

PERANAN HIPNOTERAPI SEBAGAI SUPLEMEN ANALGESIA PADA TINDAKAN KURETASE

**KARYA TULIS ILMIAH AKHIR
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
BIDANG STUDI ANESTESIOLOGI**



Oleh

Andi Taqwa

Dibawakan Dalam Rangka Tugas Pada
Program Pendidikan Dokter Spesialis Anestesi
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Makassar

2008

HALAMAN PENGESAHAN

**PERANAN HIPNOTERAPI SEBAGAI SUPLEMEN
ANALGESIA PADA TINDAKAN KURETASE**

**KARYA TULIS ILMIAH AKHIR PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER
SPESIALIS I BIDANG STUDI ANESTESIOLOGI**

Oleh

Andi Taqwa

Telah disetujui oleh:

dr.Muhammad Ramli,SpAn

Pembimbing

dr. Isra Wahid,Ph.D

Pembimbing

dr.Abdul Wahab,SpAn

Ketua Program Studi Anestesiologi

Fakultas Kedokteran UNHAS

Prof.dr.A.Husni Tanra,PhD,SpAn KIC

Kepala Bagian Anestesiologi

Fakultas Kedokteran UNHAS

PERANAN HIPNOTERAPI SEBAGAI SUPLEMEN ANALGESIA PADA TINDAKAN KURETASE

Andi Taqwa, Muhammad Ramli, Isra Wahid

ABSTRAK

Tujuan penelitian : membandingkan efektivitas penggunaan hipnoterapi sebagai suplemen analgesia non-anestesi umum (TIVA) dengan anestesi umum (TIVA) pada tindakan kuretase

Rancangan penelitian: *quasi eksperimen* dengan rancangan *two group post test*

Bahan dan Cara kerja: Terhadap 20 penderita dilakukan kuretase dengan dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok A dilakukan hipnoterapi + (blok paraservikal + parasetamol) atau hipnoterapi + (Tramadol+ketoprofen supp) dan kelompok B diberikan anestesi intravena (TIVA). Penilaian dilakukan terhadap skor cemas, sedasi, nyeri, kepuasan pasien dan dokter.

Hasil: Secara umum tehnik standar anestesi umum (TIVA) pada kuretase masih menunjukkan sedikit lebih superior dibanding tehnik non-anestesi umum plus hipnoterapi, walaupun analisis statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Dari semua item yang dianalisis hanya skor sedasi yang berbeda bermakna ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Hipnoterapi dapat menjadi suplemen analgesi pada tindakan kuretase.

Kata kunci: Hipnoterapi, kuretase, nyeri,

KATA PENGANTAR

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunianya sehingga dapat menyelesaikan karya akhir ini.,

Karya akhir ini berjudul :”**PERANAN HIPNOTERAPI SEBAGAI SUPLEMEN ANALGESIA PADA TINDAKAN KURETASE**” disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan spesialis anestesi dibagian Anestesiologi, Perawatan Intensive dan Pengelolaan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Saya menyadari bahwa pada sayaan karya ini tidak terlepas dari kekurangan-kekurangan akibat keterbatasan kemampuan saya, untuk itu saya memohon maaf dan koreksi yang sifatnya membangun.

Pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan rasa hormat dan terima kasih saya kepada :

1. **Dekan** Fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan keahlian pada bagian Anestesiologi, perawatan intensif dan penanganan nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. dr. A Husni Tanra, PhD,SpAn-KIC**, Kepala Bagian Anestesiologi, Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, atas kesediaan Beliau mendidik, memberi nasehat dan membimbing saya selama mengikuti pendidikan.

3. **Dr. Abdul Wahab, SpAn**, Ketua Program Studi Anestesiologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah mendidik, memberi nasehat dan membimbing saya selama mengikuti pendidikan.
4. **Dr. Muhammad Ramli Ahmad, SpAn**, sebagai dosen pembimbing akademis yang telah mendidik, memberi nasehat dan membimbing saya selama mengikuti pendidikan dan juga pembimbing utama karya tulis ini.
5. **Dr Isra Wahid, PhD**, staf Bagian Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membimbing, membantu saya dalam pengolahan data dan analisis statistik pada karya tulis ini.
6. Seluruh staff bagian Anestesiologi , Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yaitu **dr Borahima Lami, SpAn; dr D. Gaspert SpAn; dr Wahyudi, SpAn; dr Syafri K Arif, SpAn KIC; dr Syamsul H Salam, SpAn; dr Hisbullah, SpAn KIC; dr Andi Salahuddin, SpAn; dr Alamsyah Ambo Ala Husain, SpAn; dr Syarifudin Gaus, PhD, SpAn;** yang telah mendidik dan membimbing saya dalam pendidikan keahlian.
7. Para direktur rumah sakit, staf, bidan dan perawat tempat saya pendidikan, yaitu RSUP dr Wahidin Sudirohusodo, RSUD labuang Baji, RS Akademis, RS pelamonia, RS Bayangkara, RS Stella Maris, RS Islam Faisal, RSB Fatimah, RS Hikmah, RS Gowa, RS Takalar, RS PT Inco, RS Pupuk Kaltim, RS Alor, RS Medica Batam, RS Wamena, RS Onomichi atas segala fasilitas dan bantuan yang telah diberikan selama saya mengikuti pendidikan keahlian.

8. **Teman sejawat** sekalian yang selama ini bersama-sama mengikuti pendidikan keahlian dibagian Anestesiologi , Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas kerja samanya dan dukungan selama saya mengikuti pendidikan keahlian.
9. **Ko-asisten** Bagian Anestesiologi , Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membantu dan bekerja sama dengan baik selama saya mengikuti pendidikan.
10. **Paramedis** dibagian Anestesiologi di semua rumah sakit tempat saya mengikuti pendidikan keahlian.
11. **Staff administrasi** dan **pegawai** Bagian Anestesiologi , Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membantu dan bekerja sama dengan baik selama saya mengikuti pendidikan.
12. Semua pihak yang tak sempat disebutkan, yang secara langsung atau tidak telah terlibat dan membantu dalam kegiatan pendidikan dan penelitian saya.

Pada saat bahagia ini pula saya sampaikan rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ayahanda Alm. **H.A.Pannyiwi** dan Ibunda Alm. **Hj.A.Aisyah** tercinta dengan penuh tanggung jawab dan kasih sayang dalam mendidik serta saudara-saudara saya yang memberi dorongan dan bantuan moril maupun materil serta doanya. Mertua **Drs. H.Ismail Tangka** dan **Hj. Husnah Yahya** serta **adik** dan **kakak ipar** yang telah banyak memberi semangat serta doanya sehingga pendidikan ini dapat saya selesaikan.

Secara khusus saya haturkan terima kasih kepada istri saya tercinta **Dr. Yasmina Ismail, SpOG** dan anak saya yang tersayang **A. Muh. Riyadhus Ilmy** dan **A. Syifa Mardiyah**, dengan penuh doa, pengertian, kesabaran, pengorbanan yang telah diberikan hingga saya dapat menyelesaikan pendidikan keahlian ini.

Melalui kesempatan ini saya menyampaikan permohonan maaf yang sedalam dalamnya kepada semua pihak atas segala kesalahan dan kekhilafan saya selama mengikuti pendidikan keahlian dibagian Anestesiologi, Perawatan Intensif dan Penanganan Nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Akhirnya semoga Allah SWT membalas budi baik bapak/ibu sekalian dan senantiasa memberikan ridho dan petunjuk serta melindungi kita sekalian dalam menjalankan tugas sehari-hari.

Makassar , Februari 2008

Saya

Andi Taqwa

DAFTAR ISI

	Halaman
✍ Halaman Pengesahan	i
✍ Kata Pengantar	ii
✍ Daftar isi	vi
✍ Abstrak	viii
BAB I. PENDAHULUAN	1
I.1 Latar belakang masalah	1
I.2 Rumusan masalah	2
I.3 Hipotesis	3
I.3 Tujuan penelitian	3
I.4 Manfaat penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
II.1. Pendahuluan.....	7
II.2. Sejarah	8
II.3 Terjadinya Kondisi Hipnosis.....	11
II.3.1 Aktifasi Sistem Saraf Parasimpatik	11
II.3.2 Pola Gelombang Otak	12
II.3.3 Interaksi Otak Kiri dan Kanan	13
II.4 Penggunaan Hipnoterapi pada Pembedahan.....	14
II.5 Hipnotis dapat Mengatasi Nyeri pada Saat Pembedahan.....	18
II.6 Hipnosis Dapat Meningkatkan Kualitas Pelayanan.....	20
II.7. Nyeri	21
II.8 Blok Paraservical	26
BAB III. KERANGKA KONSEP	
32	
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN	33
IV.1 Rancangan penelitian	33
IV.2 Tempat dan Waktu penelitian.....	33
IV.3 Subyek penelitian	34

IV.4 Populasi dan Sampel.....	34
IV.5 Besar Sampel	34
IV.6 Kriteria Sampel	34
IV.7 Cara Kerja	35
IV.8 Pengolahan dan Penyajian Data	37
IV.9 Alur penelitian.....	38

BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

V.1. Hasil penelitian	41
V.2. Pembahasan	45

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1. Kesimpulan	48
VI.2. Saran	48

DAFTAR PUSTAKA.....	49
----------------------------	-----------

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang Masalah

Prinsip penatalaksanaan abortus inkomplit adalah pembersihan sisa jaringan hasil konsepsi dari dalam kavum uteri. Jaringan yang masih berada di dalam kavum uteri dapat menyebabkan perdarahan dari bekas tempat implantasi atau akibat gangguan proses kontraksi, sehingga jaringan tersebut harus dikeluarkan. Salah satu cara pengeluaran sisa hasil konsepsi tersebut adalah dengan tindakan kuretase.^{1-3,5,6}

Kuretase merupakan serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan manipulasi instrumen yaitu sendok kuret ke dalam kavum uteri.^{1,3,7} Sumber nyeri dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

1. Kecemasan yang dirasakan akibat kekecewaan dari gagalnya hasil konsepsi, kekhawatiran terhadap tindakan pengerokan yang dapat mempengaruhi organ reproduksinya yang masih mengharapkan kehamilan lagi. Kecemasan ini dapat meningkatkan persepsi nyeri.(Wiebe et al.,1995;Stubblefield, 1989)
2. Dilatasi serviks mungkin dibutuhkan sebelum dilakukan evakuasi, melewatkan dilator mekanik pada serviks menyebabkan rasa ketidaknyaman.
3. Manipulasi uterus dan evakuasi. Instrumentasi uterus menimbulkan rasa kram yang cenderung meningkat bila uterus berkontraksi saat akhir evakuasi. Seluruh prosedur biasanya berlangsung singkat dan rasa kram yang kuat umumnya tidak lebih dari beberapa menit..^{3,7}

Tujuan penanganan nyeri selama kuretase adalah membantu wanita dalam kondisi nyaman mungkin dengan meminimalkan pemberian obat-obatan yang dapat mencetuskan resiko dan efek samping. Dengan penanganan nyeri yang optimal dapat menghindarkan timbulnya penyakit stres pasca trauma dan nyeri pelvik kronik. Kombinasi verbal support, suasana yang tenang, pendidikan pada pasien, pemberian obat-obat pengontrol rasa nyeri, seperti anestesi lokal berupa blok paraservikal, analgesik peroral dan teknik evakuasi yang lembut memberikan pengurangan rasa nyeri yang efektif pada banyak pasien. Namun beberapa pasien lebih memilih sedasi intravena atau anestesi umum. ^{7,8}

Pada tindakan kuretase nyeri yang timbul sebagai akibat kerusakan jaringan yang nyata dan bermanifestasi sebagai nyeri akut. Prinsip penatalaksanaan nyeri akut ditujukan untuk mencegah terjadinya sensitisasi sentral di kornu posterior dan sensitisasi perifer pada ujung-ujung saraf. Sensitisasi sentral dapat dihambat dengan pemberian opioid (analgetik narkotik) seperti kodein, tramadol dan morfin. Sensitisasi perifer dapat dicegah dengan blok paraservikal dan dapat pula dengan pemberian obat analgetik non opioid seperti parasetamol dan ibuprofen. ^{9,10}

Kenyataan yang ada dalam praktek sehari-hari masih ditemukan penanganan nyeri pada kuretase yang kurang maksimal. Berbagai kondisi dan anggapan mempengaruhi pemilihan teknik penanganan nyeri ini antara lain akibat kurangnya pengetahuan, perhatian, biaya dan sarana medis maupun nonmedis. Adanya anggapan bahwa penggunaan anestesi akan memberikan komplikasi yang kurang menyenangkan, menambah biaya, prosedur yang lama atau perlu penyesuaian waktu

dengan tenaga anestesi, karena prosedur tindakan kuretase yang singkat maka nyeri sedikit tidak apa-apa.

Hypnosis sebagai salah satu pengetahuan kedokteran yang telah lama ditinggalkan namun kini mulai digalakkan penggunaannya pada penanganan nyeri. Berbagai prosedur medik singkat yang menimbulkan kecemasan dan nyeri telah menggunakan hipnoterpi sebagai terapi tambahan dalam penatalaksanaannya. Teknik hipnosis ini bekerja pada level persepsi, modulasi dalam patofisiologi nyeri. Berbagai penelitian telah dilakukan terhadap dampak penggunaan hipnosis terhadap penurunan level cemas, nyeri, lama prosedur, lama rawat inap dan biaya serta efek samping.

Hipnosis adalah suatu kondisi dimana perhatian menjadi sangat terpusat sehingga tingkat sugestibilitas meningkat sangat tinggi atau seni komunikasi untuk mempengaruhi seseorang dengan mengubah tingkat kesadarannya yang dicapai dengan menurunkan gelombang otak. Tahap hipnosis terdiri dari penjelasan proses dan konsentrasi untuk mencapai relaksasi, induksi untuk mencapai kondisi trance, pendalaman trance, menguji adekuatnya trance, aplikasi sugesti yang diinginkan dan menyadarkan dari kondisi trance.

Penelitian ilmiah hipnosis dirintis oleh Frans Anton Mesmer tahun 1778 sebagai dokter di Wina yang menggunakan teknik ini untuk pengobatan. Laporan klinik paling awal dari hipnotis ditulis oleh John Elliotson (1792-1899), ahli bedah asal Inggris dan James A. Esdaile (1808-1899) yang melakukan lebih dari 300 operasi dengan menggunakan hipnotis sebagai analgesia saat berpraktek di India. Hipnotis sebagai

modalitas penanganan nyeri mulai diungkap kembali pada awal tahun 1940 hingga 1960 saat Milton H. Erickson menggunakan untuk mengontrol nyeri akut dan kronik. Aplikasi hipnosis dalam medis dan nyeri terus dikembangkan Hilgard and Hilgard (1979), Hilgard and Le Baron (1982), Barber and Adriaan (1982), and Melzack and Wall (1965, 1983).

