

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang terdiri dari janin, plasenta, dan cairan amnion dari uterus melalui jalan lahir atau jalan lain dengan kekuatan ibu sendiri atau dengan bantuan (Indrayani & Djami, 2013). Suatu proses persalinan dapat terjadi melalui tiga jenis persalinan yaitu persalinan spontan, persalinaan anjuran, dan persalinan buatan. Persalinan spontan merupakan persalinan yang melalui jalan lahir dan berlangsung dengan kekuatan ibu atau pasien sendiri. Persalinan anjuran merupakan persalinan yang memerlukan kekuatan yang ditimbulkan dari luar dengan cara rangsangan seperti pemberian prostaglandin, sedangkan persalinan buatan merupakan persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar seperti ekstraksi dengan *forceps* dan operasi *sectio caesarea* (Marmi, 2016).

Sectio caesarea merupakan suatu tindakan pembedahan untuk melahirkan anak dengan cara insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & Forte, 2010). *Sectio caesarea* merupakan suatu tindakan guna melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh atau *intact* (Saifuddin, et al., 2009). Dari beberapa definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan cara insisi atau sayatan pada dinding abdomen dan uterus.

Pada ibu *post sectio caesarea* salah satu masalah yang sering terjadi adalah rasa nyeri pada luka insisi atau nyeri abdomen. Nyeri merupakan sensasi yang tidak nyaman yang dapat digambarkan seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, dan terlokalisasi pada suatu bagian tubuh (Judha, et al., 2012). Ibu *post sectio caesarea* dapat mengalami nyeri hingga skala berat pada 24 jam pertama setelah persalinan dengan *sectio caesarea* (Kuswandari, 2016).

Nyeri pada ibu *post sectio caesarea* yang tidak diberikan asuhan dengan baik dapat meningkatkan risiko thrombosis vena. Thrombosis vena pada ibu *post sectio caesarea* dapat disebabkan karena nyeri sehingga kurang mampu bergerak menyebabkan ibu merasa tidak nyaman untuk latihan tungkai, enggan untuk berjalan ke toilet dan mengurangi mobilisasi (Baston & Hall, 2011). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang berjudul Gambaran Mobilisasi Ibu Post Sectio Saesarea di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta bahwa pada hari ketiga *post sectio saesarea* 8 dari 26 responden memiliki kemampuan mobilisasi tidak baik yang disebabkan karena rasa nyeri pada bagian luka insisi sehingga ibu lebih nyaman untuk berbaring dan tidur (Wulan, 2016).

Nyeri pada ibu *post sectio caesarea* juga dapat menyebabkan ibu merasa kurang percaya diri untuk menangani bayinya sehingga mengurangi frekuensi ibu untuk menyusui (Baston & Hall, 2011). Hal tersebut sejalan dengan studi pendahuluan pada penelitian yang berjudul Penurunan Nyeri pada Ibu *Post Sectio Caesaria Pasca* Intervensi *Biologic Nurturing Baby*

Led Feeding. Studi pendahuluan dalam penelitian tersebut menyatakan bahwa luka persalinan menyebabkan nyeri pada ibu sehingga menyulitkan untuk pemberian ASI Eksklusif (Rini & Susanti, 2018)

Nyeri pada individu dapat dikurangi dengan suatu penanganan nyeri atau manajemen nyeri. Manajemen nyeri dapat diberikan secara farmakologis dan non farmakologis (Wenniarti, et al., 2016). Secara farmakologi seorang pasien yang merasakan nyeri dapat diberikan analgesik (Baston & Hall, 2011). Secara non farmakologi pengurangan rasa nyeri antara lain dapat diberikan dengan pijatan, relaksasi, kompres panas dingin, dan distraksi (Zakiyah, 2015).

Selain terapi non farmakologi di atas terdapat terapi non farmakologi lain seperti EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*). EFT atau terapi ketuk (*tapping*) merupakan suatu terapi dengan mengetuk titik-titik meridian tubuh menggunakan ujung jari yang dilakukan untuk mengeluarkan emosi negatif sebagai sumber dari masalah dan rasa sakit (Latifah & Ramawati, 2014). Sedangkan SEFT merupakan terapi *tapping* pada meridian tubuh sebagai terapi untuk mengatasi permasalahan emosional dan fisik. Pada SEFT terdapat spiritual berupa doa yang diafirmasikan oleh pasien pada saat terapi dimulai hingga terapi berakhir (Hamidiyah & Jannah, 2018).

EFT bekerja dengan cara mengeluarkan serotonin, endomorphin-1, beta endorphin, enkephalin, oksitosin (Latifah & Ramawati, 2014), dan spiritual atau doa dalam SEFT dapat mengeluarkan endorphin sebagai

neurotransmitter (Hidayati, 2017). Keunggulan dari EFT dan SEFT adalah tidak menggunakan jarum seperti terapi akupunktur tetapi hanya menggunakan ketukan ringan atau *tapping*, mudah untuk dipraktikkan, dapat digunakan untuk menyembuhkan penyakit fisik maupun emosi selain itu juga dapat digunakan untuk meningkatkan kedamaian hati. EFT dan SEFT yang terlihat sederhana juga melibatkan berbagai teknik seperti *Neuro Linguistic Programming*, sugesti dan afirmasi, visualisasi, *energy therapy*, *powerful prayer* (Zainuddin, 2009).

Adapun hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 didapatkan bahwa presentase *sectio caesarea* di Indonesia adalah sebanyak 9,8%, presentase tertinggi berada di provinsi DKI Jakarta yaitu 19,9%, sedangkan presentase terendah berada di provinsi Sulawesi Tenggara yaitu 3,3% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Presentase *sectio caesarea* di Jawa Timur adalah 12,2%, presentase tertinggi berada di kota Batu yaitu 28,2%, presentase terendah berada di kabupaten Bondowoso yaitu 2,9%, sedangkan presentase Kota Kediri adalah 18,5% dan kabupaten Kediri memiliki presentase *sectio caesarea* sebesar 8,8% (Laksmiarti, et al., 2013).

Studi pendahuluan yang dilakukan di rumah sakit Aura Syifa pada tanggal 05 Oktober 2018 sampai dengan 12 Oktober 2018 didapatkan hasil bahwa jumlah ibu nifas dengan persalinan perabdominal atau *post sectio caesarea* pada tanggal 1 Juni 2018 sampai dengan 30 September 2018 adalah 485 orang (44,2%) sedangkan ibu nifas dengan persalinan pervaginam adalah 612 orang (55,8%).

Pengkajian intensitas nyeri dilakukan pada 10 responden ibu *post sectio caesarea* hari pertama di RS Aura Syifa 6-8 jam setelah injeksi analgesik terakhir. Pengkajian mendapatkan hasil 10 responden merasakan nyeri pada luka *sectio caesarea* dengan distribusi 4 responden berada pada intensitas nyeri 4, 4 responden berada pada intensitas nyeri 5, 2 responden berada pada intensitas nyeri 6. Menurut responden, nyeri dirasakan setelah efek anestesi hilang saat di ruang pulih sadar, saat bergerak atau berlatih untuk mobilisasi dini, dan saat batuk. 2 dari 10 responden menunda untuk berlatih mobilisasi dini lanjutan berupa miring kanan-kiri dengan alasan takut karena nyeri semakin bertambah saat akan memulai bergerak.

Pada jurnal yang berjudul Intervensi *Emotional Freedom Technique* (EFT) untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi *Sectio Caesaria* (SC) didapatkan hasil bahwa EFT dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post SC hari pertama (Latifah & Ramawati, 2014). Sedangkan pada jurnal yang berjudul Intensitas Nyeri Dismenorhea Primer Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* didapatkan hasil terdapat perbedaan bermakna antara intensitas nyeri dismenorhea primer sebelum dan sesudah dilakukan terapi SEFT (Hamidiyah & Jannah, 2018). Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin meneliti perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: “Bagaimana perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa sebelum EFT.
- b. Mengidentifikasi skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa setelah EFT.
- c. Mengidentifikasi skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa sebelum SEFT.
- d. Mengidentifikasi skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa setelah SEFT.
- e. Menganalisis perbedaan skala nyeri pada ibu *post section caesarea* di RS Aura Syifa sebelum dan setelah EFT.

- f. Menganalisis perbedaan skala nyeri pada ibu *post section caesarea* di RS Aura Syifa sebelum dan setelah SEFT.
- g. Menganalisis perbedaan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa dengan pemberian EFT dan SEFT.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk pemilihan terapi non farmakologi dalam asuhan kebidanan yang akan datang.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk menambah terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri *post sectio caesarea* dan dapat dibandingkan dengan terapi non farmakologi lain di lahan sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan yang baik.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dalam memberikan terapi non farmakologi kepada pasien dan dapat digunakan sebagai bahan rujukan untuk membandingkan dengan terapi non farmakologi lain. Selain itu penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pustaka untuk penelitian selanjutnya.

