

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Anestesi Umum

2.1.1 Pengertian Anestesi Umum

Anestesi umum atau bisa disebut dengan general anestesi (GA) adalah suatu tindakan menghilangkan kesadaran yang bersifat reversibel dengan cara pemberian obat – obatan tertentu, sehingga tidak merasakan sakit walaupun diberi rangsangan nyeri. Kombinasi obat anestesi ini akan bekerjasama sehingga memberi efek yang diinginkan dan penekanan efek samping yang tidak diharapkan dari obat-obat anestesi. Gangguan kardiovaskular depresi fungsi neuromuscular, dan hilangnya kemampuan untuk mempertahankan ventilasi, merupakan efek dari obat anestesi ini karena keadaan tersebut pasien membutuhkan bantuan untuk mempertahankan jalan napas dan pemberian ventilasi tekanan buatan (Surgeon Veterni, 2021). Obat – obatan tersebut dapat berupa agen intra vena, agen inhalasi ataupun kombinasi dari keduanya (Ikhsan, 2019). “*Four A’s of Anesthesia*” adalah sebutan yang sering digunakan untuk menggambarkan empat tujuan dari anestesi umum (Ikhsan, 2019) yaitu :

- a) *Lack of Awareness*: ketidaksadaran.
- b) *Amnesia*: hilang ingatan tentang suatu kejadian.
- c) *Analgesia*: hilangnya reaksi bawah sadar terhadap nyeri, termasuk reflek somatik (penarikan atau gerakan) dan refleksi otonom (berkeringat, takikardi, dan hipertensi).
- d) *Akinesia*: kehilangan kemampuan bergerak.

Pemilihan obat anestesi umum didasarkan atas beberapa pertimbangan, seperti keadaan pasien (umur, status fisik prabedah), peralatan, jenis operasi, sifat anestesi umum dan ketersediaan obat yang ada (N. Margarita, Elizeus, Aida, 2019).

2.1.2 Teknik Anestesi Umum

1) *Total Intravenous Anesthesia / TIVA*

Merupakan tehnik anestesi umum yang dilakukan dengan cara menyuntikan

obat anestesi langsung ke pembuluh darah. Obat anestesi intravena biasanya digunakan untuk induksi, pemeliharaan anestesi atau dikombinasikan dengan anestesi inhalasi sehingga mudah menghasilkan efek anestesi potensiasi atau satu obat dapat mengurangi efek buruk obat lainnya dan memungkinkan dosis anestesi inhalasi yang lebih kecil. Anestesi intravena memiliki keuntungan yaitu memerlukan peralatan yang sedikit, nyaman bagi pasien, akses bedah tidak terganggu, kombinasi dengan obat pelumpuh otot paling sering digunakan dalam memfasilitasi intubasi endotrakea. Kekurangan tehnik ini adalah sering terjadinya apnea (Rehata et al., 2019).

2) *Volatile Inhalation and Maintenance Anestesi / VIMA*

Merupakan tehnik anestesi umum yang dilakukan dengan cara memberikan obat – obatan anestesi berupa gas atau cairan yang mudah menguap melalui alat atau mesin anestesi. Campuran uap atau gas obat anestesi yang diberikan dan oksigen lalu masuk mengikuti aliran udara inspirasi, mengisi rongga paru, lalu mengalami difusi dari alveoli ke kapiler paru sesuai dengan sifat masing – masing gas. Keuntungan dari tehnik anestesi ini ventilasi spontan tetap dipertahankan, dapat digunakan bila akses vena tidak memungkinkan, sangat berguna dalam kondisi sulit intubasi. Kekurangan tehnik ini adalah penggunaan inhalasi dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas, penggunaan gas dapat mencemari lingkungan serta dibutuhkan keterampilan dalam menggunakan sungkup wajah untuk mencegah obstruksi jalan napas dan kebocoran di sekitar sungkup (Rehata et al., 2019).

