

## **BAB II**

### **KAJIAN TEORI**

#### **2.1 Konsep *Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Pengertian *Sectio Caesarea***

Menurut Mochtar (1998), *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Scott, dkk (2002) mengungkapkan bahwa *sectio caesarea* merujuk pada kelahiran bayi melalui sayatan pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi). Sedangkan menurut Wiknjosastro, dkk (2007), *sectio caesarea* merupakan persalinan buatan dengan melakukan insisi pada perut dan rahim untuk mengeluarkan janin. Syarat dari tindakan ini adalah rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram. Dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan tindakan melahirkan bayi melalui pembedahan abdomen dan uterus dengan indikasi tertentu.

##### **2.1.2 Jenis Sayatan pada *Sectio Caesarea***

Insisi-insisi yang paling sering dilakukan pada pembedahan *sectio caesarea* berdasarkan lokasi menurut Liu (2007) adalah sebagai berikut:

1. Insisi Abdominal

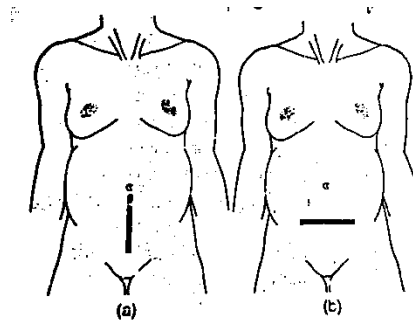
- a. Insisi garis tengah subumbilikal

Insisi ini mudah dan cepat. Akses mudah dengan perdarahan minimal. Berguna jika akses ke segmen bawah kulit, contohnya jika ada kifosklerosis berat atau fibroid segmen bawah anterior. Walaupun, bekas luka tidak terlihat, terdapat banyak ketidaknyamanan pasca operasi dan luka jahitan lebih cenderung muncul dibandingkan dengan

insisi transversa. Jika di perluasan ke atas menuju abdomen memungkinkan, insisi pramedian kanan dapat dilakukan.

b. Insisi transversa (*Pfannenstiel*)

Insisi transversa merupakan insisi pilihan saat ini. Secara kosmetik memuaskan, lebih sedikit menimbulkan luka jahitan dan lebih sedikit ketidaknyamanan, memungkinkan mobilitas pascaoperasi yang lebih baik. Insisi secara teknis lebih sulit khususnya pada operasi berulang. Insisi ini lebih vaskular dan memberikan akses yang lebih sedikit. Variasinya meliputi insisi Joel Choen (tempat abdomen paling atas) dan Misgav Ladach (menekankan pada penjagaan struktur anatomi).



**Gambar 2.1** Arah Sayatan *Sectio Caesarea* (a) Insisi Garis Tengah Subumbilikal,  
(b) Insisi Transversal (*Pfannenstiel*)

(Sumber: Liu, 2007)

2. Insisi Uterus

a. *Sectio caesarea* segmen bawah

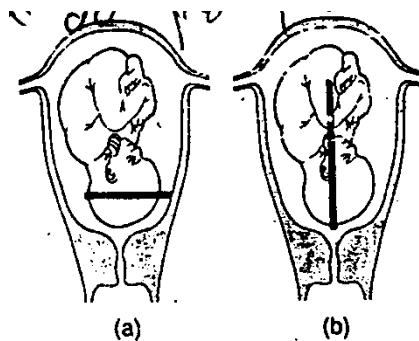
Ini adalah pendekatan yang lazim digunakan. Insisi transversa ditempatkan di segmen bawah uterus gravid di belakang peritoneum utero-vesikel. Keuntungan dari insisi pada bagian ini yaitu dapat meminimalisir kehilangan darah karena daerah tersebut memiliki sedikit pembuluh darah, mencegah penyebaran infeksi ke rongga

abdomen, serta memiliki sedikit kemungkinan terjadinya ruptur pada bekas luka di kehamilan berikutnya karena ini merupakan bagian uterus yang sedikit berkontraksi. Namun, insisi pada segmen bawah memiliki akses yang terbatas serta karena lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih meningkatkan resiko kerusakan khususnya pada prosedur pengulangan.

b. *Sectio caesarea* klasik

Insisi ini ditempatkan secara vertikal di garis tengah uterus. Indikasi penggunaannya meliputi:

- a) Gestasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah.
- b) Jika akses ke segmen bawah terhalang oleh perlekatan fibroid uterus.
- c) Jika janin terimpaksi pada posisi transversa.
- d) Pada keadaan segmen bawah vaskular karena plasenta previa anterior.
- e) Jika ada karsinoma serviks.
- f) Jika kecepatan sangat penting, contohnya setelah kematian ibu.



**Gambar 2.2** Arah Sayatan *Sectio Caesarea* (a) Insisi Segmen Bawah, (b) Insisi Klasik

(Sumber: Liu, 2007)

### 2.1.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Kenneth J (2009), indikasi dilakukannya *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Riwayat *sectio caesarea*

Dilakukannya operasi ini adalah telah dilakukan operasi *sectio caesarea* sebelumnya. Karena persalinan pervagina setelah *sectio caesarea* (*vaginal birth after prior caesarean* atau VBAC), cukup beresiko. Sebab uterus yang mengalami ruptur dianggap kontraindikasi untuk persalinan normal karena ketakutan akan kemungkinan ruptur uterus.

2. Distosia persalinan

Dijelaskan oleh Nugroho (2012), distosia persalinan adalah kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam kurun waktu tertentu. Distosia ini dapat disebabkan oleh gangguan pada kontraksi uterus, kurangnya kemampuan ibu mengedan (*his*), keadaan janin yang meliputi posisi dan perkembangan janin, serta karena panggul yang sempit.

3. Distres janin

Pada laman *americanpregnancy.org* (2015) menjelaskan bahwa distres janin (*fetal distress*) adalah istilah yang sering digunakan untuk menggambarkan janin yang tidak menerima jumlah oksigen yang cukup selama kehamilan ataupun persalinan, yang terdeteksi melalui detak jantung janin yang abnormal. Menurut *Committee on Obstetric Practice of the American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), merekomendasikan penggunaan kondisi *fetal distress* diganti dengan status janin yang tidak memungkinkan. Beberapa kondisi yang melatarbelakangi “status janin yang tidak memungkinkan” adalah anemia,

oligohidrominos, kehamilan dengan hipertensi, kehamilan *post-term*, *intrauterine growth retardation* (IUGR), dan mekonium yang sudah bercampur dengan amnion.

#### 4. Presentasi bokong

*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2001) menyatakan bahwa *sectio caesarea* merupakan pilihan untuk janin tunggal aterm dengan presentasi bokong. Karena janin dalam posisi seperti ini akan beresiko lebih besar mengalami prolaps tali pusat dan terjepitnya kepala dibandingkan janin dengan presentasi kepala jika tetap dilakukan persalinan pervagina.

Ada pula beberapa indikasi tindakan *sectio caesarea* yang tidak dijelaskan di atas. Mochtar (1998) menjelaskan bahwa indikasi tindakan ini adalah plasenta previa, panggul sempit, ruptura uteri yang mengancam, partus lama, distosia serviks, pre-eklamsi, dan malpresentasi janin. Malpresentasi janin ini meliputi letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka (letak defleksi) yang tidak berhasil dengan cara reposisi, serta gemelli.

#### **2.1.3 Kontraindikasi *Sectio Caesarea***

Kontraindikasi *sectio caesarea* menurut Rasjidi, I (2009) meliputi:

1. Janin mati.
2. Syok.
3. Anemia berat.
4. Kelainan kongenital berat.
5. Infeksi piogenik pada dinding abdomen.
6. Minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea*.

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Pengertian Nyeri**

Menurut *International Association for the Study of Pain* (2017), nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat disebabkan oleh kerusakan jaringan baik potensial maupun aktual. Hidayat (2014), menjelaskan bahwa nyeri merupakan perasaan tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dan berbeda pada setiap orang dalam hal skala dan tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat mengevaluasi rasa nyeri yang dialami. Dari beberapa penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman fisiologis dan psikologis yang bersifat subjektif yang dapat mempengaruhi kenyamanan orang tersebut.

### **2.2.2 Fisiologi Nyeri**

Terjadinya nyeri berkaitan dengan adanya rangsangan dan reseptor. Rangsangan atau stimulus nyeri adalah adanya kerusakan jaringan (*cell injury*) atau dapat berupa termal, listrik, dan mekanis. Stimulasi ini akan menyebabkan lepasnya histamin, bradikinin, dan prostaglandin. Stimulasi ini kemudian akan diterima oleh reseptor nyeri (*nociceptor*). *Nociceptor* merupakan ujung saraf bebas yang tersebar pada kulit dan mukosa. Reseptor nyeri inilah yang kemudian akan memberikan respon.

Stimulasi yang telah diterima *nociceptor* kemudian akan ditransmisikan menjadi impuls nyeri. Impuls nyeri ini lalu dikirim dengan serabut yang bermeilin rapat (serabut A/serabut delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut ini melewati akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn* untuk masuk ke spinal. Kemudian, impuls

nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinotalamus dan *spinoreticular tract* (SRT). SRT inilah yang membawa informasi sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur *opiate* dan jalur *nonopiate*. Jalur *opiate* ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari talamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Long (1989) dalam Hidayat (2014) menjelaskan bahwa pada jalur *nonopiate* merupakan jalur descendens yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya.

