

Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D

Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik

Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

E-mail: tantut_s.psik@uenj.ac.id



Materi: Complementary/Alternative Therapies Nurses Care: A Lesson Study in Japan

Pokok Bahasan Materi

1. Konsep Complementary/Alternative Medicine (CAM)
2. Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada praktik keperawatan
3. Perkembangan Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada layanan keperawatan di Jepang
4. Bentuk pelayanan home visit dengan Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Jepang
5. Pilihan aplikasi Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Indonesia

A. Pendahuluan

Perkembangan penggunaan terapi komplementer dan alternatif oleh masyarakat di Indonesia mengalami peningkatan. Terapi komplementer dan alternatif berdasarkan hasil Riskesdas Tahun 2013 menunjukkan proporsi rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional adalah 30,4% dengan jenis pelayanan yang paling banyak digunakan adalah keterampilan tanpa alat sebesar 77,8% dan ramuan sebesar 49% (Ministry of Health Indonesia, 2013). Kondisi ini menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional mempunyai potensi yang cukup besar untuk dikembangkan dan perlu mendapat perhatian yang serius dari sistem pelayanan kesehatan untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 48 menyatakan bahwa salah satu dari 17 upaya kesehatan komprehensif adalah Pelayanan Kesehatan Tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2009). Sementara itu, Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a). Berdasarkan kedua hal tersebut, maka penggunaan pelayanan kesehatan tradisional dalam hal ini terapi komplementer dan alternatif dapat dilakukan di Indonesia sebagai bagian dari upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan dapat menggunakan terapi komplementer dan alternatif sebagai salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan. UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan terutama Pasal 30 Ayat 2 sub ayat menyebutkan “Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan

alternatif” (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b). Hal ini perlu direspon oleh perawat komunitas dalam menjalankan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) untuk menggunakan terapi komplementer dan alternatif dalam memberikan pelayanan pada masyarakat, baik pada kunjungan rumah, asuhan keperawatan pada kelompok khusus, maupun asuhan keperawatan pada masyarakat.

B. Konsep Complementary/Alternative Medicine (CAM)

Apa itu *Complementary and alternative medicine* (CAM). CAM merupakan keberagaman dari kelompok sistem perawatan medis dan kesehatan, praktik, dan produk yang saat ini tidak dianggap sebagai bagian dari pengobatan konvensional (NCCAM, 2012, p. 1; (Lindquist, Snyder, & Tracy, 2014). CAM didefinisikan sebagai pendekatan perawatan kesehatan yang dalam penggunaannya berdasarkan dari luar obat yang telah ditentukan (*mainstream*).” Berbagai bentuk CAM telah banyak dilakukan dan dilaporkan dalam berbagai studi. Walaupun dalam penggunaan CAM mengalami penurunan, sering dengan munculnya antibiotik pada awal 1900-an dan kemudian kembali populer pada tahun 1970an. WHO telah mencatat bahwa berbagai bentuk CAM telah berfungsi sebagai praktik kesehatan utama di negara-negara berkembang selama bertahun-tahun dan berkembang di seluruh dunia dan di negara-negara yang menggunakan obat-obatan konvensional lebih dominan (Kramlich, 2014).

Walaupun *The National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) umumnya menerapkan pendekatan kesehatan pelengkap sebagai sebutan istilah untuk spektrum praktik yang luas dari CAM, tetapi dalam pelaksanaan terdapat perbedaan dalam berbagai pendekatan (Kramlich, 2014), sebagai berikut:

- Komplementer: penggunaan pendekatan non *mainstream* bersama dengan obat-obatan konvensional
- Alternatif: penggunaan pendekatan non *mainstream* sebagai ganti obat konvensional
- Tradisional: sistem penyembuhan budaya yang telah berlangsung selama ribuan tahun
- Integratif: integrasi praktik non *mainstream* ke dalam perawatan medis konvensional dan promosi kesehatan

Tabel 1. NCCAM Classification for Complementary Therapies and Examples of Therapies

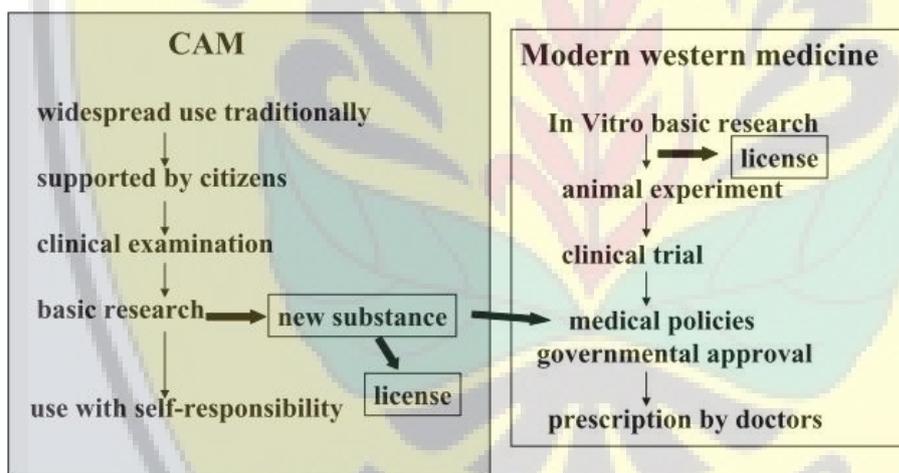
Classification	Definition	Examples
Natural Products	Therapies use substances found in nature	Herbal medicine (botanicals), vitamins, minerals, dietary supplements, probiotics
Mind–Body Therapies	Interventions use a variety of techniques to enhance the mind’s ability to affect body functions and symptoms	imagery, meditation, yoga, music therapy, prayer, journaling, biofeedback, humor, Tai Chi, art therapy, acupuncture
Manipulative and Body-Based Therapies	Therapies are based on manipulation or movement of one or more parts of the body	chiropractic medicine, massage, bodywork such as rolfing
Energy Therapies*	Therapies focus on the use of energy fields such as magnetic and bio-fields that are believed to surround and permeate the body.	healing touch, therapeutic touch, Reiki, external Qi gong, magnets
Systems of Care*	Whole systems of care are built on theory and practice and often evolved apart from and earlier than Western medicine. Each has its own therapies and practices.	traditional Chinese medicine, Ayurvedic, naturopathy, and homeopathy.
Traditional Healers*	Healers use methods from indigenous theories, beliefs, and experiences handed down from one generation to the next	Native American healer or shaman

*Categorized by the NCCAM as Other Practices and not as a distinct category. Source: NCAAM (2012); (Lindquist et al., 2014).