3) *Anestesi imbang (Combine)*

Merupakan tehnik anestesi umum yang dilakukan dengan kombinasi obat anestesi baik menggunakan obat anestesi inhalasi ataupun kombinasi obat anestesi intravena sehingga memberikan efek yang diinginkan seperti analgesia atau hipnosis dengan menekan efek samping obat yang tidak diinginkan. Target utama dari tehnik anestesi imbang ini adalah tercapai dengan efek samping obat yang minimal, efisiensi biaya dan masa pemulihan yang lebih baik (Rehata et al., 2019).

2.1.3 Stadium Anestesi

Anestesi dibagi ke dalam 4 stadium, (Fanrika, 2019) yaitu :

1) Stadium I (stadium induksi atau analgesia)

Stadium anestesi yang dimulai dari masuknya agen anestesi sampai hilangnya kesadaran. Dilatasi pupil, peningkatan frekuensi napas dan nadi, urinasi dan defekasi dapat terjadi akibat rasa takut.

2) Stadium II (stadium eksitasi involunter)

Stadium anestesi yang dimulai setelah hilangnya kesadaran sampai permulaan stadium pembedahan. Pada stadium ini terjadi eksitasi dan gerak yang tidak menuruti kehendak, pernapasan tidak teratur, inkontinensia urin, muntah, midriasis, hipertensi, dan takikardia. Stadium II adalah stadium yang beresiko tinggi.

3) Stadium III (stadium pembedahan/operasi)

Stadium II terbagi menjadi 4 yang terdiri atas

- a) Plana I ditandai dengan pernapasan yang teratur dan berhentinya anggota gerak. Tipe pernapasan thoraco-abdominal, refleks pedal masih ada, bola mata masih bergerak, palpebra, konjungtiva dan kornea terdepresi.
 - b) Plana II ditandai dengan respirasi thoraco-abdominal dan gerakan bola mata berhenti semua otot relaksasi kecuali otot perut.
 - c) Plana III ditandai dengan respirasi regular, abdominal, dan otot perut relaksasi.
 - d) Plana IV yaitu terjadinya paralisis semua otot interkosta sampai diafragma.
- 4) Stadium IV (paralisis medulla oblongata atau overdosis)
- 5) Stadium anestesi yang ditandai dengan paralisis diafragma, pulses cepat dan pupil dilatasi henti jantung atau meninggal.

2.1.4 Komplikasi Anestesi Umum

1) Gangguan pernapasan

Hipoventilasi, obstruksi jalan napas sebagian atau total yang disebabkan oleh lidah jatuh menutup faring atau edema laring sering terjadi pada pasien pasca anestesi umum. Spasme laring pada pasien menjelang sadar karena laring terangsang oleh benda asing, darah atau secret juga menjadi factor penyebab lainnya. Pemakaian obat opioid dan obat pelumpuh otot masih bekerja dapat mempengaruhi pernapasan menjadi lambat. Pasien juga dapat mengalami sianosis (hiperkapnia, hiperkarbia) atau saturasi oksigen yang menurun (hioksemia) yang

dapat disebabkan oleh pernapasan pasien yang lambat dan dangkal (hipoventilasi). Hipoventilasi yang berlanjut dapat mengakibatkan asidosis, hipertensi, takikardi yang berakhir dengan depresi sirkulasi dan henti jantung (Aziza, 2022).

2) Gangguan kardiovaskular

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan anestesi umum pada sistem sirkulasi adalah hipotensi dan hipertensi. Efek terbesar dalam system kardiovaskuler adalah terhadap sistem saraf otonom dengan cara menghambat tonus simpatis dan meningkatkan tonus parasimpatis, aktivitas parasimpatis berlebih akan menimbulkan hipotensi dan bradikardi, tetapi jika hemodinamik pasien tertangani dengan baik kejadian ini dapat diatasi (N. Margarita, Elizeus, Aida, 2019). Hipertensi berat dan akut yang berlangsung lama dapat menyebabkan gagal ventrikel kiri, disritmia, edema paru, infark miokard, atau perdarahan otak (Aziza, 2022).