### 2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan waktu terjadinya, nyeri dibedakan menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Secara garis besar, nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Sedangkan nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul perlahan dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

**Tabel 2.1** Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, dan terselubung
Waktu	> 6 bulan	< 6 bulan
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi
Gejala klinis	Pola respons yang khas	Pola respons yang bervariasi

	dengan gejala yang lebih jelas	dengan sedikit gejala
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Meningkat setelah beberapa saat

(Sumber: Long, 1989 dalam Hidayat, 2014)

#### 2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Beberapa hal dapat mempengaruhi pengalaman nyeri pada seseorang. Rosdahl & Kowalski (2017) menjelaskan faktor yang memengaruhi persepsi nyeri seseorang adalah ambang batas nyeri dan toleransi nyeri seseorang. Ambang batas nyeri dan toleransi berbeda. Ambang batas nyeri adalah nilai terendah yang menyebabkan seseorang mulai mengenali nyeri. Sedangkan toleransi nyeri adalah nilai ketika seseorang sudah tidak dapat lagi menahan nyeri.

Dijelaskan pula oleh Hidayat (2014) tentang faktor-faktor yang memengaruhi nyeri yaitu:

1. Arti nyeri

Setiap orang memiliki arti nyerinya masing-masing. Namun sebagian dari nyeri diartikan sebagai arti yang negatif.

2. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri berkaitan dengan penilaian seseorang yang berada pada fungsi evaluatif kognitif, yang dipengaruhi oleh faktor yang memicu stimulasi *nociceptor*.

3. Toleransi nyeri

Toleransi nyeri menunjukkan hubungan antara intensitas nyeri dan kemampuan seseorang dalam menahan nyeri.

4. Reaksi terhadap nyeri



Merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri yang dapat ditunjukkan dalam bentuk ketakutan, rasa gelisah, cemas, menangis, atau respon yang lain.

### 2.2.5 Pengkajian Nyeri

Nyeri adalah hal yang bersifat subjektif. Namun demikian gejala yang ditimbulkan nyeri dapat terpantau untuk mendukung data. Seperti yang telah banyak diketahui, pengkajian nyeri yang biasa digunakan adalah PQRST. **P** (*paliative*) yaitu faktor yang mempengaruhi, **Q** (*quality*) yaitu kualitas nyeri, **R** (*region*) yaitu daerah perjalanan nyeri, **S** (*severity*) yaitu intensitas atau keparahan, dan **T** (*time*) yaitu frekuensi nyeri.

Namun dijelaskan oleh Rosdahl & Kowalski (2017) tentang hal yang harus dikaji yaitu dengan pedoman COLDSPA. Pedoman ini akan membantu dalam mengumpulkan data tentang nyeri pasien.

#### 1. **C** (*character*) atau karakter

Untuk mendiskripsikan karakter nyeri. Gunakan pertanyaan “Bagaimana rasanya? Jelaskan!”, “Apakah nyeri bersifat konstan, kadang kala terjadi, atau terjadi secara berulang?”

#### 2. **O** (*onset*) atau awitan

Untuk mendeskripsikan waktu. Gunakan pertanyaan “Kapan nyeri dimulai? Berapa lama nyeri ini dirasakan?”

#### 3. **L** (*location*) atau lokasi

Untuk mendeskripsikan lokasi atau tempat nyeri. Gunakan pertanyaan “Dimana nyeri dirasakan? Apakah internal atau eksternal? Apakah nyeri menyebar? Dimana nyeri dimulai dan kemana nyeri menyebar? Apakah nyeri selalu terjadi di tempat yang sama?”

4. **D** (*duration*) atau durasi

Untuk mendeskripsikan durasi atau lamanya. Gunakan pertanyaan “Berapa lama mengalami nyeri? Apakah nyeri terjadi kembali? Seberapa sering?”

5. **S** (*severity*) atau keparahan

Gunakan pertanyaan “Seberapa parah nyeri?” (Gunakan skala peringkat yang tepat untuk membantu menggambarkan nyeri yang dirasakan).

6. **P** (*pattern*) atau pola

Gunakan pertanyaan “Apakah ada yang dapat meredakan nyeri? Apa yang dilakukan untuk meredakan nyeri? Apakah ada yang memperburuk nyeri? Apakah ada faktor spesifik yang menyebabkan nyeri?”

7. **A** (*Associated Factors or Related Occurrences*) atau faktor terkait atau kejadian terkait)

Gunakan pertanyaan “Apakah gejala lain berhubungan dengan nyeri (sakit kepala, gangguan visual, sensitivitas terhadap cahaya, mual)? Apakah ada faktor budaya yang jelas terlibat? Apakah pernah mengalami jenis nyeri yang sama seperti ini di masa lalu? Apakah ada kejadian tertentu yang membuat stres dalam kehidupan saat ini? Apakah baru-baru ini mengalami cedera atau penyakit yang mungkin berkontribusi atau menyebabkan nyeri ini? Apakah ada orang dalam keluarga yang mengalami jenis nyeri yang serupa? Apakah pernah mengalami cedera atau diancam oleh seseorang di masa lalu?”

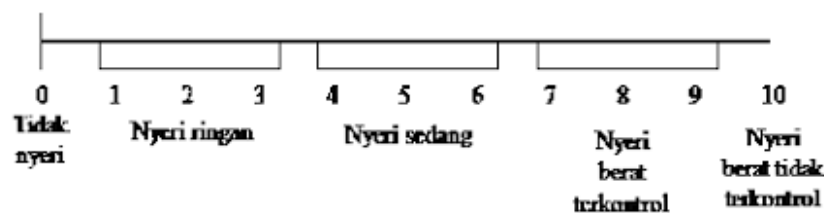
Untuk menunjang pengambilan data nyeri seseorang, perlu untuk menggunakan skala peringkat nyeri. Pada skala ini, pasien diminta memilih dan menyebutkan skala yang dirasa sesuai dengan yang dirasakan. Skala yang dapat digunakan adalah skala angka yaitu dari angka 0 untuk pilihan tanpa nyeri dan

angka 10 untuk nyeri yang tidak tertahankan, atau skala linear (skala analog visual atau *visual analog scale*, VAS). Namun sebelum pasien memilih skala ini, perlu dipastikan bahwa pasien mengerti mengenai makna pada setiap pilihan skala.

Berikut ini merupakan skala peringkat nyeri yang dapat digunakan:

1. Skala Penilaian Numerik/ *Numeric Rating Scale* (NRS)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien diminta menilai nyeri dengan skala 0-10. Skala dapat digunakan dan sangat efektif untuk pasien-pasien pembedahan, post anestesi awal, dan sekarang digunakan secara rutin untuk pasien-pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi.



**Gambar 2.3** Skala nyeri numerik

(Sumber: Andarmoyo, 2013 dalam Hindun, 2016)

**Tabel 2.4** Tingkatan Nyeri dan Karakteristiknya

Karakteristik	Skala Nyeri	Keterangan
Tidak nyeri	0	Tidak ada nyeri yang dirasakan
Nyeri ringan	1-3	a. Nyeri dirasakan namun tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan b. Dapat berkomunikasi dengan baik c. Dapat mengikuti perintah dengan baik d. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan dan dapat mendeskripsikannya
Nyeri sedang	4-6	a. Nyeri menyebabkan kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan b. Masih dapat mengikuti perintah dengan baik c. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikannya d. Mendesis, menyeringai
Nyeri berat	7-9	a. Nyeri menyebabkan tidak dapat

terkontrol		<ul style="list-style-type: none"> <li>melakukan kegiatan sehari-hari</li> <li>b. Masih responsif terhadap tindakan manual</li> <li>c. Menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat namun tidak dapat mendeskripsikannya</li> <li>d. Tidak dapat mengikuti perintah</li> <li>e. Klien tidak dapat diatur untuk alih posisi nafas panjang dan mengalihkan perhatian</li> </ul>
Nyeri berat tidak terkontrol	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>b. Tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri</li> <li>c. Berteriak dan histeris</li> <li>d. Tidak dapat mengikuti perintah lagi</li> <li>e. Menarik apa saja yang tergapai</li> </ul>

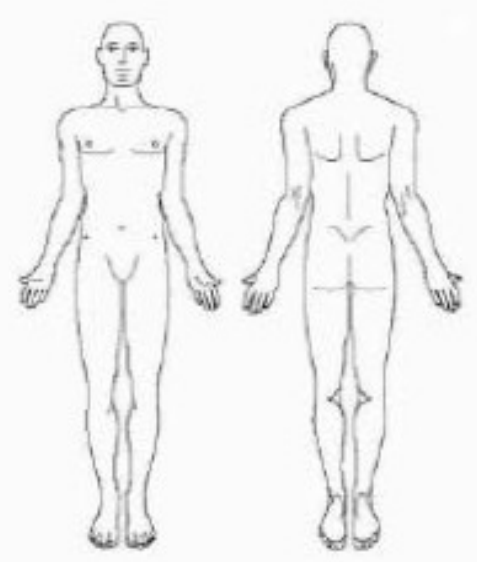
(Sumber: Brunner & Suddart, 2002)