Kenapa complementary and alternative medicine (CAM) sangat diminati oleh konsumen? Beberapa faktor yang memungkinkan adalah (Suzuki, 2004):

- CAM sangat mudah untuk dimengerti dan dikenali
- CAM merupakan non-invasive dengan sedikit efek samping
- CAM membantu meningkatkan kualitas hidup (QOL) atau aktivitas sehari-hari (ADL)
- CAM membantu mempertahankan kesehatan sendiri secara pribadi
- Pengobatan modern Barat tidak seluruhnya memberikan respon sesuai kebutuhan pasien
- Tren perkembangan pendekatan pengobatan yang lebih holistic
- Biaya pengobatan yang semakin meningkat

Domain kajian CAM harus dipelajari menggunakan metode penelitian ilmiah berdasarkan perkembangan riset kedokteran barat modern. Walaupun, prosedur verifikasi untuk CAM agak berbeda dari pengobatan modern Barat. Gambar 1. menunjukkan diagram alur dari metode ilmiah dalam studi CAM di Jepang (Suzuki, 2004). Secara umum, CAM sudah banyak digunakan tetapi tanpa dukungan ilmiah dari hasil pembuktian riset. Oleh karena itu, langkah pertama penelitian CAM harus difokuskan pada uji klinis untuk memastikan keampuhan dan kegunaan dari terapi CAM tersebut. Apabila hasil uji klinis yang diinginkan, maka penelitian fundamental untuk mengidentifikasi dan menjelaskan tindakan substansi akan sangat diperlukan. Penggunaan CAM biasanya dilakukan atas inisiatif dan biaya sendiri dari pengguna, tetapi sebaiknya mungkin bisa mendapatkan persetujuan dari pemerintah, sehingga urutan langkah tersebut sedikit berbeda dan terbalik seperti pada pengobatan barat modern. Di lain sisi, hasil penelitian CAM untuk dunia kedokteran dan kesehatan menemukan metode medis baru yang memiliki kepraktisan tinggi dengan kinerja biaya tinggi dan keamanannya. Selanjutnya, dari sudut pandang kedokteran dasar, CAM menawarkan peluang tak terduga untuk menemukan substansi baru atau mekanisme baru dari suatu terapi (Suzuki & Kyo, <http://www.med.kanazawa-u.ac.jp/EN/lab/dep5-02.html>).



Gambar 1. Diagram alur dari metode ilmiah dalam studi CAM di Jepang (Suzuki, 2004)

C. Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada praktik keperawatan

Penggunaan CAM dalam praktik dan produknya yang saat ini tidak dianggap sebagai bagian dari pengobatan konvensional, telah meningkat penggunaannya di seluruh dunia dalam beberapa tahun terakhir. CAM telah digunakan diberbagai populasi di Amerika Serikat (53-62%), negara-negara Eropa (20–50%), dan Australia (52%) (Takata, Kuramoto, Imamura, Kishida, & Yasui, 2013). Di Amerika Serikat, penggunaan modalitas CAM seperti akupunktur, pijat, meditasi dan yoga meningkat antara tahun 2002 dan 2007 (Yamashita, Tsukayama, & Sugishita, 2002). Di Jepang, minat dan

permintaan untuk CAM juga meningkat pesat. Penggunaan CAM dalam populasi umum telah dilaporkan setinggi 76% (Yamashita et al., 2002). Hasil studi di Jepang melaporkan bahwa 50% pasien menggunakan atau telah menggunakan setidaknya satu terapi CAM dalam 12 bulan terakhir (Hori, Mihaylov, Vasconcelos, & Mccoubrie, 2008). Alasan yang mendasari dalam peningkatan penggunaan CAM berhubungan dengan perubahan dalam proporsi penyakit, seperti peningkatan penyakit kronis, penyakit psikologis, malignansi, dan penyakit yang tidak dapat dijelaskan (Takata et al., 2013).

Peningkatan penggunaan CAM di pelayanan kesehatan mendorong dokter dan perawat untuk memiliki pengetahuan tentang CAM dan memberikan informasi dasar dan akurat pada modalitas CAM untuk pasien, karena banyak pasien meminta informasi tentang CAM dari dokter dan perawat (Takata et al., 2013). Selain itu, CAM telah digunakan di kalangan profesional kesehatan. Karena kebutuhan akan pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan CAM oleh dokter dan perawat telah meningkat, pendidikan CAM untuk mahasiswa kedokteran dan keperawatan merupakan kebutuhan penting yang dapat dilakukan dalam kurikulum pendidikan keperawatan dan kedokteran (Takata et al., 2013).

Hasil penelitian mengenai pengetahuan dan sikap mahasiswa kesehatan dalam penggunaan CAM di Jepang menunjukkan pengetahuan tentang CAM berbeda tergantung pada terapi CAM yang dilakukan oleh mahasiswa (Takata et al., 2013). Mahasiswa keperawatan memiliki tingkat minat yang tinggi dalam pijatan, aroma terapi, yoga, dan *chiropractic*. Mahasiswa keperawatan cenderung memiliki sikap positif dan menguntungkan terhadap CAM dibandingkan dengan kelompok lain dari mahasiswa profesi kesehatan lainnya. Apabila mahasiswa keperawatan menerima informasi tentang CAM dalam kurikulum, maka akan dapat menggunakan CAM dalam perawatan klinis dan dengan demikian berkontribusi pada akumulasi bukti tentang manfaat CAM serta peningkatan kualitas layanan kesehatan.

Sementara itu, studi lainnya mengidentifikasi mengenai pengetahuan, sikap, dan kemampuan perawat dalam mengkomunikasikan risiko dan manfaat CAM (Chang & Chang, 2015). Hasil studi menunjukkan bahwa 53,7% perawat melakukan pengobatan komplementer dan alternatif dalam praktek klinis. Sebesar 66,4% perawat memiliki sikap positif terhadap pengobatan komplementer dan alternatif, tetapi 77,4% tidak memiliki pemahaman secara komprehensif tentang risiko dan manfaat terkait penggunaan CAM. Selain itu, 47,3–67,7% perawat merasa tidak nyaman mendiskusikan terapi pengobatan komplementer dan alternatif dengan pasien. Hal ini diakibatkan karena kurangnya pengetahuan tentang pengobatan komplementer dan alternatif pada perawat sehingga berakibat pada aplikasi penggunaan CAM pada praktik keperawatan.

