**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

*Sectio cesarea* atau SC adalah pengeluaran janin melalui insisi abdomen (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala.2013). Menurut Mochtar, Rustam (2014) *Sectio Cesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio cesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Menurut Mochtar, Rustam (2014) *sectio cesarea* dapat dilakukan dengan beberapa sayatan yaitu dengan sayatan memanjang, melintang dan huruf T.

Hasil data yang diambil dari Rumah Sakit Lavalette, jumlah SC pada bulan Januari sampai Desember tahun 2015 sebanyak 171 orang dengan jumlah rata-rata perbulannya yaitu sebanyak 12 orang yang dilakukan tindakan SC. Hal ini menunjukan bahwa tindakan SC meningkat.

Dalam operasi *sectio cesarea* pemberian posisi yang dilakukan adalah posisi supine. Pemberian posisi adalah seni halus memindahkan dan menempatkan anatomi manusia pada posisinya agar terpajan di tempat pembedahan semaksimal mungkin dan seminimal mungkin gangguan pada fungsi dan stress mekanisme pada sendi dan bagian tubuh lain ( Gruendemann, Barbara J.2006). Posisi supine atau telentang adalah memposisikan vertebra servikalis, torakalis, dan lumbalis klien pada satu garis lurus secara horizontal.

Posisi telentang dan variasinya adalah postur yang sering digunakan untuk prosedur pembedahan (Gruendemann, 20016. Hal : 447). Posisi ini digunakan untuk kebanyakan bedah abdomen (Bruner & Suddarth, 2002. Hal:457). Rotasi berlebihan pada kepala selama operasi pada posisi supine dapat menyebabkan sumbatan dan thrombosis arteri vertebralis dan ketegangan leher (Gruendemann, Barbara J.2006). Selain itu, relaksasi yang terjadi pada otot-otot paraspinalis dapat menghilangkan tingkat kecembungan lumbal sehingga dapat menimbulkan ketegangan di ligamentum interlumbalis dan lumbosakral sehingga meningkatkan insiden nyeri punggung pasca bedah.

Hiperabduksi lengan dapat menyebabkan pembuluh subklavia dan aksila dapat teregang di bawah prosesus korakoideus scapula atau tertekan atau tersumbat antara klavikula dan iga pertama. Nadi radialis dapat hilang dan dapat terjadi thrombosis arteri pada hiperabduksi lengan yang sangat berlebihan. Pada bagian lengan, dapat terjadi tekanan, peregangan, dan tarikan pada pleksus brakialis dan saraf-saraf yang berjalan pada lengan. Pada humerus dan lengan atas yang menggantung dapat menyebabkan cedera pada saraf medianus, ulnaris, dan radialis (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala.2013).Pada posisi telentang, dapat terjadi ketegangan otot serta ligamentum punggung, paha, dan tungkai serta cedera pada saraf peroneus dan tibialis, gesekan, dan terhambatnya sirkulasi (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013).

Dari uraian di atas telah menjelaskan tentang implikasi klinis berdasarkan teori yang harus diperhatikan. Apabila tidak diperhatikan maka dapat menimbulkan permasalahan bagi pasien seperti rasa nyeri pada bagian tubuh tertentu pada saat pascabedah.

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau lingkungannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Alimul, Azis. 2014). Dimana nyeri ini mempunyai tiga tingkatan, yaitu nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri berat.

Handayanto, A W. dkk (2012) dengan judul penelitian Perbedaan Tekanan Balon Pipa Endotrakeal Setelah Perubahan Posisi Supine ke Lateral Decubitus di Ruang Pemulihan RS Brigjend H. Hassan Basry Kandangan dengan hasil penelitian yaitu terdapat perbedaan yang signifikan pada tekanan balon ETT. Bedasarkan penelitian ini, disarankan perlu penggunaan alat pengukur tekanan balon ETT pada setiap tindakan anestesi umum dengan intubasi ETT khususnya untuk operasi yang memerlukan posisi pasien lateral decubitus, guna memastikan tekanan balon ETT selalu dalam batas aman. Sehingga komplikasi akibat tekanan balon ETT diluar batas aman tidak terjadi dan keamanan pasien tetap terjaga. Sedangkan di Kota Malang fakta empirisnya dilapangan sampai saat ini belum ada penelitian tentang pemberian posisi supine pada saat intraoperatif.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 16 Desember 2015 data yang didapat dari 2 orang responden di Rumah Sakit Lavalette menyatakan 1 orang responden mengalami nyeri pada daerah punggung dan kasus tersebut juga ditemukan peneliti pada 2 orang pasien postoperatif SC pada salah satu Rumah Sakit di Indonesia mengalami nyeri pada daerah punggung.