3) Mual dan muntah

Pada pemberian obat opioid efek samping berupa mual dan muntah terjadi akibat stimulus langsung terhadap CTZ pada daerah postrema terletak di ventrikel VI otak. Selain itu, pemberian opioid dapat membuat motilitas saluran cerna dan sensitivitas vestibular menurun sehingga terjadinya efek mual dan muntah tersebut (Rehata et al., 2019).

Mual dan muntah merupakan komplikasi yang umum terjadi setelah anestesi umum dan sedasi. Kejadian ini sering terjadi pada anestesi dengan berbasis narkotika dan dengan agen anestesi yang mudah menguap. Risiko mual muntah pasca operasi 9 kali lebih kecil pada pasien dengan anestesi regional dibandingkan dengan pasien dengan anestesi umum (Aziza, 2022).

4) Menggigil

Menggigil atau *Shivering* merupakan komplikasi pasien pasca anestesi umum pada sistem termoregulasi. Menggigil dapat terjadi karena suhu ruangan, cairan infus yang dingin, cairan irigasi yang dingin, ataupun karena bedah abdomen yang lama dan luas. Berdasarkan faktor faktor tertentu, pasien yang menjalani operasi mengalami resiko terjadinya hipotermi (Aziza, 2022).

5) Penilaian Pasca Anestesi Umum

Penilaian yang biasanya digunakan dalam menilai pada saat observasi di

ruang pemulihan yaitu kesadaran, respirasi, sirkulasi, aktifitas, dan saturasi oksigen seperti *Aldrete Score*. *Aldrete score* minimal yaitu skor 8 dan bebas dari nyeri dan muntah, sehingga pasien dapat dipindahkan ke ruang perawatan. Untuk pasien rawat jalan setelah mencapai skor 10 tidak boleh langsung pulang, tetapi disarankan untuk menunggu minimal 2 jam. Pada saat menunggu tersebut pasien dapat latihan duduk, jalan dan minum secara bertahap (Budiono, 2013).

Tabel 2. 1 Aldrete score pada pasien pasca anestesi umum (Budiono, 2013).

1	Kesadaran		
	a	Sadar Penuh	2
	b	Bagun jika dipanggil	1
	c	Tidak ada respon	0
2	Respirasi		
	a	Dapat bernafas dalam bebas dan dapat batuk	2
	b	Nafas dangkal, sesak nafas atau terdapat suatu hambatan	1
	c	Apneu	0
3	Sirkulasi		
	a	Perubahan TD +/- 20 pre operasi	2
	b	Perubahan TD berubah +/- 50	1
	c	Perubahan TD lebih dari 50	0
4	Aktivitas		
	a	Bergerak 4 ekstremitas	2
	b	Bergerak 2 ekstremitas atas perintah	1
	c	Tidak mampu bergerak	0
5	Saturasi Oksigen		
	a	SpO2 > 92 % pada suhu ruangan	2
	b	SpO2 > 92% dengan penambahan O2 tetap terjaga	1
	c	SpO2 < 92% dengan penambahan O2	0

2.2 Teori Mual dan Muntah Pasca Operasi

2.2.1 Pengertian Mual dan Muntah

Mual dan atau muntah pasca pembedahan atau biasa disebut PONV (Post operative nausea and vomiting) biasanya terjadi 24 jam pertama setelah pembedahan. Mual dan muntah memiliki 3 gejala utama yang dapat timbul segera atau setelah operasi. Mual atau nausea adalah suatu perasaan tidak nyaman di daerah epigastrik, kejadian ini biasanya disertai dengan menurunnya tonus otot lambung, sekresi, kontraksi, meningkatnya aliran darah ke mukosa intestinal, hipersalivasi, keringat dingin, detak jantung meningkat dan perubahan ritme pernapasan, detak jantung meningkat.

Rasa mual atau nausea adalah perasaan ingin muntah. Kejadian mual ini dapat terjadi tanpa diikuti oleh vomitus atau muntah. Peningkatan saliva, penurunan aktivitas fungsional lambung, dan perubahan motilitas usus halus dapat menyebabkan rasa mual. Rasa mual juga dapat distimulasi oleh pusat yang lebih tinggi di dalam otak.