1.4.4 Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menurunkan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep *Sectio Caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh atau *intact* (Saifuddin, et al., 2009). Pendapat lain dari pengertian *sectio caesarea* menyatakan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu persalinan buatan yaitu lahirnya janin dengan cara insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta janin memiliki berat di atas 500 gram (Wiknjosastro, et al., 2010). *Sectio Caesarea* juga didefinisikan sebagai proses melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus, tindakan ini dipertimbangkan sebagai tindakan pembedahan abdomen mayor (Reeder, et al., 2011).

b. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi dari *sectio caesarea* adalah merujuk pada irisan atau insisi uterus yang digunakan. Klasifikasi *sectio caesarea* dibedakan menjadi tiga yaitu:

1) *Sectio Caesarea* Melintang (Segmen-Bawah)

Persalinan *sectio caesarea* melintang atau segmen-bawah merupakan cara yang paling umum dipilih karena berbagai alasan. Insisi yang dibuat pada segmen bawah uterus memberikan keuntungan

yaitu kehilangan darah lebih minimal, lebih mudah mengalami pemulihan pasca operasi, mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan parut pada kehamilan berikutnya, selain itu juga meminimalisir insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah (Reeder, et al., 2011).

2) *Sectio Caesarea* Klasik

Pada *sectio caesarea* klasik insisi dilakukan secara tegak lurus dinding korpus uterus. *Sectio caesarea* klasik ini bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat *sectio caesarea* sebelumnya. Tindakan ini terkadang juga dipilih pada kasus plasenta previa anterior atau janin dalam posisi melintang (Reeder, et al., 2011).

3) Histerektomi Sesarea

Histerektomi sesarea merupakan tindakan *sectio caesarea* yang diikuti dengan tindakan histerektomi. Tindakan ini dapat dilakukan pada kasus ruptur uteri (Rasjidi, 2009).

c. Indikasi *Sectio Caesarea*

1) Indikasi Mutlak

Indikasi mutlak *sectio caesarea* pada ibu adalah adanya disproporsi sefalopelvik, panggul sempit absolut, tumor-tumor jalan lahir sehingga menimbulkan obstruksi, stenosis vagina atau serviks, ruptur uteri membakat, dan plasenta previa. Sedangkan indikasi mutlak pada bayi adalah kelainan letak dan gawat janin (Wiknjosastro, et al., 2010).

2) Indikasi Relatif

Indikasi relatif *sectio caesarea* antara lain adalah riwayat *sectio caesarea*, distosia, preeklampsia berat (Rasjidi, 2009).

d. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Kontraindikasi dari persalinan dengan *sectio caesarea* adalah janin mati, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, dan fasilitas operasi *sectio caesarea* yang minim (Rasjidi, 2009).

e. Komplikasi dan Efek *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan *sectio caesarea* dapat menyebabkan komplikasi dan efek pasca operasi antara lain meningkatnya kemungkinan terjadi kerusakan organ seperti vesika urinaria dan uterus, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Resiko kematian ibu lebih besar pada persalinan dengan *sectio caesarea* dibandingkan persalinan pervaginam. Selain itu efek yang meningkat pada *sectio caesarea* adalah nyeri abdomen, lama rawat inap, dan perawatan intensif (Rasjidi, 2009).

f. Perawatan *Post Sectio Caesarea*

Pasien pasca operasi *sectio caesarea* perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

- 1) Setelah pulih dari anestesi, tanda-tanda vital pasien (kesadaran, tekanan darah, frekuensi napas, suhu, nyeri, produksi urin) perlu diobservasi.
- 2) Diet bertahap pascaoperasi tidak diperlukan lagi bagi pasien yang tidak menjalani reseksi usus dan berumur kurang dari 70 tahun. Pasien diperbolehkan minum cairan jernih setelah 6 jam pascaoperasi dan makan

setelah tidak mual atau mual hilang, dengan syarat pasien telah benar-benar pulih dari anestesi dan tidak menderita komplikasi.

- 3) Kateter dapat dilepas saat pasien dapat berjalan dan minimal 12 jam setelah dosis terakhir anestesi regional.
- 4) Perban luka diganti setelah 24 jam pertama serta dinilai keadaan luka bekas operasi.
- 5) Manajemen nyeri pascaoperasi berhak diberikan kepada setiap pasien pasca operasi (Rasjidi, 2009).

2.1.2 Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan. Nyeri merupakan bagian dari sensasi peringatan bagi otak terhadap beberapa stimulus yang menyebabkan kerusakan pada jaringan tubuh (Yuliatun, 2008). Nyeri merupakan sensasi yang tidak nyaman yang dapat digambarkan seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, dan terlokalisasi pada suatu bagian tubuh (Judha, et al., 2012). Nyeri merupakan pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur nyeri yang utama dan harus ada adalah rasa tidak menyenangkan. Persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif (Zakiyah, 2015).

b. Reseptor Nyeri

Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri dan dalam hal ini organ tubuh yang berfungsi sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang hanya berespons pada stimulus yang kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosiseptor. Secara anatomis reseptor nyeri ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf aferen. Berdasarkan letaknya, nosiseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu kulit (kutaneus), somatik dalam (*deep somatic*) dan pada daerah viseral. Oleh karena perbedaan letak nosiseptor inilah menyebabkan nyeri yang timbul memiliki sensasi yang berbeda. Nosiseptor kutaneus berasal dari kulit dan subkutan. Nyeri pada daerah ini biasanya mudah dialokasi dan didefinisikan.

Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen.

1) Serabut delta A

Serabut nyeri aferen cepat dengan kecepatan transmisi 6-30 m/detik yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan. Impuls yang dihasilkan oleh serabut ini sifatnya tajam dan memberikan sensasi yang akut.

2) Serabut delta C

Serabut nyeri aferen lambat dengan kecepatan transmisi 0,5-2 m/detik yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya lebih tumpul dan sulit dilokalisasi. Nyeri biasanya pertama kali dirasakan sebagai sensasi tertusuk tajam yang singkat dan mudah diketahui lokasinya, sensasi

tersebut melibatkan serabut delta A atau jalur cepat. Perasaan tersebut akan diikuti dengan sensasi yang tumpul yang lokasinya tidak jelas dan menetap lebih lama disertai rasa tidak nyaman, sensasi tersebut melibatkan serabut delta C sebagai jalur lambat. Sebagai contoh, pada saat jari kita tertusuk, sesuatu yang kita rasakan pertama kali adalah sensasi nyeri tajam yang kemudian diikuti dengan nyeri yang lebih difus atau menyebar (Zakiyah, 2015).

c. Neuroregulator

Neuroregulator adalah substansi yang mempengaruhi transmisi stimulus saraf yang memegang peranan penting dalam suatu pengalaman nyeri. Substansi ini ditemukan pada lokasi nosiseptor dan ujung saraf pada lokasi kornu dorsalis medula spinalis. Neuroregulator dibagi menjadi dua yaitu neurotransmitter dan neuromodulator.

Neurotransmitter bekerja sebagai pengirim impuls listrik melewati celah sinaps di antara dua serabut saraf. Neurotransmitter terdiri dari substansi P, serotonin, dan prostaglandin.

Substansi P yang berada pada neuron kornu dorsalis dibutuhkan untuk mentransmisikan nyeri dari perifer ke pusat otak yang lebih tinggi sehingga menyebabkan vasodilatasi dan edema. Serotonin dilepaskan dari batang otak dan kornu dorsalis untuk menghambat transmisi nyeri, sedangkan prostaglandin dihasilkan oleh pemecahan fosfolipid dalam membran sel yang dapat meningkatkan sensitivitas nyeri.

Adapun neuromodulator bekerja memodifikasi aktivitas neuron dan menyesuaikan atau memvariasikan transmisi stimulus nyeri. Neuromodulator tidak bekerja secara langsung tetapi dapat meningkatkan dan menurunkan efek neurotransmitter tertentu. Neuromodulator terdiri dari endorfin dan bradikinin.

Endorfin merupakan suplai alamiah tubuh berupa substansi seperti morfin yang diaktivasi oleh stress dan nyeri. Endorfin akan memberikan efek analgesik jika menyatu dengan reseptor opiad di otak. Kadar endorfin akan lebih tinggi pada seseorang yang tidak terlalu merasakan nyeri dibanding dengan orang yang merasakan nyeri dengan cedera yang sama.

Cara kerja endorfin adalah pada saat neuron nyeri perifer mengirimkan impuls ke sinaps, terjadi sinapsis antara neuron nyeri perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi P akan menghantarkan impuls (sebagai neurotransmitter), namun pada saat tersebut endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik.

Neuromodulator yang kedua adalah bradikinin. Bradikinin dilepas dari plasma yang keluar dari pembuluh darah di jaringan yang cedera. Bradikinin bekerja di reseptor saraf perifer sehingga meningkatkan stimulus nyeri. Bradikinin terikat pada sel yang menyebabkan reaksi rantai sehingga menghasilkan prostaglandin (Zakiyah, 2015).

d. Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri terjadi dalam empat proses yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

1) Proses Transduksi

Pada proses ini stimuli nyeri akan diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimuli ini dapat berupa stimuli suhu, fisik, atau kimia.

2) Proses Transmisi

Pada proses ini stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medulla spinalis menuju otak.

3) Proses Modulasi

Pada proses modulasi ini terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Proses ini dikontrol oleh otak. Sistem analgesik endogen mempunyai efek menekan impuls pada kornu posterior medulla spinalis sehingga dalam proses modulasi ini dapat mempengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan oleh seseorang.

4) Proses Persepsi

Setelah melalui tiga proses dalam mekanisme nyeri, maka seseorang akan merasakan nyeri secara subyektif atau dapat disebut persepsi nyeri. Pada saat seseorang menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Persepsi nyeri akan menjadikan seseorang dapat bereaksi atau merespons rasa nyeri (Zakiyah, 2015).

e. Teori Nyeri

Proses terjadinya nyeri atau gambaran nosiseptor dapat menghasilkan rangsangan nyeri dapat dijelaskan dengan beberapa teori seperti teori

spesifitas, teori pola, dan teori gerbang kendali. Dari beberapa teori tersebut, teori gerbang kendali dianggap yang paling relevan.