Faymonville et al (2000) menemukan bahwa hipnotis dapat mengurangi intensitas dan tidak nyaman saat stimulus nyeri. Dengan pemeriksaan aliran darah otak pada subjek dengan atau tanpa intervensi hipnotis disimpulkan bahwa hipnosis modulasi dari nyeri tampaknya dimediasi oleh korteks cingula anterior. Danziger et al. (1998) memperlihatkan efektivitas hipnotis anargesia pada peningkatan ambang nyeri dengan memeriksa refleksi fleksi nosiseptif dan bentuk EEG.

Penelitian pada aplikasi klinik hipnotis telah diterapkan pada pengobatan medik yang berhubungan dengan nyeri, misalnya: pasien luka bakar. Ohrbach at al. (1998), mengurangi nyeri bahkan pada situasi opioit gagal mengurangi nyeri. Wright and Drummond (2000), dengan induksi analgesia cepat efektif menyurangi nyeri dan cemas ketika pergantian perban dan Ewin (1986) saat dilakukan debridement. Defochereux et al. (1999), Meurisse et al. (1999) sukses melakukan pembedahan servikal endokrin. Hipnosedasi (hipnosis dalam kombinasi dengan sedasi intravena dan anastesi lokal) telah dipraktekkan sebagai alternatif teknik anastesi tradisional. Faymonville et al (1999), Meurisse et al. (1999), pengurangan nyeri dan cemas kebutuhan Alpentan dan Midazolam dan peningkatan kenyamanan pasien dan kondisi pembedahan dengan

membandingkan strategi pembedahan lain pada pasien yang menerima sedasi sadar. Faymonville et al (1997).

Dengan uraian singkat peranan hipnosis di atas menggugah peneliti untuk melakukan penelitian memanfaatkan hipnosis sebagai suplemen anestesi dalam mengatasi nyeri akibat tindakan kuretase.

I.2. Rumusan Masalah

Bagaimana efektifitas penggunaan hipnoterapi sebagai suplemen analgesia non-anestesi umum(TIVA) dibanding anestesi umum (TIVA) dalam penatalaksanaan nyeri pada tindakan kuretase ?

I.3. Hipotesis

Hipnoterapi dapat digunakan sebagai suplemen analgesia pada kuretase.

I.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

Membandingkan efektifitas penggunaan hipnoterapi sebagai suplemen analgesia non anestesia umum (TIVA) dengan anestesi umum (TIVA) dalam mengatasi nyeri pada tindakan kuretase.

Tujuan khusus:

1. Menilai efek kombinasi hipnoterapi sebagai suplemen anestesi terhadap skor sedasi

2. Menilai efek kombinasi hipnoterapi sebagai suplemen anestesi terhadap skor nyeri
3. Menilai efek kombinasi hipnoterapi sebagai suplemen anestesi terhadap kepuasan pasien dan dokter.

I.5. Manfaat Penelitian

1. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat diperoleh alternatif penatalaksanaan nyeri pada tindakan kuretase yang aman dan nyaman bagi pasien, dan dokter serta dengan biaya yang relatif terjangkau.
2. Sebagai bahan atau inspirasi untuk penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar.
3. Sebagai acuan agar hipnoterapi dapat lebih diterima dikalangan medis maupun masyarakat sebagai salah satu modalitas terapi komplementer terutama pada penanganan nyeri di Indonesia.
4. Penelitian ini juga dapat diharapkan menjadi sumbangsih pengetahuan teknologi tepat guna dari Bagian Anestesi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang konsen terhadap nyeri dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya pada daerah yang mempunyai sarana terbatas baik tenaga anestesi terlatih maupun alat dan obat-obatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Pendahuluan

Hipnosis didefinisikan sebagai suatu kondisi pikiran dimana fungsi *analitis logis* pikiran direduksi sehingga memungkinkan individu masuk ke dalam kondisi *bawah sadar (sub-conscious/unconscious)*. Pikiran bawah sadar menyimpan beragam potensi internal yang dapat dimanfaatkan untuk lebih meningkatkan kualitas hidup. Individu yang berada pada kondisi *hypnotic trance* lebih terbuka terhadap sugesti dan dapat dinetralkan dari berbagai rasa *takut* berlebih (*phobia*), trauma ataupun rasa sakit. Individu yang mengalami hipnosis masih dapat menyadari apa yang terjadi di sekitarnya berikut dengan berbagai stimulus yang diberikan oleh terapis.

Hipnoterapi kini merupakan fenomena ilmiah, namun hingga kini masih belum terdapat definisi yang jelas, bagaimana sebenarnya mekanisme kerjanya. Beberapa ilmuwan berpendapat bahwa *hipnoterapi* menstimulir otak untuk melepaskan *neurotransmitter*, zat kimia yang terdapat di otak, *encephalin* dan *endorphin* yang berfungsi untuk meningkatkan *mood* sehingga dapat merubah penerimaan individu terhadap sakit atau gejala fisik lainnya. Profesor John Gruzelier, seorang pakar psikologi di *Caring Cross Medical School, London*, berpendapat untuk menginduksi otak dilakukan dengan memprovokasi *otak* kiri untuk non aktif dan memberikan kesempatan kepada otak kanan untuk mengambil kontrol atas otak secara keseluruhan. Hal ini dapat dilakukan dengan membuat otak fokus pada suatu hal secara monoton menggunakan suara dengan intonasi datar (seolah-olah tidak ada hal penting yang perlu diperhatikan).

Secara umum, aktifitas *hipnoterapi* diarahkan pada menurunkan gelombang otak individu dari kondisi sadar ke kondisi setengah sadar. Gelombang otak dapat dibagi atas :

1. Beta (14 - 25 Hz)(normal); *Konsentrasi*, kewaspadaan, kesigapan, pemahaman, kondisi yang lebih tinggi diasosiasikan dengan kecemasan, ketidaknyamanan, kondisi lawan/lari

2. Alpha (8 -13 Hz)(meditatif); Relaksasi, pembelajaran super, fokus relaks, kondisi *trance* ringan, peningkatan produksi serotonin, kondisi pra-tidur, meditasi, awal mengakses pikiran bawah sadar (*unconscious*)
3. Theta (4- 7 Hz)(meditatif); Tidur bermimpi (tidur *REM/Rapid Eye Movement*), peningkatan produksi *catecholamines* (sangat vital untuk pembelajaran dan ingatan), peningkatan kreatifitas, pengalaman emosional, berpotensi terjadinya perubahan sikap, peningkatan pengingatan materi yang dipelajari, *hypnogogic imagery*, meditasi mendalam, lebih dalam mengakses pikiran bawah sadar (*unconscious*)
4. Delta (0,5-3 Hz)(tidur dalam); Tidur tanpa *mimpi*, pelepasan *hormon* pertumbuhan, kondisi non fisik, hilang kesadaran pada sensasi fisik, akses ke pikiran bawah sadar (*unconscious*) dan memberikan sensasi yang sangat mendalam ketika diinduksi dengan *Holosinc*

II.2 Sejarah

Pada tahun 1840-an, sebelum digunakan istilah hipnotis, dan masih digunakan istilah “magnetik hewan” ataupun “mesmerisme”. Franz Anton Mesmer (1734-1815) seorang berkebangsaan *Vienna* yang kemudian pindah ke *Paris* menjelaskan lebih lanjut mengenai fenomena penyembuhan menggunakan magnet. Dalam penjelasannya, Mesmer banyak mengutip ide dari para ahli pendahulunya, antara lain :

1. Paracelsus, dengan idenya mengenai *magnet*
2. Richard Mead, yang menyatakan bahwa seluruh kehidupan dijalankan oleh hukum alam
3. *Father Hell*, *pendeta jesuit*, yang mencoba menemukan cara menyembuhkan orang dengan menggunakan lempengan logam. Lempengan ini kemudian di lewatkan melalui tubuh orang. Ia berkeyakinan bahwa proses penyembuhan dari tubuh surgawi mampu menyembuhkan orang.

Dari [Richard Mead](#), ia mendapatkan ide bahwa di setiap tubuh manusia terdapat cairan universal. Ketika cairan tersebut mengalir lancar, segala hal di tubuh berlangsung secara sempurna. Tubuh tidak bekerja secara sempurna, disebabkan karena aliran cairan universal di tubuh terhalang. Mesmer menjalankan lempengan logam melalui tubuh pasien guna melancarkan aliran cairan universal (teori [magnet hewani/animal magnetism](#)). Mesmer mengklaim bahwa ia memiliki [energi](#) khusus. Ia mengatakan bahwa magnet mengalir ke tubuhnya melalui tongkat ajaib. Ia berkeyakinan bahwa ia dapat menyembuhkan apa pun menggunakan magnet. Pada periode itu ia sangat sukses dengan metode penyembuhannya. Ia kemudian meminta [French Academy of Medicine](#) untuk mempelajari metodenya. Komisi yang diketuai oleh [Ben Franklin](#) kemudian ditunjuk untuk melakukan penyelidikan berkenaan dengan metode penyembuhan Mesmer. Komisi tersebut menemukan bahwa magnet tidak memberikan efek Mesmer kemudian didiskreditkan pada tahun [1784](#). Hasil temuan dari komisi menyatakan bahwa magnet tidak menghasilkan efek apapun. [Marquis de Puysegur \(1781-1825\)](#), salah seorang pengikut Mesmer, ketika menerapkan metode yang digunakan Mesmer pada seorang penggembala berusia 24 tahun, menemukan suatu fenomena yang tidak diketahui sebelumnya oleh Mesmer. Ia mendapati bahwa subjek yang dipengaruhi magnet, bukan hanya mengalami fenomena yang tidak awam tetapi juga tertidur lelap. Pada kondisi ini, subjek tidak dapat membuka matanya, berbicara secara kurang jelas namun bertingkah seolah-olah sadar. Puysegur menyebut kondisi ini sebagai *artificial somnambulism*. Pada masa selanjutnya, operasi kedokteran dan gigi tidak lagi menggunakan anestesi, hanya karena alasan paling sederhana di mana anestesi tidak tersedia (lihat juga Fenster, 2001; Keys, 1963; Rushman, Davies, & Atkinson, 1996).

Di awal abad 19 Oliver Wendell Holmes, seorang dokter di Amerika Serikat, mengemukakan bahwa terdapat tiga bentuk alami anestesi : tidur, pingsan dan kematian. Pasien dapat diberikan alkohol atau laudanum untuk menghilangkan rasa, tapi pengobatan ini seringkali diberikan secara berlebihan, sulit untuk dilakukan. Sebagian besar, pasien diletakkan di atas meja operasi dan “menggigit sebuah kapsul” – suatu keadaan yang dikemukakan oleh Fanny Burney seorang penulis

novel dari Inggris pada saat ia mendapatkan operasi mastektomi, pada tahun 1810. Robert Liston, seorang ahli bedah dan orang terkemuka di Inggris, menganjurkan pasiennya untuk berlaku patuh selama operasi berlangsung dan sampai operasi berakhir.

Berbeda dengan latar belakang yang telah disebut di atas, berikut ini merupakan sedikit pengalaman John Ellioston, seorang profesor di bidang kedokteran, di salah satu Universitas di London, dan rekannya James Esdaile, seorang paramedis perusahaan milik Inggris di India Timur, yang melaporkan penanganan nyeri pada sejumlah operasi hanya dengan menggunakan hipnotis sebagai satu-satunya obat anestesi yang digunakan. Dengan tidak bermaksud untuk menipu atau menimbulkan delusi, Esdaile menyebutkan bahwa rata-rata keluarga atau kerabat pasien menginginkan dilakukannya tindakan anestesi tersebut. Tapi beliau juga menyebutkan beberapa fakta bahwa ; pada saat angka mortalitas sekitar 40 %, Esdaile dapat menurunkannya sampai 5% -- suatu hasil yang menunjukkan tingkat keberhasilan penggunaan mesmerisme untuk menangani nyeri.

. Pada 18 Oktober 1846, sebelum buku Esdaile diterbitkan, William T.G. Morton, seorang dokter gigi di Boston, meletakkan sebuah inhalen yang mengandung spons eter pada wajah pasiennya yang bernama Gilbert Abbot. John Collins Warren seorang ahli bedah di Harvard, memiliki pengalaman ketidakberhasilan menggunakan anestesi hipnotis pada awal karirnya, kemudian mengangkat tumor dari leher Abbot tanpa menimbulkan kecemasan atau tanpa timbulnya nyeri pada pasien tersebut.

Sebuah berita yang cepat tersebar : Keberhasilan Morton terulang kembali di Paris pada 15 Desember dan di London pada 19 Desember. Pada 12 Desember, setelah keberhasilan berikutnya, Robert Liston menyatakan :

“Para pria Amerika menaklukkan mesmerisme”

Dalam 2 tahun, eter, nitrat oksida, kloroform, dan obat anestesi kimiawi lainnya telah banyak digunakan di kalangan dokter gigi, ahli bedah dan ahli

kendungan. Pada saat Ratu Victoria melahirkan anak terakhirnya, Putri Leopold, menggunakan kloroform. Ahli bedah juga telah menggunakan teknik anestesi tersebut, sebagaimana yang disebutkan oleh Henry J. Bigelow tentang 4 kasus yang dilakukan oleh Morton, “tak tertandingi, sempurna dan aman”; dan sebagai suatu teknik kedokteran, mesmerism telah dibersihkan dalam sejarah kedokteran.

Seratus tahun kemudian, hipnotis kemudian menjadi pembahasan yang banyak diteliti di laboratorium tetapi kurang digunakan di klinik selain oleh para ahli jiwa. Robert Sears dan Frank Pattie melakukan penelitian awal tentang analgesia hipnotis dan anestesi taktil pada tahun 1930-an, tapi masih terdapat sedikit penelitian yang bersifat percobaan, dan jarang digunakan di klinik (Weitzenhoffer, 1953). Pada saat itu, banyak digunakan pada praktek antisepsis dan aseptis, anestesi lokal dan regional, sintesa bahan nontoksik dan tidak mengandung bahan tambahan untuk kokain dan morfin, dan menimbulkan relaksasi otot dan menekan pernapasan melalui tuba trakhea. Semua hal tersebut merupakan anestesi kimiawi dan peningkatan analgesia “tak tertandingi, sempurna dan aman”. Dengan perkembangan ini menurunkan ketertarikan terhadap hipnotis di masa selanjutnya.