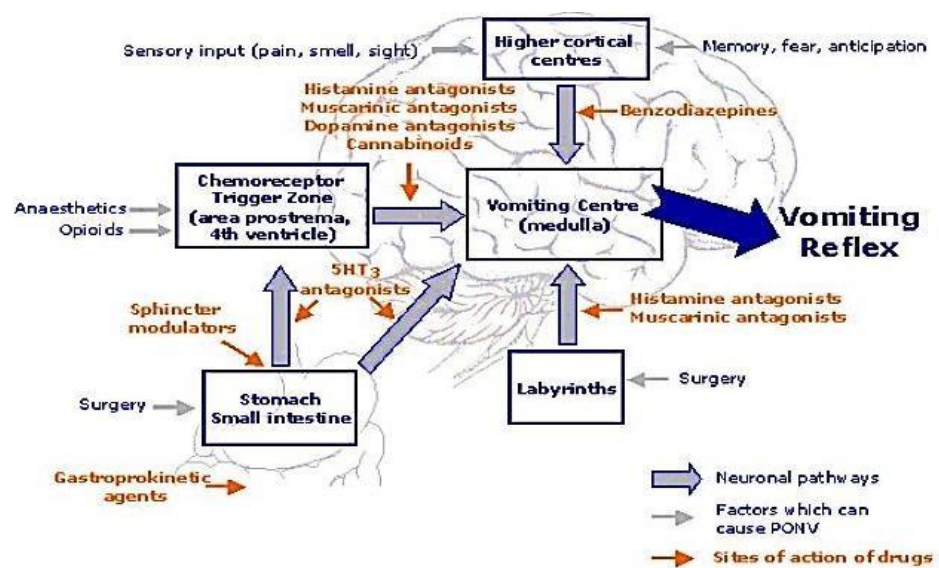
Muntah atau Vomitus adalah keluarnya isi lambung yang dapat terpancar keluar. Otot lambung memberikan kekuatan untuk memancarkan isi lambung. Bagian fundus lambung serta sfingter gastroesofageal terjadi relaksasi dan kontraksi diafragma serta otot dinding perut yang kuat dapat meningkatkan tekanan intra abdomen. Keadaan ini yang akan memaksa isi lambung masuk ke dalam esophagus. Kemudian peningkatan tekanan intratorakal menggerakkan isi lambung dari esofagus ke dalam mulut (Aziza, 2022).

Secara umum mual dan muntah terdiri dari 3 fase yaitu, fase mual, retching dan muntah. Mual atau naus berasal dari bahasa Yunani 'naus' artinya mabuk laut atau kapal, mual merupakan sensasi yang memberi rasa tidak nyaman dan bersifat subjektif yang dialami sebagian orang mengacu pada saluran pencernaan bagian atas dan tidak selalu diikuti dengan muntah atau retching. Retching merupakan fase terjadi gerakan pasmodik dengan glottis tertutup bersamaan dengan usaha inspirasi otot dada dan diafragma sehingga menjadikan tekanan pada intratoraks negatif dan timbul keinginan untuk muntah tapi tidak keluar. Sedangkan muntah merupakan pengeluaran isi lambung melalui mulut secara cepat dan aktif, untuk muntah lebih mudah diukur dan diidentifikasi daripada mual karena mual bersifat subjektif sehingga

lebih sulit untuk diukur maupun diidentifikasi (Fajriani, 2019).

2.2.2 Patofisiologi Mual dan Muntah

Pada sistem saraf pusat, terdapat tiga struktur yang dianggap sebagai pusat koordinasi refleks muntah, yaitu chemoreceptor trigger zone (CTZ), pusat muntah, dan nucleus traktus solitaires. Struktur tersebut terletak pada daerah batang otak. Muntah dikontrol oleh dua buah pusat di dalam medulla oblongata: pusat muntah dan zona pemicu kemoreseptor (*chemoreceptor trigger zone*).