1) Teori Spesifitas

Teori Spesifitas digambarkan pada abad ke-16 oleh Desacrates. Teori ini didasari kepercayaan bahwa terdapat organ tubuh yang secara khusus dapat mentransmisi nyeri. Saraf ini dapat menerima rangsangan nyeri dan mentransmisikan melewati ujung dorsal dan substansia gelatinosa ke thalamus kemudian dihantarkan pada daerah yang lebih tinggi sehingga timbul respon nyeri.

2) Teori Pola

Teori Pola menjelaskan bahwa ada dua serabut nyeri yaitu serabut yang dapat menghantarkan rangsang dengan cepat dan serabut yang menghantarkan rangsang dengan lambat, Kedua serabut tersebut bersinapsis dan meneruskan rangsang menuju mengenai jumlah, intensitas, tipe input sensori nyeri yang menafsirkan karakter dan kuantitas input sensori nyeri.

3) Teori Gerbang Kendali

Teori Gerbang Kendali dinyatakan pada tahun 1959 oleh Melzack dan Wall. Pada teori ini dijelaskan bahwa terdapat semacam “pintu gerbang” yang dapat memfasilitasi atau memperlambat transmisi sinyal nyeri. Pada tubuh manusia terdapat dua macam transmitter impuls nyeri. Reseptor berdiameter kecil yaitu serabut delta A dan C serta transmitter berdiameter besar yaitu serabut beta A. Serabut tersebut akan membawa rangsangan ke

dalam kornu dorsalis yang berada di medulla spinalis posterior pada saat terdapat rangsangan. Kemudian di medulla spinalis terjadi interaksi antara dua serabut berdiameter besar dan kecil di suatu area khusus yang disebut substansia gelatinosa.

Pada substansia gelatinosa terjadi perubahan dan modifikasi sehingga mempengaruhi sensasi nyeri yang diterima oleh medulla spinalis dan menyebabkan sensasi nyeri akan dihambat atau diteruskan ke otak. Apabila tidak ada stimulus atau impuls yang adekuat dari serabut besar, maka impuls nyeri dari serabut kecil akan dihantarkan ke sel T (sel pemicu atau *trigger cel*) kemudian dibawa ke otak sehingga menimbulkan sensasi nyeri yang dirasakan oleh tubuh. Keadaan ketika impuls nyeri dihantarkan ke otak ini disebut “Pintu Gerbang Terbuka”. Apabila terdapat impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar sehingga akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil maka sensasi yang dibawa serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak oleh substansia gelatinosa sehingga tubuh tidak merasakan sensasi nyeri. Kondisi tersebut disebut dengan “Pintu Gerbang Tertutup”.

Pada saat penghantaran impuls ke otak, sinaps substansia gelatinosa akan melepaskan substansi P sebagai neurotransmitter utama impuls nyeri. Paling sedikit terdapat enam jalur asenden untuk impuls nosiseptif yang terletak pada belahan ventral medula spinalis dengan jalur utamanya yaitu traktus spinothalamikus dan traktus spinoretikuler. Impuls yang dibawa oleh traktus spinothalamus dibawa ke korteks serebri untuk diinterpretasikan,

sedangkan impuls yang dibawa oleh traktus spinoretikuler akan dibawa ke thalamus dan batang otak untuk mengaktifkan respon autonomik dan limbik (afektif motivasional). Apabila impuls diteruskan ke gerbang, maka impuls akan diteruskan ke otak yang kemudian diproses di otak dalam tiga bagian yang berbeda yaitu thalamus, otak tengah, dan pada otak serebri. Thalamus bertindak sebagai penerima input sensoria atau impuls nyeri dari traktus spinotalamikus lateral yang kemudian diteruskan ke korteks serebri. Otak tengah berfungsi meningkatkan kewaspadaan dari korteks terhadap datangnya rangsang, sedangkan korteks berfungsi melokalisasi impuls dan impuls dipersepsikan sesuai dengan lokasi terjadinya nyeri.

Pada perkembangan selanjutnya, teori pintu gerbang kendali dikembangkan untuk menjelaskan adanya fungsi inhibitor impuls nyeri ke otak. Basbaum dan Fields meyakini bahwa struktur otak tengah, medulla, dan jaringan tulang belakang juga mampu memberikan efek penghambat impuls nyeri (Zakiyah, 2015).

f. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan lama waktu terjadinya nyeri, maka secara umum nyeri dapat dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

- 1) Nyeri akut sebagian besar disebabkan oleh penyakit, radang, atau injuri jaringan, awitan nyeri akut timbul secara mendadak atau tiba-tiba contohnya setelah trauma atau pembedahan, Nyeri akut dapat berkurang sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan.

- 2) Nyeri kronis merupakan nyeri yang konstan dan intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronis berlangsung lebih lama (lebih dari enam bulan) dibandingkan dengan nyeri akut. Nyeri kronik dapat terjadi pada pasien dengan kerusakan organ bagian dalam atau kanker (Judha, et al., 2012).

g. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Suatu persepsi nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1) Usia

Usia dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak mempengaruhi cara bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil memiliki kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri. Begitu juga dengan lansia, kemampuan lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit (Zakiyah, 2015).

2) Jenis Kelamin

Secara umum jenis kelamin (pria dan wanita) tidak berbeda dalam merespon nyeri. Toleransi nyeri dari sejak lama sudah menjadi subyek penelitian yang melibatkan wanita dan pria namun toleransi terhadap nyeri dapat dipengaruhi oleh faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin (Judha, et al., 2012).

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Sosialisasi budaya dapat menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, kebudayaan dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen sehingga terjadi persepsi nyeri (Judha, et al., 2012).

4) Perhatian

Perhatian yang meningkat dapat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dapat dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi individu pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami individu dapat menurun. Berkurangnya sensasi nyeri disebabkan oleh opiate endogen (endorfin dan enkefalin) yang merangsang kerja serabut berdiameter besar sehingga menghambat transmisi nyeri oleh serabut berdiameter kecil (Zakiyah, 2015).

5) Makna nyeri

Makna individu yang dikaitkan dengan nyeri dapat mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara individu dalam beradaptasi terhadap nyeri. Setiap individu akan memberikan respon yang berbeda apabila nyeri tersebut memberi kesan mengancam, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan (Zakiyah, 2015).

6) Ansietas

Hubungan antara ansietas dan nyeri bersifat kompleks. Ansietas sering meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Suatu studi melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri yang mengaktifkan bagian sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi seseorang terhadap nyeri sehingga dapat meningkatkan atau menghilangkan nyeri (Judha, et al., 2012).

7) Kelelahan

Kelelahan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan dapat menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai dengan kesulitan untuk tidur maka persepsi nyeri akan terasa lebih berat namun jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri akan berkurang (Judha, et al., 2012).

8) Mekanisme Coping

Gaya coping dapat mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka atau nyeri (Zakiyah, 2015).

9) Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman nyeri tidak selalu berarti bahwa individu akan dengan mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang, apabila individu tersebut sejak lama mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh atau

menderita nyeri yang berat maka ansietas akan muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berhasil menghilangkannya maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri dan lebih siap untuk melakukan suatu tindakan dalam mengatasi nyeri (Zakiyah, 2015).

10) Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan keluarga dan sosial akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau dukungan sosial maka pengalaman nyeri akan membuat seseorang semakin tertekan, sebaliknya adanya dukungan keluarga dan sosial akan membuat seseorang yang mengalami nyeri merasa lebih nyaman (Judha, et al., 2012).

11) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan suatu latihan peregangan yang dilakukan oleh pasien di tempat tidur sedini mungkin dengan melakukan peregangan untuk melatih bagian-bagian tubuh hingga belajar berjalan (Lema, et al., 2019). Latihan mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat memicu penurunan nyeri dan dapat menyembuhkan luka lebih cepat. Mobilisasi dapat mencegah kekakuan sendi dan otot sehingga mampu mengurangi nyeri. Mobilisasi dapat menghilangkan konsentrasi pasien lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga

mobilisasi dapat menurunkan atau mengurangi rasa nyeri (Wulandari, 2018).

h. Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat diukur atau dilihat berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri, irama atau periodenya, dan kualitas dari nyeri. Karakteristik nyeri juga dapat dilihat dengan metode PQRST, berikut keterangannya :

1) P : *Provocate*

Pengkajian nyeri dilakukan dengan mencari penyebab terjadinya nyeri, perlu dipertimbangkan bagian tubuh yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya karena nyeri juga bisa terjadi karena faktor psikologisnya.

2) Q : *Quality*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang diungkapkan klien secara subyektif yang biasanya dideskripsikan dengan kalimat seperti ditusuk, terbakar, nyeri seperti ditekan.

3) R : *Region*

Pengkajian lokasi nyeri dilakukan dengan meminta klien menunjukkan bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman atau daerah nyeri. Pengkajian lokasi nyeri dapat dilakukan dengan meminta klien menunjukkan lokasi nyeri dari yang teringan hingga terberat untuk mengetahui lokasi spesifik dari nyeri, namun akan sukar dilakukan jika nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.

4) S : *Serve*

Tingkat keparahan dari nyeri merupakan hal yang paling subyektif berdasarkan yang dirasakan klien. Tingkat nyeri digambarkan dengan skala yang sifatnya kuantitas.