Beberapa tren dan isue penting terkait dengan penggunaan CAM dalam praktik keperawatan (Chang & Chang, 2015), adalah:

1. Mengapa CAM penting di Keperawatan?

- CAM secara luas dipraktekkan; namun, sedikit yang diketahui tentang keahlian perawat atau sikap perawat terhadap prosedur CAM.
 - Interaksi antara obat-obatan konvensional dan obat-obatan alternatif dapat meningkatkan risiko kesehatan yang dihadapi pasien dan dapat menyebabkan konsekuensi klinis yang serius.
2. Apa temuan kunci?
- Banyak perawat merekomendasikan CAM dan terapi dan obat-obatan untuk pasien, meskipun kurangnya pendidikan formal atau pelatihan di bidang CAM.
 - Kurangnya pengetahuan terkait dengan CAM mengakibatkan kemampuan perawat untuk mengomunikasikan risiko dan manfaat terapi CAM pada pasien. Situasi ini menjadi penghalang untuk integrasi yang aman dari terapi CAM sebagai paradigma konvensional pengobatan.
3. Apa yang sebaiknya dilakukan?
- Program pendidikan untuk mendidik perawat tentang CAM bisa membantu para profesional perawatan kesehatan untuk mengomunikasikan risiko dan manfaat terapi CAM untuk pasien yang lebih efektif.
 - Perawat perlu memahami prinsip dasar CAM terkait proses dan pengaruhnya terhadap prognosis pasien. Perawat kemudian dapat mengakses sumber daya terbaru untuk memastikan keamanan terapi bagi pasien.

A list of types of complementary and alternative medicine practices under each category (Chang & Chang, 2015).

Kategori	Terapi
Alternative medical systems	Ayurvedic medicine, traditional Chinese, Japanese, and Tibetan medicine, homeopathy and naturopathy
Natural product based therapies	Chelation therapy, hydrotherapy, nutrition-based therapy (diet therapy, dietary supplements), oxygen therapy, ozone therapy, herbal medicines, other plants or plant extracts, prolotherapy, speleotherapy, topical therapies and unconventional synthetic drugs (laetrile, procaine)
Energy therapies	Acupuncture (acupressure, acupuncture, electroacupuncture, laser acupuncture, moxibustion), breathing exercises (qi gong, pranayama), distant healing, electric stimulation therapy, magnetic therapy, phototherapy, reiki, therapeutic touch and ultrasonic therapy

Manipulative and body-based methods	Alexander technique, chiropractic manipulation/spinal, manipulation (craniosacral massage, Feldenkrais method), massage (osteopathic manipulation), reflexology
Mind-body interventions	Biofeedback, hypnosis, meditation, play therapy, relaxation techniques, sensory art therapies (aromatherapy, art therapy, colour therapy), dance therapy, drama therapy, music therapy, other sensory therapies, tai chi, unconventional psychotherapies (morita therapy) and yoga

Perkembangan penggunaan CAM dalam praktik keperawatan sangat membantu dalam percepatan penyembuhan, tetapi dalam pelaksanaannya memerlukan peningkatan dalam pelayanannya yang mampu memberikan perlindungan pada perawat dan klien. Oleh karena itu, para profesional kesehatan perlu didorong untuk (Bomar, 2013): (1) menghormati hak pasien untuk meminta CAM; (2) mengetahui CAM umum yang digunakan untuk konsumen di area praktik mereka; (3) membuat jaringan dengan para profesional CAM yang berkolaborasi dengan referensi; (4) mengevaluasi tinjauan sistematis penelitian CAM; dan (5) melakukan penelitian CAM dengan kontrol yang ketat. Lebih lanjut, setiap profesional kesehatan didorong untuk mengeksplorasi cara-cara untuk memberikan perawatan pasien secara holistik berdasarkan karakteristik individual dengan menggabungkan modalitas CAM berbasis bukti dengan perawatan kesehatan konvensional untuk memberdayakan individu dan keluarga yang berbeda secara budaya untuk mencegah penyakit, mempromosikan penyembuhan dan kesehatan maksimal (Bomar, 2013).

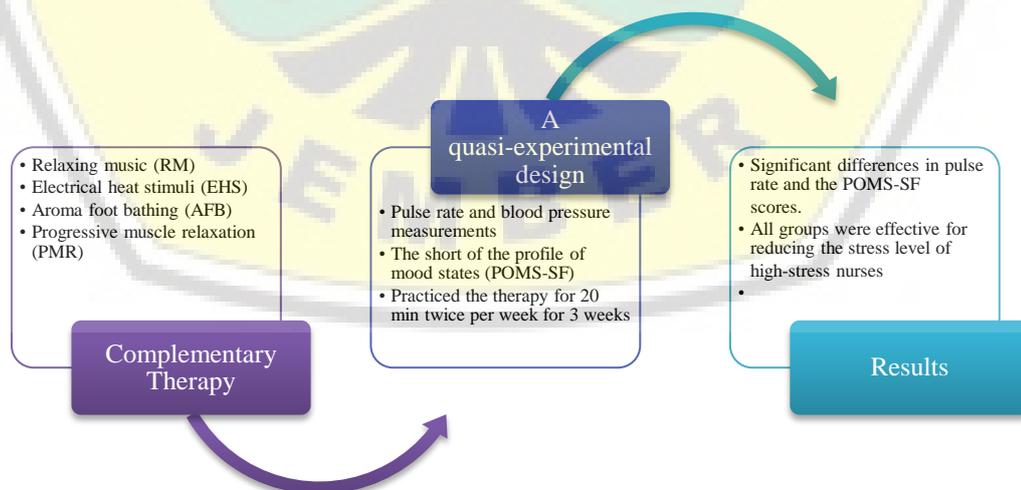
D. Perkembangan Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada layanan keperawatan di Jepang

Di Jepang, CAM dalam praktik keperawatan umumnya dilakukan pada bidang paliatif care. Pengetahuan dan keterampilan perawat terkait CAM dalam melakukan kunjungan rumah pada pasien paliatif care sangat diperlukan, karena terjadi peningkatan penderita kanker dan dampak dari struktur penyakit degeneratif. Untuk itu kebutuhan penggunaan CAM pada home care sangat tinggi, tetapi belum banyak upaya pelaksanaan penggunaan CAM tersebut. Hasil penelitian menyebutkan bahwa hanya sekitar 30% dari praktik layanan home care di Jepang telah dilatih tentang CAM (Tokushige & Tanaka, 2018). Meskipun dari hasil penelitian terbaru menunjukkan banyak pasien yang menerima CAM merasa bahwa efek pengobatan yang diberikan oleh rumah sakit tidak mencukupi dan memiliki kekhawatiran tentang efek samping dari perawatan tersebut yang dikarenakan kurangnya informasi dan panduan standar dalam penanganan rhinitis dengan CAM (Yonekura et al., 2017).