Dari hasil uraian di atas telah menjelaskan fenomena yang terjadi tentang dampak posisi supine pada saat intraoperatif terhadap nyeri. Sehingga penelitian ini perlu dikaji untuk lebih lanjut tentang “Hubungan Antara Pemberian Posisi Supine Pada Saat Intraoperatif Dengan Nyeri Pada Pasien Postoperatif SC di Ruang Emerald RS Lavalette Malang”.

* 1. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dapat dirumuskan hasil sebagai berikut “Adakah hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif sectio cesaria”.

* 1. Tujuan penelitian
     1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif di ruang emerald rumah sakit lavalette Malang.

* + 1. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi pemberian posisi supine pada saat intraoperatif pada pasien SC
2. Mengidentifikasi nyeri postoperatif hari ke-1 pada pasien postoperatif SC
3. Menganalisis hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif SC
   1. Manfaat Penelitian
      1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi terkait dengan hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif SC, sehingga informasi ini dapat digunakan sebagai salah satu bahan pertimbangan dalam pemberian posisi supine pada pasien intraoperatif di Ruang OK Rumah Sakit Lavalette Malang.

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah literature yang berhubungan keperawatan perioperatif tentang pemberian posisi supine

* + 1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Memberikan data dasar yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam penelitian selanjutnya khususnya tentang pemberiaan posisi supine.

* + 1. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan tentang hubungan pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada postoperatif.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Pemberian Posisi Supine**

2.1.1 Definisi Pemberian Posisi

Pemberian posisi adalah seni halus memindahkan menempatkan anatomi manusia pada posisinya agar terpajan di tempat pembedahan semaksimal mungkin dan mengurangi seminimal mungkin gangguan pada fungsi dan stres mekanis pada sendi dan bagian tubuh lain (Gruendemann, Barbara J.2006.hal: 467).

2.1.2 Prinsip Umum Pemberian Posisi

Prinsip umum pemberian posisi (Gruendemann, Barbara J.2006.hal: 467-468):

1. Untuk menghasilkan pajanan tempat operasi yang maksimum tanpa melebihi batas-batas anatomis dan fisiologis.
2. Untuk menghasilkan susunan tubuh terbaik, sesuai masalah medis masing-masing klien.
3. Untuk memberi akses sehingga klien dapat diberi cairan intravena,obat dan bahan anastesi.
4. Untuk menghasilkan susunan tubuh terbaik dengan mempertimbangkan idiosinkrasi atau kekhususan masing-masing klien.
5. Untuk memberikan keamanan bagi klien sehingga sistem tubuhnya dapat berfungsi secara adekuat selama pembedahan.

2.1.3 Pertimbangan Pemberian Posisi

Pertimbangan pemberian posisi (Gruendemann, Barbara J.2006.hal: 468):

1. Jalan napas klien harus paten
2. Gerakan pernapasan dan pertukaran udara yang adekuat
3. Sirkulasi yang adekuat
4. Tidak ada penekanan yang berlebihan pada saraf superficial dan tonjolan tulang
5. Mata terlindung dari abrasi, tekanan, dan cairan iritatif
6. Ekstermitas (tangan dan kaki) terlindung dan mendapat sokongan
7. Kepala mendapat sokongan yang adekuat
8. Hindari flexsi, ekstensi, atau rotasi bagian tubuh yang berlebihan
9. Peregangan otot atau hiperekstensi minimal

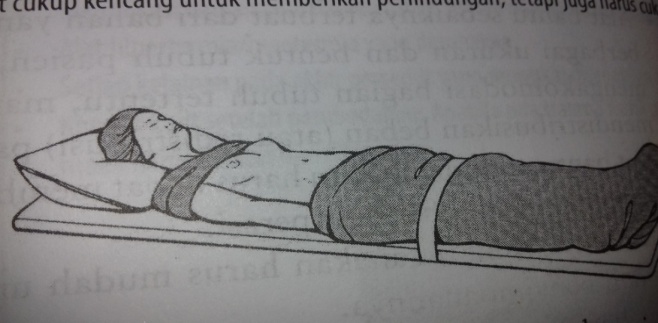
2.1.4 Macam-Macam Pemberian Posisi dan Indikasinya

Dalam pemberian posisi ada lima macam pemberian posisi dasar (Gruendamann, Barbara J. 2006 dalam Muttaqin, Arif & Sari, Kumala.2013. hal:45) , yaitu :

1. Terlentang (supine)

Posisi telentang atau berbaring dorsal, memposisikan vertebra servikalis, torakalis, dan lumbalis klien pada satu garis lurus secara horizontal.

Indikasi : bedah abdomen, bedah abdomen bawah dan pelvis, pembedahan pada leher (Brunner & Suddarth. 2002. Hal; 457).