5) T : *Time*

Pengkajian ini dilakukan dengan menanyakan waktu mulai munculnya nyeri, berapa lama merasakan nyeri, seberapa sering nyeri, dan sebagainya (Judha, et al., 2012).

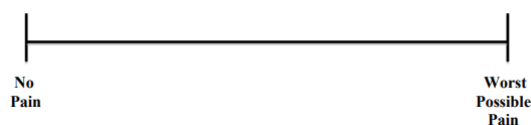
i. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat individual dan subjektif sehingga nyeri yang sama dapat dirasakan berbeda oleh orang yang berbeda (Andarmoyo & Suharti, 2013). Kualitas nyeri yang dirasakan oleh individu digambarkan menggunakan skala yang bersifat kuantitas (Judha, et al., 2012). Terdapat berbagai macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain :

1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual analog scale (VAS) merupakan suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm yang mewakili intensitas nyeri. Pada VAS ujung kiri menandakan tidak ada atau tidak nyeri sedangkan ujung kanan menandakan berat atau nyeri yang paling buruk. Klien mendapatkan kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Andarmoyo & Suharti, 2013). Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sederhana dan sangat mudah,

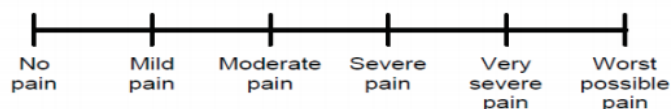
namun untuk periode pasca bedah VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motoric serta kemampuan konsentrasi (Mardana & EM, 2017).



Gambar 2.1 *Visual Analog Scale*

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

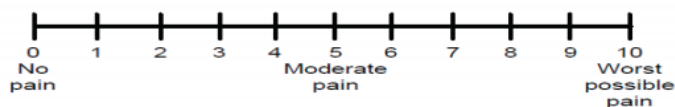
Verbal rating scale menggunakan dua ujung ekstrem yang sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal atau kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata – kata, bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri yang ada. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, dan parah. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, dan baik atau nyeri hilang sama sekali (Mardana & EM, 2017).



Gambar 2.2 *Verbal Rating Scale*

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Klien dapat menilai nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala 0-10 pada *Numeric Rating Scale*. NRS merupakan skala yang paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Andarmoyo & Suharti, 2013). NRS lebih baik dibandingkan dengan VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri (Mardana & EM, 2017). Pada NRS angka 0 menunjukkan tidak nyeri, 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 menunjukkan nyeri sedang, 7-9 menunjukkan nyeri berat, dan 10 menunjukkan nyeri sangat berat (Judha, et al., 2012).



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale*

4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Wong Baker Pain Rating Scale digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dengan angka (Mardana & EM, 2017).



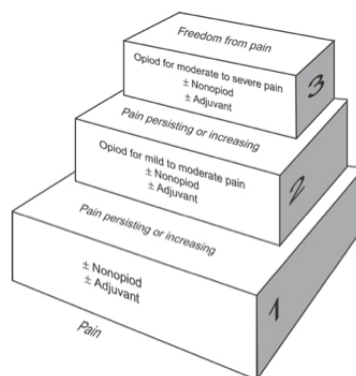
Gambar 2.4 *Wong Baker Pain Rating Scale*

j. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri merupakan suatu upaya untuk mengontrol atau mengurangi nyeri. Manajemen nyeri terdiri dari dua macam yaitu secara farmakologis dan non farmakologis.

1) Manajemen Nyeri Farmakologis

Obat yang mempunyai efek analgeik umumnya efektif untuk mengatasi nyeri. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat atau obat anti-inflamasi non-steroid (AINS), obat adjuvant atau ko-analgesik. Strategi farmakologi dalam pemberian terapi analgesik secara garis besar mengikuti *WHO Pain Relief Ladder*.



Gambar 2.5 *Pain Relief Ladder*

Langkah pertama : untuk nyeri ringan dan sedang digunakan obat golongan non-opioid seperti aspirin, asetaminofen, atau anti inflamasi non steroid. Obat ini diberikan tanpa obat tambahan lain, namun apabila nyeri masih menetap atau meningkat maka lanjutkan dengan langkah 2.

Langkah kedua : dilakukan bila pasien masih mengeluh nyeri maka diberikan obat seperti langkah pertama dan ditambah dengan opioid secara intermitten.

Langkah ketiga : bila pasien masih mengeluh nyeri secara terus-menerus, maka untuk meningkatkan dosis potensi opioid atau dosisnya sementara dilanjutkan dengan non-opioid dan obat tambahan lain. Dosis tambahan dengan onset cepat dan durasi pendek digunakan untuk nyeri yang menyerang tiba-tiba (Zakiyah, 2015).

Obat analgesik yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri antara lain adalah ketorolac dan metampiron.

- a) Ketorolac merupakan suatu derivat heterosiklik dari asam asetat yang memiliki karakteristik analgesik yang kuat namun kurang pada efek antiradang (Tjay & Rahardja, 2015). *Ketorolac* mulai menimbulkan efek analgesik setelah 10 menit pasca pemberian. Waktu paruh *ketorolac* adalah 2 hingga 6 jam (Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, <http://pio.binfar.depkes.go.id/>, diakses pada 27 November 2018).
- b) Metampiron merupakan golongan obat analgetik-antipiretik dan anti-inflamasi yang bekerja dengan menghambat sintesa neurotransmitter tertentu yang dapat menimbulkan rasa nyeri (Pratiwi, 2015). Waktu paruh dari metampiron adalah 4-7 jam (Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, <http://pio.binfar.depkes.go.id/>, diakses pada 27 November 2018).

2) Manajemen Nyeri Nonfarmakologis

Terdapat beberapa cara dalam mengatasi nyeri secara non farmakologis antara lain :

a) *Acupressure*

Acupressure merupakan suatu cara pengobatan yang berasal dari Tiongkok dan sudah lama dikenal keberadaannya. *Acupressure* di Barat dikenal dengan penekanan pada titik pengaktif (*trigger point*) sedangkan menurut ilmu kedokteran Timur, *acupressure* merupakan penekanan titik-titik akupunktur yang bertujuan untuk memperlancar sirkulasi sehingga tercapai keseimbangan energi dengan indikasi utama untuk nyeri dan neuromuskular (Zakiyah, 2015).

b) Distraksi

Distraksi adalah salah satu strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi mampu mengatasi nyeri, berdasarkan teori aktivasi retikuler mampu menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima *input* sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak. Terdapat berbagai macam distraksi antara lain distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernapasan, dan distraksi intelektual (Zakiyah, 2015).

c) **Imajinasi Terbimbing**

Imajinasi terbimbing merupakan manajemen nyeri non farmakologis untuk membebaskan diri dari perhatian terhadap nyeri yang diraskan cara membimbing klien agar membayangkan hal-hal yang menyenangkan bagi klien dan klien mengonsentrasikan diri pada bayangan tersebut (Zakiyah, 2015).

d) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation merupakan alat yang digunakan untuk menurunkan nyeri. Alat ini bekerja dengan cara memancarkan impuls yang akan memblok nyeri pada *nerves* (Judha, et al., 2012).

2.1.3 Konsep *Emotional Freedom Technique*

a. Pengertian *Emotional Freedom Technique*

Emotional Freedom Technique merupakan varian dari cabang ilmu baru yang dinamakan *energy psychology*. *Energy psychology* merupakan seperangkat prinsip serta teknik memanfaatkan sistem energi tubuh dengan tujuan untuk memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku (Zainuddin, 2009).

Emotional Freedom Technique atau EFT merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Gary Craig di Amerika. EFT hampir sama dengan akupuntur, pada akupuntur stimulasi titik-titik energi yang tersebar di jalur meridian dilakukan dengan menggunakan bantuan jarum, namun pada EFT

stimulasi dilakukan menggunakan jari untuk mengetuk titik-titik energi meridian (Gunawan, 2018).

b. Tahapan *Emotional Freedom Technique*

Emotional Freedom Technique dilakukan dalam 5 tahapan yaitu tahapan pertama adalah persiapan, tahapan kedua adalah *the set up*, tahapan ketiga adalah *the sequence*, tahapan keempat adalah *nine gamut procedure*, dan tahapan kelima adalah mengulangi *the sequence*.

1) Tahap 1 Persiapan

Pikirkan Masalah Anda

Menetapkan atau pilih emosi, sakit atau ketidaknyamanan lain yang selama ini mengganggu anda yang ingin anda kurangi atau hilangkan.

Menentukan Skala S.U.D (*Subjective Unit of Discomfort*)

Rasakan kembali emosi, sakit atau ketidaknyamanan yang akan anda kurangi atau hilangkan(bila perlu bisa dengan menutup mata). Setelah anda merasakan, tanyakan kepada diri anda pada intensitas ketidaknyamanan berapa rasa tersebut (skala 0-10).

Contoh : Emosi yang diraskan adalah kecewa. Skala 0 artinya anda sama sekali tidak merasakan kecewa dan skala 10 artinya perasaan kecewa tersebut sangat mengganggu anda.