Perkembangan hasil penelitian dalam penggunaan CAM di unit paliative care di Jepang menunjukkan 64% institusi menyediakan setidaknya satu terapi modalitas CAM. Hanya 33% dari unit perawatan paliatif yang disurvei memiliki peraturan tentang penggunaan pasien CAM, dan 42% menolak beberapa jenis CAM karena menyebabkan kesulitan atau komplikasi lain pada pasien (34%), prosedur medis yang diperlukan (26%), menggunakan api (5%), atau membutuhkan praktisi luar (4%). Secara total, 92% unit perawatan paliatif yang disurvei tidak memiliki regulasi dan benar-benar menyediakan CAM. Hambatan penggunaan CAM antara lain ketersediaan praktisi yang bersertifikat, biaya, tanggung jawab tambahan untuk anggota staf, dan bukti keberhasilan yang tidak memadai. Walaupun unit perawatan paliatif di Jepang umumnya memiliki sikap positif terhadap CAM dan bersedia memberikan terapi jenis ini kepada pasien (Osaka, Kurihara, Tanaka, & Ph, 2009).

Hasil penelitian pada 519 responden di Jepang, didapatkan penggunaan CAM dalam 12 bulan terakhir (80,0%). Apabila kegiatan berdoa dikecualikan, prevalensi penggunaan CAM turun menjadi 77,3% pada tahun sebelumnya atau 403 responden. Bentuk CAM yang paling umum digunakan oleh responden adalah pain relief pads (32,8%), obat-obatan herbal/suplemen (32,2%), dan pijat oleh diri sendiri atau keluarga (32,0%). Pada responden perempuan, responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan status kesehatan yang lebih buruk secara keseluruhan lebih mungkin menggunakan CAM daripada responden tanpa karakteristik tersebut. Hanya 22,8% terapi CAM yang digunakan oleh dokter (Shumer et al., 2014).

Sementara itu, unit perawatan paliatif di Jepang umumnya memiliki sikap positif terhadap CAM, dan bersedia memberikan terapi tersebut kepada pasien, meskipun khawatir tentang ketersediaan praktisi yang bersertifikat dan masalah biaya (Osaka et al., 2009). Intervensi Complementary therapy untuk menurunkan stress pada perawat (Onishi, 2016).



Teknik Complementary therapy (Onishi, 2016):

- RM: Participants listen to RM with earphones for 20 min on a bed

- EHS: Special EHS machine stimulates six meridian points (Chinese medicine term) on the arms and legs with 40–42°C. Participants apply six electrical stimulating buttons on the six points of arms and legs for 20 min on a bed
- AFB: Hot water with 40–42°C is prepared with a few drops of participants' preferred aroma oil in a special foot bathing bucket. Participants put their feet into the bucket for 20 min on a bed
- PMR: Participants listen and practice the guided PMR exercise that is played on a compact disc on a bed for 20 min
- RB: Participants rest on a bed for 20 min.

Hasil penelitian di Tokyo menunjukkan 50% pasien dari 496 partisipan menggunakan atau telah menggunakan setidaknya 1 terapi CAM dalam 12 bulan terakhir. 5 terapi yang paling sering digunakan adalah pijat (43%), vitamin (35%), makanan sehat termasuk suplemen makanan (23%), akupresur (21%), dan kampo (19%). Mayoritas pengguna CAM (75%) mengungkapkan perawatan CAM sangat efektif (Hori et al., 2008). Beberapa hasil aplikasi CAM pada praktik keperawatan dan kesehatan di Jepang antara lain: minuman nutrisi dan tonik (43,1%), suplemen diet (43,1%), peralatan yang berhubungan dengan kesehatan (21,5%), herbal atau Kampo yang dijual bebas (17,2%), pijat atau akupresur (14,8%), Kampo etis (Kampo diresepkan oleh dokter) (10,0%), aromaterapi (9,3%), chiropraktik atau osteopati (7,1%), akupunktur dan moksibusi (6,7%), homeopati (0,3%), dan terapi lainnya (6,5%) (Yamashita et al., 2002).

Kampo sebagai CAM khusus di Jepang

Sejarah adanya Kampo berasal dari China yang pada jaman Edo di Jepang mulai berkembang menjadi bagian dari pengobatan tradisional. Tetapi meskipun berasal dari China, Kampo sangat berbeda dengan Traditional Chinese Medicine (TCM) yang dikarenakan beberapa bahan dasar utama obat berbeda dari kedua negara. Tetapi ciri khas Kampo merupakan formulasi ramuan herbal (Nishimura, Plotnikoff, & Wantanabe, 2009). Ada tiga perbedaan utama antara TCM dan Kampo. Pertama, resep TCM adalah individu di tingkat herbal, sementara obat Kampo bersifat individual pada tingkat formula; kedua, pola resep disederhanakan dalam obat Kampo; dan ketiga, temuan perut (assessment abdominal) merupakan hal terpenting untuk membuat diagnosa di obat Kampo. Meskipun diagnosis perut dijelaskan di Shan Hang Lung, tidak dihargai dalam pengobatan tradisional Cina dan Korea. Tetapi di Jepang, diagnosis perut secara unik dikembangkan dan digunakan secara luas (Nishimura et al., 2009).

Versi beta International Classification of Diseases-11 (ICD-11) berisi 2 bagian tentang obat tradisional: “gangguan tradisional” dan “pola” (Zheng dalam bahasa Cina). Cina dan Korea

mengacu pada standar nasional mereka untuk mengembangkan kedua term tersebut. Cina menggunakan klasifikasi tahun 1995 dan kode-kode gangguan tradisional dan pola pengobatan tradisional Cina (GB95) sebagai standar nasional. Third Edition of the Korean Classification of Diseases of Oriental Medicine (KCDOM3) dimasukkan ke dalam modifikasi Korea ICD-10 (KCD-6) pada tahun 2010. KCD-6 adalah terobosan baru yang merupakan publikasi pertama dimana biomedis dan obat tradisional Barat dalam berbagi platform umum dalam hal statistik medis (Yakubo et al., 2014). Di Jepang, The Japan Society for Oriental Medicine (JSOM) yang bertanggung jawab untuk mengatur bagian tentang klasifikasi Kampo. Kampo mencakup berbagai macam obat tradisional Jepang termasuk akupresur dan *moxibustion*, yang telah ada sebelum pengobatan Barat diperkenalkan ke Jepang. Berbeda dengan Cina dan Korea, Jepang tidak memiliki standar nasional untuk referensi. Tetapi untuk memahami versi Jepang dari gangguan dan pola tradisional, informasi latar belakang tentang sejarah Kampo dan perannya dalam sistem perawatan kesehatan saat ini di Jepang adalah penting (Yakubo et al., 2014).