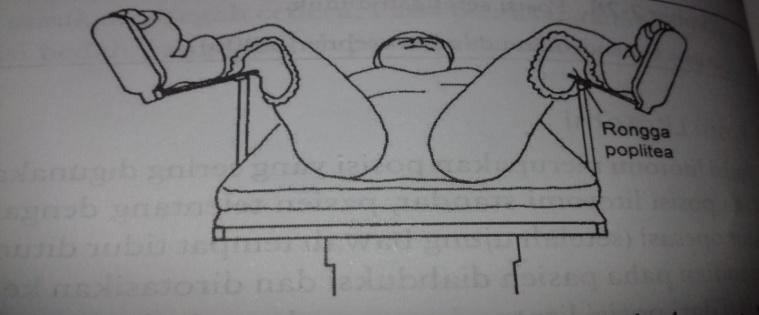


Gbr 2.1 Posisi supine (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Litotomi

Posisi berbaring terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut.

Indikasi : bedah perineal, rectal dan vaginal (Brunner & Suddaarth. 2002. Hal: 457)



Gbr 2.2 Posisi litotomi (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Telungkup (prone)

Posisi dimana klien berbaring di atas abdomen dengan kepala menoleh kesamping.

Indikasi : untuk prosedur proktologik, disektomi atau laminektomi lumbal, bedah spinal dan diskus lumbal dan pembedahan punggung (Gruendamann, Barbara J.2006.hal.482).

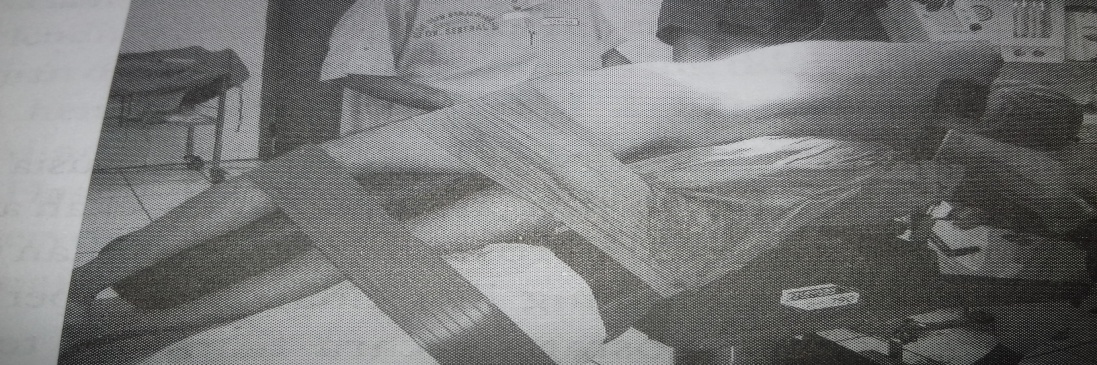


Gbr 2.3 Posisi telungkup (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala.2013)

1. Lateral

Posisi dimana klien berbaring diatas salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping.

Indikasi : untuk bedah ginjal (Brunner & Suddarth.2002.hal.457)

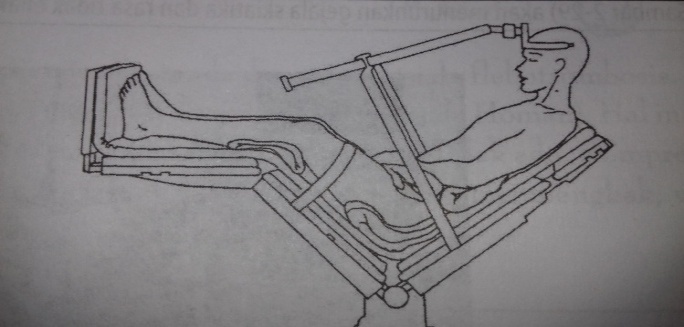


Gbr 2.4 Posisi lateral (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Duduk

Pada posisi setengah duduk, tempat tidur kamar operasi dan panggul serta lutut klien di tekuk.

Indikasi : untuk pembedahan tiroid dan leher (Gruendamann, Barbara J.2006.hal: 478).



Gbr 2.5 Posisi duduk (Muttaqin Arif & Sari, Kumala.2013)

* + 1. Cara Pemberian Posisi Supine

Cara pemberian posisi supine(Gruendamnn, Barbara J.2006. hal 474-478) :