Tetapkan 1 angka dari 0-10 sebagai tolak ukur rasa ketidaknyamanan anda saat ini. Setelah anda tahu intensitas rasa ketidaknyamanan anda maka langkah selanjutnya adalah menjawab pertanyaan berikut dengan

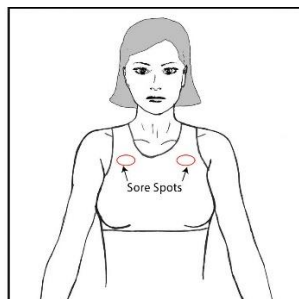
memikirkan dan merasakannya secara sungguh-sungguh. Pertanyaan yang dapat diajukan antara lain :

- a) Sudah berapa lama anda memegang, merasakan, mengalami, menyimpan, atau memendam rasa tidaknyaman tersebut?
- b) Bagaimana (kualitas) hidup yang telah anda jalani hingga saat ini, selama anda memegang, merasakan, mengalami, menyimpan, atau meredam rasa tidaknyaman tersebut?
- c) Apa kerugian yang telah anda alami selama anda tetap mempertahankan rasa tidaknyaman tersebut?
- d) Apa kerugian yang akan anda alami bila anda tetap mempertahankan rasa tidaknyaman tersebut?
- e) Bayangkan dan rasakan semua pengaruh negatif yang selama ini telah mengganggu hidup anda akibat rasa tidaknyaman tersebut.
- f) Putuskan dengan sungguh-sungguh dan tulus untuk melepas emosi negatif ini sekarang.
- g) Bayangkan hal positif yang akan terjadi jika rasa tidaknyaman ini dapat diatasi dalam hidup anda.
- h) Bayangkan dan rasakan hal positif tersebut seakan-akan telah terjadi dalam hidup anda.

2) Tahap 2 : *The Set Up*

Pada tahap ini anda membaca afirmasi sebanyak tiga kali dengan menekan atau mengurut *sore spot* di dada kiri atau kanan. Penekanan atau pengurutan *sore spot* dilakukan menggunakan ujung jari telunjuk dan jari

tengah yang disatukan, kemudian tekan titik *sore spot*, kemudian lakukan gerakan memutar searah atau berlawanan arah dengan arah jarum jam.

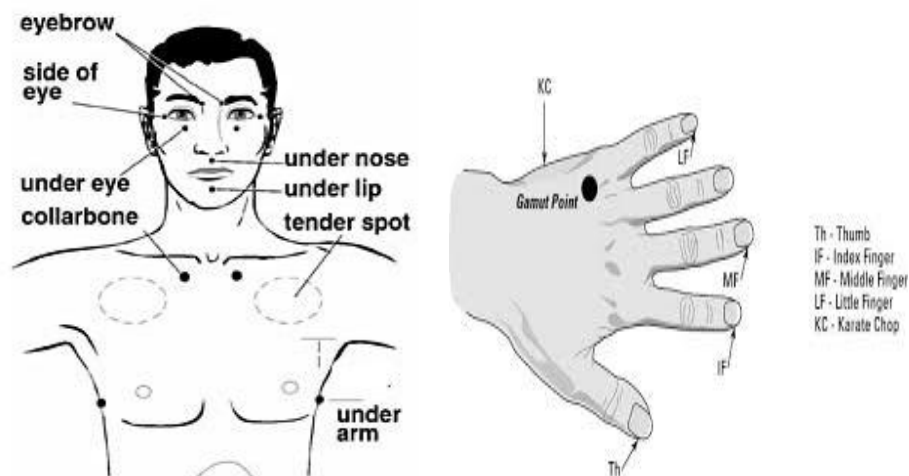


Gambar 2.6 *Sore Spot*

Afirmasi dapat berbunyi sebagai berikut : “meskipun saya merasa sakit pada perut saya dan segala sesuatu yang berhubungan dengan bekas operasi saya, saya menerima sakit ini dan memutuskan untuk melepaskan semua rasa tidaknyaman ini sekarang dan seterusnya demi kebaikan hidup saya”.

3) Tahap 3 : *The Sequence*

Pada tahap ini akan dilakukan *tapping* atau ketukan pada titik-titik yang telah ditentukan sebanyak 7-9 kali per titik, dengan menggunakan ujung jari telunjuk dan jari tengah. Sambil mengetuk rasakan emosi dan niatkan dengan tulus untuk mengikhlaskan dan melepaskan semua. Ketukan dilakukan tidak terlalu kuat namun anda tetap bisa merasakan ketukan tersebut. Ketukan dilakukan pada pangkal alis, tulang pelipis, tulang di bawah mata, di bawah hidung, di dagu, 2 cm dari titik tengah tulang selangka, di bawah ketiak (untuk pria terletak pada 7,5 cm di samping tubuh, dan untuk wanita terletak pada tengah tali bra di samping tubuh), ibu jari, telunjuk, jari tengah, jari kelingking, *karate chop*.



Gambar 2.7 Titik *Tapping*

4) Tahap 4 : *Nine Gammut Procedure*

Nine Gammut Procedure dilakukan dengan cara mengetuk titik gamut terus-menerus tanpa menyebut kata afirmasi. Setelah pengetukan lakukan memejamkan mata (kuat), buka mata (melotot), mata melirik ke kanan bawah, mata melirik ke kiri bawah, putar mata searah jarum jam sekali, putar mata berlawanan jarum jam sekali, bergumamm 3 detik (mata menatap lurus ke depan), hitung dengan cepat angka 1 sampai dengan 5, bergumam 3 detik (mata menatap lurus ke depan).

5) Tahap 5 : *Mengulangi The Sequence*

Ulangi tahap tiga sekali lagi. Setelah selesai melakukan tahap satu hingga tahap lima, tanyakan pada diri anda :

- a) Bagaimana perasaan anda saat ini? Sudah lebih baik atau masih tetap sama?
- b) Apakah ada penurunan skala ketidaknyamanan?
- c) Jika ada, pada skala berapa saat ini rasa ketidaknyamanan anda?

Apabila jawaban yang muncul adalah sudah berkurang namun masih ingin menurunkan skala tersebut maka anda dapat mengulangi tahap pertama hingga tahap kelima namun afirmasi yang digunakan dapat dirubah menjadi “meskipun masih ada sisa sakit pada perut saya dan segala sesuatu yang berhubungan dengan bekas operasi saya, saya menerima sakit ini dan memutuskan untuk melepaskan semua rasa tidaknyaman ini sekarang dan seterusnya demi kebaikan hidup saya”. Setelah selesai hingga tahap kelima anda dapat melakukan evaluasi (Gunawan, 2018).

c. Mekanisme Kerja *Emotional Freedom Technique*

Menurut teori *Emotional Freedom Technique*, setiap kejadian yang kita alami sebenarnya bersifat netral. Pikiran kita memberikan makna untuk setiap kejadian yang terjadi baik positif maupun negatif. Makna positif dapat menimbulkan emosi positif dan makna negatif dapat menimbulkan emosi negatif.

Sebelum emosi negatif muncul, akan terjadi gangguan listrik terlebih dahulu pada jalur meridian. EFT bertujuan untuk mengatasi gangguan listrik tersebut. Saat gangguannya teratasi, maka secara otomatis emosi negatif yang ada juga teratasi (Gunawan, 2018).

Dalam pandangan medis dunia barat, sulit dipahami tentang terapi pada titik meridian, tetapi penjelasan tentang efek dari EFT dapat diterima. Namun beberapa penelitian yang dapat menjelaskan cara kerja EFT menyatakan bahwa EFT memiliki kemampuan untuk mengurangi stimulasi yang berlebihan pada

sistem limbik. Stimulasi di titik akupunktur mengeluarkan serotonin di dalam amygdala dan di korteks prafrontal. Pada penelitian lain menyebutkan bahwa setelah dilakukan akupunktur kadar endomorphin-1, beta endorphan, enkephalin, dan serotonin menunjukkan peningkatan di dalam plasma serta jaringan otak. Peningkatan endomorphin-1, beta endorphan, enkephalin, serotonin dan dopamin dapat menyebabkan efek analgesik, sedasi dan penyembuhan pada fungsi motorik sama seperti efek immunomodulator pada sistem imun. Sehingga memungkinkan bahwa aspek akupressure pada EFT memproduksi hasil yang sama. Selain itu stimulasi sensori epikritik berhubungan dengan interaksi sosial yang bersahabat (yang terjadi ketika terapi dilakukan oleh terapis) dapat menginduksi respons psikofisiologis di mana oksitosin diproduksi yang meningkatkan efek sedasi, relaksasi dan menurunkan aktivitas simpatoadrenal (Latifah & Ramawati, 2014).

2.1.4 Konsep *Spiritual Emotional Freedom Technique*

a. Pengertian *Spiritual Emotional Freedom Technique*

Spiritual Emotional Freedom Technique merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Ahmad Faiz Zainuddin. SEFT memiliki dasar dari EFT yang telah dikembangkan oleh Gary Craig dan ditambahkan dengan sisi spiritual. SEFT merupakan terapi gabungan dari *spiritual power* dan *energy psychology*.

SEFT merupakan suatu terapi yang dilakukan dengan cara mengetuk ringan dengan jari atau *tapping* pada titik meridian tubuh, selain itu dalam

SEFT disematkan doa atau sisi spiritual guna meningkatkan efek dari terapi *tapping* (Zainuddin, 2009).

b. Tahapan *Spiritual Emotional Freedom Technique*

Dalam melaksanakan *Spiritual Emotional Freedom Technique* terdapat 3 tahapan baik dalam versi lengkap maupun versi ringkas SEFT. Tahapan tersebut adalah *the set-up*, *the tune-in*, dan *the tapping*.