Gambar 2. 1 Patofisiologi Mual dan Muntah

Pada sistem saraf pusat, terdapat tiga struktur yang dianggap sebagai pusat koordinasi refleks muntah, yaitu *chemoreceptor trigger zone* (CTZ), pusat muntah, dan *nucleus traktus solitarius*. Rangsangan sentral dan perifer dapat merangsang kedua CTZ dan pusat muntah. Sentral dirangsang oleh CTZ, korteks serebral, pusat batang otak, vestibular telinga dan pusat penglihatan dapat juga merangsang pusat dari muntah. Dikarenakan area postrema tidak efektif terhadap sawar otak, zat kimia atau obat di darah dan cairan otak sehingga langsung dapat merangsang CTZ. *Nucleus traktus solitarius* juga dapat menimbulkan mual dan muntah dengan perangsang parasimpatis dan simpatis melalui perangsangan jantung, saluran cerna dan saluran kemih. Sistem limbik dan juga kortikal atas dapat merangsang terjadinya mual dan muntah yang berkaitan dengan memori dan perasaan tidak nyaman dan takut, aroma, rasa, dan penglihatan.

Pada CTZ dapat temukan reseptor seperti dopamine tipe 2 (D2), opioid dan neurokinin-1 (NK-1), dan 5-HT3. Reseptor NK-1 juga dapat di jumpai di pusat muntah. Reseptor-reseptor tersebut ketika dirangsang akan mengirim pesan ke pusat muntah. Kemudian pusat muntah mengkoordinasikan impuls ke vagus, pernafasan, frenik, saraf spinal, dan otot perut sehingga melakukan reflek muntah (Fajriani, 2019).

2.2.3 Klasifikasi Mual dan Muntah Pasca Operasi

Menurut Asosiasi Perawat Pasca Anestesi Amerika (ASPAN), kejadian mual muntah berdasarkan waktu muncul/timbulnya digolongkan sebagai berikut:

a) *Early*

Yaitu mual muntah pasca operasi yang terjadi pada 2-6 jam setelah operasi, biasanya terjadi pada fase 1 PACU (Post Anesthesia Care Unit). Respon mual muntah terjadi sampai ke titik puncak karena perubahan hemodinamik yang signifikan muncul pada fase awal yang memicu mual dan muntah pada 6 jam pertama pasca anestesi.

b) *Late*

Yaitu mual dan muntah pasca operasi yang terjadi pada 6-24 jam setelah operasi, umumnya terjadi di ruang pemulihan atau ruang perawatan pasca operasi.

c) *Delayed*

Yaitu mual dan muntah pasca operasi yang terjadi setelah 24 jam pasca operasi. Menurut Gordon (Norfadli, 2021) menyebutkan bahwa respon mual dan muntah pasca operasi dapat dinilai sebagai berikut

1. Skor 0 : bila pasien tidak merasa mual dan muntah
2. Skor 1 : bila pasien merasa mual saja
3. Skor 2 : bila pasien mengalami retching
4. Skor 3 : bila pasien mengalami mual lebih dari 30 menit atau muntah ≥ 2 kali.

2.3 Teori Kolonoskopi

2.3.1 Pengertian Kolonoskopi

Kolonoskopi adalah kelainan pada usus besar dan rektum. Prosedur ini juga digunakan sebagai salah satu cara untuk mendeteksi kanker usus besar sejak dini. Kanker usus besar bisa terjadi pada siapa saja, tetapi sebagian besar penderita kanker ini berasal dari kelompok lansia di atas 50 tahun. Tak hanya lansia, seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat polip usus dan kanker usus juga lebih berisiko terkena kanker usus besar.

Oleh karena itu, kelompok yang berisiko tinggi terkena kanker usus dianjurkan untuk melakukan prosedur kolonoskopi. Sehingga apabila kanker terdeteksi, pengobatan dapat lebih cepat dilakukan. Alat yang digunakan untuk mendeteksi kelainan tersebut berbentuk tabung panjang yang fleksibel dan dilengkapi dengan sebuah kamera kecil di ujung alat tersebut yang memungkinkan dokter untuk melihat bagian dalam usus besar. Selain untuk mendeteksi kelainan, kolonoskopi juga dapat mendiagnosis suatu penyakit pada usus besar dengan membantu pemeriksa mengambil sampel jaringan pada usus yang disebut dengan biopsi. Pemeriksaan dilakukan dengan selang yang di masukan ke anus kemudian akan dipompa gas melalui selang sehingga usus akan sedikit mengembang, setelah itu dokter dapat mengamati keadaan usus dari segala sudut (Arahon, 2022). Meningkatnya keluhan pada saluran cerna bagian bawah beriringan dengan peningkatan usia lanjut. Pada penelitian di ruang bedah digestif Lontara RSUP DR. Wahidin Makasar pada tahun 2021 oleh Rita Pratiwi di dapatkan hasil prevalensi tindakan kolonoskopi didominasi umur 46 – 65 tahun (Pratiwi, 2022).