1. Pada posisi supine pasien berbaring telentang dengan lengan terletak diatas papan lengan atau disamping tubuh.
2. Pita/sabuk/tali pengaman berbantalan diletakkan secara longgar didaerah pinggang atau di atas pangkal atau pertengahan paha, paling sedikit 2 inci di atas lutut untuk mencegah hiperekstensi tungkai.
3. Sebuah penyangga kecil yang diletakkan di bawah kepala dan leher klien memungkinkan otot-otot leher relaks dan juga mencegah ketegangan leher.
4. Sebuah bantalan lembut kecil dapat diletakkan dibawah bokong bagian bawah dan di bawah lutut untuk mempertahankan sikap konkaf normal lumbal dan mencegah ketegangan diotot.
5. Pada posisi telentang, tungkai sejajar dan tidak besilangan.
6. Apabila pembedahan lebih dari satu jam , pada siku dan tumit dapat diletakkan bantalan atau pelindung.
7. Pada posisi telentang, satu atau kedua lengan dapat diletakkan di atas papan lengan dengan sudut kurang dari 90 derajat dari torso, dengan telapak tangan menghadap ke atas dapat diletakkan sebuah bantalan kecil dibawah pergelangan, terutama jika akan dipasang infuse arteri.
8. Siku juga dapat diletakkan sebuah bantalan lembut.
9. Apabila memungkinkan, hindari pemakaian pita pergelangan tangan yang ketat.
10. Dengan berbagai pertimbangan, lengan klien sebaiknya diletakkan disisi, siku dibungkus oleh bantalan berbusa dan telapak tangan menempel ke tubuh seperti posisi alami.
11. Pada posisi telentang, letakkan bantalan lembut pada kepala.
12. Apabila klien telentang hamil, dengan menggeser secara manual uterus kearah kiri dan menaruh bantalan, busa, atau handuk di bawah, disisi kanan dan di pinggang klien.
    * 1. Versi Posisi Bedah Supine

Posisi telentang mempunyai dua versi (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala.2013.hal: 45) , yaitu :

1. Posisi trendelenburg

Modifikasi posisi telentang dengan kepala diturunkan. Posisi ini kadang-kadang diubah dengan menekukkan lutut dan mematahkan bagian bawah tempat tidur.

1. Posisi trendelenburg terbalik

Posisi bedah dengan kondisi kepala di atas dan kaki di bawah.

2.1.7 Tehnik & Implikasi Klinik Pemberian Posisi Supine

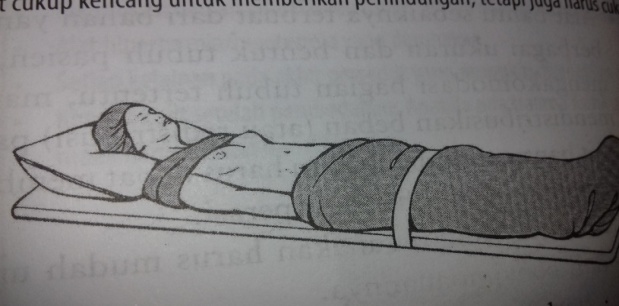
Tehnik & implikasi klinik (Muttaqin,Arif &Sari,Kumala.2013.hal: 46-48)

1. Posisi telentang dengan pemasangan sabuk pengaman pada paha.

Bergantung pada prosedurnya, pita/sabuk/tali pengaman berbantalan diletakkan :

1. Secara longgar di daerah pinggang atau
2. Di atas paha atau pertengahan paha, paling sedikit 2 inci di atas lutut untuk mencegah hiperekstensi tungkai .

Sabuk pengaman tersebut tidak diletakkan di atas tonjolan tulang, misalnya lutut, tetapi di atas bagian yang lunak dan berdaging. Sabuk tersebut harus diikat cukup kencang untuk memberikan perlindungan, tetapi juga harus cukup longgar agar sirkulasi dapat berlangsung lancar.



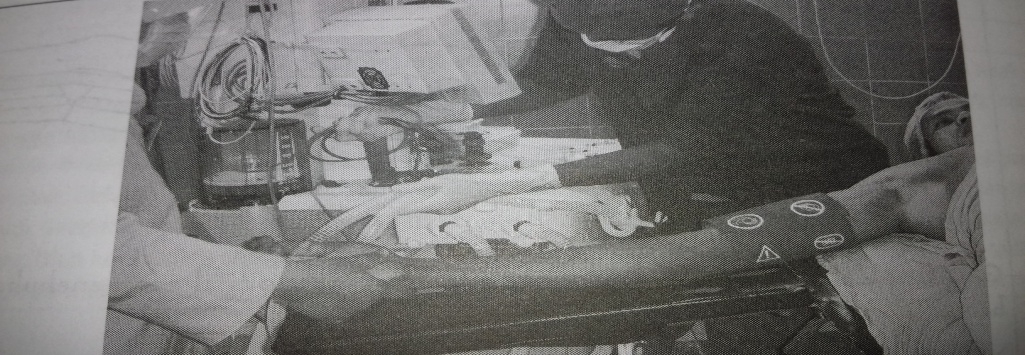
Gbr 2.6 Posisi telentang dengan pemasangan sabuk pengaman pada paha (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Posisi telentang dengan pemasangan sabuk pengaman di bawah lutut