1) Tahap 1 : *The Set-Up*

Tujuan pada tahap ini adalah untuk memastikan agar aliran energi tubuh terarahkan dengan tepat. Tahap ini dilakukan dengan tujuan untuk menetralsisir “Perlawanan Psikologis” dapat berupa pikiran negatif spontan atau keyakinan bawah sadar negatif, contohnya “saya tidak mampu mencapai impian saya”, “saya tidak dapat melepaskan diri dari rasa sakit yang saya rasakan”.

Pikiran negatif spontan atau perlawanan psikologis perlu dinetralsisir dengan *the Set-Up Words* seperti “Ya Allah meskipun saya (keluhan anda), saya ikhlas menerima sakit atau masalah saya ini, saya pasrahkan kesembuhan saya kepada-Mu Ya Allah”. Dalam bahasa religius, *the set-up words* merupakan doa kepasrahan kita kepada Tuhan, bahwa apapun masalah dan rasa sakit yang kita alami saat ini, kita ikhlas menerimanya dan pasrahkan kesembuhannya kepada Tuhan.

Dalam tahap ini terdiri dari dua aktivitas, yaitu mengucapkan kalimat *set-up* dengan rasa khusyu’, ikhlas dan pasrah sebanyak tiga kali serta melakukan tekanan pada dada kita dengan dua ujung jari telunjuk dan jari

tengah pada bagian *sore spot* (titik nyeri) atau mengetuk dengan dua ujung jari telunjuk dan jari tengah pada bagian *karate chop*.



Gambar 2.8 *Karate Chop* dan *Sore Spot*

2) Tahap 2 : *The Tune In*

Jika masalah yang dirasakan adalah masalah fisik, maka *tune-in* dilakukan dengan cara merasakan rasa sakit yang kita alami lalu mengarahkan pikiran kita ke tempat rasa sakit tersebut, bersamaan dengan itu di hati serta mulut mengatakan “Ya Allah saya ikhlas, saya pasrah” atau “Ya Allah saya ikhlas menerima sakit saya ini, saya pasrahkan kepada-Mu kesembuhan saya”. Bersamaan dengan *tune-in* lakukan tahapan ketiga yaitu *tapping*.

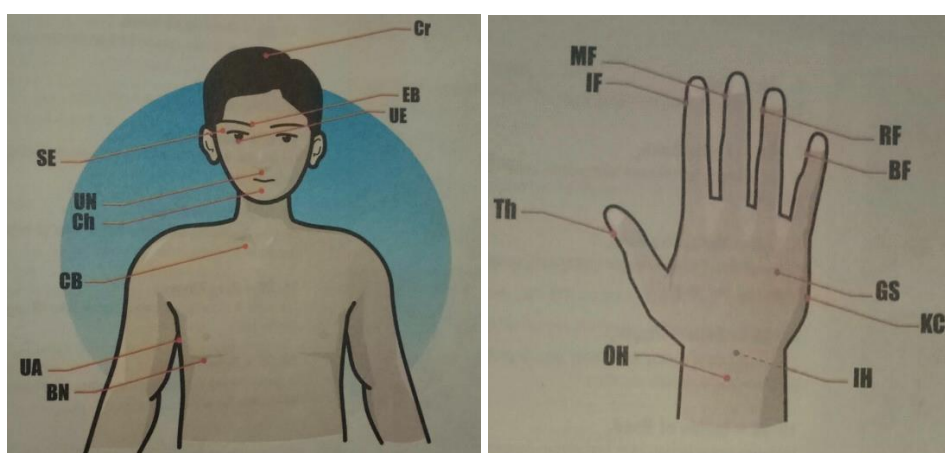
3) Tahap 3 : *The Tapping*

Tapping adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh kita bersamaan dengan *tune-in*. Titik-titik ini merupakan titik-titik kunci dari “*The Major Energy Meridians*”. Ketukan pada titik tersebut akan berdampak pada ternetralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang dirasakan. Titik-titik yang diketuk adalah Sebagai berikut :

- a) titik di bagian atas kepala
- b) titik permulaan alis mata

- c) di atas tulang samping mata
- d) 2 cm di bawah kelopak mata
- e) di bawah hidung
- f) di antara dagu dan bagian bawah bibir
- g) di ujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone, serta tulang rusuk pertama
- h) di bawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat dibagian tengah tali bra (wanita)
- i) 2,5 cm di bawah puting susu (untuk pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara
- j) pada bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- k) pada bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- l) ibu jari di samping luar bagian bawah kuku
- m) pada jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- n) pada jari tengah samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- o) pada jari manis di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- p) pada jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- q) *Karate chop*; di samping telapak tangan, bagian yang digunakan untuk mematahkan balok saat karate

- r) Pada *gammut spot*; di bagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking. Pada *gammut spot* dilakukan dengan 9 *gammut procedure* yaitu menutup mata, membuka mata, mata digerakkan dengan kuat ke kanan bawah, mata digerakkan dengan kuat ke kiri bawah, memutar bola mata searah jarum jam, memutar bola mata searah jarum jam, bergumam dengan berirama selama tiga detik, menghitung angka 1 sampai dengan 5, bergumam lagi selama 3 detik.



Gambar 2.9 Titik *Tapping*

Setelah menyelesaikan 9 *gammut procedure*, langkah terakhir adalah mengulangi lagi *tapping* dari titik pertama hingga titik *karate chop* dan diakhiri dengan mengambil napas panjang dan menghembuskan napas sambil mengucapkan syukur.

Pada SEFT versi ringkas, tahapan dilakukan dalam tiga tahap sama seperti versi lengkap namun *tapping* hanya dilakukan pada titik pertama hingga titik kesembilan kemudian diakhiri dengan Tarik napas panjang dan hembuskan dengan mengucapkan syukur (Zainuddin, 2009).

c. Mekanisme Kerja Spiritual Emotional Freedom Technique

Spiritual Emotional Freedom Technique merupakan gabungan dari *spiritual power* dan *energy psychology*. *The Office of Prayer Research* telah me-review lebih dari 500 riset tentang doa dan hasilnya terdapat banyak bukti ilmiah yang menyatakan bahwa doa dan spiritualitas berpengaruh terhadap kesehatan. Seorang dokter ahli penyakit dalam bernama Dr. Larry Dossey, MD membuktikan bahwa doa dan spiritualitas memiliki kekuatan yang sama besar dengan pengobatan serta pembedahan.

EFT sebagai dasar dari SEFT merupakan varian dari cabang ilmu baru yang dinamakan *energy psychology*. *Energy psychology* merupakan seperangkat prinsip dan teknik memanfaatkan sistem energi tubuh guna memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku.

Gangguan energi tubuh dapat berpengaruh dalam menimbulkan gangguan emosi. Intervensi pada sistem energi tubuh dapat mengubah “kondisi kimiawi otak” yang selanjutnya akan mengubah kondisi emosi. Teori Einstein mengatakan bahwa setiap atom dalam setiap benda memiliki energi. Energi elektrik juga mengalir pada sistem saraf. Medan energi elektrik juga melingkupi organ tubuh maupun seluruh tubuh. Energi-energi ini oleh para ahli akupunktur disebut “chi” dan ahli yoga menyebutnya dengan “prana”. Energi “chi” tersebut mengalir di sepanjang 12 alur energi yang disebut dengan energi meridian (Zainuddin, 2009).

Dalam pandangan medis dunia barat, sulit dipahami tentang terapi pada titik meridian, tetapi penjelasan tentang efek dari EFT dapat diterima. Namun

beberapa penelitian yang dapat menjelaskan cara kerja EFT menyatakan bahwa EFT memiliki kemampuan untuk mengurangi stimulasi yang berlebihan pada sistem limbik. Stimulasi di titik akupunktur mengeluarkan serotonin di dalam amygdala dan di korteks prafrontal. Penelitian lain menunjukkan bahwa kadar endomorphin-1, beta endorphin, enkephalin dan serotonin meningkat di dalam plasma serta jaringan otak setelah dilakukan akupunktur. Peningkatan endomorphin-1, beta endorphin, enkephalin, serotonin dan dopamin dapat menyebabkan efek analgesik, sedasi dan penyembuhan pada fungsi motorik sama seperti efek immunomodulator pada sistem imun. Sehingga memungkinkan bahwa aspek akupressure pada EFT memproduksi hasil yang sama. Selain itu stimulasi sensori epikritik berhubungan dengan interaksi sosial yang bersahabat (yang terjadi ketika terapi dilakukan oleh terapis) dapat menginduksi respons psikofisiologis di mana oksitosin diproduksi yang meningkatkan efek sedasi, relaksasi dan menurunkan aktivitas simpatoadrenal (Latifah & Ramawati, 2014).

Pada *Spiritual Emotional Freedom Technique* atau SEFT selain memanfaatkan *energy psychology*, SEFT menggabungkan hal tersebut dengan *spiritual power*. Efek dari penggabungan *energy psychology* dan *spiritual power* oleh pencetus SEFT dinamakan dengan efek pelipatgandaan (Zainuddin, 2009).

Sisi spiritual yang diusung dalam SEFT memiliki cara kerja untuk mengurangi nyeri. Kondisi spiritual seseorang dapat mempengaruhi psikoneuroimunologi yang merangsang imunitas sehingga mempengaruhi

relaksasi dan bisa menyebabkan sistem syaraf mengeluarkan endorfin, dan berbagai neurotransmitter lain sehingga membawa manfaat pada peningkatan imunitas, peningkatan aktifitas interferon dan makrofag (Hidayati, 2017).

