

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **II.1 Asuhan Keperawatan dengan Penerapan Terapi Akupresure Terhadap Kemampuan Mobilitas Fisik Pada Penderita Stroke**

##### **II.1.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto,2013). Pada tahap ini, perawat wajib melakukan pengkajian atas permasalahan yang ada. Yaitu tahapan di mana seorang perawat harus menggali informasi secara terus menerus dari pasien maupun anggota keluarga yang dibina (Murwani et al, 2008).

Menurut Bakri (2016) dalam proses pengkajian dibutuhkan pendekatan agar pasien dan keluarga dapat secara terbuka memberikan data-data yang dibutuhkan. Pendekatan yang digunakan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien dan sosial budayanya. Selain itu, diperlukan metode yang tepat bagi perawat untuk mendapatkan data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan pasien.

##### **a. Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah proses pengumpulan informasi tentang status kesehatan klien. Proses ini harus sistematis dan kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan status kesehatan klien (Kozier et al., 2010).

Metode pengumpulan data yang utama adalah observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

1) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data dengan menggunakan indra. Observasi adalah keterampilan yang disadari dan disengaja yang dikembangkan melalui upaya dan dengan pendekatan yang terorganisasi. Walaupun perawat melakukan observasi, terutama melalui penglihatan, sebagian besar indra dilibatkan selama observasi yang cermat

2) Wawancara

Wawancara adalah komunikasi yang direncanakan perbincangan dengan suatu tujuan, misalnya, mendapatkan atau memberikan informasi, mengidentifikasi masalah keprihatinan bersama, mengevaluasi perubahan, mengajarkan, memberikan dukungan, atau memberikan konseling atau terapi. Salah satu contoh wawancara, yaitu riwayat kesehatan keperawatan, yang merupakan bagian pengkajian keperawatan saat masuk rumah sakit .

3) Pemeriksaan

Pemeriksaan menjadi hal yang harus dilakukan selanjutnya. Pemeriksaan merupakan suatu proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh untuk menentukan ada atau tidaknya penyakit.

Pemeriksaan dapat berupa pemeriksaan fisik, laboratorium atau rontgen. Pemeriksaan fisik terdiri dari empat prosedur yang digunakan yaitu inspeksi, palpasi dan auskultasi pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe*, pemeriksaan laboratorium seperti urinalisis, pemeriksaan darah dan kultur, selanjutnya yaitu pemeriksaan hasil rontgen yang merupakan visualisasi bagian tubuh dan fungsinya.

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka akan mendapatkan data yang diinginkan. Terdapat dua tipe data pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen, tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif sering didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Informasi yang diberikan sumber lainnya, misalnya dari keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat pasien (Muttaqin, 2010).

Dalam pengkajian gangguan mobilitas fisik didapatkan data-data baik data subjektif ataupun data objektif. Adapun untuk data nya adalah sebagai berikut :

1. Data subjektif
  - a. Gejala dan tanda mayor : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
  - b. Gejala dan tanda minor : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

2. Data Objektif

- a. Gejala dan tanda mayor : fungsi motorik menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gejala dan tanda minor : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

**Table 2.1 pemeriksaan kesadaran glasgow coma scale (GCS)**

Eye	Membuka mata spontan	4
	Terhadap rangsangan suara	3
	Terhadap rangsangan nyeri	2
	Menutup mata terhadap semua rangsangan	1
Verbal	Orientasi baik	5
	Bingung	4
	Bisa membentuk kata tapi tidak bisa membentuk kalimat	3
	Mengeluarkan suara yang tidak berarti	2
	Tidak ada suara	1
Motorik	Menurut perintah	6
	Dapat melokalisir rangsangan setempat	5
	Menolak rangsangan nyeri setempat	4
	Menjauhi rangsang nyeri (Fleksi)	3
	Ekstensi spontan	2
	Tidak ada gerakan sama sekali	1

(Sumber Hanifah, Dinna.(2015). )