Gbr 2.7 Posisi telentang dengan pemasangan sabuk pengaman di bawah lutut (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Posisi telentang dengan pemasangan sabuk/pita pengaman di lengan
2. Perawat harus dapat meloloskan tanganya di bawah sabuk setelah sabuk dikencangkan.
3. Perawat perioperatif dapat menurunkan resiko cedera pada pleksus brakialis dengan menurunkan peregangan dan tekanan terutama didaerah ketiak. Hiperabduksi lengan dapat menyebabkan pembuluh subklavia dan aksila dapat teregang di bawah prosesus korakoideus scapula atau tertekan dan tersumbat antara klavikula dan iga pertama. Nadi radialis dapat hilang dan dapat terjadi thrombosis arteri pada hiperabduksi lengan yang sangat belebihan.
4. Gruendemann (2006) menganjurkan pada posisi telentang, satu atau kedua lengan dapat diletakkan di atas papan lengan. Papan lengan dan lengan harus berada dengan sudut kurang dari 90° dari torso, dengan telapak tangan menghadap ke atas. Hal ini dilakukan untuk mencegah tekanan, peregangan dan tarikan pada pleksus brakialis dan saraf-saraf yang berjalan ke lengan. Pada posisi ini dapat diletakkan sebuah bantalan kecil di bawah pergelangan, terutama jika akan dipasang infuse arteri. Posisi telapak tangan menghadap ke atas lebih dianjurkan daripada posisi telapak tangan ke bawah. Alasanya,posisi ini menghilangkan tekanan pada saraf ulnaris sewaktu saraf tersebut berjalan melalui takik humerus di siku. Selain itu, tekanan pada arteri brakialis juga berkurang. Di bawah siku juga dapat diletakkan bantalan lembut.
5. Untuk menurunkan cedera pada saraf medianus, ulnaris, dan radialis maka humerus dan lengan atas jangan dibiarkan menggantung pada tepi meja operasi. Apabila memungkinkan hindari pemakaian pita pergelangan tangan yang terlalu ketat. Dengan berbagai pertimbangan, lengan pasien sebaiknya diletakkan disisi tubuh, siku bungkus oleh bantalan berbusa, dan telapak tangan menempel ke tubuh seperti posisi alami, bukan diletakkan di atas papan lengan.



Gbr 2.8 Posisi telentang dengan pemasangan sabuk/pita pengaman di lengan (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013)

1. Posisi telentangan dengan pemasangan penyangga kepala

Untuk menurunkan cedera akibat rotasi berlebihan pada kepala selama operasi sehingga mengakibatkan sumbatan dan thrombosis ateri vertebralis, maka perawat perioperatif dapat memberikan bantalan lembut untuk menstabilkan dan melindungi kepala dan oksiput pasien, memungkinkan otot-otot leher untuk relaks, dan mencegah ketegangan leher.

1. Posisi telentang dengan pemasangan bantal di bokong
2. Anestesi menyebabkan relaksasi otot-otot paraspinalis sehingga tingkat kecembungan *(convexity)* lumbal akan hilang (mendatar). Akibatnya, timbul ketegangan di ligamentum interlumbalis dan lumbosakralis sehingga meningkatkan insidens nyeri punggung pascabedah.
3. Sebuah bantalan lembut kecil dapat diletakkan di bawah bokong bagian bawah dan di bawah lutut untuk mempertahankan sifat kecekungan (konkaf) normal lumbal dan mencegah ketegangan di otot serta ligamentum punggung, paha, dan tungkai. Pada posisi telentang, tungkai harus sejajar dan tidak bersilangan untuk mencegah cedera pada saraf peroneus dan tibialis, gesekan, dan hambatannya sirkulasi (Gruendemann,2006).

**2.2 Konsep Nyeri**

2.2.1 Definisi

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau lingkungannya, dan hanya orang tersebut lah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Alimul, Azis. 2014. Hal:224).

2.2.2 Fisiologi Nyeri (Alimul, Azis. 2014. Hal:224)

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visiera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu.

Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamine, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, dan mekanis.

Stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut eferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal horn.

Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur spinothalamic tract (STT) atau jalur spinotalamus dan spinorecticular tract (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri.

Dari proses tansmisi 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 desendens yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkondusi dengan nociceptor impuls supresif.

Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. System supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Long, 1989).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua (Alimul,Azis.2014. hal:225), yakni:

1. Nyeri akut

Nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

1. Nyeri kronis

Nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

2.2.4 Stimulasi Nyeri

Terdapat beberapa jenis stimulasi nyeri (Alimul,Aziz .2014.hal: 226), di antaranya:

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
3. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteria koronaria yang menstimulasi resptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
5. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

2.2.5 Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori nyeri tentang terjadinya rangsangan nyeri, di antaranya (Barbara C. Long dalam Alimul, Aziz. 2014.hal: 226-227):

1. Teori pemisahan (*Specificity Theory*). Menurut teori ini, rangsangan nyeri masuk ke medulla spinalis (*spinal cord*) melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median tersebut diteruskan.
2. Teori Pola (*Pattern theory*).