2.3 Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan teori yang ada maka peneliti maka peneliti membuat hipotesis “Terdapat Perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Ibu *Post Sectio Caesarea* di RS Aura Syifa”.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian secara luas dapat diartikan sebagai proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian. Komponen desain dapat mencakup semua struktur penelitian dari ditemukannya ide hingga diperolehnya hasil penelitian. Dalam arti sempit, desain penelitian dapat diartikan sebagai penggambaran secara jelas hubungan antara variabel, pengumpulan data, dan analisis data sehingga desain yang baik mampu memberikan gambaran keterikatan antar variabel dan cara pengukurannya (Siyoto & Sodik, 2015).

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimen, tipe *pre test and post test design* untuk mengetahui perbedaan EFT dan SEFT terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea*. Terdapat dua kelompok yang masing-masing akan dikaji skala nyerinya sebelum dan sesudah perlakuan.

Tabel 3.1 Rancangan penelitian perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa

	Pretest	Perlakuan	Posttest
Kelompok 1	O _{x1}	EFT	O ₁
Kelompok 2	O _{x2}	SEFT	O ₂

Keterangan :

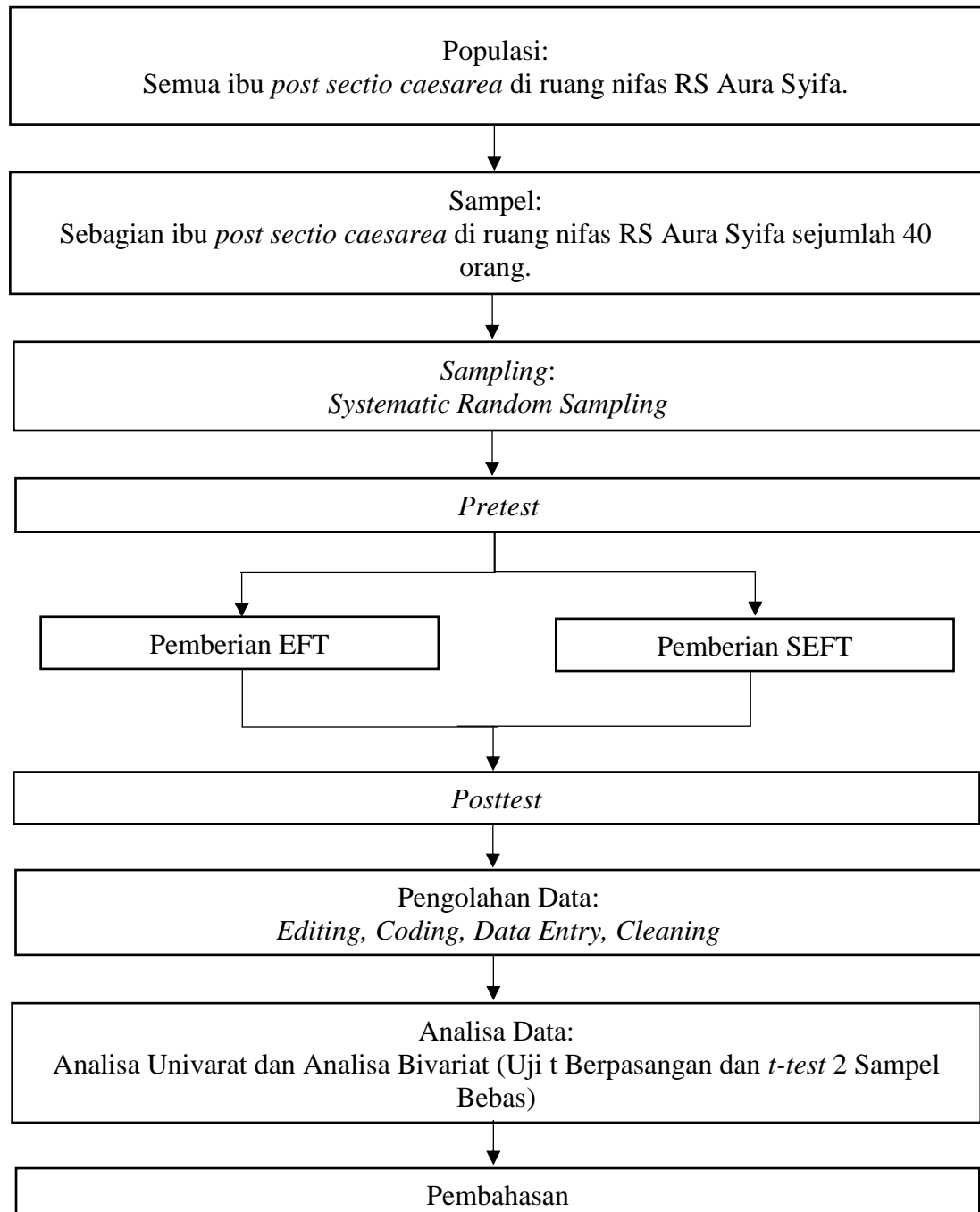
O_{x1} : Skala nyeri sebelum diberikan EFT

O_{x2} : Skala nyeri sebelum diberikan SEFT

O₁ : Skala nyeri setelah diberikan EFT

O₂ : Skala nyeri setelah diberikan SEFT.

3.2 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka operasional penelitian perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea* di RS Aura Syifa

3.3 Populasi, Sampel dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek atau subyek yang memiliki kuantitas atau karakteristik tertentu yang telah diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Siyoto & Sodik, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu *post sectio caesarea* di ruang nifas RS Aura Syifa.

Perkiraan jumlah ibu *post sectio caesarea* di ruang nifas RS Aura Syifa dalam empat bulan adalah 485 orang sehingga dapat diasumsikan populasi dalam satu bulan adalah 122 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian (Nursalam, 2017). Sampel yang dibutuhkan dalam penelitian eksperimen yang sederhana adalah 10 sampai dengan 20 pada setiap kelompok penelitian (Sugiyono, 2015). Sampel pada penelitian ini adalah 20 responden untuk kelompok perlakuan EFT dan 20 responden untuk kelompok perlakuan SEFT sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 40 responden.

3.3.3 Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi agar dapat mewakili populasi (Nursalam, 2017). Penelitian ini menggunakan teknik *systematic random sampling*. *Systematic random sampling* merupakan

pengambilan sampel dengan acak sistematis dengan cara unsur pertama dari sampel dipilih secara acak sedangkan unsur selanjutnya dipilih secara sistematis menurut suatu pola tertentu (Kasjono & Yasril, 2009). Peneliti menentukan sampel dengan cara menentukan interval sampel (k), unsur pertama diambil dengan cara lotre di antara satuan elementer bernomor urut i dan k . Unsur yang pertama yang didapat misalnya s maka unsur berikutnya dalam sampel ditentukan sebagai berikut : unsur pertama adalah s , unsur kedua adalah $s + k$, unsur ketiga adalah $s + 2k$, dan seterusnya.

3.4 Kriteria Sampel

Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua yaitu kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi merupakan umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017). Kriteria eksklusi merupakan ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Ibu *post sectio caerasea* hari pertama yang bersedia menjadi subyek penelitian.
- b. Ibu *post sectio caerasea* hari pertama yang kooperatif.
- c. Ibu *post sectio caesarea* hari pertama yang diberikan analgesik lebih dari 6-8 jam dari pemberian analgesik terakhir.
- d. Ibu primipara *post sectio caesarea* hari pertama.

- e. Ibu multipara *post sectio caesarea* hari pertama yang belum pernah mengalami *sectio caesarea* pada persalinan sebelumnya.
- f. Ibu *post sectio caesarea* hari pertama yang mendapatkan dukungan keluarga dan sosial.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Ibu *post sectio caesarea* hari pertama yang mengalami komplikasi (infeksi postpartum, preeklampsia-eklampsia, gangguan pernapasan, anemia berat).
- b. Ibu *post sectio caesarea* hari pertama dengan emosi yang tidak stabil seperti tahap berduka.

3.5 Variabel Penelitian

Variabel merupakan ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang didapatkan atau dimiliki oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu merupakan definisi lain dari variabel (Notoatmodjo, 2012).

Adapun variabel independen atau variabel bebas dalam penelitian ini adalah EFT dan SEFT, sedangkan variabel dependen atau variabel terikat dalam penelitian ini adalah skala nyeri.

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pemberian definisi terhadap variabel secara operasional sehingga peneliti mampu mengumpulkan informasi yang dibutuhkan yang berhubungan dengan konsep (Swarjana, 2015).

Tabel 3.2 Definisi operasional penelitian perbedaan EFT (*Emotional Freedom Technique*) dan SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) terhadap penurunan skala nyeri pada ibu *post sectio caesareadi* RS Aura Syifa

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Kategori
1.	Variabel Independen: Pemberian <i>Emotional Freedom Technique</i>	Pemberian terapi <i>emotional freedom technique</i> dengan cara mengetuk dengan menggunakan jari pada titik meridian tubuh, serta mengucapkan afirmasi.	Afirmasi dan <i>Tapping</i>	SOP	-	-
2.	Pemberian <i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i>	Pemberian terapi <i>spiritual emotional freedom technique</i> dengan cara mengetuk dengan menggunakan jari pada titik meridian tubuh, mengucapkan afirmasi dan ditambah spiritual.	Spiritual, Afirmasi, dan <i>Tapping</i>	SOP	-	-
3.	Variabel Dependen : Skala nyeri	Kualitas atau intensitas nyeri yang digambarkan secara kuantitas dalam angka 0-10	Rasa nyeri	Lembar observasi	Interval	0 : tidak nyeri 1-3 : nyeri ringan 4-6 : nyeri sedang 7-9 : nyeri berat 10 : nyeri sangat berat (Judha, et al., 2012).

