,

Lahir di Kotabumi tanggal 1 April 1988. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Mitra Indonesia sejak tahun 2012. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan (S1 Keperawatan) di STIKES Mitra Lampung tahun 2006. Pada tahun 2010, penulis melanjutkan pendidikan Profesi Ners di STIKES Mitra Lampung. Kemudian penulis menyelesaikan program pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Maternitas di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif diberbagai organisasi keperawatan dan kegiatan ilmiah keperawatan serta kesehatan. Penulis juga menjabat sebagai Kepala Laboratorium Kesehatan di Universitas Mitra Indonesia sejak tahun 2012. Penulis telah menulis berbagai artikel di berbagai jurnal nasional dan pengabdian kepada masyarakat.

TERAPI KOMPLEMENTER

KONSEP DAN APLIKASI DALAM KEPERAWATAN

Peningkatan status kesehatan masyarakat dapat dicapai melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara berkesinambungan. Salah satu upaya peningkatan kesehatan yang saat ini sedang diminati masyarakat adalah terapi komplementer. Keberadaan terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi isu menarik di beberapa negara.

Buku ini berisikan informasi mengenai terapi komplementer, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin Kesehatan yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan dengan pemberian terapi komplementer, yang disusun menjadi 10 bab, yaitu:

- Bab 1 Konsep Terapi Komplementer
- Bab 2 Aspek Legalitas Terapi Komplementer
- Bab 3 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Terapi Komplementer
- Bab 4 Terapi Komplementer Dengan Sistem Medis Kuno
- Bab 5 Terapi Komplementer Dengan Teknik Mind and Body
- Bab 6 Terapi Komplementer Berbasis Biologis
- Bab 7 Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh
- Bab 8 Terapi Energi
- Bab 9 Terapi Komplementer Dalam Praktik Keperawatan
- Bab 10 Tren Isu Terkini Bidang Keperawatan Komplementer



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-643-5

9 786233 426435