2. Kuesioner Nyeri McGill-Melzack

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1. Flickering Quivering Pulsing Throbbing Beating Pounding</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">11. Tiring Exhausting</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2. Jumping Flashing Shooting</td> <td style="padding: 2px;">12. Sickening Suffocating</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3. Pricking Boring Drilling Stabbing Lancinating</td> <td style="padding: 2px;">13. Fearful Frightful Terrifying</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4. Sharp Cutting Lacerating</td> <td style="padding: 2px;">14. Punishing Gruelling Cruel Vicious Killing</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5. Pinching Pressing Gnawing Cramping Crushing</td> <td style="padding: 2px;">15. Wretched Blinding</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6. Tugging Pulling Wrenching</td> <td style="padding: 2px;">16. Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7. Hot Burning Scalding Searing</td> <td style="padding: 2px;">17. Spreading Radiating Penetrating Piercing</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8. Tingling Itching Smarting Stinging</td> <td style="padding: 2px;">18. Tight Numb Drawing Squeezing Tearing</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9. Dull Sore Hurting Aching Heavy</td> <td style="padding: 2px;">19. Cool Cold Freezing</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10. Tender Taut Flapping Splitting</td> <td style="padding: 2px;">20. Nagging Nauseating Agonizing Dreadful Torturing</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PPI</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">0 No pain 1 Mild 2 Discomforting 3 Distressing 4 Horrible 5 Excruciating</td> </tr> </table>	1. Flickering Quivering Pulsing Throbbing Beating Pounding	11. Tiring Exhausting	2. Jumping Flashing Shooting	12. Sickening Suffocating	3. Pricking Boring Drilling Stabbing Lancinating	13. Fearful Frightful Terrifying	4. Sharp Cutting Lacerating	14. Punishing Gruelling Cruel Vicious Killing	5. Pinching Pressing Gnawing Cramping Crushing	15. Wretched Blinding	6. Tugging Pulling Wrenching	16. Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable	7. Hot Burning Scalding Searing	17. Spreading Radiating Penetrating Piercing	8. Tingling Itching Smarting Stinging	18. Tight Numb Drawing Squeezing Tearing	9. Dull Sore Hurting Aching Heavy	19. Cool Cold Freezing	10. Tender Taut Flapping Splitting	20. Nagging Nauseating Agonizing Dreadful Torturing		PPI		0 No pain 1 Mild 2 Discomforting 3 Distressing 4 Horrible 5 Excruciating	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Brief</td> <td style="padding: 2px;">Rhythmic</td> <td style="padding: 2px;">Continuous</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Momentary</td> <td style="padding: 2px;">Periodic</td> <td style="padding: 2px;">Steady</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Transient</td> <td style="padding: 2px;">Intermittent</td> <td style="padding: 2px;">Constant</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;">         E = External          I = Internal     </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; padding: 5px;">         Comments:     </div>	Brief	Rhythmic	Continuous	Momentary	Periodic	Steady	Transient	Intermittent	Constant
1. Flickering Quivering Pulsing Throbbing Beating Pounding	11. Tiring Exhausting																																	
2. Jumping Flashing Shooting	12. Sickening Suffocating																																	
3. Pricking Boring Drilling Stabbing Lancinating	13. Fearful Frightful Terrifying																																	
4. Sharp Cutting Lacerating	14. Punishing Gruelling Cruel Vicious Killing																																	
5. Pinching Pressing Gnawing Cramping Crushing	15. Wretched Blinding																																	
6. Tugging Pulling Wrenching	16. Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable																																	
7. Hot Burning Scalding Searing	17. Spreading Radiating Penetrating Piercing																																	
8. Tingling Itching Smarting Stinging	18. Tight Numb Drawing Squeezing Tearing																																	
9. Dull Sore Hurting Aching Heavy	19. Cool Cold Freezing																																	
10. Tender Taut Flapping Splitting	20. Nagging Nauseating Agonizing Dreadful Torturing																																	
	PPI																																	
	0 No pain 1 Mild 2 Discomforting 3 Distressing 4 Horrible 5 Excruciating																																	
Brief	Rhythmic	Continuous																																
Momentary	Periodic	Steady																																
Transient	Intermittent	Constant																																

Gambar 2.4 Kuesioner Nyeri McGill-Melzack

(Sumber: repository.usu.ac.id)

Selain pertanyaan yang diajukan pada pasien, perlu juga mengobservasi beberapa hal dari pasien, yaitu:

1. Perilaku dalam merespon nyeri. Misalnya, menangis, gelisah, merintih, menyeringai, dan lain-lain.
2. Respon fisiologis. Dapat dilihat dari hasil pengukuran tanda-tanda vital, kesadaran, dan keadaan umum pasien.
3. Respon afektif. Misalnya, ketakutan, depresi, keletihan, marah, dan lain-lain.
4. Pertimbangan budaya. Kaji bagaimana kelompok budaya memiliki kebiasaan dalam merespon nyeri.

#### **2.2.6 Nyeri Post Operasi *Sectio Caesarea***

Dijelaskan Rosdahl & Kowalski (2017) bahwa salah satu komplikasi segera pasca operasi salah satunya adalah ketidaknyamanan pasca operasi. Ketidaknyamanan yang pertama dikeluhkan adalah nyeri. Keluhan ini terjadi pada setiap pembedahan, termasuk pada *sectio caesarea*. Solehati (2015) menjelaskan bahwa rasa nyeri yang timbul setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* terjadi sebagai akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus. Nyeri juga terjadi akibat stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemik jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan.

#### **2.2.7 Tatalaksana Nyeri**

Tujuan dari penatalaksanaan nyeri adalah mengurangi intensitas dan durasi yang dikeluhkan seseorang. Terapi yang dapat diberikan adalah terapi farmakologis dan terapi non-farmakologis. Terapi farmakologis ini diberikan oleh dokter. Sedangkan terapi non-farmakologis dapat diberikan oleh perawat atau

dapat diajarkan untuk dilakukan mandiri oleh pasien. Berikut penjelasan oleh Rosdahl & Kowalski (2017) tentang penatalaksanaan nyeri:

### 1. Terapi farmakologis

Terapi dengan pemberian analgesik. Analgesik adalah obat untuk meredakan nyeri. Analgesik disarankan untuk diberikan secara teratur atau sedini mungkin saat nyeri sudah dirasakan. Pemberian sebagai pencegahan diberikan segera pada pasien setelah pembedahan atau tindakan lain yang menimbulkan nyeri. Analgesik dibagi menjadi tiga kelas:

- a. Obat anti-inflamasi nonsteroid (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs*, NSAID) nonopioid, diberikan pada nyeri ringan hingga sedang. Contoh obatnya, *asetaminofen*, *aspirin*, *ibuprofen*, dan *naproksen*.
- b. Analgesik opioid (*narkotik*), diberikan pada nyeri sedang hingga sedang. Contoh obatnya adalah *morfina* dan turunannya.
- c. Obat pelengkap (*adjuvan*), merupakan salah satu obat untuk tujuan lain namun juga dapat digunakan untuk meredakan nyeri. Contohnya adalah antikonvulsan dan antidepresan. Obat ini membantu meningkatkan alam perasaan pasien, sehingga membantu relaksasi otot. Ketika otot relaks, nyeri akan membaik, dan produksi endorfin akan meningkat.

### 2. Intervensi keperawatan (terapi non-farmakologis)

Intervensi keperawatan yang dilakukan melalui beberapa tindakan:

#### a. Tindakan kenyamanan

Tindakan yang dapat diberikan adalah memposisikan pasien nyaman dan menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Misalnya

dengan lingkungan yang bersih, pencahayaan yang cukup, atau dengan memberikan musik yang tenang untuk meningkatkan relaksasi pasien.

b. Tindakan fisik

a) Stimulasi fisik (stimulasi *kutaneus*)

Stimulasi ini bisa dengan memberikan masase atau tekanan lembut pada area nyeri atau dapat juga menggunakan unit stimulasi saraf elektrik transkutaneus (*transcutaneous electrical nerve stimulation*, TENS) untuk stimulasi yang lebih spesifik dan akurat. TENS merupakan teknik menggunakan sebuah alat elektronik yang akan memicu stimulasi elektrik ketika digunakan saat seseorang merasa nyeri.

b) Aplikasi panas dan dingin

Merupakan salah satu teknik yang seringkali digunakan dan efektif dalam meredakan nyeri. Teknik ini dapat membantu mengendalikan nyeri lokal dengan kompres hangat untuk vasodilatasi atau dengan kompres dingin untuk vasokonstriksi.

c) Olahraga

Olahraga yang dianjurkan adalah sesuai dengan toleransi tubuh dan dilakukan secara bertahap. Direkomendasikan untuk melakukan aktivitas yang beragam, dapat dinikmati, dan mungkin dapat dilakukan bersama orang lain. Tujuan dari aktivitas ini adalah untuk menstimulasi produksi endorfin, meningkatkan daya tahan, dan melatih kekuatan sehingga dapat mengurangi nyeri.

c. Tindakan perilaku-kognitif

a) Distraksi dan diversifikasi



Yaitu teknik dengan membantu pasien menemukan dan melakukan kegiatan yang dapat membantu mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri yang dirasakan. Misalnya berkunjung ke suatu tempat, bermain *game*, menonton televisi, dan lain-lain.

b) Relaksasi dalam dan imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah suatu proses pasien menerima anjuran untuk berkonsentrasi pada sebuah gambar atau suara untuk mengontrol nyeri dan ketidaknyamanan. Namun sebelumnya perlu diperhatikan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan melakukan latihan relaksasi dalam terlebih dahulu, agar pasien dapat sepenuhnya relaks.

c) Kelompok pendukung

Kegiatan dengan melakukan sesi terapi kelompok dengan tujuan agar seseorang dapat mengekspresikan dan membicarakan nyeri pada orang lain yang dapat turut merasakan. Anggota kelompok kemudian akan menawarkan anjuran dan memberikan informasi terkait cara mengontrol nyeri.

d) Penatalaksanaan stres

Stres dapat memperparah rasa nyeri. Sehingga perlu dilakukan tindakan untuk menurunkan stres. Misalnya dengan melakukan aktivitas fisik, rekreasi, cairan yang adekuat, diet seimbang, atau bahkan obat anti-depresan juga dapat digunakan.

d. Teknik alternatif dan komplementer

Beberapa upaya yang sering digunakan misalnya dengan akupunktur, akupresur, hipnosis, penggunaan aromaterapi, dan pengobatan herbal.