II.3 TERJADINYA KONDISI HIPNOSIS

Hasil penelitian terhadap tercapainya kondisi hipnosis dapat ditinjau dari tiga aspek fisiologis yaitu :

1. Aktifasi sistem saraf parasimpatik
2. Pola gelombang otak
3. Interaksi otak kiri dan kanan

II.3.1 Aktifasi Sistem Saraf Parasimpatik

Dalam diri manusia, sebagaimana berlaku pada semua mamalia terdapat dua sistem saraf yaitu saraf pusat dan perifer. Sistem saraf pusat mengatur respon motorik hingga impresi sensori melalui otak dan tulang belakang. Sistem saraf

otonom mengatur sistem internal yang merupakan gerak yang diluar kendali pikiran sadar misalnya detak jantung, sistem pencernaan dan aktifitas kelenjar.

Sistem saraf otonom terbagi menjadi dua bagian yang saling bertolak belakang cara kerjanya. Sistem saraf simpatik, yang bertanggung jawab terhadap mobilisasi energi tubuh untuk kebutuhan yang bersifat darurat. Misalnya jantung berdetak lebih kuat dan cepat, tekanan darah meningkat, pernapasan menjadi lebih cepat. Sebagai contoh, saat diminta berbicara dipanggung atau didepan orang banyak dapat timbul demam panggung atau rasa tegang. Secara fisik terjadi adalah lutut dan tangan gemetar, telapak tangan dan wajah berkeringat, jantung berdebar lebih kencang dan keras, tarikan napas lebih cepat dan perut terasa tidak enak atau mungkin mual. Hal ini disebabkan sistem simpatik sedang in-action sebagai respon dari rasa takut dan tegang. Perasaan ini diterjemahkan sebagai suatu kondisi darurat dan secara refleks menyiapkan diri untuk memberi respon lawan atau lari (*fight or flight response*).

Sebaliknya, sistem parasimpatik mengakibatkan penurunan denyut jantung, tekanan darah, dan respons insting dari kondisi istirahat dan relaksasi. Respon parasimpatik mengakibatkan kitamenjadi lebih tenang dan nyaman.

Kedua sistem saraf, simpatik dan parasimpatik tidak bisa aktif bersamaan. Saat proses hipnosis dilakukan, yang terjadi sebenarnya adalah hipnotis mengaktifkan sistem saraf parasimpatik subjek sehingga subjek menjadi rileks dan nyaman. Hal ini sangat bermanfaat dalam melakukan terapi karena subjek akan tetap rileks, meskipun fobia atau traumanya sedang ditangani.

II.3.2 Pola Gelombang Otak

Riset terhadap kondisi hipnosis menunjukkan adanya perubahan pada gelombang otak. Perubahan gelombang otak sangat mempengaruhi perilaku manusia. Pada kondisi kesadaran normal, gelombang otak yang dominan adalah gelombang beta. Saat seseorang mulai dihipnosis terjadi pergeseran gelombang dari beta ke

alfa. Semakin dalam seseorang masuk ke kondisi hipnosis (trance), semakin rendah gelombang otaknya yaitu masuk ke theta yang dalam.

Hal menarik lain dari penelitian itu adalah orang tidak harus dihipnosis untuk bida masuk ke kondisi alfa atau theta. Seniman, musis, dan atlet, semuanya memproduksi pola gelombang alfa-theta. Rahib Budha atau individu yang menggunakan self hipnosis dan meditator yang berpengalaman dapat masuk ke kondisi alfa-theta dengan kondisi sadar, kapanpun mereka mau.

Apabila subjek hipnosis masuk ke dalam kondisi trance yang sangat dalam, ada kemungkinan bergeser dari theta yang sangat rendah (low theta) ke delta sehingga subjek tidak akan dapat mendengar atau merasakan apa-apa. Gelombang delta mewakili kondisi tidak sadar (unconscious). Kondisi ini sama dengan tertidur pulas.

Dari penjelasan di atas, disimpulkan bahwa hipnosis sebenarnya adalah suatu fenomena alamiah yang terjadi pada diri setiap orang.

II.3.3 Interaksi Otak Kiri dan Kanan

Hubungan kerja antara otak kiri dan kanan dengan hipnosis merupakan suatu penelitian yang cukup rumit dan memberi hasil yang agak bertolak belakang. Ada peneliti yang mengklaim bahwa kondisi trance merupakan akibat dari aktifitas otak kanan. Peneliti yang mendukung klaim ini beralasan bahwa saat kondisi trance, otak kanan lebih dominan dibanding otak kiri. Sedangkan dalam kondisi normal, otak kiri yang lebih dominan dari otak kanan.

Meskipun ada bukti bahwa perubahan aktifitas pada kedua belahan otak terjadi saat kondisi hipnosis, penelitian terkini menunjukkan bahwa pandangan yang menyatakan bahwa salah satu bagian otak lebih dominan adalah pandangan yang terlalu dini dan kurang tepat. Sehingga disimpulkan penomena hipnosis merupakan hasil interaksi otak kiri dan kanan. Semakin dalam trance, subjek semakin cenderung untuk menunjukkan perilaku interaksi yang rumit diantara keduabelahan otaknya.

II.4 PENGGUNAAN HIPNOTERAPI PADA PEMBEDAHAN

Esdaile (1845) seorang dokter Inggris menulis buku, *Mesmerism in India*. Ia bekerja di sebuah penjara di India dan melakukan lebih dari 3000 operasi tanpa menggunakan obat anestesi. Umumnya pada kondisi saat itu, 50% dari pasien akan meninggal. Ia melatih para asistennya serangkaian metode tertentu. Dengan metode tersebut, laju kematian dapat ditekan hingga hanya 5%. (kini diketahui penjelasan di balik fenomena ini, pada hipnoterapi, pendarahan dapat diminimalkan. Selain itu tubuh juga mengembangkan resistensi terhadap infeksi dan tidak mengalami dehidrasi). Kasus pencabutan gigi pertama menggunakan hipnoterapi dilakukan pertama kali pada tahun 1823. Proses melahirkan pada tahun 1826. Pada tahun 1880, dua sekolah hypnosis mulai didirikan. Charcot, seorang neurologist (terminologi awal untuk psikolog] di Perancis memberikan hipnoterapi pada dua belas wanita yang mengalami hysteria. Charcot memberikan demonstrasi pada saat hipnoterapi para pasien dapat berjalan dan melakukan banyak hal lainnya, namun mereka kembali kehilangan kemampuan tersebut ketika mereka berada pada kondisi normal. Charcot tidak sepenuhnya memahami hipnoterapi (ia menganggap hipnoterapi sangat berbahaya dan hanya kepada pasien yang secara mental sakit hipnoterapidapatdilakukan). Bernheim, seorang neurologist Perancis yang sangat terkenal, dan Liebeault, seorang dokter, membuat klinik di Nancy, Perancis. Mereka mengobati lebih dari 12.000 pasien menggunakan hypnosis, dan memperkenalkan konsep *suggestibility* dan *sexuality*. Selama Perang Dunia I dan II, hipnosis secara bertahap digunakan di bidang kedokteran yang sangat membantu dan terbukti berhasil penggunaannya pada para prajurit yang mengalami trauma dimana anestesi bahan kimiawi tidak cukup tersedia.

Pada tahun 1955, *British Medical Association* menyatakan bahwa hypnosis layak digunakan untuk mengobati hysteria dan digunakan sebagai anestesi. Tahun 1958, *American Medical Association* membuat pernyataan yang sama sekaligus mengkritik keras hypnosis yang ditujukan sebagai hiburan/pertunjukan (*stage*

performance). Tahun 1960, *American Psychology Association* membentuk dewan penilai kelayakan seorang hipnoterapi. Kini beberapa *Fakultas Kedokteran* dan *Kedokteran Gigi* telah memberikan mata kuliah hypnosis. Adapun universitas yang memiliki jurusan khusus hypnosis adalah *Universitas Pepperdine* di *California*.

. Ketika Jack dan Josephine Hilgard, berdasarkan berbagai kepustakaan membuat tulisan berjudul *Hipnosis ini the relief of pain* (Hilgard & Hilgard, 1975), mereka mencantumkan lebih dari dua kasus besar, yang diterbitkan antara tahun 1955 dan 1974, di mana hipnotis telah digunakan sebagai bahan analgesia tunggal atau obat anestesi pada operasi. Tapi sebagaimana laporan kasus yang dramatis tersebut, yang akhirnya desepakati bahwa tidak diterapkan pada lebih dari 10% pasien tanpa seleksi, dan kemungkinan lebih rendah, dapat ditoleransi pada prosedur invasif dengan hanya menggunakan hipnotis. Lebih dari itu, dalam pengamatan saya, telah dipublikasikan pada sejumlah kasus yang berbeda, tidak hanya pada individu yang diteliti, menggunakan hipnotis pada nyeri secara klinis. Utamanya pada laporan yang dibuat oleh Ralph di bulan Agustus pada seribu kasus kebidanan dan penelitian, Cangello pada nyeri kanker, keduanya diterbitkan di tahun 1961, dan sebuah perbandingan yang dibuat oleh Davidson tentang penggunaan hipnotis pada kelahiran bayi secara alami, yang diterbitkan pada tahun 1962.

Berdasarkan pada penelitian tersebut tersebut, Hilgard memperkirakan bahwa kira-kira separuh dari populasi pasien yang diteliti tersebut bisa mengalami nyeri, dan sepertiga diantaranya akan sembuh dari nyeri, dengan hanya menggunakan hipnotis. Akhir-akhir ini, Guy Montgomery membuat sebuah tulisan bersama rekan-rekannya yang merupakan kesimpulan dari hal tersebut di atas (Montgomery, DuHamel, dan Redd, 2000). Pengaruh hipnotis terhadap nyeri sangat besar, bahkan ketika tidak ada seleksi tertentu terhadap kemampuan hipnotis. Yang sama pentingnya, dalam konteks tersebut yaitu pengaruh hipnotis yang lebih besar dibidang klinis dibanding pada penelitian.

Khususnya pemberian Eter halogen dan narkotik pada ibu hamil akan menimbulkan resiko pada janin dan memiliki resiko terhadap pasien kanker bila

diberikan narkotik untuk pemakaian jangka panjang, dalam hal ini hipnotis merupakan satu-satunya alternatif yang bisa digunakan. Disamping itu, seiring dengan perkembangan jaman, beberapa penelitian klinik telah dikembangkan, dan hipnotis telah banyak digunakan oleh para dokter ahli. Dalam hal ini, kita dapat mengidentifikasi setidaknya ada tiga alasan penggunaan hipnotis.

Pertama, hipnotis merupakan analgesia yang tergolong aman, namun terkadang kurang sempurna, yang digunakan dalam bentuk Bigelow. Terdapat perbedaan respon terhadap analgesia hipnotik pada berbagai individu yang merupakan sugesti hipnotis saja ; dan sebagian besar pasien yang hanya mendapat hipnotis saja masih merasakan nyeri. Analgesia kimiawi dan bahan anestesi masih merupakan standar penanganan karena hasil yang lebih baik—lebih sempurna, tidak tertandingi dibandingkan hipnotis.

Kedua, hipnotis merupakan perkembangan baru dalam teknik anestesi dan dibidang kedokteran. Dibagian Kebidanan, misalnya, akibat meningkatnya operasi cesar oleh dokter, di mana sering dilakukan anestesi epidural. teknik sedasi ini sering digunakan pada pasien-pasien bedah dan pada tindakan lainnya, dengan membiarkan pasien tetap dalam keadaan terjaga dan tetap berkomunikasi dengan tim medis yang menanganinya. Untuk meminimalkan ketidaknyamanan akibat tindakan tersebut, serta untuk menimbulkan amnesia sesaat, analgesia yang dirasakan pasien, selama tindakan berlangsung maupun sesudahnya, juga membiarkan pasien tetap dalam kondisi terjaga untuk mengendalikan perasaannya. Hal ini merupakan salah satu alasan penggunaan hipnotis. Tapi apabila dokter lebih mampu mengendalikan efek tersebut dengan menggunakan obat, maka sebaiknya obatlah yang digunakan.

Ketiga, selama tahun 1950-an, pada saat hipnotis digunakan dalam kedaruratan medis, standar penelitian klinis pun berubah. Henry K. Beecher mulai membuat tulisan tentang efek placebo (misalnya, Beecher, 1955), di mana Walter Modell menuliskan tentang pentingnya cara pengacakan dengan menggunakan pembandingan di antara pengobatan tersebut (misalnya, Modell & Houde, 1958). Tidak

cukup untuk digolongkan sebagai teknik baru pada satu atau dua kasus, atau bahkan pada serangkaian kasus yang sulit, dan yang digunakan oleh para praktisi lainnya. Pada lingkungan kesehatan saat ini, yang didasarkan pada “pengobatan berdasarkan bukti” (menimbulkan banyak pertanyaan tentang jenis pengobatan yang telah digunakan), standar terbaik yang digunakan untuk membuktikan penggunaannya di klinik antara lain percobaan klinis dengan sistem acak dibandingkan dengan suatu kelompok kontrol yang mendapat placebo, atau menggunakan standar penanganan saat ini. Masih dibutuhkan banyak penelitian terhadap hal ini—sampai saat ini.

Hipnosis secara perlahan telah menunjukkan keberadaannya seiring dengan semakin meningkatnya penerimaan pada dunia medis. Hipnosis banyak digunakan dibidang seperti pengobatan dan olahraga untuk mengubah mekanisme otak manusia dalam menginterpretasikan pengalaman dan menghasilkan perubahan pada persepsi dan tingkah laku. Aplikasi hipnosis untuk tujuan perbaikan (*therapeutic*) dikenal sebagai hipnoterapi.

Hipnoterapi telah terbukti memiliki beragam kegunaan untuk mengatasi berbagai permasalahan yang berkenaan dengan emosi dan perilaku. Bahkan beberapa kasus medis serius seperti kanker dan serangan jantung, *hipnoterapi* mempercepat pemulihan kondisi seorang penderita. Hal ini sangat dimungkinkan karena hipnoterapi diarahkan untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan memprogram ulang penyikapan individu terhadap penyakit yang dideritanya.