**Pemeriksaan fungsi motorik (untuk ekstremitas atas bawah )**

Nilai 5 = Dapat melawan gravitasi dan tahanan berat

Nilai 4 = Dapat melawan gravitasi dan tahanan sedang dan ringan

Nilai 3 = Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan

Nilai 2 = Dapat menggerakkan otot tanpa adanya tahanan

Nilai 1 = Kontraksi otot minimal tanpa adanya gerakan

Nilai 0 = Tidak adanya gerakan

II.1.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pencegahan. Diagnosis negative terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis positif terdiri dari promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab (*etiology*), tanda (*sign*)/gejala (*symptom*) dan faktor risiko. Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah Mobilitas Fisik. Mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Dalam hal ini gangguan mobilitas fisik termasuk dalam jenis kategori diagnosis keperawatan negative yaitu diagnosis actual. Metode perumusan diagnosis actual, yaitu masalah (*Problem*) berhubungan dengan penyebab (*Etiology*) dibuktikan dengan tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa yang di fokuskan pada penelitian ini adalah gangguan mobilitas fisik berhubungna dengan (b.d) gangguan Neuromuskular ditandai dengan (d.d) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat pergerakan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun untuk pembahasan diagnosa dari gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

1) Penyebab

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan masa otot
6. Penurunan fungsi motorik
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi

11. Gangguan muskuloskeletal
  12. Gangguan neuromuskular
  13. Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
  14. Efek agen farmakologis
  15. Program perbatasan gerak
  16. Nyeri
  17. Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
  18. Kecemasan
  19. Gangguan kognitif
  20. Keengganan melakukan pergerakan
  21. Gangguan sensoripresepsi
- 2) Data
- a. Data Subjektif
    - 1) Gejala dan tanda mayor : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
    - 2) Gejala dan tanda minor : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.
  - b. Data Objektif
    - 1) Gejala dan tanda mayor : otot menurun, fungsi motorik menurun, rentang gerak (ROM) menurun
    - 2) Gejala dan tanda minor : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.
- 3) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera modula spinalis
- c) Trauma
- d) fraktur
- e) Osteorthritis
- f) Ostemalasia
- g) Keganasan

### II.1.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Tujuan dan kriteria hasil Intervensi untuk masalah keperawatan gangguan mibilitas fisik seperti tabel.

Perencanaan keperawatan adalah paduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien dan tindakan yang harus dilakukan oleh perawat (Deswani,2011).Didalam menuliskan inntervensi harus berdasarkan *SMART* menurut Carpenito (2010),yaitu:

#### 1. *Spesific*

Tujuan yang ditetapkan harus jelas dan spesifik .Jelas akan membantu menguraikan apa yang akan dilakukan,se dangkan spesifik akan membuat segala upaya fokus pada target yang akan dicapai.

#### 2. *Measurable*

Apa yang ingin dicapai harus bisa diukur, misalnya seberapa kuat, seberapa sering, seberapa banyak atau seberapa dalam.

3. *Achievable*

Tujuan yang ditetapkan harus bisa dicapai. Dengan begitu akan berkomitmen untuk mencapainya dengan sungguh-sungguh. Jangan sampai menetapkan tujuan yang tidak mungkin dicapai.

4. *Realistic* \

Hal lain yang harus dipenuhi oleh tujuan yang ingin dicapai. Jangan membuat tujuan yang terlalu sulit sehingga tidak mungkin dicapai atau membuat tujuan yang tidak sejalan dengan keinginan.

5. *Timely*

Harus bisa menetapkan tujuan tersebut harus dicapai, apakah minggu depan, tahun depan.



**Table 2.2 perencanaan keperawatan**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	gangguan mobilitas fisik berhubungna dengan (b.d) gangguan Neuromuskular ditandai dengan (d.d) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat pergerakan	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (1-5)</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat (1-5)</li> <li>3. Fungsi motorik meningkat (1-5)</li> <li>4. Rentang gerak (ROM) meningkat (1-5)</li> <li>5. Nyeri menurun (1-5)</li> <li>6. Kecemasan menurun (1-5)</li> <li>7. Kaku sendi menurun (1-5)</li> <li>8. Gerak tidak terkoordinasi menurun (1-5)</li> <li>9. Gerak terbatas menurun (1-5)</li> <li>10. Kelemahan fisik menurun (1-5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu misalnya (pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>

(Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia 2018 dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan (b.d) gangguan Neuromuskular ditandai dengan (d.d) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat pergerakan.</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b>            Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (1-5)</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat (1-5)</li> <li>3. Fungsi motorik meningkat (1-5)</li> <li>4. Rentang gerak (ROM) meningkat (1-5)</li> <li>5. Nyeri menurun (1-5)</li> <li>6. Kecemasan menurun (1-5)</li> <li>7. Kaku sendi menurun (1-5)</li> <li>8. Gerak tidak terkoordinasi menurun (1-5)</li> <li>9. Gerak terbatas menurun (1-5)</li> <li>10. Kelemahan fisik menurun (1-5)</li> </ol>	<p>Terapi Akupresure (I.06209)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa Kontraindikasi (mis. Kontusio, jaringan parut, infeksi, penyakit jantung, dan anak kecil)</li> <li>2. periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan</li> <li>3. periksa tempat yang sensitif untuk dilakukan penekanan pada jari.</li> <li>4. identifikasi hasil yang ingin dicapai</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan titik akupresure, sesuai dengan hasil yang diinginkan</li> <li>2. perhatikan Isyarat verbal atau non verbal untuk menentukan hasil yang ingin diinginkan</li> <li>3. Rangsang titik akupresure dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</li> <li>4. Tekan jari atau pergelangan tangan untuk mengurangi mual</li> <li>5. Tekan bagian otot yang tegang hingga rileks atau nyeri menurun, sekitar (10-15 detik )</li> <li>6. Lakukan penekanan pada kedua ekstremitas</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<ol style="list-style-type: none"><li>7. Lakukan akupresure setiap hari dalam satu pekan pertama untuk mengatasi nyeri</li><li>8. Telaah refernsi untuk menyesuaikan terapi dengan etiologi, lokasi, dan gejala jika perlu.</li></ol>
		<b>Edukasi</b>
		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan untuk rileks</li><li>2. Ajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresure secara mandiri</li></ol>
		<b>Kolaborasi</b>
		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi dengan terapis yang tersertifikasi</li></ol>



(Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

#### II.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Standar Operasional Prosedur teknik Akupresur dilampirkan pada lampiran.

Sedangkan dalam melakukan implementasi keperawatan, perawat dapat melakukannya sesuai dengan rencana keperawatan dan jenis implementasi keperawatan.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

##### *1. Independent implementations*

Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

##### *2. Interdependen/ Collaborative implementations*

Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian,

dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

### 3. *Dependent implementations*

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

## II.1.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Tarwoto & Wartolah, 2018). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2019).

### 1) Evaluasi Formatif (Berjalan)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

### 2) Evaluasi Sumatif (Akhir)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP.

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar, 2012). Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interprestsi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Tarwoto & Wartonah, 2018).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Pada pasien dengan mobilitas fisik, indicator evaluasi yang diharapkan yaitu sebagai berikut.

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (1-5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (1-5)
- 3) Fungsi motorik meningkat (1-5)
- 4) Rentang gerak (ROM) meningkat (1-5)

Keterangan

1 = Menurun

2 = Cukup menurun

3 = Sedang

4 = Cukup Meningkat

5 = meningkat

5) Nyeri menurun (1-5)

6) Kecemasan menurun (1-5)

7) Kaku sendi menurun (1-5)

8) Gerak tidak terkoordinasi menurun (1-5)

9) Gerak terbatas menurun (1-5)

10) Kelemahan fisik menurun (1-5)

Keterangan :