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri , serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

1. Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*). Menurut teori ini, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. rangsangan pada serat kecil dan menghambat aktivitas subtansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.
2. Teori Transmisi dan Inhibisi. Adanya stimulasi pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok implus-implus pada serabut lamban dan endogen opiate system supresif.

2.2.6 Fase Pengalaman Nyeri

Meinhart & McCaffery dalam Potter & Perry (2006) hal: 1509 mendiskripsikan 3 fase pengalaman nyeri :

1. Fase antisipasi (terjadi nyeri diterima)

Fase ini mungkin bukan merupakan fase yang paling penting, karena fase ini bisa mempengaruhi dua fase lain. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalm fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi pada klien.

1. Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Fase ini terjadi ketika klien merasakan nyeri. Karena nyeri itu bersifat subyektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulasi kecil, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulasi nyeri kecil. Klien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah sudah mencari upaya mencegah nyeri, sebelum nyeri datang.

Klien bisa mengungkapkan nyerinya dengan berbagai jalan, mulai dari ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh. Ekspresi yang ditunjukan klien itulah yang digunakan perawat untuk mengenali pola perilaku yang menunjukan nyeri. Perawat harus melakukan pengkajian secara teliti apabila klien sedikit mengekspresikan nyerinya, karena belum tentu orang yang tidak mengekspresikan nyeri itu tidak mengalami nyeri. Kasus-kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu klien mengkomunikasikan nyeri secara efektif.

1. Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti)

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini klien masih membutuhkan kontrol dari perawat , karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan klien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Apabila klien mengalami episode nyeri berulang, maka respon akibat (*aftermath*) dapat menjadi masalah kesehatan yang berat. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

* + 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi respon Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri (Potter & Perry.2006. hal: 1511) :

1. Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

1. Jenis kelamin

Gill(1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (ex. Tidak pantas kalo laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri).

1. Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

1. Makna Nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya.

1. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990), perhatian yang meningkat dihubungkan dengan respon nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Tehnik relaksasi, *guided imagery* merupakan teknik untuk mengatasi nyeri.

1. Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

1. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatsi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

1. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptif akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

1. Support keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

* + 1. Pengakjian Nyeri

Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST (Alimul, Aziz. 2014. Hal: 228):

1. P: Pemacu, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

Apa kira-kira penyebab timbulnya rasa nyeri…? Apakah karena ruda paksa / benturan..? Akibat penyayatan..?

1. Q: Quality dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.

Seberapa berat keluhan nyeri terasa? Bagaimana rasanya? Seberapa sering terjadinya? Ex. Seperti tertusuk, tertekan/tertimpa benda berat, diiris-iris dll.

1. R: Region yaitu daerah perjalanan nyeri.

Lokasi dimana keluhan tersebut dirasakan/ditemukan? Apakah juga menyebar ke daerah lain/area penyebarannya?

1. S: Severity adalah keparahan atau intensitas nyeri.

Skala kegawatan dapat dilihat menggunakan GCS untuk penggunaan kesadaran, skala nyeri /ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan.

1. T: Timing adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

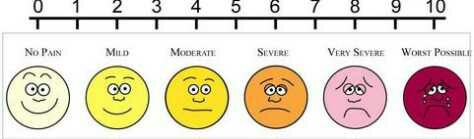
Kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan/dirasakan? Seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan/terjadi? Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap ? akut dan kronis?

2.2.9 Penilaian Nyeri

Ada beberapa skala penilaian nyeri pada pasien (Potter & Perry. 2006.hal 1519-1520) :

1. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebinggungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Gambar 2.9. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (Potter & Perry. 2006)

1. *Verbal Rating Scale (VRS)*

VRS adalah alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan level intensitas nyeri yang berbeda, *range* dari *no* “*no pain*” sampai “nyeri hebat”. VRS merupakan alat pemeriksaan yang efektif untuk memeriksa intensitas nyeri. VRS biasanya diskore dengan memberikan angka pada setiap kata sifat sesuai dengan tingkat intensitas nyerinya. Sebagai contoh, dengan menggunakan skala 5 point yaitu none (tidak ada nyeri) dengan skore 0”, mild (kurang nyeri) dengan skore “1”, *moderate* (nyeri yang sedang) dengan skore “2”, *severe* (nyeri keras) dengan skor “3”, *very severe* (nyeri yang sangat keras) dengan skore “4”. Angka tersebut berkaitan dengan kata sifat dalam VRS, kemudian digunakan untuk memberikan skore untuk intensitas nyeri pasien. VRS ini mempunyai keterbatasan didalam mengaplikasikannya. Beberapa keterbatasan VRS adalah adanya ketidak mampuan pasien untuk menghubungkan kata sifat yang cocok untuk level intensitas nyerinya, dan ketidak mampuan pasien yang buta huruf untuk memahami kata sifat yang digunakan.