Tindakan non-farmakologis ini tampak sangat efektif sebagai pereda nyeri dalam banyak kasus.

## **2.3 Konsep Akupresur**

### **2.3.1 Pengertian Akupresur**

Menurut Sukanta (2008), akupresur adalah sebuah ilmu penyembuhan dengan menekan, memijit, atau mengurut bagian dari tubuh untuk mengaktifkan peredaran energi vital atau "*chi*". Akupresur juga disebut akupuntur tanpa jarum, atau pijat akupuntur, sebab teori akupunturlah yang menjadi dasar praktik akupresur. Akupuntur menggunakan jarum sebagai alat bantu praktik, sedangkan akupresur menggunakan jari, tangan, bagian tubuh lainnya, atau alat tumpul sebagai pengganti jarum.

Pada dasarnya akupresur berarti teknik pijat yang dilakukan pada titik-titik tertentu ditubuh, untuk menstimulasi titik-titik energi. Titik-titik tersebut adalah titik-titik akupuntur. Hadibroto (2006) menjelaskan bahwa tujuan dari teknik ini adalah agar seluruh organ tubuh memperoleh *chi* yang cukup sehingga terjadi keseimbangan *chi* tubuh. *Chi* adalah energi yang mengalir melalui jaringan di berbagai meridian tubuh dan cabang-cabangnya. Cara meningkatkan atau membangunkan energi tubuh tersebut pada akupuntur dilakukan dengan menusukkan jarum-jarum akupuntur pada titik-titik tertentu yang berkaitan dengan keluhan pasien, sedangkan akupresur melakukan hal yang sama dengan tekanan jari-jari tangan dan pemijatan.

### **2.3.2 Tujuan dan Manfaat Akupresur**

Dijelaskan oleh Fengge (2011) dalam Rukayah (2013) bahwa teknik pengobatan akupresur bertujuan untuk membangun kembali sel-sel dalam tubuh

yang melemah serta mampu membuat sistem pertahanan dan meregenerasikan sel tubuh. Umumnya penyakit berasal dari tubuh yang teracuni, sehingga pengobatan akupresur memberikan jalan keluar meregenerasikan sel-sel agar daya tahan tubuh kuat untuk mengurangi sel-sel abnormal.

Menurut Sukanta (2002), akupresur bermanfaat untuk pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, rehabilitasi (pemulihan), serta meningkatkan daya tahan tubuh (promotif). Melalui terapi akupresur penyakit pasien dapat disembuhkan karena akupresur dapat digunakan untuk menyembuhkan keluhan sakit, dan dipraktekkan ketika dalam keadaan sakit. Sebagai rehabilitasi (pemulihan) akupresur dipraktekkan untuk meningkatkan kondisi kesehatan sesudah sakit. Selain itu, akupresur juga bermanfaat untuk meningkatkan daya tahan tubuh walaupun tidak sedang dalam keadaan sakit.

### **2.3.3 Komponen Akupresur**

#### **1. *Qi/Chi* atau Energi Vital**

Dijelaskan oleh Sukanta (2008) bahwa di dalam tubuh mengalir energi vital untuk kelangsungan hidup. Zat sumber kehidupan ini dalam akupunktur dikenal dengan sebutan *chi sie*. *Chi* atau *Qi* adalah energi dan *Sie* disamakan dengan darah. Kualitas energi vital seseorang dipengaruhi oleh makanan, minuman, lingkungan dan yang bersifat herediter. Pembentukan energi sangat tergantung pada kondisi organ di dalam tubuh.

#### **2. Sistem meridian dan Lintasannya**

Menurut Sukanta (2008), di dalam tubuh selain mengalir sistem peredaran darah, sistem saraf, dan sistem getah bening, terdapat juga sistem meridian. Meridian berfungsi sebagai tempat mengalirnya energi vital, penghubung bolak-balik antar organ, bagian-bagian dan jaringan tubuh,

panca indra, tempat masuk dan keluarnya penyebab penyakit, serta tempat rangsangan penyembuhan. Melalui sistem meridian ini energi vital dapat diarahkan ke organ atau bagian tubuh yang sedang mengalami gangguan. Titik energi ditekan pada lintasan meridian pada permukaan kulit dengan menggunakan jari-jari atau alat tumpul lain yang tidak menembus kulit dan tidak menimbulkan rasa sakit untuk menstimulasi kemampuan tubuh menyembuhkan diri secara alami.

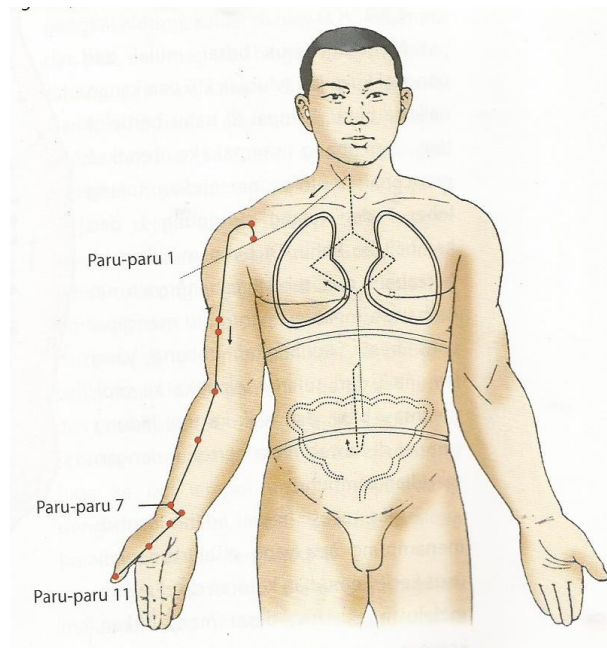
Sukanta (2002) menjelaskan bahwa sistem meridian terdiri dari 12 meridian umum dan 8 meridian istimewa. Dari sekian banyak meridian, yang umum dipakai adalah 12 meridian umum dan 2 meridian istimewa, yaitu meridian paru-paru (*Lung/LU*), lambung/perut (*Stomach/ST*), limpa (*Spleen/SP*), jantung (*Heart/HT*), usus besar (*Large intestine/LI*), usus kecil (*Small Intestine/SI*), kantong kemih (*Bladder/BL*), ginjal (*Kidney/KI*), selaput jantung (*Pericardium/PC*), tri pemanas (*triple warmer/TW/Sanjiao/SJ*), kantong empedu (*Gall Bladder/GB*), hati (*Liver/LR/LU*), *Tu/Du* (*Governing Vessel/GV*) dan *Ren* (*Conception Vessel/CV*). Meridian-meridian tersebut saling terkait dan saling berhubungan satu dengan yang lainnya.

Berikut ini merupakan penjelasan dari meridian akupresur:

a. Meridian paru-paru/*Lung/LU*, (*Yin*)

Meridian ini mulai dari ruang tengah perut (pusat), kemudian naik ke atas mencapai lambung, menembus diafragma mencapai kedua paru-paru, langsung ke tenggorokan dan keluar di sela iga I dan II di daerah dada dan melintasi lengan menuju ke ibu jari tangan. Di daerah

pergelangan tangan ada cabang yang menuju ke jari telunjuk untuk berhubungan dengan meridian usus besar.