2.3.2 Kegunaan kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk mencari keberadaan kanker usus besar atau polip usus besar, yang tumbuh di lapisan usus besar yang terkadang bisa tumbuh menjadi kanker. Selain untuk mendeteksi kanker usus, kolonoskopi juga dilakukan untuk mencari tahu penyebab beberapa gangguan pada usus lainnya, seperti buang air besar berdarah, nyeri perut yang tidak tertahankan, diare kronis, konstipasi yang berlangsung lama, penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya, dan kelainan pada hasil CT-scan usus (Pinzon-Florez et al., 2015).

2.3.3 Prosedur Kolonoskopi

Sebelum melakukan kolonoskopi, dokter akan memberikan obat bius terlebih dahulu. Setelah efek obat bius bekerja, tindakan kolonoskopi akan di muali dengan langkah-langkah berikut ini (Ikhsan, 2019):

- a) Pasien berbaring miring di tempat tidur dengan posisi lutut menekuk ke arah dada.
- b) Dokter memasukkan alat kolonoskopi ke dalam anus dan mendorongnya sampai ke usus besar.
- c) Sambil mendorong alat kolonoskopi, udara akan dipompa melalui selang kolonoskop agar usus mengembang sedikit dan dinding usus dapat terlihat jelas di monitor.
- d) Dokter akan menarik keluar alat kolonoskopi secara perlahan sambil memeriksa usus besar sekali lagi, setelah ujung kolonoskop mencapai bukaan usus kecil,.
- e) Dokter dapat melakukan biopsi dengan mengambil sampel jaringan usus atau mengangkat polip usus, bila diperlukan untuk kebutuhan pemeriksaan .
- f) Dokter dapat menggulang kembali rangkaian prosedur diatas, jika kualitas gambar saat prosedur kolonoskopi kurang jelas.
- g) Selama melakukan kolonoskopi, pasien memungkinkan merasa kram ringan pada perut. Namun, keluhan ini dapat diredakan dengan cara menarik napas panjang secara perlahan. Prosedur ini biasanya berlngsung kurang lebih selama 30 – 60 menit.

2.3.4 Komplikasi kolonoskopi

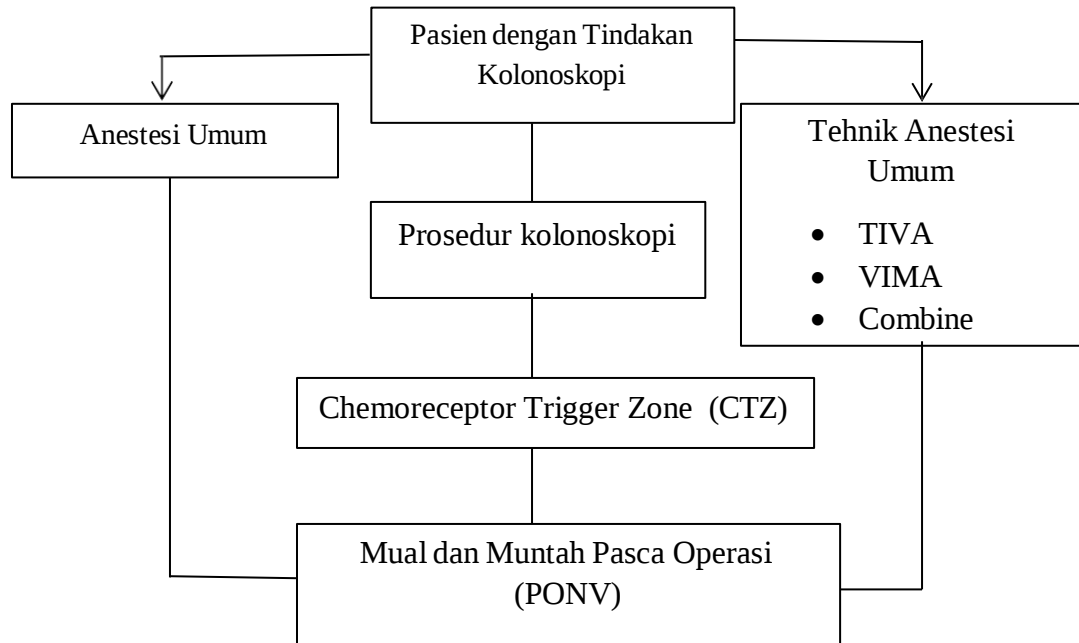
Kolonoskopi adalah prosedur yang aman. meskipun begitu, kemungkinan komplikasi akan tetap ada, seperti, pendarahan yang berlebihan dan perforasi atau tusukan pada dinding usus besar (Syah, 2018).