Bagaimana Klasifikasi Medis Kampo Dikembangkan?

JSOM didirikan pada tahun 1950 dan merupakan asosiasi akademik terbesar untuk obat Kampo. Komite JSOM memutuskan untuk tidak menggunakan nama-nama tradisional untuk gangguan dalam klasifikasi Kampo karena banyak istilah yang tumpang tindih dengan istilah biomedis Barat. Nama-nama tradisional untuk gangguan terutama gejala, seperti “sakit kepala” atau “diare berair. Sebaliknya, dalam pengobatan Barat, nama penyakit didasarkan pada penyebab patologis, seperti kolera atau malaria. Karena penyakit-penyakit ini sudah ada sejak lama, maka obat tradisional mengenali penyakit-penyakit ini. Namun, patologi penyakit ini tidak diketahui ketika nama-nama itu diberikan dan tidak tercermin dalam nama penyakit dalam pengobatan tradisional. Oleh karena itu, sulit untuk memetakan nama-nama kelainan tradisional dan nama penyakit biomedis. Kadang-kadang, nama-nama tradisional yang simptomatis untuk kelainan yang sangat luas dan dapat dipetakan ke beberapa nama penyakit biomedis. Karena pemulihan obat Kampo di Jepang dipimpin oleh dokter, istilah western biomedical sering digunakan sebagai pengganti istilah Kampo tradisional untuk menghindari hal membingungkan. Pola sistem organ sangat penting dalam kedokteran di Cina dan Korea (Yakubo et al., 2014).

Namun, para ahli Kampo pada era Meiji (1868–1912), Taisho (1912–1925), dan Showa (1926–1989) memilih untuk tidak menggunakan sistem organ untuk menghindari tumpang tindih dengan istilah biomedis. Akibatnya, obat Kampo kadang-kadang dikritik karena kurangnya penjelasan jangka panjang untuk menggambarkan kondisi pasien. Patogenesis daripada reaksi inang adalah yang paling penting dalam biomedis Barat. Sebaliknya, reaksi tuan rumah terhadap patogen adalah faktor yang paling penting dalam pengobatan tradisional. Dalam hal ini, obat Kampo telah dikembangkan selaras dengan biomedis Barat (Yakubo et al., 2014).

Pola Kampo ditentukan untuk semua pasien sesuai dengan diagram alur yang ditunjukkan pada Tabel 1 dan Gambar 1. Kondisi pasien dibagi menjadi 2 kelompok: kondisi demam infeksi akut dan kronis (Gambar 1). Pola 6-tahap, berdasarkan Shang Han Lun, digunakan untuk menggambarkan penyakit menular demam akut seperti influenza. Pola Qi-blood-fluid terutama digunakan untuk menggambarkan penyakit kronis (Yakubo et al., 2014). Pola formula juga sangat unik dalam obat Kampo. Sementara resep obat tradisional Cina (TCM) bersifat individual pada tingkat herbal, obat Kampo bersifat individual pada tingkat formula (Yakubo et al., 2014).

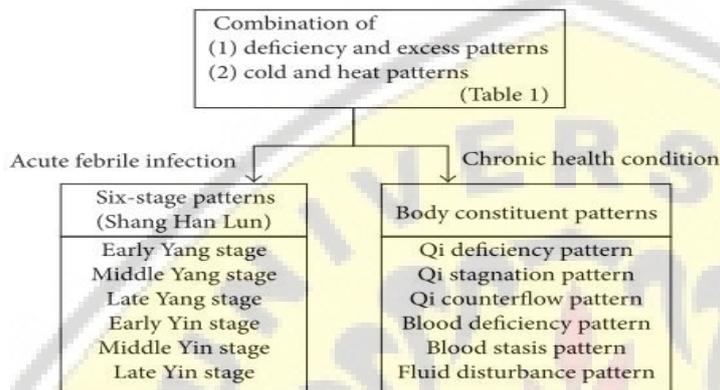


FIGURE 1: Diagnostic flow used in Kampo medicine. All patients are assigned a specific category as described in Table 1 and then divided into 2 groups according to whether they have acute febrile infectious disease or chronic disease. For acute febrile disease, the 6 stages of Shang Han Lun are very important. For chronic diseases, the host body constituent patterns are very important.

TABLE 1: Combinations of deficiency-excess and cold-heat patterns.

Components	Cold	Heat	Between cold and heat	Tangled cold and heat
Deficiency	Cold, deficiency	Heat, deficiency	Between cold and heat, deficiency	Tangled cold and heat, deficiency
Excess	Cold, excess	Heat, excess	Between cold and heat, excess	Tangled cold and heat, excess
Between deficiency and excess	Cold, between deficiency and excess	Heat, between deficiency and excess	Between cold and heat, between deficiency and excess	Tangled cold and heat, between deficiency and excess

Regardless of acute or chronic health conditions, all patients are classified into 1 of these 12 combinations. Very limited combinations are used for acute diseases. Between deficiency and excess; neutral in “deficiency and excess”; between cold and heat; neutral in “cold and heat”; tangled cold and heat; mixture “cold and heat,” for example, cold foot and hot flush on face.

Hasil Perkembangan Kampo di Jepang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa CAM, terutama Kampo dan terapi pikiran-tubuh (mind-body therapies), dapat berfungsi sebagai terapi tambahan yang bermanfaat untuk pengobatan kanker, sehingga intervensi tersebut dapat digunakan sebagai perawatan komplementer dengan cara yang terintegrasi yang dapat meringankan beban penyakit kanker (Amitani, 2015). Kampo telah berkembang dan dipelajari di pendidikan kedokteran di Jepang

dan dilaporkan kurikulum terapi Kampo sudah dikembangkan dan 80% mahasiswa kedokteran dilaporkan tertarik mempelajari Kampo dan 78% dokter medis dilaporkan untuk meresepkan obat Kampo secara teratur. Meskipun jumlah pelatihan di kedokteran Kampo pada tingkat pra dan pasca sarjana masih terbatas, tetapi 80% dokter melaporkan percaya bahwa obat Kampo akan digunakan pada frekuensi yang sama atau lebih besar lagi di masa depan (Matsumoto & Inoue, 2000).