Hipnoterapi sangat berguna dalam mengatasi beragam kasus berkenaan dengan kecemasan, ketegangan, depresi, phobia dan dapat membantu untuk menghilangkan kebiasaan buruk seperti ketergantungan pada rokok, alkohol dan obat-obatan. Dengan memberi sugesti, seseorang terapis dapat membangun berbagai kondisi emosional positif berkenaan dengan menjadi seorang bukan perokok dan penolakan terhadap rasa ataupun aroma rokok. Khusus untuk *phobia*, hipnoterapi digunakan untuk mereduksi kecemasan yang mengambil alih kontrol individu atas dirinya. Hal ini dapat diwujudkan dengan menciptakan suatu gambaran nyata tentang kondisi yang menyebabkan phobia namun individu tetap dalam kondisi

relax, sehingga membantu mereka untuk menyesuaikan ulang reaksi mereka pada kondisi yang menyebabkan phobia menjadi normal dan respon yang lebih tenang.

Hipnoterapi dapat digunakan untuk membawa orang mundur ke masa lampau untuk mengobati trauma dengan memberikan kesempatan untuk merubah fokus perhatian.

Berkaitan dengan pembelajaran, hipnoterapi dapat aplikasikan untuk meningkatkan daya ingat, kreativitas, fokus, merubuhkan tembok batasan mental (*self limiting mental block*) dan lainnya. Hal ini tentunya sangat penting dalam proses pembelajaran guna mencapai prestasi optimal.

II.5 HIPNOTIS DAPAT MENGATASI NYERI PADA SAAT PEMBEDAHAN

Elvira Lang dkk; yang banyak meneliti tentang efisiensi analgesia hipnotis dibanding klinik. Pada penelitian tersebut, pasien yang telah dijadwalkan mendapat tindakan diagnostik maupun terapi invasif, dikelompokkan secara acak pada salah satu dari dua keadaan: pasien dengan sedasi, menggunakan kombinasi midazolam dan fentanil, sebagai standar penanganan; dan sedasi tambahan tindakan hipnotis yang terdiri dari relaksasi dan menghilangkan sensasi terhadap nyeri.

Bagian pertama dari penelitian ini, diterbitkan pada tahun 1996, dalam skala yang kecil menggunakan 30 pasien yang mendapat pengobatan hipnotis dan tanpa hipnotis yang dikelompokkan secara acak (Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton dan Lee, 1996). Hanya 4 dari 16 pasien yang berada dalam keadaan terhipnotis, dibanding 13 dari 14 pasien pada kelompok kontrol, yang mendapat pengobatan selama tindakan tersebut. Pasien yang mendapat hipnotis cukup diberikan obat dalam jumlah kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Disamping itu, pasien yang terhipnotis merasakan nyeri dan cemas lebih ringan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Menariknya, terdapat juga sedikit tindakan tambahan pada kelompok kontrol oleh karena timbulnya ketidakstabilan hemodinamik. Pada berbagai hasil yang diteliti, kelompok hipnotis masih menguntungkan. Sayangnya, ukuran sampel pada penelitian ini masih tergolong kecil untuk menunjukkan hasil yang diperoleh dari penggunaan cara pengobatan ini terhadap nyeri dan kecemasan.

Namun, beberapa tahun belakangan Lang telah melaporkan sebuah penelitian yang berskala lebih besar, menggunakan 241 pasien yang dibagi dalam 3 kelompok (Lang dkk., 2000). Pada penelitian ini, seluruh pasien mendapat bahan sedasi standar; sepertiga diantaranya mendapat pengobatan hipnotis, sepertiga lainnya mendapat pengawasan berskala, dan sisanya merupakan kelompok kontrol. Pada kasus ini hipnotis ditambahkan untuk mengatasi nyeri dibandingkan sedasi saja, khususnya pada separuh dari pelaksanaan tindakan tersebut.

Hipnotis juga efektif untuk mengurangi kecemasan

Kelompok hipnotis membutuhkan lebih sedikit pengobatan dibanding kelompok kontrol.

Terdapat sedikit kerugian pada hipnotis dan hanya dibutuhkan sedikit waktu untuk melaksanakannya. Pada berbagai variabel, hipnotis menjadi tindakan utama, jadi hipnotis hanya efisien; tapi juga memiliki efek yang spesifik pada hipnotis. Kedua penelitian ini dilakukan secara bersamaan tapi menggunakan satu dari 12 kriteria bagian yang menggunakan pengobatan (Chambless dan Ollendick, 2001): terdapat dua kelompok yang diuji untuk membuktikan hipnotis menjadi standar utama pada pengobatan; tindakan hipnotis dijelaskan secara rinci; dan karakter sampel yang dinilai juga ditentukan. Kriteria yang tetap hanyalah efek yang ditunjukkan oleh dua peneliti atau tim peneliti yang berbeda. Sebenarnya kriteria tersebut telah digunakan pada penelitian terdahulu, sebagaimana yang telah dibuat oleh Hilgard. Tapi pada kenyataannya terdapat serangkaian penelitian yang dilakukan oleh peneliti berkebangsaan Belgia, yang menggunakan istilah “hipnosedasi” sebagai tindakan tambahan pada sedasi (Faymonville, Meurisse dan Fissette, 1999).

Terdapat satu penelitian, yang membandingkan 218 kasus bedah endokrin dengan menggunakan hipnosedasi terhadap 121 kasus yang hanya menggunakan anestesi umum (Meurisse dkk., 1999). Yang menarik, ternyata kurang dari 1 % pasien pada kelompok hipnotis yang membutuhkan anestesi umum, anestesi lokal dan sedikit sedasi—untuk dapat menghasilkan efektivitas dari hipnotis. Hasil yang ditunjukkan intra operasi—waktu operasi, pendarahan, dll.—pada kedua kelompok tersebut tidak dapat dibedakan. Tapi pada hasil pasca operasi menunjukkan hipnotis

yang diinginkan: nyeri berkurang dan kebutuhan analgesia hanya diberikan pada hari pertama pemulihan, kekuatan otot besar, kelemahan pasca operasi lebih rendah, resiko muntah pasca operasi lebih kurang, masa perawatan lebih singkat, pemulihan cepat dan kenyamanan pasien lebih besar.

Sayangnya, penelitian di Belgia tersebut tidak menghadirkan sebuah kesepakatan, namun menganjurkan hal ini tidak boleh dipertentangkan. Prinsip pemberian informed consent sulit diperoleh, dan pada keadaan lain biasanya tidak dilakukan pemilihan pasien yang akan mendapat hipnotis, yang seharusnya penting dilakukan untuk menghindari timbulnya bias. Oleh karena itu, pada penelitian Lang yang menggunakan sistem acak, hal tersebut dirasa perlu dilakukan. Tanpa hal itu, hipnotis dapat digolongkan sebagai “mungkin efisien”. Lanjut dari pada itu, kita dapat menggunakan penelitian dengan cara acak, pada berbagai macam tindakan bedah dan kelompok diagnostik yang berbeda, untuk menguji analgesia hipnotik pada kriteria keempat dan terakhir sebagai suatu teknik penanganan nyeri yang efektif dan khas. Tapi hal ini terbukti lebih unggul : tidak ada metode lain yang dapat diterima selain hipnotis, yang digunakan bersama dengan analgesia kimiawi dan obat anestesi yang merupakan standar penanganan. Hipnotis bukan termasuk kelompok pengobatan alternatif, tapi merupakan suatu pelengkap pada anestesi kimiawi yang efektif.

II.6 HIPNOSIS DAPAT MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN

Pada penelitian lain, tentang penggunaan hipnotis dalam meningkatkan kualitas anestesi yang diberikan, tidak hanya pada efisiensi dan efektifitas pembiayaannya. Tetapi pasien juga dapat lebih mengontrol dirinya ; kurangnya komplikasi yang ditimbulkan; mengurangi resiko nyeri dan muntah, dan pemulihan yang lebih cepat. Lah ini tidak terlalu mengejutkan, karena pada penelitian yang dilakukan di Belgia, hipnotis terbukti meningkatkan tingkat kepuasan pasien.

Penelitian Lang dan Rosen melakukan analisis pembiayaan terhadap sedasi sadar IVE standar dibandingkan dengan sedasi sadar intravena yang disertai relaksasi *selfhipnotic*. Mereka menemukan bahwa rata-rata biaya setiap kasus pada

sedasi standar adalah \$638 sedangkan pada sedasi dan hipnosis rata-rata \$300. Ini memberikan selisih biaya 338 perkasus. Untuk 82 kasus di mana hipnotis digunakan diperoleh penghematan biaya sekitar \$27.700.

Berdasarkan pada kepustakaan tersebut, (Kihlstrom, 2000), hipnotis telah melewati 4 kali pengujian : efektifitasnya, di mana obat yang diberikan dengan tambahan hipnotis lebih dapat mengatasi nyeri dibanding dengan tanpa tambahan hipnotis. Di bidang klinik hal ini dipertahankan dalam sebuah bentuk dasar ilmu pengetahuan, disamping hal lainnya, yang merupakan suatu pengobatan yang khas, berbeda dengan placebo maupun tindakan psikososial lainnya. Lebih efektif dalam segi pembiayaan, memiliki biaya tindakan yang lebih rendah. Serta meningkatkan kualitas pelayanan. Sejumlah penelitian serupa didapatkan bahwa hipnotis tidak akan bertahan lama sebagai penunjang terhadap pengobatan konvensional. Tetapi akan menjadi suatu standar penanganan terbaru. Dan seiring dengan tujuan tersebut, lebih dari 150 tahun yang akan datang kita akan mengetahui makna dari perkataan Robert Liston:

Drugs plus hypnosis, sir, beat drugs alone hollow .

II.7. NYERI

Pada dasarnya nyeri adalah reaksi fisiologis karena merupakan reaksi protektif untuk menghindari stimulus yang membahayakan tubuh. Tetapi bila nyeri tetap berlangsung walaupun stimulus penyebab sudah tidak ada berarti telah terjadi perubahan patofisiologi yang justru dapat merugikan tubuh.¹⁵

Menurut *International Assosiation for Study of Pain (IASP)*, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosi yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi rusak atau tergambarkan sebagai adanya kerusakan semacam itu.^{9,10,16} Sedangkan Bruyn

(dikutip dari Tiro) mendefinisikan nyeri adalah pengalaman subyektif yang melibatkan reaksi saraf otonom dan pertahanan tubuh dan dapat memerlukan unsur emosional melalui lintasan neuronal dengan perantaraan sirkuit hipotalamus, sistim limbik dan daerah korteks asosiasi. ¹⁷

Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh, terlebih lagi setiap perasaan nyeri dengan intensitas sedang sampai kuat disertai oleh rasa cemas dan keinginan kuat untuk melepaskan diri atau meniadakan perasaan itu. Sifat ini menunjukkan dualitas nyeri yaitu merupakan sensasi dan emosi. ^{10,15}

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri adalah tempat pembedahan, jenis kelamin, kepribadian, umur, pengalaman pembedahan sebelumnya, suku, ras dan warna kulit, motivasi pasien, kecemasan, depresi, status pendidikan, riwayat menderita nyeri dan riwayat penggunaan analgetik sebelumnya. ^{9,11,18}

Secara klinis nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan : ⁹

1. Perjalanannya : Nyeri akut dan kronik

Nyeri kontinyu dan intermitten

2. Asalnya : Nyeri somatik dan viseral
3. Sensasinya : *Burning, stabbing* dan *colicky*
4. Nyeri psikogenik

Mekanisme nyeri diawali dengan adanya kerusakan jaringan sebagai sumber rangsang nyeri sampai dirasakannya sebagai persepsi nyeri yang memiliki

serangkaian peristiwa elektrofisiologis yang secara kolektif disebut sebagai nosisepsi.^{5,8,14}

Terdapat 4 proses fisiologis yang terjadi dalam suatu nosisepsi yaitu :^{5,8,14}

1. Transduksi

Merupakan proses dimana suatu rangsang nyeri diubah menjadi aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf sensoris. Rangsang ini dapat berupa rangsang fisik (tekanan), suhu (panas) dan kimia (substansi nyeri).

2. Transmisi

Transmisi dimaksudkan sebagai penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke talamus oleh traktus spinothalamikus sebagai neuron kedua dari talamus.

3. Modulasi

Adalah proses dimana terjadi antara sistem analgesia endogen dengan asupan nyeri yang masuk kornu posterior. Jadi merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak seseorang. Analgesik endogen ini meliputi opioat endogen, serotonergik dan noradrenergik yang memiliki kemampuan menekan asupan nyeri di kornu posterior. Kornu posterior ini dapat diibaratkan sebagai pintu gerbang yang dapat tertutup atau terbuka dalam menyalurkan asupan nyeri. Proses modulasi ini dipengaruhi oleh pendidikan, motivasi, status emosional dan

kultur seseorang. Proses modulasi inilah yang menyebabkan persepsi nyeri menjadi sangat subyektif masing-masing orang.