3.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah ruang nifas RS Aura Syifa, dan waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari-Maret 2019.

3.8 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data merupakan alat-alat yang dapat digunakan untuk pengumpulan data berupa formulir observasi, kuesioner, atau formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah lembar observasi skala nyeri yang meliputi data demografi berupa nama, paritas, dan riwayat persalinan serta skala untuk mengukur intensitas nyeri berupa *numeric rating scale*.

3.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan sebuah cara yang dilakukan dalam pengumpulan data penelitian (Hidayat, 2017). Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah pengamatan atau observasi secara langsung kepada pasien dengan mengukur intensitas nyeri sebelum perlakuan dan setelah perlakuan menggunakan lembar observasi intensitas nyeri.

Adapun prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti mengajukan ijin studi pendahuluan kepada ketua program studi Kebidanan Kediri.
- b. Peneliti mendapatkan ijin studi pendahuluan oleh ketua program studi Kebidanan Kediri.
- c. Peneliti mengajukan ijin studi pendahuluan kepada direktur RS Aura Syifa.
- d. Peneliti mendapatkan ijin studi pendahuluan di RS Aura Syifa oleh direktur RS Aura Syifa.
- e. Peneliti melakukan studi pendahuluan untuk mendapatkan data ibu nifas dengan persalinan pervaginam dan perabdominal serta melakukan pengkajian skala nyeri kepada 10 ibu *post sectio caesarea* hari pertama 6-8 jam setelah pemberian analgesik terakhir.
- f. Peneliti menentukan jumlah sampel, sampling, dan kriteria sampel.
- g. Peneliti mengajukan permohonan etik penelitian ke Komisi Etik.
- h. Peneliti mengajukan ijin penelitian kepada dosen pembimbing.
- i. Peneliti mengajukan ijin penelitian kepada ketua program studi Kebidanan Kediri.
- j. Peneliti mengajukan ijin penelitian di RS Aura Syifa.
- k. Peneliti memberikan penjelasan sebelum persetujuan (PSP) untuk mengikuti penelitian serta lembar *informed consent* kepada calon responden yang akan mengikuti penelitian. PSP dan *informed consent*

diberikan sebelum responden menjalani tindakan operasi *sectio caesarea*.

- l. Peneliti menjelaskan prosedur EFT atau SEFT, menyiapkan alat penelitian berupa lembar observasi skala nyeri, menjaga privasi responden, memposisikan responden dengan nyaman.
- m. Peneliti meminta responden untuk memfokuskan diri pada rasa nyeri *post sectio caesarea*.
- n. Peneliti meminta responden untuk menentukan skala nyerinya sebelum diberikan perlakuan.
- o. Peneliti melakukan tahapan EFT atau SEFT.
- p. Peneliti meminta responden untuk menentukan skala nyerinya setelah diberikan perlakuan.
- q. Peneliti meminta responden untuk menyilang skala nyeri sebelum dan setelah intervensi sesuai dengan yang telah diucapkan.

3.10 Metode Pengolahan Data

3.10.1 *Editing* (Penyuntingan Data)

Editing atau penyuntingan data dilakukan dengan cara melakukan penyuntingan terhadap hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan. Secara umum *editing* atau penyuntingan data merupakan suatu kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan. Apabila terdapat data yang belum lengkap dan memungkinkan untuk pengambilan data ulang maka dilakukan pengambilan data ulang, namun apabila tidak memungkinkan maka data tidak diolah atau “*data missing*” (Notoatmodjo, 2012).

3.10.3 Memasukkan Data (*Data Entry*)

Memasukkan data merupakan proses memasukkan jawaban dari responden dalam bentuk kode ke dalam *software* komputer (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini data atau jawaban dari responden di masukkan ke dalam *software* komputer dalam bentuk kode sesuai dengan *coding* yang sudah ditentukan.

3.10.4 Pembersihan Data (*Cleaning*)

Apabila data selesai di masukkan, maka perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan sehingga dapat dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini proses pembersihan data dilakukan dengan cara mengoreksi kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan data kemudian dilakukan koreksi.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat pada umumnya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat dalam penelitian ini adalah skala nyeri sebelum EFT, skala nyeri sesudah EFT, skala nyeri sebelum SEFT, dan skala nyeri setelah SEFT. Distribusi dan presentase dari analisis univariat didapatkan dengan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

P = Presentase

F = Frekuensi

N = Jumlah sampel

100% : seluruh responden

76% - 99% : hampir seluruh dari responden

51% - 75% : sebagian besar dari responden

50% : setengah atau sebagian dari responden

26% - 49% : hampir setengah atau hampir sebagian dari responden

1% - 25% : sebagian kecil dari responden

0% : tidak satupun dari responden (Aisyah, 2017).

3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki hubungan atau korelasi (Notoatmodjo, 2012). Analisis bivariat yang pertama dalam penelitian ini menggunakan uji t berpasangan untuk menentukan adanya perbedaan skala nyeri sebelum dan setelah EFT dan SEFT. Analisis bivariat yang kedua menggunakan dua sampel bebas dengan jenis variabel kuantitatif yang bertujuan untuk menentukan adanya perbedaan antara skala nyeri setelah diberikan

perlakuan EFT dan SEFT. Tahapan analisis bivariat dalam penelitian ini adalah uji normalitas data dan menentukan uji statistik.

Uji normalitas data merupakan uji yang berguna untuk menentukan distribusi data memiliki sebaran data normal ataupun tidak normal (Hidayat, 2017). Pada penelitian dengan sampel berjumlah 30 sudah dapat dikatakan bahwa distribusi data memiliki sebaran data normal (Nurudin, et al., 2014). Penelitian ini menggunakan sampel berjumlah 40 responden sehingga distribusi data normal.

Uji statistik yang pertama adalah uji t berpasangan untuk menentukan adanya perbedaan skala nyeri sebelum dan setelah EFT dan SEFT. Pada uji statistik menggunakan komputerisasi, uji t berpasangan dikatakan memiliki perbedaan yang bermakna jika nilai $p < 0,05$ (Dahlan, 2014).

Adapun tahapan untuk melakukan uji t berpasangan menggunakan komputerisasi yang pertama adalah membuka program komputer yang akan digunakan. Tahapan kedua adalah klik *variabel view*, pada baris 1 ketikkan PRETEST pada *name*, 0 pada *decimals*, dan PRE EFT atau PRE SEFT pada *label*. Tahapan kedua, pada baris 2 ketikkan POSTTEST pada *name*, 0 pada *decimals*, dan POST EFT atau POST SEFT pada *label*. Tahapan keempat adalah mengisi data view dengan skala nyeri sebelum dan setelah EFT atau SEFT. Tahapan kelima adalah klik *analyze, compare means, paired sample t*, masukkan PRE EFT atau PRE SEFT dan POST EFT atau POST SEFT ke dalam kotak *paired variables*, klik ok.

Uji statistik yang kedua adalah *t-test* 2 sampel bebas untuk menentukan adanya perbedaan skala nyeri dengan pemberian EFT dan SEFT. Pada uji statistik menggunakan komputerisasi, *t-test* 2 sampel bebas dikatakan memiliki perbedaan yang bermakna jika nilai $p < 0,05$ (Dahlan, 2014).

Adapun tahapan untuk melakukan *t-test* 2 sampel bebas menggunakan komputerisasi yang pertama adalah membuka program komputer yang akan digunakan. Tahapan kedua adalah klik *variabel view*, pada baris 1 ketikan Skala pada *name*, 0 pada *decimals*, dan Skala Nyeri pada *label*. Tahapan kedua, pada baris 2 ketikan Post pada *name*, 0 pada *decimals*, Post pada *label*, dan pada *values* 1 untuk EFT dan 2 untuk SEFT. Tahapan keempat adalah mengisi data view dengan skala nyeri setelah EFT dan SEFT serta 1 untuk EFT dan 2 untuk SEFT. Tahapan kelima adalah klik *analyze, compare means, Independent-Sample t*, masukkan skala pada *test variable* dan post ke dalam *grouping variable*, aktifkan kotak *define group* dan masukan angka 1 pada *group 1* dan angka 2 pada *group 2*, klik continue, klik ok.

3.12 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian dapat dilakukan melalui berbagai bentuk antara lain penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini penyajian data disajikan dalam bentuk grafik.

3.13 Etika Penelitian

Sebuah penelitian memiliki banyak hal yang harus dipertimbangkan salah satunya adalah etika penelitian.

3.13.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan suatu bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum peneliti melakukan penelitian dengan cara memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden penelitian (Hidayat, 2009). Pada penelitian ini peneliti memberikan lembar persetujuan setelah calon responden mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan (PSP) untuk mengikuti penelitian.

3.13.2 *Anonymity (tanpa nama)*

Anonymity merupakan jaminan untuk tidak menggunakan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data (Hidayat, 2009). Pada penelitian ini peneliti menggunakan kode R kemudian diikuti nomor responden pada lembar pengumpulan data atau lembar observasi skala nyeri.

3.13.3 *Confidentiality (kerahasiaan)*

Confidentiality merupakan etika penelitian dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik berupa informasi maupun

masalah-masalah lainnya (Hidayat, 2009). Pada penelitian ini informasi yang didapat akan dijamin kerahasiaannya.

3.13.4 Komisi Etik Penelitian Kesehatan

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan nomor registrasi 067/KEPK-POLKESMA/2019.