2.3.5 Pasca kolonoskopi

Setelah kolonoskopi, mungkin Anda akan mengalami kram ringan, dan kembung. Setelah satu jam pasien sadar mungkin disarankan untuk memakan atau minum minuman ringan. Biasanya pasien diperbolehkan pulang sekitar 4 jam setelah kolonoskopi. Rasa nyeri dan kembung akan dapat bertahan hingga

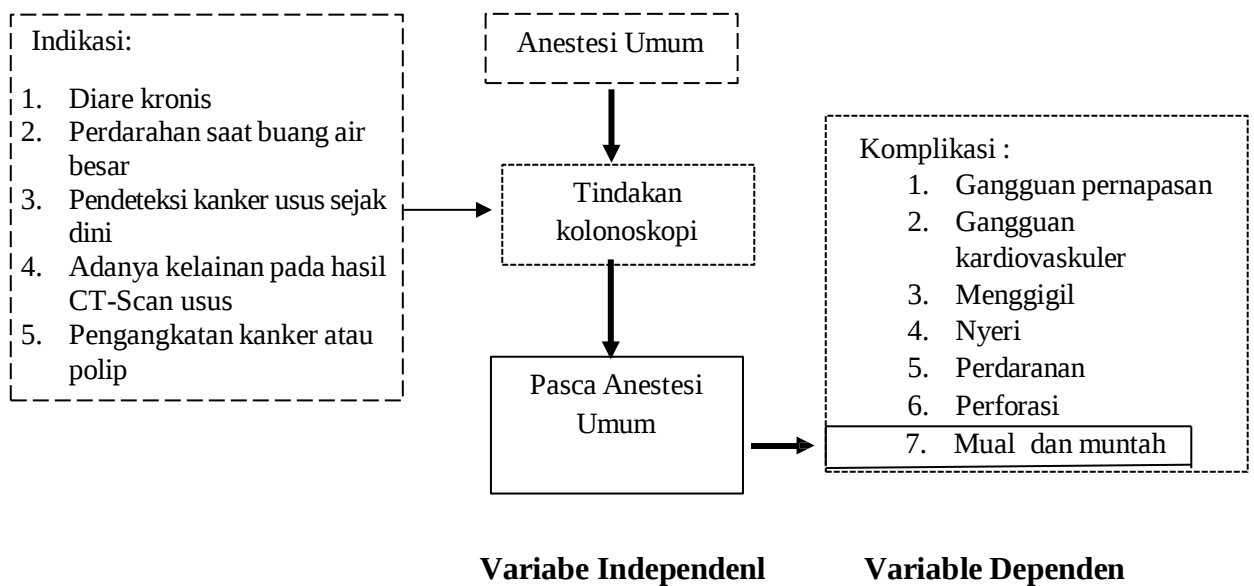
beberapa hari. Gejala ini disebabkan oleh gas yang dipompa ke usus besar selama prosedur kolonoskopi. Pengobatan selanjutnya akan tergantung dari diagnosis dokter (Syah, 2018).