4. Persepsi

Adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks yang dimulai dari proses transdukksi, transmisi dan modulasi yang menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

Penelitian laboratorium menunjukkan bahwa menyusul suatu trauma atau operasi maka input nyeri dari perifer ke sentral akan mengubah ambang reseptor nyeri baik di perifer maupun sentral (kornu posterior medulla spinalis). Kedua reseptor tersebut di atas akan menurunkan ambang nyerinya yaitu sesaat setelah terjadi input nyeri.¹⁵

Dalam keadaan normal rangsang kuat akan dirasakan sebagai nyeri (pain) sebaliknya rangsang lemah dirasakan sebagai bukan nyeri (no pain). Rangsang kuat dirambatkan oleh serabut serabut kecil yaitu A β yang bermielin dan serabut C yang tidak bermielin, sedangkan rangsang lemah dirambatkan oleh serabut saraf besar yaitu serabut A α yang bermielin.^{9,10}

Dengan demikian dalam keadaan normal terdapat 2 saraf yang berjalan paralel, dimana saraf kecil hanya menerima rangsang kuat yang bertanggung jawab terhadap nyeri dan saraf besar hanya menerima rangsang lemah yang bertanggung jawab terhadap rangsang bukan nyeri.^{9,10}

Akan tetapi dalam keadaan dimana terdapat kerusakan jaringan atau proses inflamasi keadaannya menjadi lain. Dalam keadaan ini rangsang lemah (rabaan)

pada daerah perlukaan yang dalam keadaan normal tidak menimbulkan nyeri sekarang menjadi nyeri yang dalam klinik dikenal sebagai allodinia. Disamping rangsang kuat pada daerah sekitar perlukaan dirasakan sebagai nyeri yang hebat dan berlangsung lama walaupun rangsang telah dihentikan yang dalam klinik disebut sebagai hiperalgesia. Kedua perubahan tersebut merupakan konsekuensi terjadinya hipersensitivitas perifer dan sentral menyusul suatu input nyeri yang kontinyu. Perubahan sifat saraf ini dikenal dengan plastisitas susunan saraf. ^{9,10}

Obat-obat analgetik anti inflamasi non steroid (AINS) dapat menekan proses transduksi yang berarti dapat menekan proses sensitisasi perifer yang pada gilirannya mengurangi rasa nyeri. Kerusakan jaringan akan melepaskan asam arakidonat. Dengan bantuan enzim siklo-oksigenase diubah menjadi prostaglandin yang merupakan salah satu substansi nyeri. Pada dasarnya hampir semua obat-obat AINS merupakan antagonis dari enzim siklo-oksigenase yang menyebabkan terhambatnya pembentukan prostaglandin. ^{9,10,15}

Sensitisasi sentral terjadi di kornu posterior sebagai akibat masuknya asupan nyeri dari perifer ke kornu posterior. Suatu asupan nyeri yang berkepanjangan akan menyebabkan terjadinya depolarisasi berkepanjangan (hiperekstibilitas) yang selanjutnya menyebabkan hipersensitivitas dari kornu posterior yang disebut sensitisasi sentral. Sensitisasi sentral inilah yang menyebabkan suatu rangsang lemah (yang dihantarkan oleh serabut A₂) yang normal tidak menyebabkan nyeri, sekarang menyebabkan nyeri (allodinia). ^{9,10}

Perasaan nyeri sulit sekali untuk dinilai karena merupakan sensasi yang subyektif.⁹ Cara penilaian nyeri dalam praktek sehari-hari dilakukan secara subyektif dengan membedakan nyeri berdasarkan derajatnya yaitu nyeri ringan, sedang dan berat. Atau dapat juga menggunakan :⁹

1. *Adjective rating scale (ARS)*

Tidak nyeri - nyeri ringan - nyeri sedang - nyeri hebat - nyeri paling hebat (tidak tertahankan).

2. *Numeric rating scale*

Derajat nyeri diberi angka mulai angka 0 – 10, dimana angka 0 tidak nyeri dan angka 10 nyeri paling hebat.

3. *Visual analog scale*

Derajat nyeri digambarkan pada garis rentang sepanjang 10 cm, ujung sebelah kiri bila tidak nyeri dan ujung paling kanan bila nyeri hebat.

II.3. BLOK PARASERVIKAL

Pemberian anestesi blok para servikal merupakan salah satu alternatif penanganan nyeri pada tindakan kuretase. Blok paraservikal adalah metode yang relatif sederhana untuk penanganan nyeri pada uterus dan serviks.¹⁸⁻²⁰ Di Amerika serikat sebagian besar tindakan abortus dilakukan di luar rumah sakit karena biayanya jauh lebih murah dibanding dengan di rumah sakit. Anestesi umum biasanya tidak diperlukan. Penanganan nyeri yang digunakan adalah dengan blok

paraservikal, ditambah dengan sedatif intravena dan analgetik. Penggunaan anestesi umum pada tindakan kuretase akan meningkatkan risiko perforasi, trauma visceral, perdarahan, tindakan histerektomi dan kematian. ^{4,18,20}

Blok paraservikal mengatasi nyeri dengan memblok saraf aferen pada paraservikal atau pleksus Frankenhauser yang mempersarafi vagina bagian atas, serviks dan uterus. Sebelum memberikan anestesi selalu sediakan peralatan resusitasi dan tahu bagaimana cara memberikan pertolongan darurat. ^{19,21}

Teknik pemberian blok paraservikal adalah pasien dalam posisi litotomi untuk memudahkan pemeriksaan serviks. Jarum yang sering digunakan adalah jarum berukuran 22. Beberapa teknik penyuntikan anestesi lokal telah dikemukakan. Pada awalnya 2 suntikan dibuat dengan setengah dosis pada posisi serviks jam 3 dan setengah lainnya pada jam 9. Lalu beberapa penulis menganjurkan penyuntikan anestesi lokal pada posisi serviks jam 4 dan 8, yang akan menempatkan jarum lebih jauh dari pembuluh darah uterus. Teknik standar yang dianjurkan adalah ⁷:

Langkah 1 : setelah dipastikan tidak ditemuinya riwayat alergi bahan anestesi atau obat-obatan lain yang dipergunakan dalam prosedur ini, hisap 10-20 ml lidokain 1% ke dalam tabung suntik.

Langkah 2 : gunakan jarum 3,5 sm (1,5 inchi), ukuran 22 untuk menyuntikkan anestesi local. Bila akan dilakukan penjepitan dengan tenakulum, infiltrasikan 1 ml bahan anestesi pada bibir atas serviks (yang dipresentasikan oleh speculum), posisi jam 11.00 atau 01.00.

Langkah 3 : dengan tenakulum (atau klem ovum) lakukan sedikit penarikan dan dorongan pada serviks sehingga batas serviks dan vagina, tampak dengan jelas.

Bagian tersebut merupakan tempat penyuntikan anestesi local.

Langkah 4 : tusukkan jarum hingga mencapai bawah epitel serviks, tarik pendorong untuk melakukan aspirasi (untuk memastikan ahwa jarum tidak memasuki pembuluh darah).

Langkah 5 : suntikkan 2 ml anestesi local dibawah epitel serviks dengan kedalaman sekitar 2-3 mm pada posisi jam 3, 5, 7 dan 9 . Apabila disuntikkan dengan benar, akan tampak penimbunan bahan anestesi di bawah epitel.

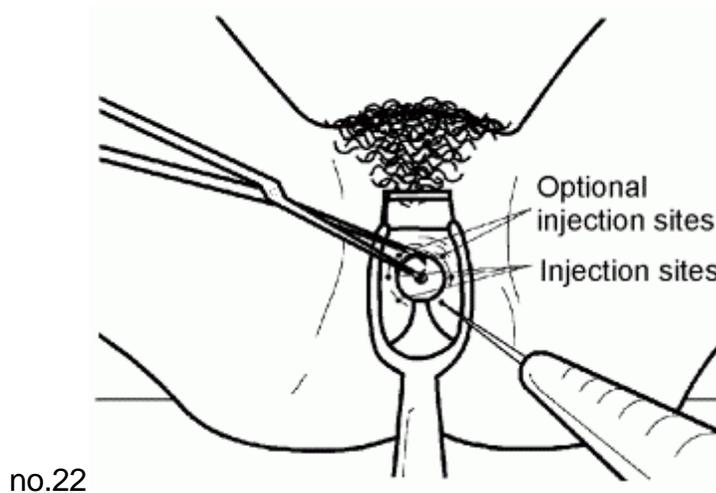
Langkah 6 : setelah penyuntikan pada semua tempat selesai, tunggu selama 2-4 menit agar bahan anestesi mencapai efek yang maksimal.

King dan Sherline (dikutip dari Costelo) menganjurkan penyuntikan obat dalam jumlah yang sama pada 4 tempat sekeliling serviks yaitu jam 4 dan 8, jam 5 dan 7, untuk lebih mengurangi risiko tersuntiknya sejumlah besar anestesi lokal dekat pembuluh darah. Penelitian menunjukkan bahwa walaupun lokasi penyuntikan bervariasi, penyebaran anestesi lokal tetap sama di sekeliling uterus. ²¹ Glantz dan Shomento (dikutip dari Leclair) dalam sebuah penelitian melaporkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pengurangan rasa nyeri terhadap perbedaan tempat penyuntikan. ¹⁹

Dahulu para ahli menetapkan untuk menunggu 10 –15 menit sebelum memblok sisi lain dari serviks. Sebuah penelitian yang lebih baru mendapatkan

bahwa tidak ada peningkatan risiko komplikasi ketika penyuntikan sisi kontralateral dilakukan secepatnya. Penurunan nyeri pada blok paraservikal dimulai dalam 2 – 5 menit.²¹ Phair dkk dan Rawling dan Wiebe dalam penelitian yang berbeda melaporkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan skor nyeri terhadap perbedaan interval waktu antara penyuntikan dan tindakan.^{18,19}

Dikutip dari kepustakaan



Keberhasilan teknik ini bervariasi sesuai dengan pengalaman operator. Pengurangan nyeri lengkap terjadi pada 80 % pasien, pengurangan nyeri parsial terjadi pada 10 – 15 % pasien dan nyeri tidak berkurang pada 5 – 10 % pasien. Blok paraservikal dapat diulangi dalam 30 menit jika pasien belum merasa nyaman.²¹

Terbatasnya waktu efek analgesik dari blok parasevikal merupakan kekurangan yang utama dari teknik ini. Epinefrin mempunyai sedikit efek pada durasi bupivakain dan mepivakain tetapi memperpanjang efek analgesik dari lidokain dan 2-

kloroprokain. Penambahan epinefrin ke dalam anestesi lokal dapat menyebabkan vasokonstriksi uterus dan menurunkan aktivitas uterus.²¹

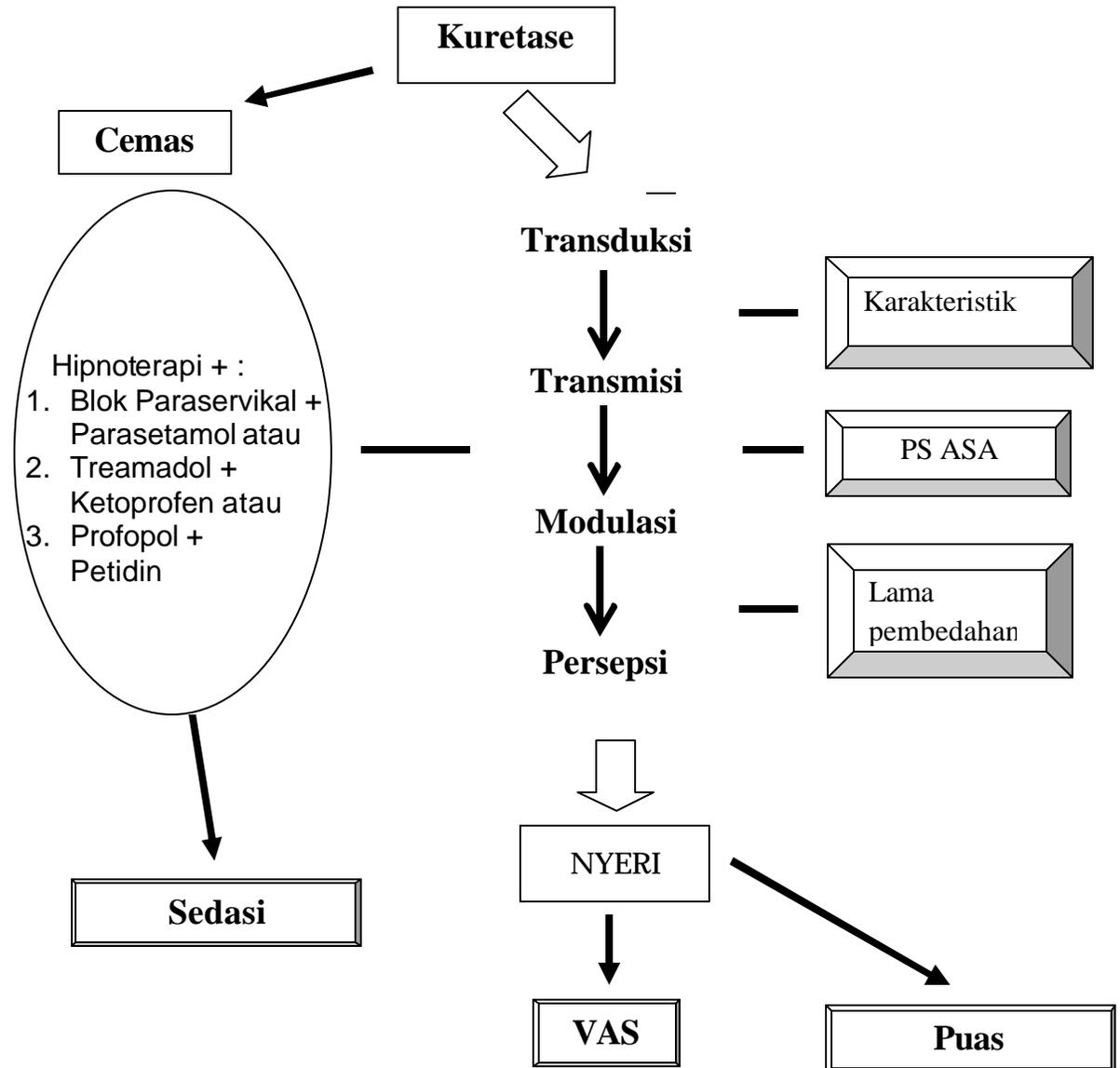
Komplikasi blok paraservikal jarang terjadi. Toksisitas sistemik anestesi lokal biasanya muncul sebagai iritabilitas sistem saraf pusat. Gejala-gejala ini tidak menetap, tetapi seseorang harus dipersiapkan untuk menerima bantuan ventilator atau sirkulator jika diperlukan. Hematom paraservikal atau laserasi vagina dapat terjadi tetapi biasanya merupakan akibat yang tidak seberapa. Laserasi pembuluh darah dan perdarahan bisa juga terjadi pada blok paraservikal.^{19,21} Abses gluteal dan retrosoas setelah blok paraservikal juga pernah dilaporkan. Abses dapat timbul beberapa jam sampai beberapa hari setelah blok. Keluhan utama biasanya adalah nyeri paha berat dan pembatasan gerakan paha serta demam. Pengobatan awal meliputi pemberian antibiotik untuk gram positif maupun organisme anaerob. Jika diagnosis terlambat dan telah terbentuk abses yang luas pembedahan debridemen dilakukan. Neuropati juga dapat terjadi, dimana gejalanya dapat terjadi 12 jam sampai 10 hari yaitu pasien mengeluh nyeri bokong yang berat pada sisi yang dikenai dengan penyebaran ke bawah permukaan posterior kaki dan ketidakmampuan bergerak. Infeksi dapat menimbulkan gejala yang serupa. Sebuah massa biasanya dapat diraba di atas daerah sakroiliaka. Pengobatan meliputi analgesik dan pergerakan dini, penyembuhan dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan.²¹

Dalam suatu penelitian secara acak, Wiebe (dikutip dari Leclaire) melaporkan bahwa tidak ditemukan adanya komplikasi seperti perdarahan, laserasi pembuluh

darah, hematoma atau toksisitas lidokain pada pemberian anestesi blok paraservikal dengan teknik penyuntikan yang dalam.¹⁹

Untuk pilihan anestesi lokal beberapa peneliti menganjurkan penggunaan anestesi lokal ester amida untuk blok paraservikal karena metabolismenya yang cepat dan potensial rendah terhadap toksisitas.²¹

BAB III
KERANGKA KONSEP



○ = Variabel bebas

▭ (shaded) = Variabel kontrol

— = Variabel antara

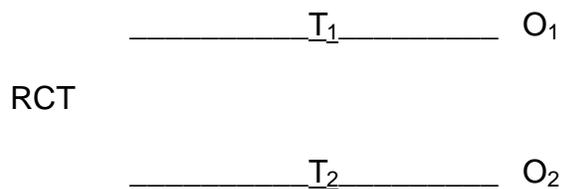
▭ (double border) = Variabel tergantung

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

IV.1. Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang dipakai pada penelitian ini adalah *single blind randomized clinical trial* dengan rancangan *two groups post test*, dengan model sebagai berikut:



Keterangan:

RCT : Randomized Clinical Trial

T₁ : perlakuan dengan hipnoterapi + (blok paraservikal lidokain 1% + paracetamol tab(Bp) atau tramadol IV+ketoprofen supp(Tr))

T₂ : perlakuan dengan TIVA

O₁ : Output pada kelompok T1

O₂ : Output pada kelompok T2

IV.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kamar bersalin di beberapa rumah sakit yaitu RS Wahidin Sudirohusodo, RS Pelamonia, RSIA St Fatimah, RS

Bayangkara, RS Islam Faisal, RS Ibnu Sina dan RSB St Maryam yang dilaksanakan pada bulan November 2006 sampai dengan Oktober 2007.