Hasil uji efektivitas Kampo (obat herbal tradisional Jepang) dalam pengobatan gangguan pencernaan fungsional, terutama dispepsia fungsional (FD) dan sindrom iritasi usus (IBS). Hasil dari empat uji acak, terkontrol (RCT) menyarankan kegunaan *rikkunshito* dalam mengurangi gejala subjektif pasien dengan FD. *Rikkunshito* secara signifikan meningkatkan kenyamanan tidak hanya gejala lambung, seperti ketidaknyamanan epigastiric, tetapi juga gejala ekstra-lambung, seperti kelelahan umum, jika dibandingkan dengan obat kontrol. Efek terapeutik *rikkunshito* lebih jelas ketika diresepkan untuk pasien dengan “*kyosho*”, yaitu, energi rendah. Dua RCT menyarankan kemanjuran *keishikashakuyakuto* untuk IBS. Studi penelitian dasar telah menunjukkan bahwa obat Kampo ini memiliki kelebihan dalam menurunkan gejala subjektif. Misalnya, *rikkunshito* menurunkan disfungsi motilitas lambung, termasuk gangguan relaksasi adaptif dan pengosongan lambung tertunda, hipersensitivitas lambung, dan anorexia melalui fasilitasi sekresi ghrelin. Ini juga menunjukkan efek anti-stres, yaitu, melemahkan eksaserbasi stres sensasi lambung dan anoreksia, serta aksis hipotalamus-pituitari-adrenokortikal dan aktivasi simpatik. *Keishikashakuyakuto* tidak hanya menunjukkan efek antispasmodic pada otot polos usus, tetapi juga efek antidepresan. Seri kasus menunjukkan bahwa resep Kampo lainnya juga efektif untuk FD dan IBS (Oka et al., 2014).

Pola Kampo agak unik dibandingkan dengan pola Cina atau Korea. Ada dua penjelasan untuk perbedaan ini. Pertama, obat Kampo dipisahkan dari teori dinasti Ming dan kemudian dibangun kembali berdasarkan teori Shang Han Lun selama periode Edo. Kedua, obat Kampo digunakan dalam kombinasi dengan biomedis Barat oleh dokter berlisensi di Jepang. Terminologi Kampo dikembangkan kembali untuk menghindari kebingungan dengan biomedis Barat (Yakubo et al., 2014). Kampo medicine (obat tradisional Jepang) telah diintegrasikan ke dalam sistem perawatan kesehatan Jepang — Program Asuransi Kesehatan Nasional — 46 tahun yang lalu di samping pengobatan modern, dan programnya telah mencakup semua warga negara sejak tahun 1961 (Katayama et al., 2013).

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa lebih dari 80% dokter di Jepang menggunakan Kampo dalam praktek sehari-hari. Walaupun, penggunaan Kampo dari

perspektif pasien kurang mendapat perhatian. Dari analisis dalam Program Asuransi Kesehatan Nasional di Jepang sebanyak 67.113.579 klaim perawatan kesehatan pada tahun 2009, teridentifikasi obat Kampo diresepkan untuk 1,34% dari semua pasien. Di antaranya, 92,2% secara bersamaan menerima obat biomedis. *Shakuyakukanzoto* adalah obat Kampo yang paling sering diresepkan. Penggunaan obat Kampo yang diresepkan ditemukan pada populasi remaja, orang tua, pria dan wanita, dan pasien rawat inap dan rawat jalan. Obat Kampo telah digunakan dalam berbagai kondisi, tetapi tingkat resep tertinggi untuk gangguan yang terkait dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas (4,08%). Meskipun adopsi obat Kampo oleh dokter dalam skala besar pada berbagai penyakit masih sangat terbatas (Katayama et al., 2013).

E. Bentuk pelayanan home visit dengan Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Jepang

Di Jepang, permintaan untuk perawatan di rumah tumbuh secara eksponensial yang berhubungan dengan perubahan sosial, seperti penurunan tingkat kelahiran dan meningkatnya populasi lansia, perubahan dalam nilai budaya, dan kemajuan dalam teknologi medis (Cabinet Office of Japan, 2013). Kebijakan kesehatan untuk mengekang biaya perawatan kesehatan Jepang yang terus meningkat, pemerintah menyusun sistem layanan perawatan rumah di tahun 2000 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013). Survei pemerintah, banyak individu ingin menerima perawatan dan perawatan penyakit terminal di rumah, tetapi bentuk layanan perawatan di rumah yang tersedia berbeda menurut wilayah dan secara keseluruhan, sistem perawatan di rumah tidak berkembang dengan baik. Karena itu, pemerintah mempromosikan rekonstruksi dari sistem perawatan komunitas terpadu yang menyediakan dukungan hidup, perawatan medis, perawatan, dan layanan pencegahan di rumah untuk meningkatkan layanan perawatan di rumah di Jepang.

Bagaimana bentuk layanan Home care di Jepang?

- Layanan perawatan rumah di Jepang bersifat komprehensif
- Cakupan layanan: layanan medis, kesejahteraan, dan kesehatan masyarakat.
- Layanan medis termasuk pemeriksaan medis oleh dokter, perawatan oleh perawat, dan pijat yang disediakan oleh praktisi pijat.
- Layanan medis tercakup dalam asuransi kesehatan publik yang ditawarkan oleh pemerintah dan badan-badan lainnya.

Bagaimana sistem asuransi kesehatan di Jepang? Ada beberapa sistem asuransi kesehatan umum, dan semua warga diminta untuk bergabung dengan salah satu dari jenis asuransi. Ada 3 sistem yang utama (Kondo, Ogawa, Nishimura, & Ono, 2018):

- Health insurance, yang disediakan oleh pemerintah federal dan menargetkan individu yang dipekerjakan di sektor swasta dan keluarganya
- National health insurance, yang dikelola oleh pemerintah lokal dan menargetkan wiraswasta, pengangguran, siswa, dan orang asing;
- Mutual aid associations, yang menjadi target pegawai negeri sipil dan guru sekolah umum.