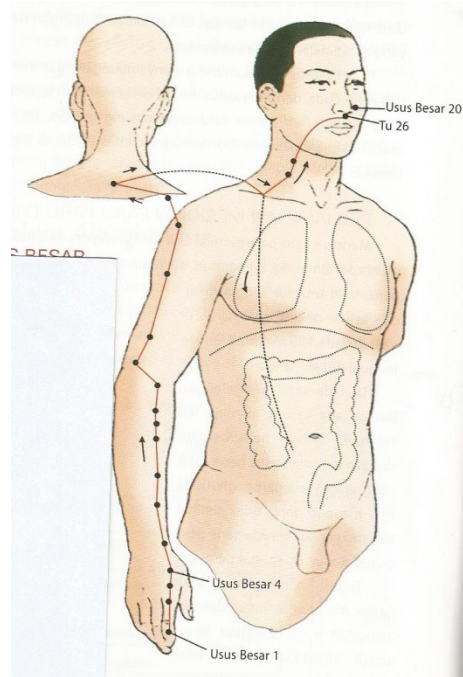


**Gambar 2.5** Meridian paru-paru/*Lung*/LU

(Sumber: Sukanta, 2008)

b. Meridian usus besar/*Large intestine*/LI, (*Yang*)

Meridian ini mulai dari ujung telunjuk naik ke bahu, melintasi daerah tangan bagian luar segaris dengan jari telunjuk, sampai di bahu bercabang ke tengkuk, mencapai benjolan pertemuan tulang leher ke-7 dengan tulang punggung ke-1, dan kembali lagi ke bahu. Sebuah cabangnya turun dari dada melintasi paru-paru mencapai usus besar. Cabangnya yang lain naik dari tulang selangka ke pipi melintasi bibir dan berakhir di tepi hidung. Tetapi ada sambungan meridian ini dari ujung hidung sampai di bawah mata kiri-kanan dan berhubungan dengan meridian lambung.

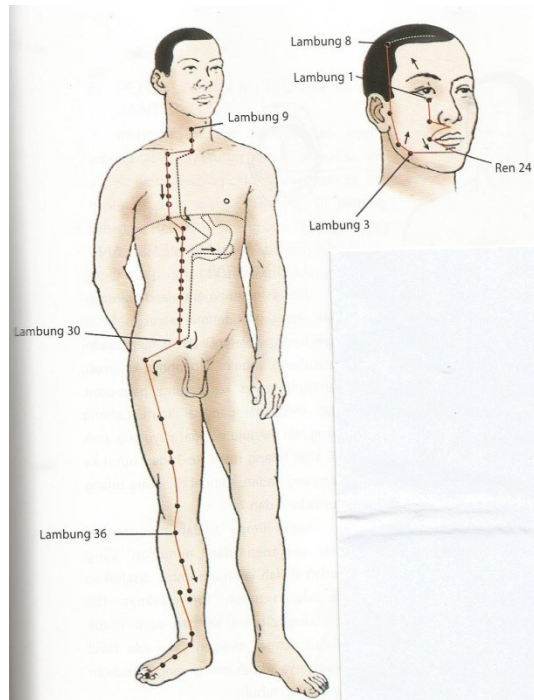


**Gambar 2.6** Meridian usus besar/*Large intestine*/LI

(Sumber: Sukanta, 2008)

c. Meridian lambung/*Stomach*/ST, (*Yang*)

Meridian ini mulai dari titik terakhir meridian usus besar, naik mencapai pangkal hidung dan keluar di bawah tulang mata pada pipi, terus melintasi pipi, ke ujung bibir, ke rahang, naik sampai di kepala samping. Dari rahang bawah ada cabang ke leher depan bagian luar, sampai di tulang selangka pecah menjadi dua cabang yang berjalan sejajar di dada dan di perut, sebuah cabang masuk mencapai lambung dan bertemu dengan cabang satunya di pangkal paha, melintasi paha sampai di bawah lutut bercabang kembali. Sebuah cabangnya mencapai jari kaki kedua (ibu jari kaki no.1), ibu jari, dan yang lainnya berakhir pada jari kaki ke tiga. Dari lambung ada sebuah cabang menuju limpa.

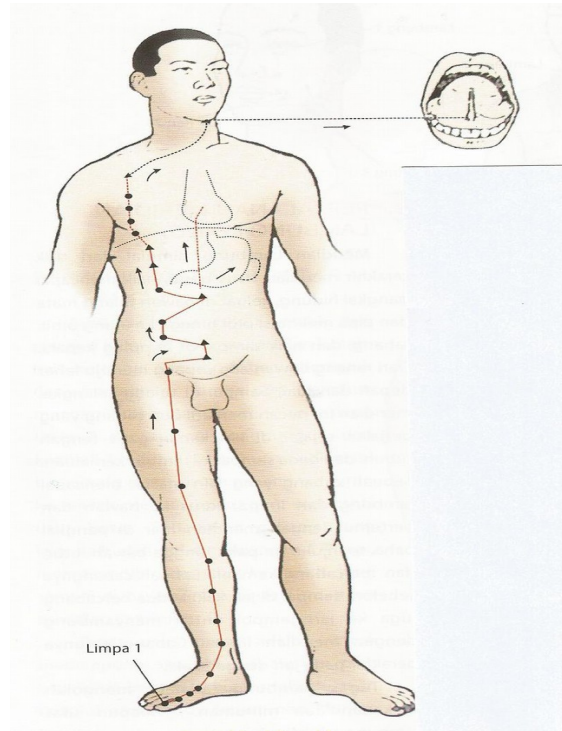


**Gambar 2.7** Meridian lambung/*Stomach*/ST

(Sumber: Sukanta, 2008)

d. Meridian limpa/*Spleen*/SP, (*Yin*)

Meridian ini mulai dari ibu jari kaki terus naik sampai perut melintasi kaki bagian dalam sampai di perut bercabang, sebuah cabangnya ke limpa, lainnya terus ke jantung, paru-paru, dan mencapai pangkal lidah. Cabang yang lain ke arah sisi luar buah dada naik ke arah tulang rusuk ke-3, dan turun ke samping badan sampai di antara tulang rusuk ke-6 dan ke-7.



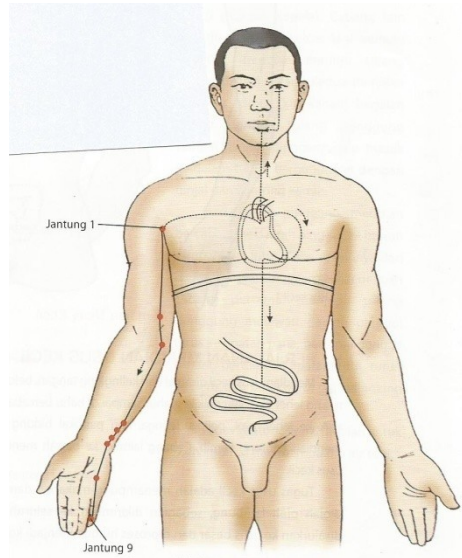
**Gambar 2.8** Meridian limpa/*Spleen/SP*

(Sumber: Sukanta, 2008)

e. Meridian jantung/*Heart/HT*, (*Yin*)

Meridian ini mulai dari pusat ketiak, sebuah cabangnya turun menuju ke lengan sampai di kelingking, sedangkan cabang yang lain ke atas melintasi dada menuju jantung. Di jantung, meridian tersebut bercabang dua, sebuah cabang ke atas sampai di bola mata dengan melintasi leher dan pangkal lidah, sedangkan cabang yang ke bawah menuju usus kecil.



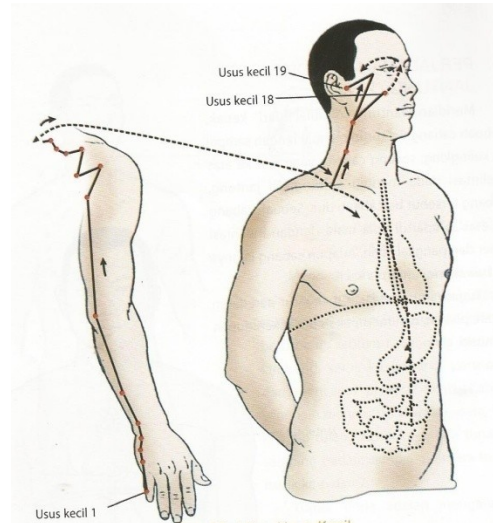


**Gambar 2.9** Meridian jantung/*Heart*/HT

(Sumber: Sukanta, 2008)

f. Meridian usus kecil/*Small Intestine*/SI, (*Yang*)

Meridian usus kecil mulai dari kelingking tangan, melintasi tepi telapak tangan naik ke tangan melintasi tengah tulang belikat sampai di bahu bercabang dua, sebuah cabang naik ke leher, pipi, pelipis, telinga, dan pangkal hidung bertemu dengan awal meridian kantong kemih. Cabang yang ke bawah menembus jantung menuju usus kecil, dan terus ke bawah melintasi pangkal paha sampai di kaki bagian bawah.

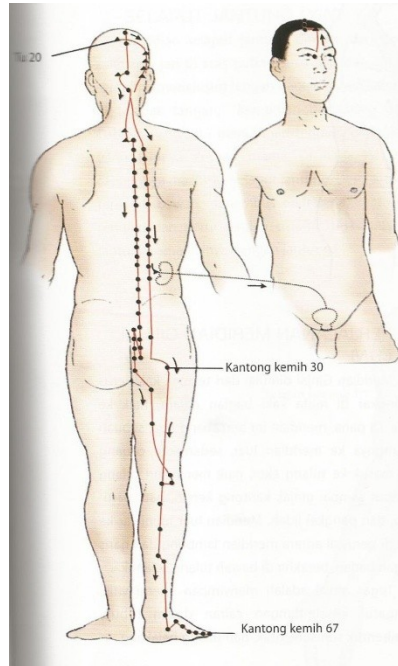


**Gambar 2.10** Meridian usus kecil/*Small Intestine*/SI

(Sumber: Sukanta, 2008)

g. Meridian kantong kemih/*Bladder*/BL, (*Yang*)

Meridian ini mulai dari sudut mata bagian dalam, naik ke kepala bertemu dengan meridian *Tu* di titik no.20 di puncak kepala. Cabang lain menuju otak dan keluar lagi menuju kuduk, berjalan menuju tulang belikat bagian dalam. Kedua meridian kantong kemih (di kiri-kanan tulang punggung) berjalan sejajar mengapit tulang punggung sampai daerah pinggang lalu masuk ke dalam tubuh berhubungan dengan ginjal dan kantong kemih. Dari daerah pinggang bercabang menuju ke daerah pinggul ke bawah sampai lipat lutut. Cabang lainnya timbul dari daerah kuduk dan berjalan sejajar dengan cabang pertama (ada dua jajar meridian di kiri-kanan tulang punggung). Kedua jajar cabang meridian ini terus ke lipat paha dan bertemu dengan cabang pertama di lipatan lutut belakang, turun ke betis berakhir di jari kelingking kaki sebelah luar.