IV.3. Subyek Penelitian

Sampel penelitian diambil secara *consecutive sampling* yaitu semua ibu direncanakan untuk tindakan kuretase serta bersedia mengikuti penelitian.

IV.4. Populasi dan Sampel

a. Populasi adalah :

Ibu yang datang di kamar bersalin dengan rencana tindakan kuretase.

b. Sampel adalah :

Sejumlah kasus dengan tindakan kuretase yang memenuhi kriteria penelitian.

IV.5. Besar Sampel

Besaran sampel diharapkan 30 pasien

IV.6. Kriteria Sampel

IV.6.1. Kriteria inklusi: Penderita yang akan menjalani kuretase abortus inkomplit

1. Usia 20-40 tahun.
2. Tidak ada gangguan jiwa
3. PS. ASA 1-3.

4. Dapat berkomunikasi verbal
5. Setuju ikut serta dalam penelitian
6. Diizinkan oleh dokter obstetri dan ginekologi.

IV.6.1. Kriteria eksklusi:

1. Tidak dapat mencapai kondisi relaksasi

IV.7. Cara Kerja

Penderita yang memenuhi kriteria, telah menyetujui dan menandatangani lembar persetujuan, menjalani prosedur persiapan yang berlaku.

Dilakukan percakapan pendahuluan yang berisi penjelasan prosedur tindakan sambil menilai dan menanyakan skor cemasnya yang dilanjutkan dengan merelaksasikan untuk menghilangkan rasa cemasnya dengan teknik pernapasan abdominal sambil mengfixasi mata pasien pada tangan kiri penghipnotis. Dilanjutkan relaksasi progresif pada seluruh tubuh. Setelah tercapai relaksasi yang ditandai pernapasan menjadi pelan dan teratur sertalengan yang lemas diikuti induksi untuk mencapai kondisi trance. Kondisi trance diperdalam dilanjutkan sugesti glove anestesi pada daerah seputar kelamin. Laludibangunkan sejenak setelah memberikan jangkar untuk induksi berikutnya jika operator telah siap atau akan dibawa masuk ruang tindakan. Setelah siap dilakukan induksi ulang untuk membuat pasien terhipnotis Trance (kondisi mirip tidur) dilanjutkan teknik imaginer dengan membayangkan tempat yang disenangi sambil memposisikan pasien dengan sikap litotomi dilanjutkan pemberian anestesi blok paracervikal yang dipremedikasi 1 jam sebelumnya dengan

paracetamol atau tramadol IV yang sebelumnya dipremedikasi 1jam sebelum tindakan dengan ketoprofen 100mg suppositoria atau anestesi tiva (propofol 10-20mg dan petidin 30 mg). Selanjutnya dilakukan kuretase dan saat tindakan kuretase selesai pasien dibangunkan dengan prosedur membangunkan yang benar. Selama prosedur dinilai skor sedasi pasien. Berikutnya dilakukan penilaian skor nyeri, kepuasan pasien dan dokter setelah lima sampai 30 menit pasca kuretase.

Anestesi blok paraservikal dengan cara sebagai berikut:

- Siapkan 10 ml 1% lidokain tanpa adrenalin
- Penderita baring dalam posisi litotomi
- Dengan satu tangan masukkan spekulum sim's secara vertikal ke dalam vagina, setelah itu putar ke bawah sehingga posisi bilah menjadi transversal
- Minta asisten untuk menahan spekulum bawah pada posisinya
- Dengan sedikit menarik spekulum bawah (hingga lumen vagina tampak jelas) masukan bilah spekulum atas secara vertikal kemudian putar dan tarik ke atas sehingga jelas terlihat serviks
- Minta asisten untuk memegang spekulum atas pada posisinya
- Bersihkan jaringan dan darah dalam vagina (dengan kapas antiseptik yang dijepit dengan cunam tampon), tentukan bagian serviks yang akan di jepit (jam 11 dan 13)
- Jepit serviks dengan tenakulum gigi satu gigi satu pada tempat yang telah ditentukan

- Tempat penyuntikan adalah daerah antara epitel serviks dan dinding vagina
- Suntikkan 1 ml lidokain sedalam 3 mm, pada arah jam 3, 5, 7 dan 9 sebelumnya lakukan aspirasi untuk memastikan tidak masuk ke pembuluh darah
- Lanjutkan dengan tindakan kuretase

IV.8. DEFINISI OPERASIONAL

Nyeri : nyeri yang dirasakan subyek yang diukur dengan cara subyektif menggunakan Adjective Rating Scale (ARS) yaitu 0 = Sangat Nyeri 1 = Nyeri Sedang, 2 = Nyeri ringan, 3 = tidak nyeri.

Rescue analgetik diberikan jika penderita merasakan nyeri sedang yaitu nilai ARS dibawah 2 . Hal ini akan diberikan fentanyl 1µg/kg BB Intravena.

Skor cemas dinilai dengan : 0 = Sangat cemas, 1 = cemas, 2 = cukup cemas, 3 = tidak cemas

Skor sedasi dinilai dengan : 0 = tidak tidur, 1 = relaks, 2 = tidur, 3 = Tidur dalam.

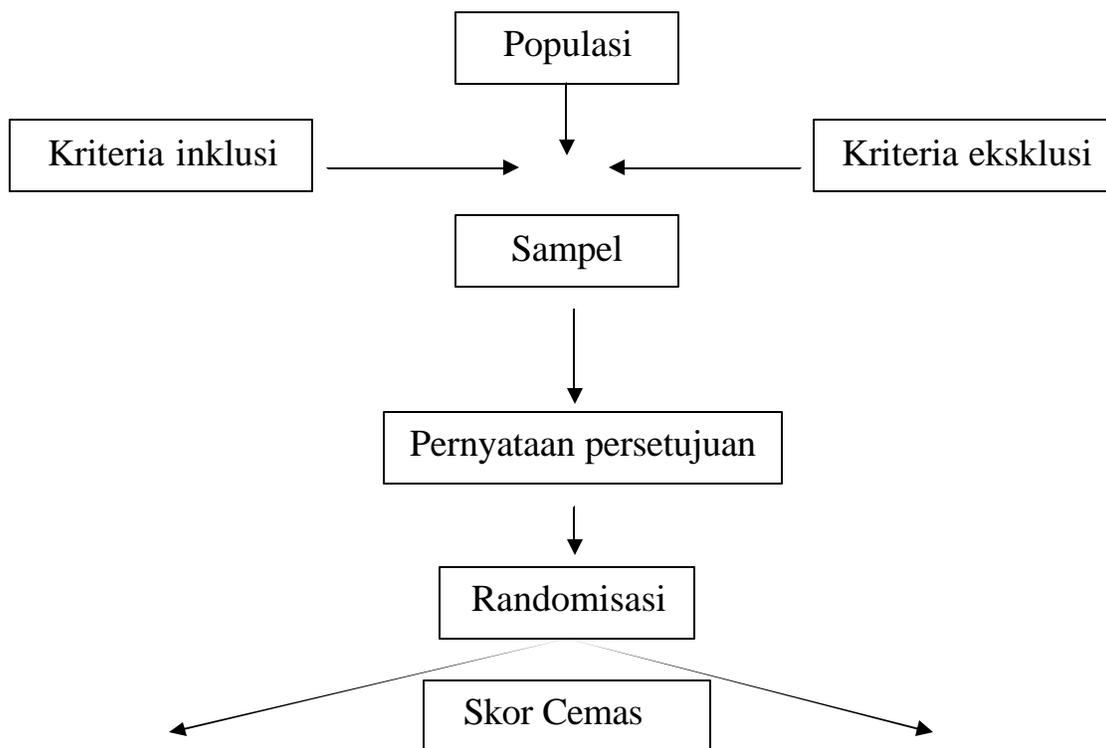
Skor kepuasan pasien dan dokter dinilai dengan : 0 = tidak puas, 1 = cukup puas, 2 = puas, 3 = sangat puas.

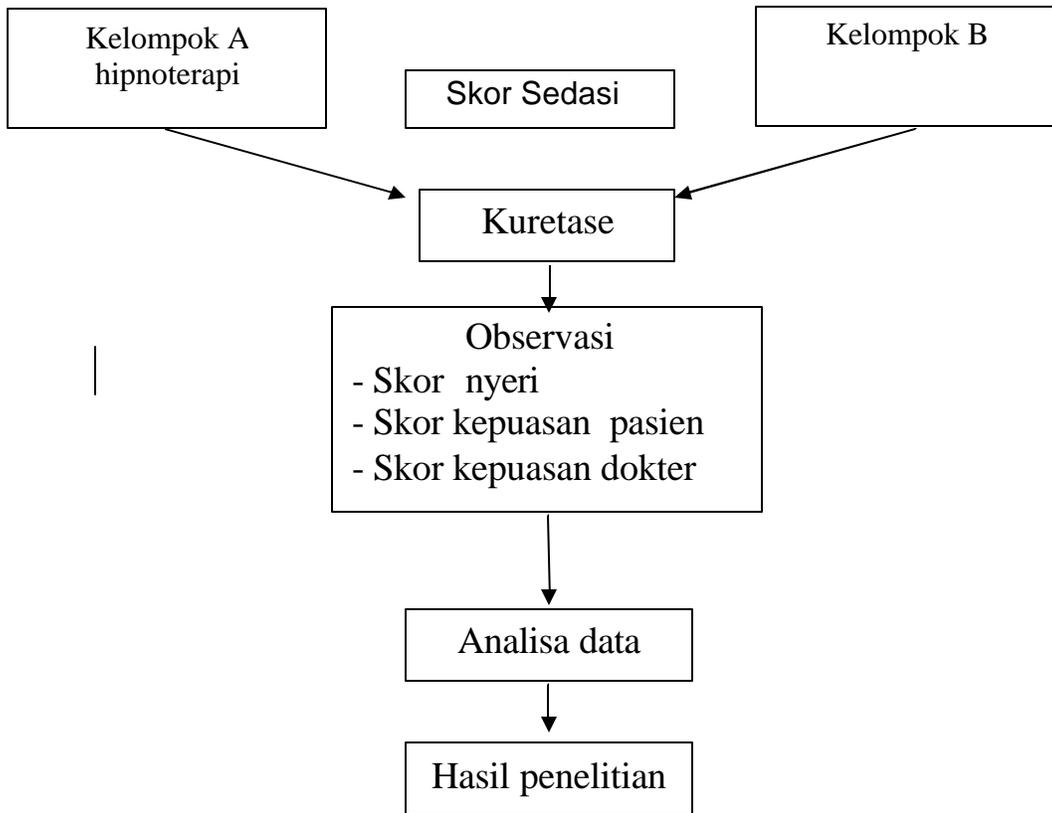
IV.8. Pengolahan dan Penyajian Data

Data penelitian dicatat dalam formulir penelitian, kemudian diolah dengan *SPSS for Windows* memakai uji nonparametrik U-Mann Whitney dengan pertimbangan data ordinal dan jumlah sampel kurang dari 30.

Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel dan grafik disertai penjelasannya.

IV.9. Alur penelitian





BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

V.1 Hasil Penelitian

Telah dilakukan penelitian terhadap 26 pasien wanita usia 22-40 tahun dengan diagnosa retensi plasenta 1 pasien dan abortus inkomplit 25 pasien yang dilakukan kuretase. Dari 26 pasien, 18 pasien diberikan hipnoterapi sebagai suplemen anestesi dan 8 pasien mendapat prosedur standar baku anestesi intravena yang diperlakukan sebagai kontrol. Dari 18 pasien dengan hipnoterapi, 6 pasien mendapat anestesi dengan Teknik TIVA (GA) dan 9 pasien blok paraservikal lidokain 1% + parasetamol tablet 500 mg (BP) serta 3 pasien tramadol intravena + ketoprofen suppositoria (TR).