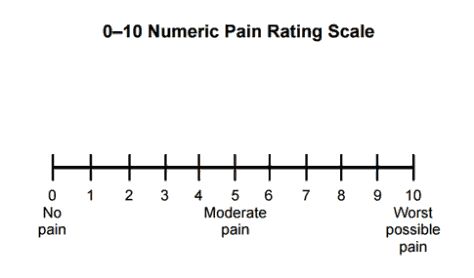
Pasien dinyatakan tentang derajat nyeri yang dirasakan berdasarkan skala lima poin : tidak nyeri, ringan, sedang, berat dan sangat berat.



Gambar 2.10 *Verbal Rating Scale* (Potter & Perry)

1. *Numerical Rating Scale* (NRS)

Pertama kali dikemukakan oleh Downie dkk pada tahun 1978, dimana pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0-5 atau 10 menunjukan nyeri yang hebat.

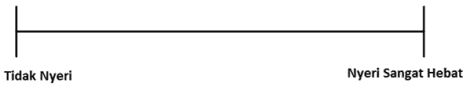


Gambar 2.11. *Numeric Rating Scale* (Potter & Perry. 2006)

1. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala yang pertama kali dikemukakan oleh Keele pada tahun 1984 yang merupakan skala dengan garis lurus 10 cm, dimana awal garis (0) penanda tidak dan akhir garis (10) menandakan nyeri hebat. Pasien diminta untuk membuat tanda digaris tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan. Penggunaan skala VAS lebih gampang, efisien dan lebih mudah dipahami oleh penderita dibandingkan dengan skala lainnya.

Penggunaan VAS telah direkomendasikan oleh Coll dkk karena selain telah menggunakan secara luas, VAS juga secara metodologis kualitasnya lebih baik, dimana juga penggunaannya relatif mudah, hanya dengan menggunakan beberapa kata sehingga kosa kata tidak menjadi permasalahan. Willianson dkk juga melakukan kajian pustaka atas tiga skala ukur nyeri dan menarik kesimpulan bahwa VAS secara statistik paling kuat rasionya karena dapat menyajikan data dalam bentuk rasio. Nilai VAS antara 0-4 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia. Nilai VAS > 4 dianggap nyeri sedang menuju berat sehingga pasien merasa tidak nyaman sehingga perlu diberikan obat analgesik penyelamat (*rescue analgetic*).



Gambar 2.12. *Visual Analogue Scale* (Potter & Perry. 2006)

* 1. **Konsep *Sectio Cesaria***
     1. Definisi

*Sectio cesarea* adalah pengeluaran janin melalui insisi abdomen. Tekhnik ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin atau jika telah terjadi distress janin (Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 20013. Hal: 506).

* + 1. Jenis Operasi *Sectio Cesaria*

Menurut (Mochtar, Rustam.2012. hal: 86-87) jenis operasi *sectio cesarea* adalah :

1. *Sectio Cesaria transperitonealis*
2. *Sectio Cesarea Klasik (Korporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

1. Mengeluarkan janin lebih cepat
2. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih
3. Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

1. Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada riperitonearisasi yang baik
2. Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan
3. *Sectio Caesarea ismika (profunda)*

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang-konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

1. Penjahitan luka lebih mudah
2. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
3. Tumpang tindih dari peritoneal flat baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga periutoneum
4. Perdarahan kurang
5. Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan rupture unteri spontan kurang atau lebih kecil

Kekurangan :

1. Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah, sehingga dapat menyebabkan uterine putus dan terjadi perdarahan hebat.
2. Keluhan pada kandung kemih postoperatif tinggi.
3. *Sectio Cesarea ekstraperitonealis*

*Sectio cesarea* tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

* + 1. Teknik *Sectio Cesarea* (Mochtar, Rustam. 2012. Hal: 86-87)

1. Teknik *Sectio Cesarea Transperitonealis Profunda*

Keuntungan pembedahan *SC Transperitoneal Profunda*.

1. Peradarahan luka insisi tidak seberapa banyak
2. Bahaya peritonitis tidak besar
3. Parut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar, karena dalam masa nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri hingga luka dapat sembuh lebih sempurna.
4. Teknik *Sectio Cesarea Korporal*
5. Teknik *Sectio Cesarea Klasik*
6. Teknik *Sectio histerektomi*
   * 1. Indikasi *Sectio Cesarea*

Indikasi untuk *sectio cesaria* menurut Mochtar, Rustam (2012) hal: 86 :

1. Indikasi untuk ibu

Plasenta previa, Distocia servik, Ruptur uteri mengancam, Diproporsi cepalo pelviks, Pre eklamsi dan eklamsi, Tumor , Partus lama.

1. Indikasi untuk janin
2. Mal presentasi janin
3. Letak lintang
4. Bila ada kesempitan panggul cesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup.
5. Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesarea.*
6. Multipara letak lintang dapat lebih dulu dengan cara yang lain.
7. Letak bokong

Dianjurkan *sectio cesaria* bila ada panggul sempit, primigravida, janin besar, presentasi dahi dan muka bila reposisi dan cara lain tidak berhasil, presentasi rangkap, bila reposisi tidak berhasil, atau gemeli.