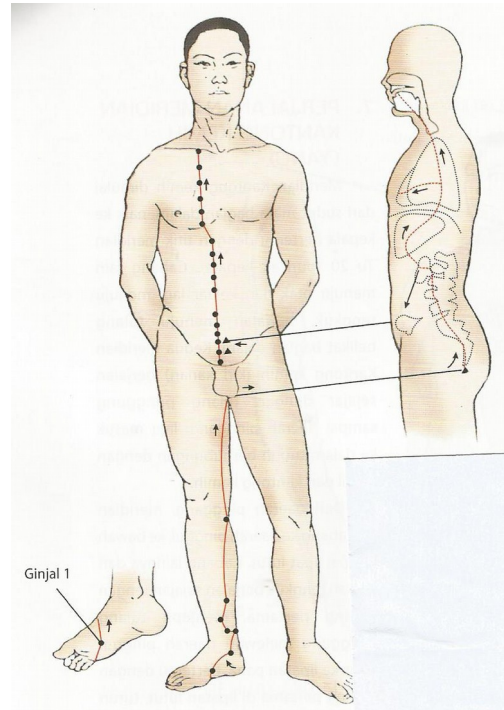


**Gambar 2.11** Meridian kantong kemih/*Bladder*/BL

(Sumber: Sukanta, 2008)

h. Meridian ginjal/*Kidney*/KI, (*Yin*)

Meridian ini dimulai dari telapak kaki terus melingkar di mata kaki, naik di kaki bagian dalam sampai di pangkal paha, bercabang dua, sebuah cabangnya ke meridian luar, sedangkan cabang yang lain masuk ke tulang leher, naik menyusur tulang tersebut sampai ke ginjal, kantong kemih, hati, paru-paru, dan sampai di pangkal lidah. Meridian luar menjalar ke atas di perut di antara meridian lambung dan garis tengah badan, dan berakhir di bawah tulang selangka.

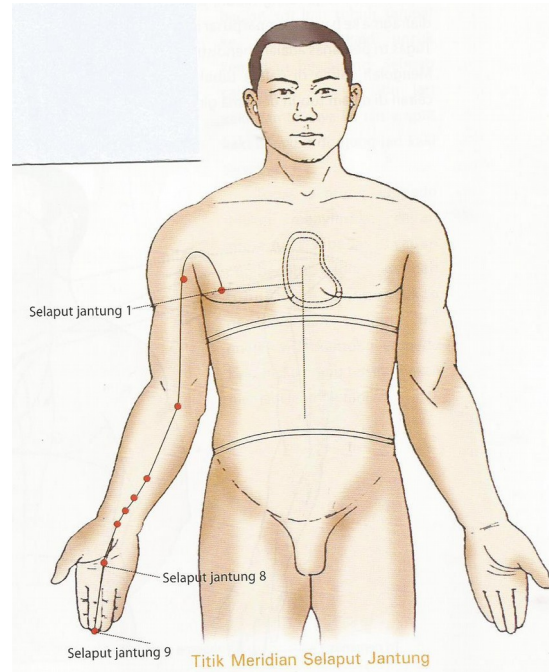


**Gambar 2.12** Meridian ginjal/*Kidney*/KI

(Sumber: Sukanta, 2008)

i. Meridian selaput jantung/*Pericardium*/PC, (*Yin*)

Dimulai dari dada, melintasi lengan bagian dalam sampai di telapak tangan, bercabang dua, satu ke jari tengah, dan yang lain ke jari manis. Di dada sebuah cabangnya masuk ke selaput jantung dan dari jantung terus ke bawah menembus diafragma, ke ruang tengah badan dan perut bagian bawah.

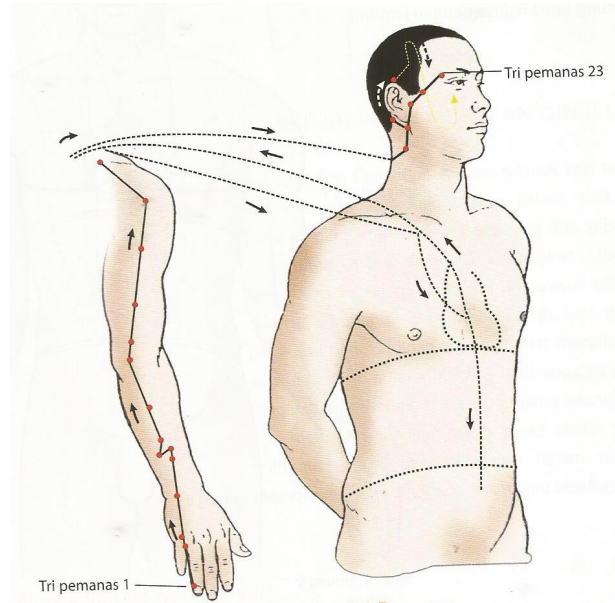


**Gambar 2.13** Meridian selaput jantung/*Pericardium/PC*

(Sumber: Sukanta, 2008)

j. Meridian tri pemanas/*triple warmer/TW/Sanjiao/SJ*, (*Yang*)

Meridian ini dimulai dari jari manis tangan, naik ke punggung tangan mencapai bahu tulang selangka dan bercabang dua. Sebuah cabang ke leher melewati belakang telinga, pipi, dan berakhir di ujung alis luar yang lain melintasi dada sampai di jantung, turun menembus ketiga ruangan badan.

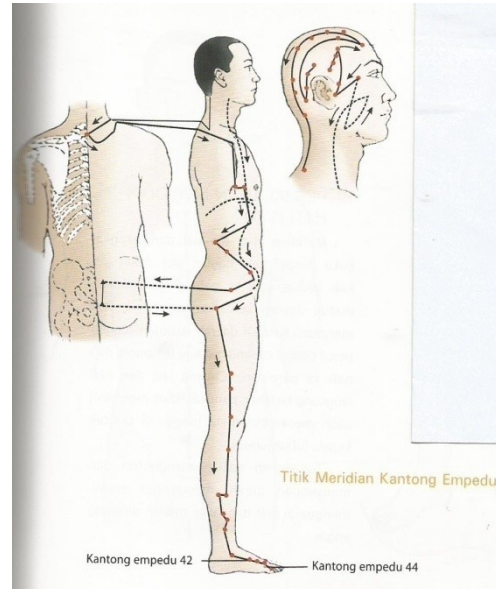


**Gambar 2.14** Meridian tri pemanas/*triple warmer*/TW/Sanjiao/SJ

(Sumber: Sukanta, 2008)

k. Meridian kantong empedu/*Gall Bladder*/GB, (*Yang*)

Meridian ini mulai dari sudut mata bagian luar, ke kepala sampai di tengkuk. Sebuah cabang dari pipi menyusup ke dalam dada dan berhubungan dengan kantong empedu, terus ke bawah sampai perut bagian bawah. Cabang lainnya tampak seperti meridian luar, dari tengkuk ke bahu, ke samping badan sampai di ujung tulang pinggul, terus ke bawah menyebar di sisi luar paha sampai punggung kaki bercabang, sebuah cabangnya ke ibu jari kaki dan lainnya ke jari keempat kaki dan berakhir di ujung jari tersebut.

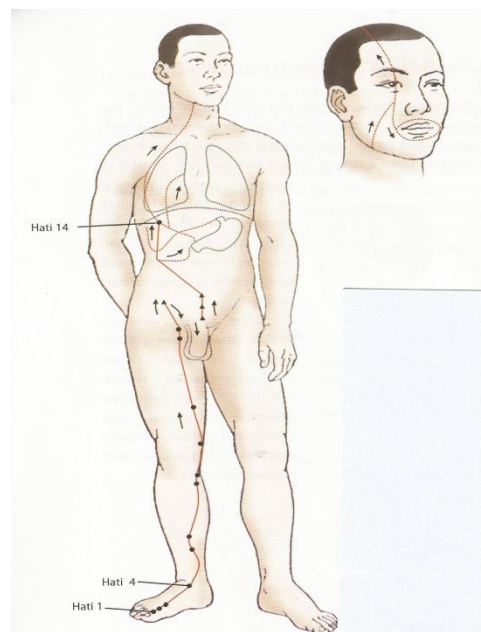


**Gambar 2.15** Meridian kantong empedu/*Gall Bladder*/GB

(Sumber: Sukanta, 2008)

1. Meridian hati/*Liver*/LR/LU, (*Yin*)

Meridian ini mulai dari ibu jari kaki naik ke paha bagian dalam, masuk daerah kemaluan, terus ke atas mencapai hati. Di daerah tengah perut timbul sebuah cabangnya yang menuju ke lambung, naik ke paru-paru. Cabang yang lain dari hati langsung ke leher, pangkal lidah, mengitari bibir, menembus mata, sampai di puncak kepala.