Sistem asuransi ini mencakup 70-80% dari tagihan medis, dan dengan demikian warga hanya membayar antara 20 dan 30% dari tagihan dengan uangnya sendiri. Selanjutnya, warga usia 75 atau lebih biasanya terdaftar dalam sistem perawatan medis jangka panjang dan hanya membayar sekitar 10% dari tagihan medis (Kondo et al., 2018). Perkembangan penggunaan CAM di Jepang menuntut pengetahuan dan ketrampilan perawat yang melakukan home care tentang bagaimana pendekatan CAM dalam asuhan keperawatan. Penggunaan CAM dalam home care meningkat karena perkembangan perawatan paliatif dan permasalahan kesehatan dan penyakit karena proses penuaan. Walaupun dalam prakteknya, belum banyak perawat yang melakukan home care mengaplikasikan CAM di Jepang (Tokushige & Tanaka, 2018).

Hasil penelitian pada 30% center home care dari 1.700 fasilitas home care di Jepang menunjukkan sekitar 30% perawat home care telah dilatih CAM. Analisis studi lebih lanjut mengenai: (1) Bagaimana perawat memasukkan CAM dalam asuhan keperawatan? (2) Bagaimana perawat dapat menyebarkan dan menjalankan CAM? Dan (3) Apakah CAM sesuai kebutuhan pasien dan keluarga? Teridentifikasi dua permasalahan besar yang dialami oleh perawat, yaitu: tidak mempraktekan CAM dan masih memikirkan tentang penggunaan CAM (Tokushige & Tanaka, 2018).

Study 1 Table 1. Categories of "did not practice CAM"

Category	Content included
Knowledge	lack of knowledge
	there is no way to learn
Time	do not have time to study
	there is no time to perform the CAM to visit nursing time
Skill	skill shortages
Staff	lack of staff
	knowledge and skill shortage of staff
CAM	I do not know the CAM
	I first heard the term CAM
Understanding	difficult to obtain an understanding of the staff
	difficult to obtain an understanding of the attending physician
Patients	It is difficult to obtain an understanding of the family
	It is difficult to obtain an understanding of the patient
Practice	It is necessary to have a patient purchase aroma oil
	It is difficult to do
Need	requiring high-skill
	need for permission from a boss

Study 2 Table 1. Categories of "thoughts for CAM"

Category	Content included
I-Myself	I also healed
	I think that it boost the immune system
Doctors	doctors believe themselves and can not do anything to the patient
	patient rejoice doctor just to home visit
Patients	patient is pleased
	be taught from patients
Nursing Care	care to make use of natural healing power in to the maximum
	our care

Di Jepang, perawat tidak bisa mendapatkan pengetahuan tentang CAM dalam pendidikan sekolah. Karena pengetahuan dan akuisisi teknis CAM diberikan kebebasan pada perawat untuk mempelajarinya, sehingga akan mempengaruhi perbedaan yang sangat besar antara penguasaan dengan ketrampilan teknisnya. Apa yang diadopsi dalam kurikulum pendidikan sekolah diinginkan untuk memasukkan CAM pada perawat home care, terutama pada perawat di klinik lanjut usia. Meskipun kendala terbesar adalah siapa yang akan melatih dalam pembelajaran tersebut. Oleh karena itu perlu kerja sama yang baik antara institusi pendidikan keperawatan dengan Japan Nurse Association dalam mengembangkan CAM di pendidikan keperawatan (Tokushige & Tanaka, 2018).

F. Pilihan aplikasi Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Indonesia

Pengembangan dan penggunaan CAM di Indonesia seiring waktu mengalami peningkatan. Apabila dikaitkan dengan keadaan sosial budaya masyarakat Indonesia, maka CAM telah dikenal sejak jama dahulu yang dikenal dengan pengobatan tradisional, meskipun dalam beberapa istilah yang berkembang saat ini agak sedikit berbeda keduanya. Berbagai pengobatan komplementer dan alternatif telah dikembangkan dengan bersumber daya alam Indonesia, baik pengobatan yang berupa fisik, psikologis, dan penguatan perilaku yang sesuai dengan karakteristik wilayah di Indonesia (Rasny, Susanto, & Dewi, 2014).

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 59 menyebutkan tentang pengobatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2009). Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi: (1) pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan; dan (2) pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan yang dibina dan diawasi oleh Pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama.

Sementara itu Peraturan Pemerintah No. 103 tahun 2014 mengatur tentang pelayanan kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a) . Dalam PP ini, jenis pelayanan kesehatan tradisional meliputi: (1) Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris; (2) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer; dan (3) Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi yang dilaksanakan dalam satu sistem kesehatan tradisional dan harus dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris merupakan penerapan pelayanan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti secara empiris. Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris dapat menggunakan satu cara perawatan atau kombinasi cara perawatan dalam satu sistem

Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang dilakukan dengan menggunakan keterampilan; dan/atau ramuan. **Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer** merupakan pelayanan kesehatan tradisional dengan menggunakan ilmu biokultural dan ilmu biomedis yang manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah, dengan menggunakan satu cara pengobatan/perawatan atau kombinasi cara pengobatan/perawatan dalam satu kesatuan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional dan dapat diintegrasikan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan apabila memenuhi beberapa kriteria: (1) mengikuti kaidah-kaidah ilmiah; (2) tidak membahayakan kesehatan pasien/klien; (3) tetap memperhatikan kepentingan terbaik pasien/klien; (4) memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien/klien secara fisik, mental, dan sosial; dan (5) dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a).

Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan dengan cara pengobatan/perawatan dengan menggunakan: keterampilan; dan/atau ramuan. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan keterampilan dilakukan dengan menggunakan: teknik manual; terapi energi; dan/atau terapi olah pikir. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan ramuan dilakukan dengan menggunakan ramuan yang berasal dari: tanaman; hewan; mineral; dan/atau sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan-bahan. Dalam penggunaan sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan-bahan mengutamakan ramuan Indonesia.

Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi merupakan pelayanan kesehatan yang menggabungkan pelayanan kesehatan konvensional dengan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Pelayanan Kesehatan Tradisional dilakukan secara bersama oleh tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan tradisional untuk pengobatan/perawatan pasien/klien. Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi harus diselenggarakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer ditetapkan oleh Menteri setelah mendapat rekomendasi dari tim. Tim terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, organisasi profesi, praktisi, dan pakar kesehatan tradisional.