Tabel 1:

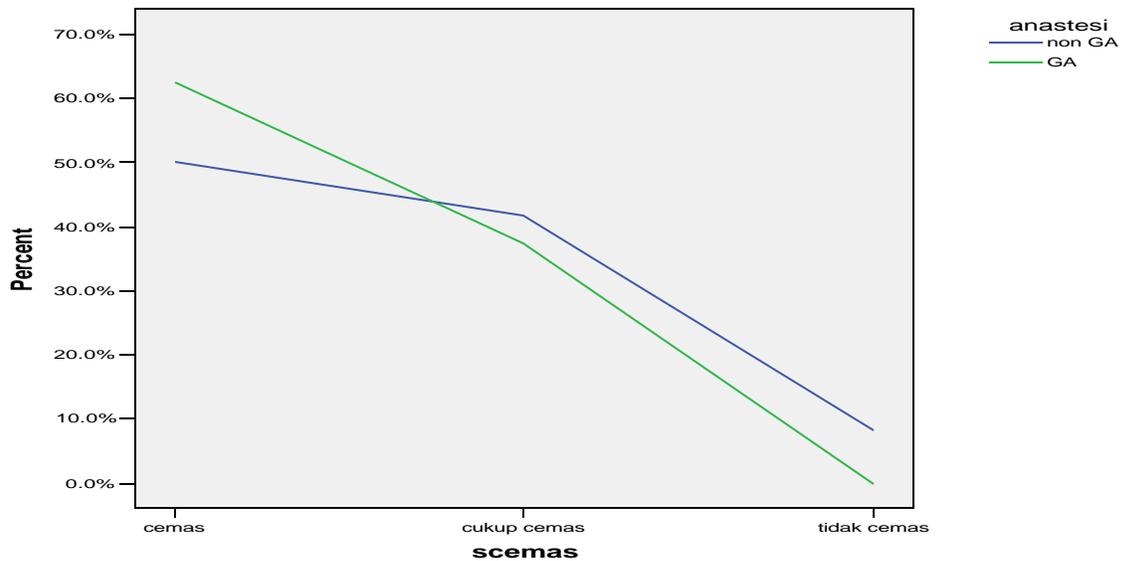
no	age	Anestesi	SC	SN	PP	PD	SS	total -sc	anestesi	diagnosis
1	40	1	1	3	3	3	3	12	Bp	retensi plasenta
2	22	1	1	3	2	3	2	10	Bp	abort.inkomplit
3	25	1	2	3	3	3	2	11	Bp	abort.inkomplit
4	27	1	2	3	2	2	1	8	Bp	abort.inkomplit
5	26	1	1	3	2	3	3	11	Bp	abort.inkomplit
6	25	1	1	2	2	2	2	8	Bp	abort.inkomplit
7	23	1	1	3	2	3	3	11	bp	abort.inkomplit
8	35	1	3	2	1	2	1	6	Bp	abort.inkomplit
9	36	1	1	3	2	3	3	11	Bp	abort.inkomplit
10	25	1	2	3	2	3	3	11	Tr	abort.inkomplit
11	27	1	2	3	2	3	3	11	Tr	abort.inkomplit
12	31	1	2	2	2	2	1	7	tr	abort.inkomplit
13	25	2	1	3	2	3	3	11	ga	abort.inkomplit
14	26	2	1	3	2	3	3	11	ga	abort.inkomplit
15	28	2	1	3	2	3	3	11	ga	abort.inkomplit
16	32	2	2	3	2	3	3	11	ga	abort.inkomplit
17	34	2	1	3	3	3	3	12	ga	abort.inkomplit
18	35	2	2	3	3	3	3	12	ga	abort.inkomplit
19	29	2	1	3	3	2	3	11	ga	abort.inkomplit
20	34	2	2	3	2	2	3	10	ga	abort.inkomplit

Skor Cemas : 0 = sangat cemas 1 = cemas 2 = cukup cemas 3 = tidak cemas
 Skor puas : 0 = tidak puas 1 = cukup puas 2 = puas 3 = sangat puas
 Skor sedasi : 0 = tidak tidur 1 = relaks 2 = Tidur 3 = tidur dalam
 Skor nyeri : 0 = sangat nyeri 1 = nyeri 2 = cukup nyeri 3 = tidak nyeri

GA = general anastesi dengan TIVA
 Bp = Block para servikal Lidokain 1% + parasetamol
 Tr = tramadol + ketoprofen supp

Pasien dengan metode standar (TIVA GA) tanpa hipnoterapi dibandingkan dengan metode non-GA (BP dan TR) dengan hipnoterapi. Dari 18 pasien dengan hipnoterapi, 6 dikuretase dengan metode GA sehingga dikeluarkan dari analisis. Berikut hasil analisis penelitian 20 pasien yang terdiri dari 8 pasien dengan GA, 12 dengan non-GA + hipnoterapi.

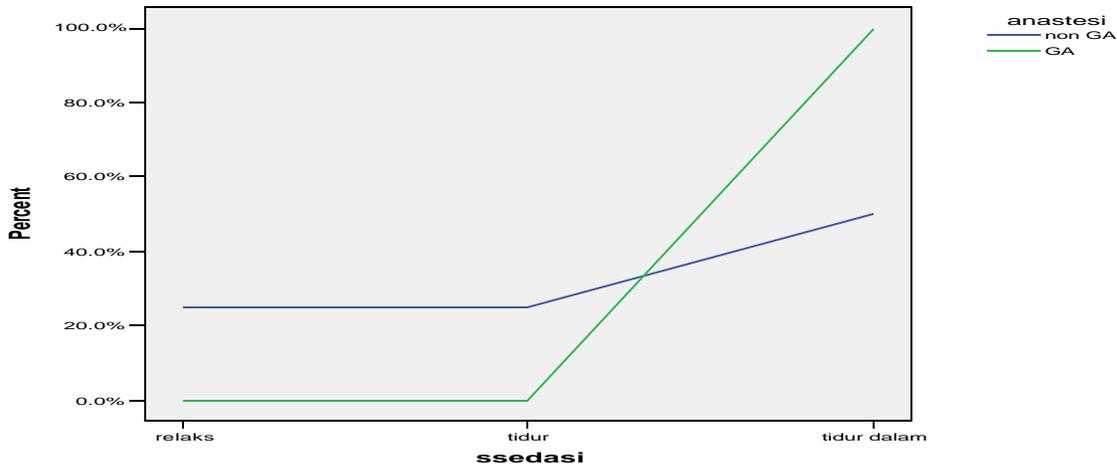
Grafik 1. Analisis skor cemas kelompok GA dan non-GA



Pada grafik 1, memperlihatkan skor cemas sebelum tindakan kuretase hampir tidak ada perbedaan. Pada kelompok non-GA adalah cemas 50%, cukup cemas 42% dan tidak cemas 8%. Sedangkan GA adalah cemas 62%, cukup cemas 38% dan tidak

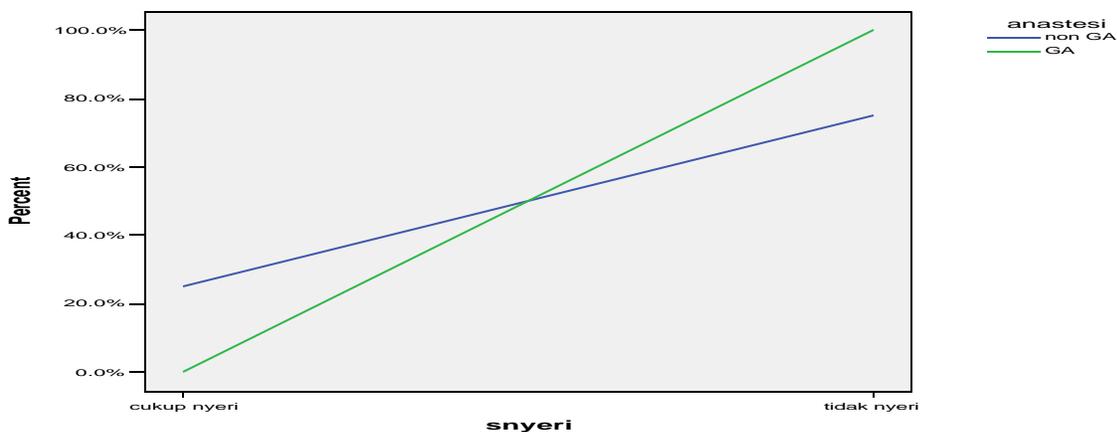
cemas 0%. Dengan analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan $p > 0,05$ ($p = 0,510$) sehingga dapat diasumsikan pengaruh kecemasan terhadap respon nyeri akibat kuretase pada kedua kelompok sama dan memungkinkan untuk dibandingkan.

Grafik 2. Analisis skor sedasi



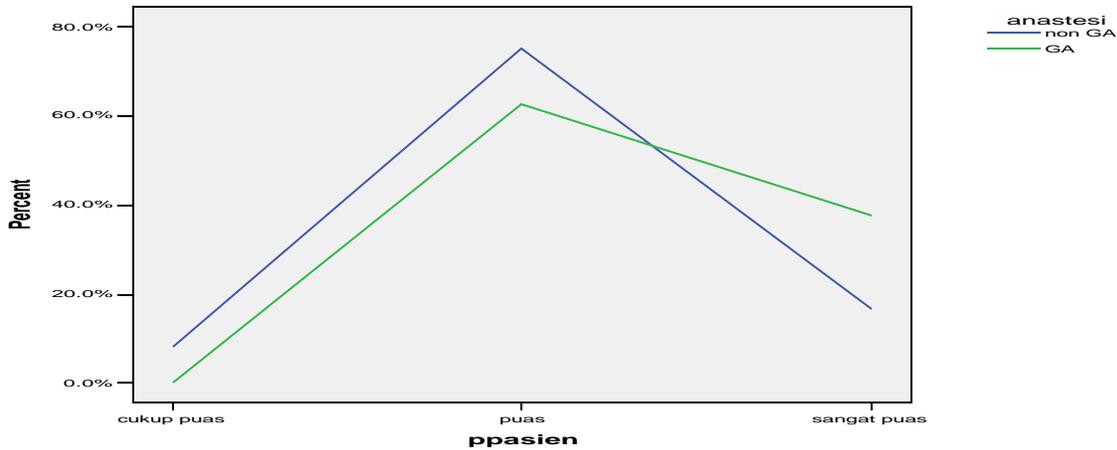
Grafik 2. Tampak GA lebih superior dibanding non-GA dengan skor sedasi pada kelompok yang mendapat hipnosis adalah rileks 3 pasien (25 %), tidur 3 pasien (25%) dan tidur dalam 6 pasien (50%) sedang kelompok kontrol tidur dalam 8 pasien (100%). Dengan analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan ada perbedaan yang bermakna dengan $p < 0,05$ ($p = 0,022$).

Grafik 3. Analisis skor nyeri



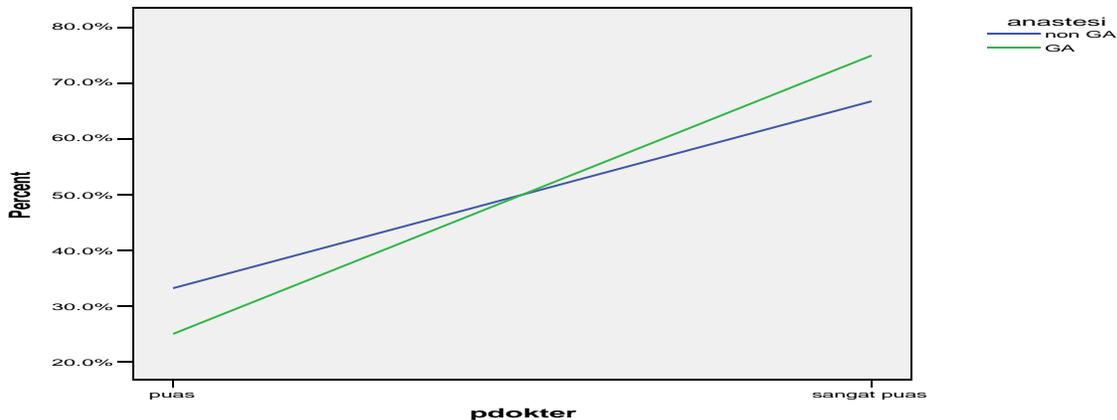
Grafik 3. Memperlihatkan skor nyeri pada kelompok GA tidak nyeri 100% sedangkan non-GA adalah tidak nyeri 76% (10 pasien) dan nyeri ringan 24% (2 pasien). Namun analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan $p > 0,05$ ($p = 0,135$).

Grafik 4. Analisis skor kepuasan pasien



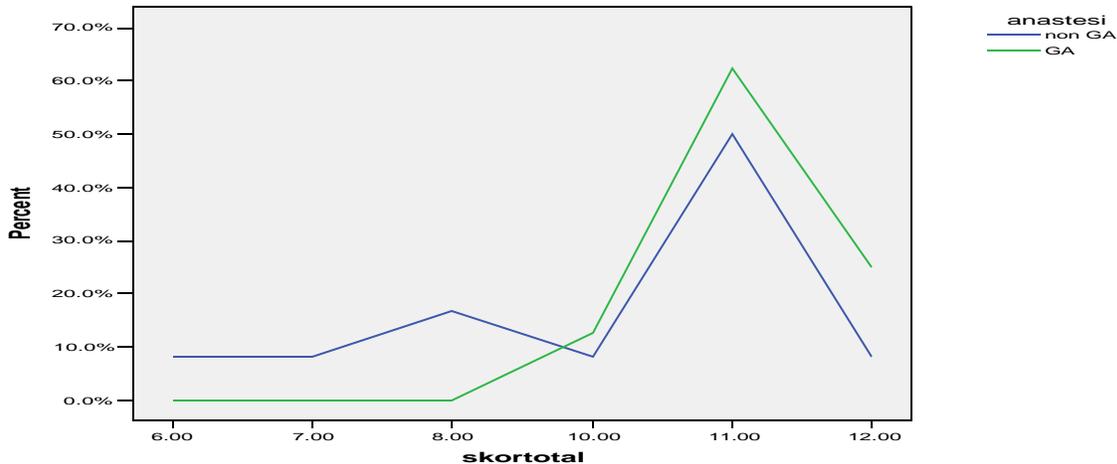
Grafik 4 memperlihatkan skor kepuasan pasien hampir sama. Pada kelompok non-GA cukup puas 1 pasien (8,3%), puas 9 pasien (75%) dan sangat puas 2 (16,7%). Sedangkan GA puas 5 pasien (62,5%), sangat puas 3 pasien (37,5%). Namun analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan $p > 0,05$ ($p = 0,229$).

Grafik 5. Analisis skor kepuasan dokter



Grafik 5 memperlihatkan skor kepuasan dokter hampir sama pada kedua kelompok. Di mana kelompok GA sangat puas 6 pasien (75%) dan puas 2 pasien (25%) sedangkan kelompok non-GA sangat puas 8 pasien (66,7%) dan puas 4 pasien (33,3%). Namun analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan $p > 0,05$ ($p = 0,698$).