1 = Meningkat

2 = Cukup Meningkat

3 = Sedang

4 = Cukup Menurun

5 = Menurun



## **II.2 Terapi Akupresure Untuk Mengatasi mobilitas fisik pada penderita stroke**

### **II.2.1 Pengertian Terapi Akupresure**

Akupresur merupakan pengobatan tradisional yang berasal dari Jepang dan telah berkembang di Asia lebih dari 5000 tahun yang lalu. Akupresur memiliki prinsip kerja

sama dengan akupuntur dengan menstimulasi 14 sistem meridian untuk bioenergi di dalam tubuh antara *yin*, yang dan *qi (chee)*. Setiap meridian memiliki 400 sampai 500 titik saluran energi yang berhubungan dengan organ dalam serta sistem tertentu yang berfungsi sebagai katup yang menyalurkan energi pada seluruh tubuh. Energi yang tersalurkan akan mempengaruhi emosi serta cara berfikir. Cara kerja akupresur adalah dengan mengidentifikasi suatu penyakit berdasarkan titik-titik akupresur atau acupoint yang berada di saluran meridian. Dengan memijat titik-titik tersebut akan menyeimbangkan aliran energi sehingga dapat mengurangi atau menghilangkan rasa sakit (Murdiyanti, 2019).

Akupresur merupakan terapi tusuk jari dengan memberikan penekanan dan pemijatan pada titik tertentu pada tubuh yang didasarkan pada prinsip ilmu akupresur (Fengge, 2012). Akupresur merupakan tindakan yang mudah dilakukan dan memiliki banyak keuntungan. Akupresur sangat praktis karena dengan sentuhan memiliki keajaiban tersendiri yang sangat berguna untuk menghilangkan rasa lelah pada tubuh, memperbaiki sirkulasi darah, merangsang tubuh untuk mengeluarkan racun. Penekanan ujung-ujung jari tangan pada daerah tertentu dipermukaan kulit yang berdampak positif terhadap kondisi fisik, mental dan sosial (Majid & Rini, 2016)

## II.2.2 Manfaat Terapi Akupresure

Akupresur dapat dimanfaatkan untuk pencegahan penyakit tekanan darah tinggi, penyembuhan rehabilitasi, cemas, menghilangkan rasa sakit, serta mencegah kekambuhan

penyakit. Di dalam tubuh manusia terdapat 12 (dua belas) meridian umum dan 2 (dua) meridian istimewa yang mewakili organ-organ dalam tubuh, yang dapat dimanipulasi untuk melancarkan energi (qi), sehingga tubuh menjadi seimbang/sehat (Wong, 2011). Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2015), menjelaskan bahwa akupresur dapat digunakan untuk meningkatkan stamina tubuh, melancarkan peredaran darah, memperbaiki kualitas tidur serta mengurangi stres atau menenangkan pikiran.



## II.2.3 Prosedure Terapi Akupresure

### a. SOP terapi akupresure

**Table 2.3 SOP Terapi Akupresure**

Sop terapi akupresure	
Pengertian	Pelayanan kesehatan yang didasarkan pada tehnik pada titik-titik tertentu pada tubuh dengan menggunakan jari atau alat bantu.
Tujuan	Sebagai acuan daalam menjelaskan proses pelayanan akupresure agar dapat mewujudkan pelayanan akupresure yang dapat dipertanggungawabkan manfaat dan kemanan nya
Indikasi	Untuk meningkatkan fungsi motorik, kekuatan otot, pada pasien stroke
Kontraindikasi	Pasien fraktur tertutup atau terbuka, ruam, pembengkakan, pasien mengalami luka bakar
Efek samping	Terapi akupresure memiliki efek samping yang sangat minimal.
Referensi	Cahyadi, S. A. R. D. (2020). Gambaran asuhan Keperawatan dengan pemberian terapi akupresure 2020 (Doctoral dissertation, Poltekkes Denpasar Jurusan Keperawatan).
Prosedure	A. Alat yang dibutuhkan 1. Sphygmomanometer 2. Stetoskop 3. Minyak zaitun 4. Lembar observasi tekanan darah

5. Tissue Basah dan kering

6. Matras

B. Pre interaksi

1. Persiapkan alat yang diperlukan

2. Cuci tangan

C. Tahap orientasi

1. Beri salam, panggil responden dengan namanya, dan perkenalkan diri (untuk pertemuan pertama)

2. Menanyakan keluhan atau kondisi responden

3. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lainnya tindakan hal yang perlu dilakukan oleh pasien selama terapi akupresur dilakukan

4. Berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan

5. Lakukan pengkajian untuk mendapatkan keluhan dan kebutuhan komplementer yang diperlukan

D. Tahap kerja

1. Jaga privasi pasien dengan menutup tirai

2. Siapkan alat dan bahan seperti matras, minyak zaitun, tissue basah & kering, sphygmomanometer

3. Atur posisi klien dengan memposisikan pada posisi terlentang (supinasi), duduk dengan tangan bertumpu dimeja, berbaring miring, atau tengkurup dan berikan alas.