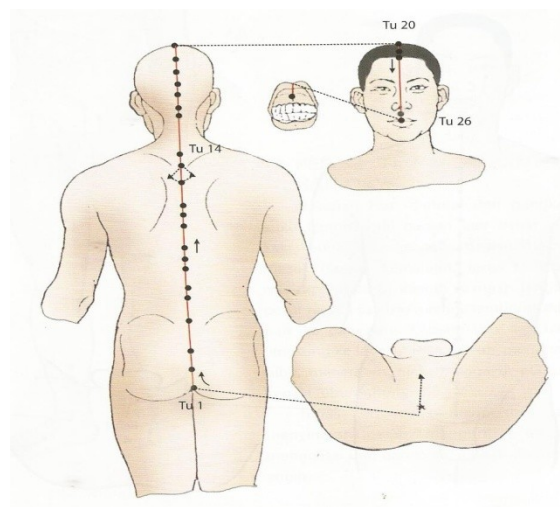


**Gambar 2.16** Meridian hati/*Liver*/LR/LU

(Sumber: Sukanta, 2008)

m. Meridian *Tu/Du/Governing Vessel*/GV, (*Yang*)

Meridian ini dimulai dari belakang dubur, naik ke tulang ekor, menyusuri garis tengah tulang punggung, kepala, ke depan sampai di gusi rahang atas. Di bagian kepala ada sebuah cabang yang masuk menyusup ke dalam otak.



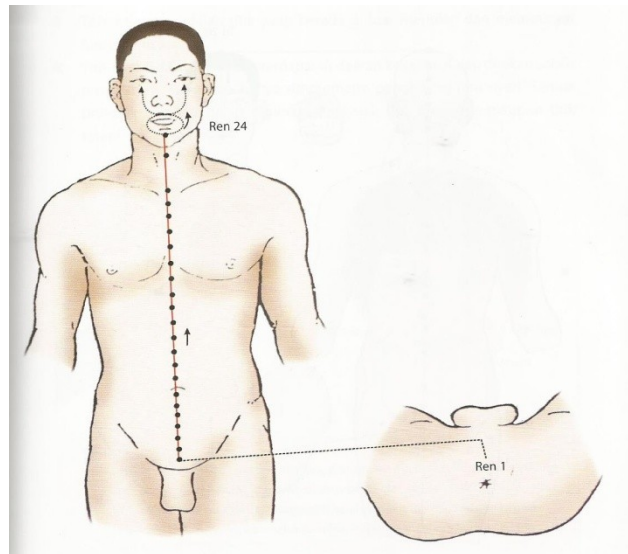
**Gambar 2.17** Meridian *Tu/Du/Governing Vessel*/GV

(Sumber: Sukanta, 2008)

n. Meridian *Ren/Conception Vessel*/CV, (*Yin*)

Meridian ini mulai dari depan lubang dubur, terus ke perut bagian bawah, ke daerah kelamin merambat ke atas di garis tengah badan sampai ke leher, ke rahang bawah dan melingkari bibir, kemudian terpecah menjadi dua cabang masing-masing melintasi pipi sampai di bawah mata.





**Gambar 2.18** Meridian *Ren/Conception Vessel/CV*

(Sumber: Sukanta, 2008)

### 3. Titik Akupresur

Menurut Sukanta (2008), terdapat ratusan titik akupresur pada permukaan tubuh. Titik ini adalah tempat terakumulasinya (berkumpulnya) energi vital. Semua titik-titik tersebut dapat digunakan sebagai diagnosis maupun titik terapi. Menurut fungsinya ada tiga jenis titik akupunktur:

- a. Titik tubuh atau titik umum. Titik ini adalah titik akupunktur yang berada di sepanjang meridian. Titik ini langsung berhubungan dengan organ dan daerah lintasan meridiannya.
- b. Titik istimewa, adalah titik yang berada di luar lintasan meridian dan mempunyai fungsi khusus.
- c. Titik nyeri, adalah titik yang terdapat di daerah keluhan. Kalau ditekan selalu terasa nyeri dan fungsinya hanya simptomatis, penghilang rasa nyeri.

#### 2.3.4 Efek Pijatan

Ada beberapa efek yang muncul jika titik pijatan dipijat, seperti yang dijelaskan Sukanta (2002), yaitu:

1. Efek lokal. Artinya proses penyembuhan terjadi di daerah/lokasi titik.
2. Efek meridian. Artinya proses penyembuhan terjadi di sepanjang area yang dicapai/dilintasi oleh meridian.
3. Efek organ. Artinya proses penyembuhan terjadi pada organ yang memiliki titik tersebut.

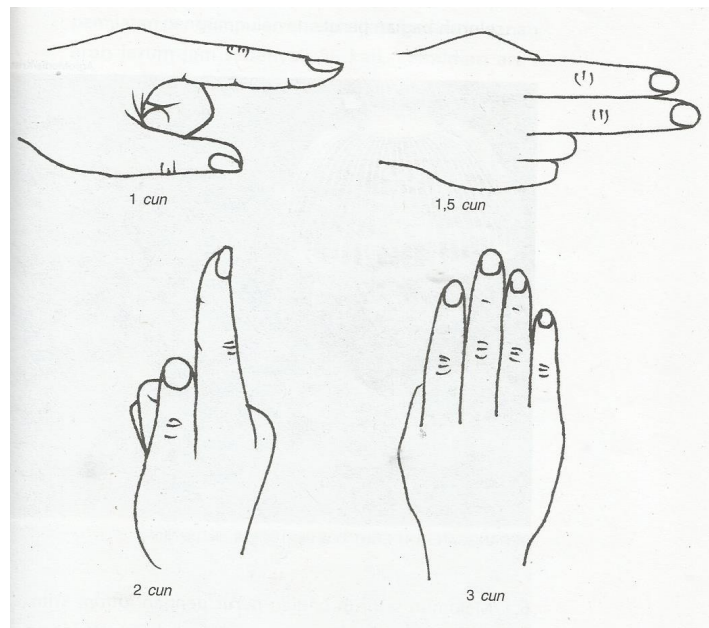
### **2.3.5 Teknik Perangsangan Titik Akupresur**

Pada titik akupresur akan dilakukan pemijatan terapi akupresur. Dijelaskan oleh Ali (2005) bahwa sebelum melakukan pemijatan, perhatikan terlebih dahulu kondisi pasien. Kondisi tubuh pasien dalam keadaan tenang, sebaiknya pasien mengatur irama pernafasannya sebelum dilakukan pemijatan. Pemijatan tidak boleh dilakukan terhadap orang yang sedang dalam keadaan yang terlalu lapar, terlalu kenyang, terlalu emosional, dan perempuan hamil.

Pijatan bisa dilakukan setelah menemukan titik meridian yang tepat. Dalam terapi akupresur pijatan bisa dilakukan dengan menggunakan jari tangan (ibu jari dan jari telunjuk). Sukanta (2008) menjelaskan tentang lama dan banyaknya tekanan (pemijatan) yang tergantung pada jenis pijatan (teknik pijatan). Pijatan untuk menguatkan (*Yang*) dapat dilakukan dengan 10-30 kali tekanan untuk masing-masing titik dan pemutarannya searah jarum jam. Sedangkan pemijatan yang berfungsi melemahkan (*Yin*) dapat dilakukan dengan 30-50 kali tekanan dan cara pemijatannya berlawanan jarum jam. Sedangkan pijatan netral (yang disesuaikan dengan kebutuhan), cukup hanya melakukan pemijatan pada titik yang dimaksud sebanyak 30 kali.

Ali (2005) juga menjelaskan, untuk mempermudah penentuan letak titik akupresur digunakan “*cun jari*”. Berikut standar *cun jari* yang sering digunakan:

1. Ukuran 1 *cun* yang diperoleh dengan menekuk jari tengah tangan sampai ujungnya mengenai ujung ibu jari, sehingga membentuk huruf O. Lebar lipatan ruas tengah dari jari tengah ini merupakan ukuran dari 1 *cun*.
2. Ukuran 1,5 *cun*, yakni jarak jari telunjuk dan jari tengah yang dirapatkan.
3. Ukuran 2 *cun* atau dua ruas jari telunjuk bagian atas.
4. Ukuran 3 *cun* merupakan lebar empat jari yang dirapatkan (jari telunjuk, tengah, manis, dan kelingking).



**Gambar 2.19** Pengukuran dengan *cun jari*

(Sumber: Ali, 2005)



**Gambar 2.20** Posisi dan teknik pemijatan

(Sumber: Sukanta, 2002)

### 2.3.6 Hal-hal yang Harus Diperhatikan

Menurut Hartono (2012), ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemijatan akupresur, antara lain:

1. Kebersihan terapis

Mencuci tangan dengan air yang mengalir dan menggunakan sabun antiseptik sebelum dan sesudah melakukan tindakan sangatlah penting karena hal tersebut dilakukan dengan tujuan mencegah penularan penyakit antara terapis dengan pasien. Pastikan kuku dari terapis tidak panjang.