Grafik 6. Analisis total skor



Grafik 6 memperlihatkan skor secara total hampir sama pada kedua kelompok. Tetapi GA tetap sedikit lebih superior namun analisis statistik U-Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan $p > 0,05$ ($p = 0,99$).

V.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa secara umum tehnik standar TIVA pada kuretase masih menunjukkan superioritas dibanding tehnik non-TIVA plus hipnoterapi, walaupun analisis statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Dari semua item yang dianalisis hanya skor sedasi yang berbeda bermakna ($p < 0,05$). Hal ini mengingat TIVA secara langsung berpengaruh pada kesadaran pasien, di mana ciri umum TIVA adalah tidur yang dalam. Sementara pemberian anastesi lokal atau analgesik hanya bekerja pada nyeri pasien dan suplementasi hipnoterapi menambah efek tersebut. Perbedaan ini juga disebabkan pada hipnoterapi terdapat tingkat kedalaman sedasi yang bergantung pada individu. Suplemen hipnosis pada tindakan

bedah dan anastesi lokal mempunyai potensi yang cukup besar digunakan sebagai metode alternatif anastesi umum serta pada tindakan prosedur singkat, keterbatasan fasilitas tenaga anastesi terlatih, sarana dan biaya. Hal ini juga terlihat pada 6 pasien dengan TIVA + hipnoterapi, di mana obat yang diberikan menggunakan dosis minimal dibanding dengan dosis standar (propofol 10-20 mg + petidin 30mg) yang berdampak pada pemulihan kesadaran yang lebih cepat dan efek samping yang lebih kurang. Penggunaan hipnoterapi juga membuat paramedis merasa terbantu dengan berkurangnya waktu pengawasan pasca tindakan. (pengamatan personal, data tidak ditunjukkan dan dikeluarkan dari analisis).

Gomez dan Gaitan (2004)³² yang membandingkan blok paraservikal dengan *psychological support* pada tindakan abortus tidak terdapat perbedaan secara klinis maupun statistik saat tindakan dengan 50% mendapat skor tinggi atau 7 dari *visual analog pain scale* 0-10. *Psychological support* yang dilakukan pada penelitian tersebut adalah setiap pasien didampingi oleh seorang pekerja sosial sebelum, selama dan setelah kuretase. Dimana diinformasikan pada pasien tentang kamar tindakan, tugas setiap paramedis yang ada di ruangan tindakan dan penjelasan secara rinci tentang seluruh tindakan yang akan dilakukan. Kondisi psikologis dan emosi pasien diidentifikasi dan ditanggapi dengan tepat. Hal ini dapat memicu pelepasan analgesik opiat endogen pada individu sehingga proses modulasi pada nosisepsi dihambat.

Beberapa penelitian yang membandingkan teknik anastesi blok paraservikal dengan teknik anastesi lain, seperti penelitian yang dilakukan oleh Sunarhadi dkk (2005) yang membandingkan keefektifan anastesi blok paraservikal dengan anastesi intravena total (diazepam dan petidin) dalam tindakan kuretase, mendapatkan hasil saat tindakan derajat nyeri pada blok paraservikal sebanding dengan anastesi intravena, tetapi secara bermakna derajat nyeri blok paraservikal setelah tindakan lebih rendah. Lama pemulihan anastesi blok paraservikal lebih pendek secara bermakna dibanding anastesi intravena. Dan efek samping yang ditemukan lebih sedikit pada anastesi blok paraservikal.³¹

Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhan dkk (2002) yang membandingkan anastesi blok paraservikal dan anastesi intravena pada nyeri kuretase

abortus inkomplit, mendapatkan hasil secara keseluruhan tindakan blok paraservikal dirasakan lebih memberi ketenangan bagi operator untuk melakukan tindakan kuretase. Efek samping yang ditimbulkan pada pemakaian kedua jenis perlakuan ini tidak berbeda secara statistik. Biaya yang dikeluarkan untuk intravena ternyata sembilan kali lebih besar dibandingkan blok paraservikal.¹⁴

Berbagai penelitian telah dikembangkan pada berbagai prosedur medik seperti Dr. Elvira Lang melakukan biopsi mamma dengan bantuan hypnosis menemukan penurunan kecemasan, nyeri paska tindakan, pasien tidak bergerak sehingga membuat prosedur mudah dilakukan, dan dibanding dengan prosedur standar costnya lebih murah hingga \$137,50. Dr. Sebastian Schulz-Stubner, Anestesiolog pada Iowa State University menemukan 48 pasien yang diberikan hypnosis ketika mengalami bedak elektif dengan Lokal anestesi secara sukses dihypnosis tanpa membutuhkan obat sedasi. Calipel S, Lucas Polomeni yang membandingkan hypnosis dengan midazolam sebagai premedikasi pada anak menyimpulkan hypnosis efektifis sebagai premedikasi dalam mengurangi kecemasan, terutama selama induksi anestesi dan mengurangi gangguan tingkah laku selama 1 minggu pertama pasca operatif. Faymonoville ME, Fissette J, Mambourg PH, menemukan kesuksesan hypnosis sebagai sedasi tambahan pada prosedur badah plastic. Memberikan pengurangan nyeri dan kecemasan lebih baik dibanding sedasi intravena konvensional yaitu midazolam dan alfentanil. Demikian juga kepuasan pasien.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1 Kesimpulan

Hipnoterapi sebagai suplemen analgesia memberikan efektifitas yang mendekati standar baku anestesi umum teknik TIVA pada tindakan kuretase.

VI. 2 Saran

Perlu dipertimbangkan penggunaan hipnoterapi sebagai suplemen analgesia pada penatalaksanaan nyeri tindakan kuretase terutama pada daerah dengan sarana terbatas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Abortion. In : Williams obstetrics. 21st ed. New York : McGraw-Hill company. 2001. p. 855 – 82
2. Dutta DC. Haemorrhage in early pregnancy. In : Konar H. editor. Text book of obstetrics. 4th ed. Calcutta : New central book agency. 1998. p. 170– 215
3. Saifudin BA, Adrianz G, Wiknjastro GH, Waspodo D. Perdarahan pada kehamilan muda. Dalam : Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Edisi I. Jakarta : Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo bekerja sama dengan jaringan nasional pelatihan klinik kesehatan reproduksi – POGI; 2002. h. 145 – 52
4. Pernoll ML. Early pregnancy complications. In : Benson & Pernoll's handbook of obstetrics & gynecology. 10th ed. New York : McGraw-Hill. 2003. p. 295 – 320
5. Valley VT, Williams LJ. Abortion, incomplete. In : Alson R, Talavera F, Zwanger M, Halamka J, Adler J. editors. Juli 2002.p. 134-57.
6. Regan L, Clifford. Sporadic and recurrent miscarriage. In : Chamberlain G, Steer PJ editors. Turnbull's obstetrics. 3th ed. London : Churchill Livingstone. 2001. p. 117 – 25
7. Affandi B, Adrianz G, Fahir IM. Abortus. Dalam: paket pelatihan klinik asuhan pasca keguguran. Panduan penatalaksanaan klinik dan pengorganisasian pelayanan. Ed. II. Jakarta. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi-POGI. AVSC International;2001. h. 2-1 – 2-10.
8. Wibowo B. Kelainan dalam lamanya kehamilan. Dalam: Prawirohardjo S, wiknjastro H, Sumapraja S, Saufuddin BA, editor. Ilmu kebidanan. Edisi kedua. Jakarta : Yayasan bina pustaka; 1984. h. 258-69.
9. Dutta DC. Operative obstetrics. In : Konar H. editor. Text book of obstetrics. 4th ed. Calcutta : New central book agency. 1998. p. 164-85
10. Berek JS. Family planning. In : Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 1999. p. 276 – 85
11. Wahyudi. Nyeri akut. Dalam : Simposium penanganan nyeri. Pertemuan ilmiah berkala XII dan reuni alumni FKUH. Makassar ; Bagian anesthesiologi dan terapi intensif FKUH/RSUP dr.Wahidin Sudirohusodo; 2000. h. 8 - 12
12. Tanra H. Prinsip dasar pengelolaan nyeri. Dalam : Simposium penanganan nyeri. Pertemuan ilmiah berkala XII dan reuni alumni FKUH. Makassar ; Bagian anesthesiologi dan terapi intensif FKUH/RSUP dr.Wahidin Sudirohusodo; 2000. h. 1 - 7
13. Kaput JA. Perbandingan efek analgesik supositoria ketoprofen dan tetes petidin pada nyeri pasca seksio sesar di beberapa rumah sakit di Ujung Pandang. Tesis. Ujung Pandang : Bagian obstetric dan ginekologi FKUH. 1991.

14. Ramadhan T, Hartati, Byrin A, Aziz Z, Adriaansz, Bahar E. Perbandingan anestesi blok paraservikal dan anestesi intravena pada nyeri kuretase abortus inkomplit. *Maj Obstet ginekol indones* 2004; 28. h. 68
15. Bangsawan N, Palisuri M. Evaluasi beberapa kasus abortus di RSUD Labuang Baji (1 Januari – 31 Desember 1998). Dalam : Kumpulan makalah bebas kongres obstetric dan ginekologi XI. Semarang. 1999.
16. Nawir N, Palisuri M. Beberapa aspek kasus abortus di RSUD Labuang Baji (1 Januari – 31 Desember 2001). Dalam : Kumpulan makalah bebas PIT XIII POGI. Malang. 2002.
17. Rehatta NM, Sulistyono H, Dwianto HA. Pengelolaan nyeri dan stress perioperatif. Dalam : Wirjoatmodjo K. editor. *Anestesiologi dan reanimasi modul dasar untuk pendidikan S1 kedokteran*. Jakarta : direktorat Jendral pendidikan tinggi departemen pendidikan nasional; 2000. h. 112 – 29
18. Anonim. Fisiologi nyeri. Dalam : *Buku kuliah anestesiologi*. Ujung Pandang : Bagian anestesiologi FKUH; 1999. h. 136 – 43
19. Tiro E. Efek analgesik dan efek samping bupivakain dan lidokain yang diinfiltrasi pada luka bedah seksio sesar. Tesis. Ujung Pandang : Bagian obstetri dan ginekologi FKUH. 1992.
20. Phair N, Jensen JT, Nichols MD. Paracervical block and elective abortion : the effect on pain of waiting beetwen injection and procedure. *Am J obstet gynecol*. 2002; 186. p. 1304 - 7
21. Leclair C. Anesthesia for office endometrial procedures : a review of the literature. *Current women's health reports*. 2002; 2. p. 429 - 33
22. Vloka JD, Hadzic A, Drobnik L. Nerve blocks in the pregnant patient. In : Birnbach DJ, Gatt SP, Datta S editors. *Textbook of obstetric anesthesia*. London : Churchill Livingstone. 2000. p. 693 - 703
23. Costello D. Peripheral nerve blocks for labor and delivery. In : *Obstetric anesthesia*. Philadelphia : Lippincott company. 1993. p. 276 – 85
24. Sunaryo. Anestetik lokal. Dalam : Gan S, Setiabudi R, Syamsuddin U editor. *Farmakologi dan terapi*. Edisi 3. Jakarta : Bagian farmakologi FKUI; 1987. p. 234 – 47
25. Rao AS, Cardoso M, Inbasegaran K. Morphin sparing effect of ketoprofen after abdominal surgery. *Anesthesia and intensive care*. 2000; 28. p. 22 - 6
26. Debruyne D, Ligny BH, Ryckelynck JP, Albesard F, Moulin M. clinical pharmacokinetics of ketoprofen after single intravenous administration as a bolus or infusion. *Clinical Pharmacokinetics*. 1987; 12. p. 214 – 41
27. Barnhart E, Orudis. *Phisicians' desk reference*. 42th ed. Oradel : Medical economics company. 1988. p. 2288 – 90
28. Insel PA. Analgesic antypiretic and antiinflamatory agents and drugs employed in the treatment of gout. In : Hartman JG, Limbird LE, Molinoff P, ruddon RW editors. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis therapeutics*. 9th ed. New York : McGraw-Hill company. 1996. p. 617 - 57

29. Wilman PF. Analgesik antipiretik, analgesik anti inflamasi nonsteroid dan obat pirai. Dalam : Gan S, Setiabudi R, Syamsuddin U editor. Farmakologi dan terapi. Edisi 3. Jakarta : Bagian farmakologi FKUI; 1987. p. 183–97
30. Wong OL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Ahmar E, DiVito-Thomas PA. Whaley and Wong's nursing care of infants and children. 6th ed. St. Louis, Mo : Mosby-year book, Inc 1999 : 1153. Copyrighted by Mosby-year book, Inc. Reprinted by Permission.
31. Adi W. Gunawan. Hypnosis; The Art of Subconscious Communication. Edisi III, PT.Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.2005
32. James H. Stewart MD. Hypnosis in Contemporary Medicine. Department of Internal Medicine and Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic College of Medicine. <http://www.mayoclinicproceeding.com>
33. Calipel S, Lucas Polomeus MM, Wodey E, Ecoffey C, Premedication in Children ; Hypnosis versus midazolam. Pediatric Anaesth 2005;15:275-18
34. Engvist B. Bjorkluud C, Engman M, Jakobsson J, Preoperative Hypnosis Reduces Postoperative Vomiting after surgery of breast. A Prospective, Randomized and blinded study. Acta Anaesthesiol Scand 1997;41:1028-32
35. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Roediger L, Jois J, Larry M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. Reg Anaesth;20:145-51
36. F. Kildstrom; Hypnosis in Surgery: Efficacy, Specificity and Utility Schulz. Stabber S: Clinical Hypnosis Instead of drug-based sedation for procedures under regional anesthesia. Reg Anaesth Pain Med 2002 Nov-Dec;27(6):622-3
37. Anonym. Women Cope Better with Breast Biopsy when Hypnosis Used. <http://www.medicalneustudy.com>
38. Haleh Saadat, MD, Jacqueline Drummond-Lewis, MD, Inna Maranets, MD. Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients. Anesth Analg 2006;102:1394-6
39. Burrows, Graham D.; Stanley, Robb O.; Bloom, Peter B. *International Handbook of Clinical Hypnosis* [ISBN 0-471-97009-3](https://doi.org/10.1002/9781118444444).
40. Fricker, Janet; Butler, John; *Secrets of Hypnoterapi* [ISBN 0-7513-1203-7](https://doi.org/10.1002/9781118444444)
41. Olness, Karen; Kohen, Daniel P. *Hypnosis and Hypnoterapi With Children* [ISBN 1-57230-054-X](https://doi.org/10.1002/9781118444444)