Dalam UU No., 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, menyebutkan dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b), Perawat berwenang: (1) melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik; (2) menetapkan diagnosis Keperawatan; (3) merencanakan tindakan Keperawatan; (4) melaksanakan tindakan Keperawatan; (5) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan; (6) melakukan rujukan; (7) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi; (8) memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter; i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan (8) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b), Perawat berwenang: (1) melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat; (2) menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat; (3) membantu penemuan kasus penyakit; (4). merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (5) melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (6) melakukan rujukan kasus; (7) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (8). melakukan pemberdayaan masyarakat; (9) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat; (10) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat; (11) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; (12) mengelola kasus; dan (13) melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Penggunaan terapi keperawatan komplementer dan alternatif oleh pasien umumnya dipengaruhi oleh keluarga. Hal ini dikarenakan peran pencarian pelayanan kesehatan selama sakit di Indonesia digantikan oleh keluarga. Dalam intervensi terapi keperawatan keluarga dapat dikembangkan dan digunakan terapi komplementer dan alternatif sesuai dengan perawatan yang berlaku dalam meningkatkan kemandirian pasien (Susanto, 2010). Keluarga dapat mengoptimalkan fungsi perawatan kesehatannya dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang berminat dalam menggunakan CAM untuk proses penyembuhannya (Susanto, 2012).

Dengan adanya perkembangan kapitasi BPJS dalam sistem pembayaran asuransi di Indonesia, maka sudah sepatutnya dilakukan upaya penelitian CAM baik secara riset dasar maupun terapan dalam memasukkan kurikulum CAM di pendidikan keperawatan. Hal ini dikarenakan seperti pada ulasan tersebut diatas, maka CAM sangat efektif dalam kesembuhan pasien.

Daftar Pustaka

- Amitani, H. (2015). The translational aspect of complementary and alternative medicine for cancer with particular emphasis on Kampo. *Frontiers in Pharmacology*, 6(August), 1–13. <http://doi.org/10.3389/fphar.2015.00150>
- Bomar, P. J. (2013). Comments on complementary and alternative healing modalities. *International Journal of Nursing Practice*, 19(Suppl. 2), 1–6. <http://doi.org/10.1111/ijn.12061>
- Chang, H., & Chang, H. (2015). A review of nurses ' knowledge , attitudes , and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1466–1478. <http://doi.org/10.1111/jocn.12790>

- Hori, S., Mihaylov, I., Vasconcelos, J. C., & Mccoubrie, M. (2008). Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8(14), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1472-6882-8-14>
- Katayama, K., Yoshino, T., Munakata, K., Yamaguchi, R., Imoto, S., Miyano, S., & Watanabe, K. (2013). Prescription of Kampo Drugs in the Japanese Health Care Insurance Program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013(ID 576973), 1–8.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009, Pub. L. No. UU No. 36 Tahun 2009 (2009).
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014, Pub. L. No. PP No, 103 Tahun 2014 (2014). Indonesia.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014, Pub. L. No. UU No. 38 Tahun 2014 (2014).
- Kondo, H., Ogawa, S., Nishimura, H., & Ono, A. (2018). Complementary Therapies in Medicine: Massage therapy for home care patients using the health insurance system in Japan. *Complementary Therapies in Medicine*, 36(January), 142–146. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.01.003>
- Kramlich, D. (2014). Complementary, Alternative, and Traditional Therapies. *Critical Care Nurse*, 34(6), 50–56.
- Lindquist, R., Snyder, M., & Tracy, M. F. (2014). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing Seventh Edition* (7th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Matsumoto, M., & Inoue, K. (2000). Kampo Medicine Training in Japanese Medical Schools. *Academic Medicine*, 75(1), 1–3.
- Ministry of Health Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar. Riset Kesehatan Dasar 2013 (Basic Health Research 2013)*. Jakarta.
- Nishimura, K., Plotnikoff, G. A., & Wantanabe, K. (2009). Kampo Medicine as an Integrative Medicine in. *JMAJ*, 52(3), 147–149.
- Oka, T., Okumi, H., Nishida, S., Ito, T., Morikiyo, S., & Kimura, Y. (2014). Effects of Kampo on functional gastrointestinal disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 1–8. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-8-5>
- Onishi, K. (2016). Complementary Therapy for Cancer Survivors : Integrative Nursing Care. *Asia-*

Pacific Journal of Oncology Nursing •, 3(1), 41–44. <http://doi.org/10.4103/2347-5625.178170>

- Osaka, I., Kurihara, Y., Tanaka, K., & Ph, D. (2009). Attitudes Toward and Current Practice of Complementary and Alternative Medicine in Japanese Palliative Care Units. *Journal of Palliative Medicine*, 12(3), 239–244.
- Rasny, H., Susanto, T., & Dewi, E. I. (2014). Etnonursing Penggunaan Terapi Komplementer Pada Suku Using Banyuwangi (Ethnonursing for Utilizing Complementary Therapy at Using Tribes in Banyuwangi). *Jurnal NERS*, 9(1), 133–137.
- Shumer, G., Warber, S., Motohara, S., Yajima, A., Plegue, M., Bialko, M., ... Fetters, M. D. (2014). Complementary and alternative medicine use by visitors to rural Japanese family medicine clinics : results from the international complementary and alternative medicine survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(360), 1–10.
- Susanto, T. (2010). Pengaruh terapi keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di kelurahan ratujaya kecamatan pancoran mas kota depok. *Jurnal Keperawatan*, 1(2), 190–198. Retrieved from <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/412/3370>
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga* (1st ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- Suzuki, N. (2004). Complementary and Alternative Medicine : a Japanese Perspective. *ECAM*, 1(2), 113–118. <http://doi.org/10.1093/ecam/neh029>
- Takata, T., Kuramoto, M., Imamura, M., Kishida, S., & Yasui, T. (2013). Differences in Knowledge of and Attitudes regarding Complementary and Alternative Medicine among Health Care Profession Students in Japan. *JJCAM*, 10(2), 87–97.
- Tokushige, A., & Tanaka, S. (2018). Home Visit Nurse's Thoughts for Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Japan. In *The Henderson Repository is a free resource of the Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International* (pp. 1–2).
- Yakubo, S., Ito, M., Ueda, Y., Okamoto, H., Kimura, Y., Amano, Y., ... Watanabe, K. (2014). Pattern Classification in Kampo Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014(ID 535146).
- Yamashita, H., Tsukayama, H., & Sugishita, C. (2002). Popularity of complementary and alternative medicine in Japan : a telephone survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 10, 84–93. <http://doi.org/10.1054/ctim.2002.0519>

Yonekura, S., Okamoto, Y., Sakurai, D., Sakurai, T., Horiguchi, S., Kurono, Y., ... Okubo, K. (2017).
Allergology International Complementary and alternative medicine for allergic rhinitis in Japan.
Allergology International, 66(3), 425–431. <http://doi.org/10.1016/j.alit.2016.10.006>