2. Bagian-bagian yang tidak dapat dipijat

Pemijatan tidak dapat dilakukan pada kondisi kulit terkelupas, tepat pada bagian tulang yang patah, dan tepat pada bagian yang bengkak.

### 3. Pasien dalam kondisi gawat

Penyakit-penyakit yang tidak boleh dipijat adalah tiga penyakit yang dapat menyebabkan kematian tiba-tiba, yaitu ketika terjadi serangan jantung, gagal napas, dan penyakit pada saraf otak misalnya stroke, pecah pembuluh darah, dan cedera otak. Apabila menemukan gejala demikian segera rujuk ke rumah sakit karena penanganan yang keliru dapat menyebabkan pasien terlambat mendapat pengobatan yang lebih baik.

#### 2.3.7 Akupresur untuk Nyeri

Dijelaskan oleh Nani, dkk (2015) mengenai titik-titik yang sering dipijat untuk menurunkan nyeri karena post operasi *sectio caesarea* adalah titik HT6 dan LI4. Titik HT6 adalah titik yang terletak di jalur meridian jantung (*yin*). Meridian ini mulai dari pusat ketiak, sebuah cabangnya turun menuju ke lengan sampai di kelingking, sedangkan cabang yang lain ke atas melintasi dada menuju jantung. Di jantung, meridian tersebut bercabang dua, sebuah cabang ke atas sampai di bola mata dengan melintasi leher dan pangkal lidah, sedangkan cabang yang ke bawah menuju usus kecil. Sedangkan LI4 merupakan titik usus besar (*yang*). Meridian ini mulai dari ujung telunjuk naik ke bahu, melintasi daerah tangan bagian luar segaris dengan jari telunjuk, sampai di bahu bercabang ke tengkuk, mencapai benjolan pertemuan tulang leher ke-7 dengan tulang punggung ke-1, dan kembali lagi ke bahu. Sebuah cabangnya turun dari dada melintasi paru-paru mencapai usus besar. Cabangnya yang lain naik dari tulang selangka ke pipi melintasi bibir dan berakhir di tepi hidung. Tetapi ada sambungan meridian ini dari ujung hidung sampai di bawah mata kiri-kanan dan berhubungan dengan meridian lambung.

Budiarti (2011) menjelaskan bahwa merangsang titik akupresur sepanjang saluran dengan akupresur dapat membantu menghilangkan penghalang,

merevitalisasi meridian, dan membantu memulihkan kesehatan. Akupresur dapat meningkatkan pengeluaran endorfin dalam darah sehingga nyeri dapat terkontrol. Selain itu, rangsangan akupresur menurut *gate control* mengakibatkan pesan yang berlawanan lebih kuat, cepat, dan berjalan sepanjang serat saraf kecil gelatinosa, lalu memblokir pesan nyeri sehingga otak tidak mencatat pesan nyeri tersebut.

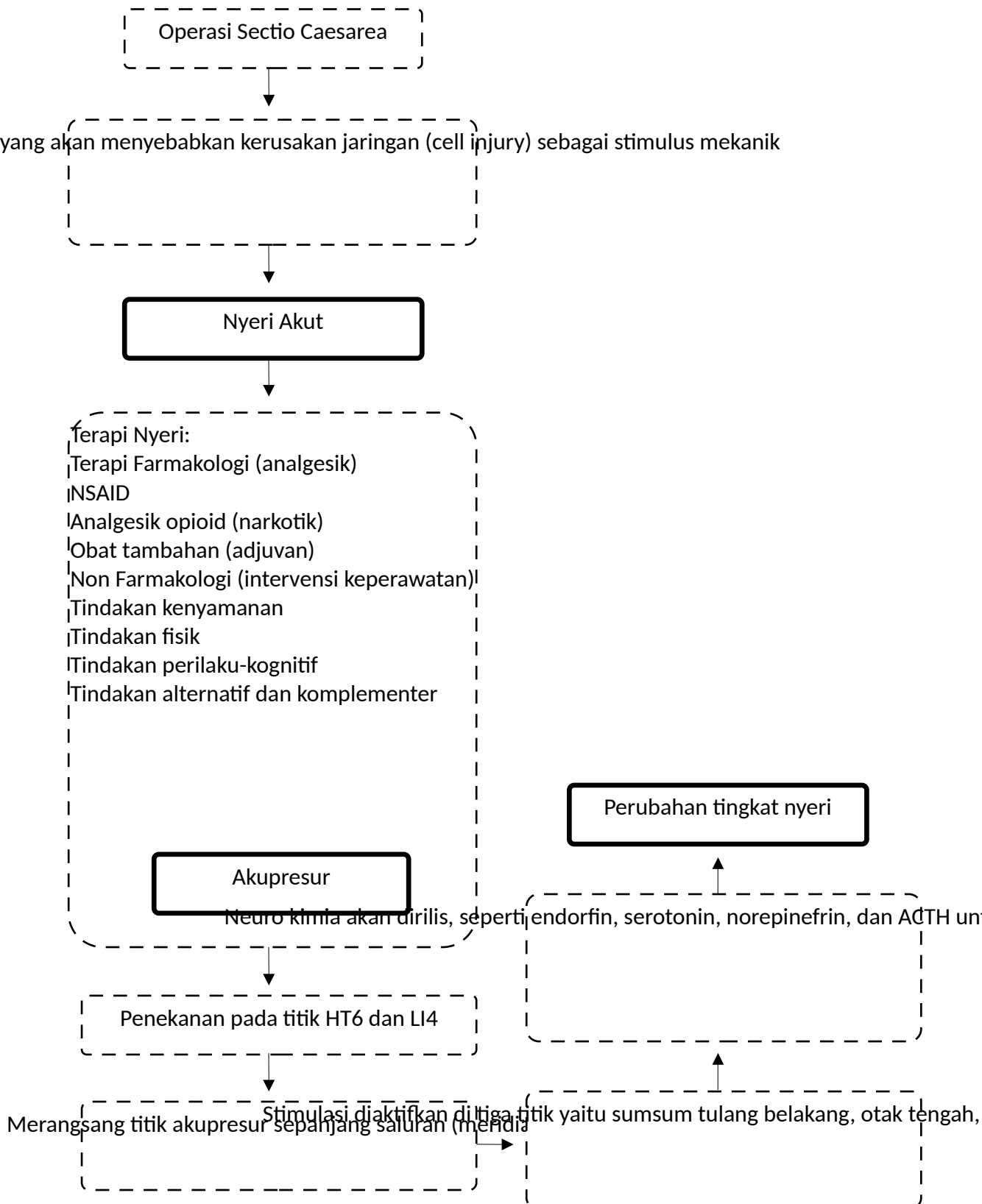
Dijelaskan oleh Goddard (2002) dalam Nani (2015) bahwa secara fisiologis, intensitas nyeri berkurang selama terapi akupresur diberikan. Stimulasi pada titik akupresur diaktifkan di tiga titik pusat yaitu sumsum tulang belakang, otak tengah, dan kelenjar pituitari. Kemudian neuro kimia akan dirilis, seperti endorfin, serotonin, dan norepinefrin untuk memblokir pesan nyeri. Akupresur juga dapat merilis *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) dari kelenjar hipofisis. Dijelaskan pula bahwa terdapat tiga mekanisme yang menjelaskan mengenai akupresur yang bekerja mengurangi nyeri yaitu teori neurotransmitter, sistem saraf otonom, dan teori *gate control*.

#### **2.4 Aplikasi Teori Model Keperawatan (Teori Kolcaba) dalam Penanganan Nyeri**

Dalam praktiknya, setiap tindakan keperawatan harus didasarkan pada teori model keperawatan. Dalam kasus ini, teori model yang digunakan ada adalah teori *comfort* atau teori Kolcaba. Dijelaskan oleh Kolcaba (2006) bahwa aplikasi teori ini dimulai dari mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pasien, kemudian membuat intervensi, dan juga mempertimbangkan variabel yang memengaruhi kesuksesan intervensi. Hasil dari intervensi ini akan meningkatkan kenyamanan, dalam hal ini, terutama kenyamanan fisik dengan berkurangnya atau hilangnya nyeri. Keberhasilan dalam meningkatkan kenyamanan akan membuat pasien

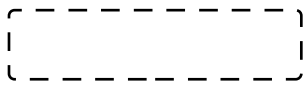
percaya dan puas dengan tindakan keperawatan dan selanjutnya akan terlibat aktif dalam perawatan dan mencari status kesehatan yang lebih baik. Kepuasan pasien akan berpengaruh terhadap pengakuan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan pada institusi tersebut sehingga juga dapat meningkatkan integritas institusi.

## 2.5 Kerangka Konsep





Keterangan:



: area yang diteliti



: area yang tidak diteliti

: ada hubungan

## 2.6 Hipotesis Penelitian

Menurut Setiadi (2013), hipotesis adalah suatu kesimpulan sementara atau jawaban dari suatu penelitian. Hipotesis yang diambil dalam penelitian ini adalah:

H<sub>1</sub> : Ada pengaruh pemberian terapi akupresur terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea*.