4. Pastikan klien dalam keadaan rileks dan nyaman

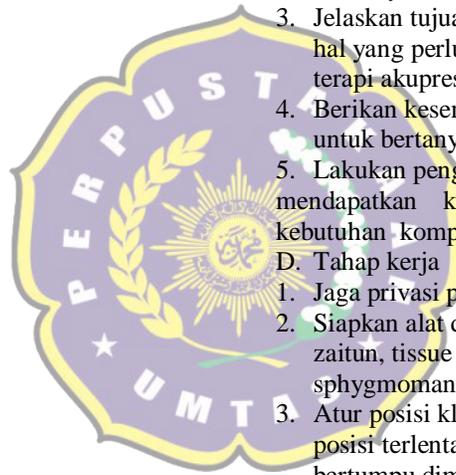
5. Bantu melepaskan pakaian klien atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan akupresur yang akan dilakukan, jika perlu

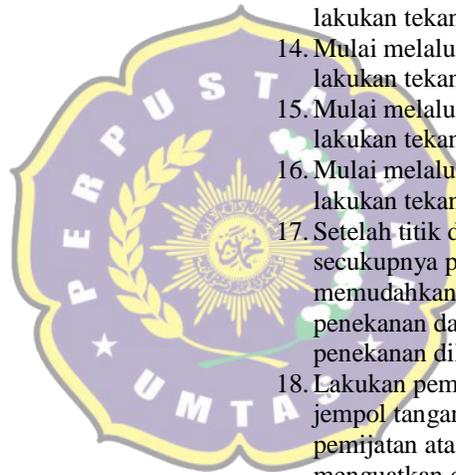
6. Cuci tangan

7. Kaji keluhan pasien dan ukur TTV pasien

8. Bersihkan telapak kaki klien dengan tissue basah

9. Keringkan telapak kaki klien dengan tissue kering





10. Tuangkan minyak zaitun ke tangan secukupnya
  11. Massage ringan kaki klien untuk melemaskan otot-otot kaki agar tidak kaku
  12. Cari titik-titik rangsangan yang ada di tubuh, menekannya hingga masuk ke sistem saraf. Bila penerapan akupresur memakai jarum, akupresur hanya memakai gerakan tangan dan jari, yaitu teknis tekan putar, tekan titik, dan tekan lurus .
  13. Mulai melakukan akupresur pada titik KI 1 lakukan tekanan selama 2 menit
  14. Mulai melakukan akupresur pada titik LR 3 lakukan tekanan selama 2 menit.
  15. Mulai melakukan akupresur pada titik ST 36 lakukan tekanan selama 2 menit.
  16. Mulai melakukan akupresur pada titik LI 4 lakukan tekanan selama 2 menit.
  17. Setelah titik ditemukan, oleskan minyak secukupnya pada titik tersebut untuk memudahkan melakukan pemijatan atau penekanan dan mengurangi nyeri lecet ketika penekanan dilakukan.
  18. Lakukan pemijatan atau penekanan menggunakan jempol tangan atau jari lain dengan 30 kali pemijatan atau pemutaran searah jarum jam untuk menguatkan dan 40-60 kali pemijatan atau putaran ke kiri untuk melemahkan. Pemijatan dilakukan pada masing-masing bagian tubuh (kiri dan kanan) kecuali pada titik yang terletak dibagian tengah.
- E. Terminasi
1. Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman
  2. Evaluasi perasaan klien

3. Berikan reinforcement positif kepada pasien dan berikan air putih 1 gelas
4. Kaji kembali tekanan darah klien
5. Rapikan alat dan cuci tangan

F. Hasil

1. Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan \
2. Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya
3. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik

G. Dokumentasi

1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksana.
2. Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif)

Sumber : *Gambaran asuhan Keperawatan dengan pemberian terapi akupresure Cahyadi, S. A. R. D. (2020).*