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori (Ikhsan, 2019)

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan : _____ : variabel tidak diteliti
 _____ : variabel yang diteliti

Gambar 2. 3 Kerangka konsep

Berdasarkan gambar 2.3. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien yang menjalani prosedur anestesi umum yaitu mual dan muntah pasca operasi, kejadian muntah sekitar 50% dan kejadian mual sekitar 30% bahkan pada populasi yang beresiko tinggi mencapai angka 70 – 80% . Mual dan muntah terus menerus akan mengakibatkan dehidrasi, ketidak seimbangan elektrolit, regang perut sehingga menyebabkan peningkatan vena, tekanan pada luka operasi, dan jika pasien sedang dalam pengaruh sedasi atau anestesi dapat menyebabkan aspirasi. Kejadian mual dan muntah dapat terjadi di ruang pemulihan pasca operasi dan dapat menyebabkan tertundanya kepulangan pasien sehingga berakhir dengan peningkatan biaya yang dikeluarkan (Millizia et al., 2021). Sehingga diperlukan penanganan mual dan muntah yang tepat pada pasca anestesi umum khususnya pada pasien dengan tindakan kolonoskopi sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi yang membahayakan dan kerugian pada pasien.

2.6 Originalitas Penelitian

Tabel 2. 2 Originalitas penelitian

No.	Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang
1.	Muhammad Rizqan Khalidi (2022) Faktor Resiko Mual dan Muntah Pascageneral Anestesi Umum di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	Desain : Kohort Retsropektif Sample : 92 sampel Variabel : variable independent: IMT, pemberian opioid pasca operasi, durasi anestesi Variable dependen : mual dan muntah. Instrumen : skor Apfel Analisis : analisis data bivariat dengan uji chi-square	Hasil penelitian menunjukan bahwa : terdapat pengaruh pada IMT pemberian opioid pasca operasi, durasi anestesi pada mual dan muntah pasca operasi dengan penggunaan anestesi umum.	Penelitian terdahulu melakukan penelitian tentang pengaruh faktor resiko terjadinya mual dan muntah. Penelitian sekarang melakukan penelitian tentang pengaruh anestesi umum terhadap mual dan muntah, serta menggunakan intrumen skor Gordon.

2.	Muhammad Ikhsan (2019) Gambaran Angka Kejadian Post Operative Nausea an Vomiting (PONV) pada Pasien yang Menjalani Anestesi Inhalasi dengan Isifuran	Desain : Kuantitatif Katagorikal dengan <i>Cross Sectional</i> Sample : 70 sampel Variabel : Instrumen : Rekam medik Analisis : analisis univariat	Hasil penelitian menunjukan bahwa : kejadian PONV pada Pasien yang Menjalani Anestesi Inhalasi dengan Isifuran usia 18 – 24 thn, 25 – 31 thn, dan 39 – 45 thn. Pada pasien tidak merokok, pasien wanita, dan dengan tindakan operasi THT.	Penelitian terdahulu melakukan penelitian tentang Gambaran Angka Kejadian Post Operative Nausea an Vomiting (PONV) pada Pasien yang Menjalani Anestesi Inhalasi dengan Isifuran. Penelitian sekarang melakukan penelitian tentang pengaruh anestesi umum terhadap mual dan muntah, serta menggunakan instrumen skor Gordon dengan analisis bivariat.
3.	Mfidah Nur Fajriani (2019) Perbandingan Efektifitas Pemberian Premedikasi Dekametason dan	Desain : Observativ dengan <i>Cross Sectional</i> Sample : 30 sampel Variabel : Variabel independen : deksametason dan ondansentron. Variable dependen : PONV	Hasil penelitian menunjukan bahwa : Tidak terdapat perbedaan antara pemberian premedikasi deksametason dan ondansentron untuk	Penelitian terdahulu melakukan penelitian tentang Perbandingan Efektifitas Pemberian Premedikasi Dekametason dan Ondansentron untuk Mencegah Mual dan