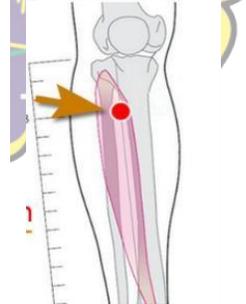
Gambar 2.1 Titik KI 1



gambar 2.2 titik LR 3



gambar 2.3 titik ST 36



gambar 2.4 titik LI 4



## II.2.4 Terapi Akupresure menurut Islam

Terapi akupresure merupakan salah satu pemijatan. Hukum pijat dalam pandangan islam ada 2 yaitu, Jenis yang pertama: Pijat untuk pengobatan yang direkomendasikan dokter untuk mengobati kelemahan otot atau tujuan lainnya. Pijat jenis ini boleh, karena ia merupakan bentuk pengobatan yang pada asalnya boleh. Akan tetapi wajib menjaga aurat dari pandangan dan sentuhan kecuali bagian yang dibutuhkan dan wajib membatasi sesuai kebutuhan bagian aurat yang dilihat & disentuh serta berapa lama aurat tersebut dibuka.

Berdasarkan perintah Alloh ta'ala untuk menjaga aurat, Alloh ta'ala berfirman:

قُلْ لِلْمُؤْمِنِينَ يَعْضُوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ

“Dan katakanlah kepada kaum mukminin untuk menundukkan pandangan mereka dan menjaga kemaluan mereka” [QS an-Nur: 31]

Alloh ta'ala berfirman tentang sifat kaum mukminin:

وَالَّذِينَ هُمْ لِفُرُوجِهِمْ حَافِظُونَ\* إِلَّا عَلَىٰ أَزْوَاجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ مَلُومِينَ

“Dan orang-orang yang menjaga kemaluannya, kecuali terhadap isteri-isteri mereka atau budak yang mereka miliki, maka sesungguhnya mereka dalam hal ini tiada tercela” [QS al-Mukminun: 5-6]

Dalam riwayat Imam Ahmad (19530), Abu Dawud (4017), at-Tirmidzi (2769), dan yang selain mereka dengan sanad yang jayyid dari hadits Bahz bin Hukaim, dari ayahnya, dari kakeknya, bahwa Nabi shallallohu alaihi wa sallam ketika ditanya tentang aurat, beliau bersabda:“Jagalah auratmu kecuali dari istrimu atau budak yang engkau miliki” beliau lalu

ditanya: “bagaimana laki-laki dengan laki-laki?” beliau shallallohu alaihi wa sallam menjawab: “jika engkau mampu untuk tidak melihatnya (auratmu) seorangpun, maka lakukanlah.” Dan hadits ini sebagiannya diriwayatkan al-Bukhori secara mu’allaq.

Dalam shohih Muslim (338) dari Abu Sa’id al-Khudri rodhiyallohu anhu, bahwa Rosululloh shallallohu alaihi wa sallam bersabda:“Janganlah seorang laki-laki melihat aurat laki-laki lainnya, dan jangan pula seorang wanita melihat aurat wanita lainnya. Janganlah seorang laki-laki berselimut dengan laki-laki lain dalam satu selimut dan jangan pula seorang wanita berselimut dengan wanita lain dalam satu selimut.” Ini menunjukkan haramnya menyentuh aurat orang lain dengan anggota tubuh manapun.

Jenis yang kedua: Pijat penyegaran, yaitu yang dilakukan sebagian orang untuk menyegarkan badan, atau sekedar menikmati pijatan tanpa ada keperluan. Maka jenis yang ini jika tidak dengan membuka aurat dan tidak menyentuhnya serta mempengaruhi perasaan atau tidak membangkitkan syahwat, maka hukumnya boleh dan boleh mengambil upah dari hal tersebut. Akan tetapi, yang aku nasehatkan adalah mencukupkan dari pijat menggunakan tangan dengan pijat menggunakan alat, karena lebih jauh dari syubhat yang berkaitan dengan menyingkap aurat ataupun menyentuhnya, begitu pula lebih jauh dari menimbulkan syahwat. Wallohu a’lam.