1. Gawat janin

Segera lakukan operasi agar tidak terjadi keracunan atau kematian janin, sesuai dengan indikasi *sectio cesaria.*

Kontra indikasi :

1. Janin mati atau berada dalam keadaan kritis, kemungkinan janin hidup kecil. Dalam hal ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi.
2. Janin lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *sectio cesarea* ekstra peritoneal tidak ada.
3. Kurangnya pengalaman dokter bedah dan tenaga medis yang kurang memadai.
   * 1. Komplikasi

Kemungkinan komplikasi dilakukannya pembedahan SC menurut Mochtar, Rustam.2014) :

1. Infeksi Puerperal

Komplikasi yang bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas yang bersifat ringan seperti peritonitis , sepsis.

1. Perdarahan

Waktu perdarahan banyak bisa timbul pada pembedahan jika cabang arteria unterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.

Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, kurang kuatnya jaringan parut pada dinding uterus sehingga bisa terjadi rupture uteri pada kehamilan.

* + 1. Langkah Penting Sectio Cesarea

Adapun langkahnya (Gruendamann, Barbara J.2006.hal: 220), yaitu :

* 1. Abdomen dibuka dan uterus diidentifikasi. Kandung kemih dipisahkan dari serviks dengan diseksi tajam dan tumpul dan dibuat flap kandung kemih.
  2. Kemudian dibuat sebuah insisi pada uterus. Lokasi insisi bergantung pada posisi janin dan jaringan parut sebelumnya.
  3. Pembukaan uterus dan pengeluaran janin dilakukan dengan cepat. Pengisapan adalah tindakan yang penting dilakukan sewaktu uterus dibuka dan bayi dikeluarkan.
  4. Tali pusat dijepit dan bayi diberikan kepada perawat atau dokter anak.
  5. Ahli bedah mengeluarkan plasenta, darah, dan kantung amnion dari uterus dan menutup dinding uterus dalam dua lapisan.
  6. Setelah serosa kandung kemih dan uterus direaproksimasi, abdomen ditutup.
  7. **Kerangka Konsep**

OPERATOR

OBAT / TERAPI

JENIS OPERASI

**Nyeri :**

1. **Tidak nyeri**
2. **Nyeri ringan**
3. **Nyeri sedang**
4. **Nyeri berat**
5. **Nyeri sangat berat**

RESEPTOR

ANASTESI

**PEMBERIAN POSISI SUPINE**

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

* USIA
* JENIS KELAMIN
* KULTUR
* MAKNA NYERI
* PERHATIAN
* ANSIETAS
* PENGALAMAN MASA LALU
* POLA KOPING
* SUPPORT KELUARGA & SOSIAL
* Pendidikan
* Lama bekerja

PERAWAT

Keterangan :

:variabel yang diteliti

Gambar 2.13 : Kerangka Konsep

Keterangan kerangka konsep :

Pemberian posisi bedah supine yang diberikan pada pasien operasi **SC** sangat menentukan dalam proses pembedahan. Posisi supine dapat menimbulkan nyeri pada saat postoperatif akibat pemberian posisi. Nyeri mempunyai 5 skala yaitu tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang nyeri berat dan nyeri sangat berat. Dan nyeri juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, kultur, makna nyeri, perhatian, ansietas, pengalaman masa lalu, pola koping, support keluarga & sosial

Dalam penelitian ini, peneliti hanya melakukan penelitian pada pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dan nyeri postoperatif akibat pemberian posisi supine.

* 1. **Hipotesis Penelitian**

H1: Ada hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif *sectio cesarea*.

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

**3.1 Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah jenis penelitian analitik dengan menggunakan desain penelitian korelasional yaitu desain penelitian yang menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, dan menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam. 2013). Rancangan dalam peneletian ini adalah *cross sectional* atau seksional silang. *Cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam. 2013).Dalam penelitian ini, mencari hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif.

**3.2 Kerangka Kerja**

**POPULASI**

Semua pasien **SC** yang dirawat RS Lavalette Malang yang berjumlah 36 orang dengan rata-rata 12 orang per bulan

Sampling

Quota sampling 30 0rang

Pengukuran nyeri postoperatif hari 1 dengan lembar observasi dan skala VRS

Pemberian posisi supine pada saat intraoperatif

Pengolahan data

Analisa data

Uji korelasi *Spearman Rho*

Hasil penelitian

H1: diterima/ditolak

Gbr 3.1 Kerangka Kerja

**3.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

3.3.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari ojek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Populasi bukan hanya orang tetapi objek dan subjek yang dipelajari tetapi meliputi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subjek atau obyek yang diteliti (Sugiyono, 2015). Populasi penelitian adalah Pasien **SC** postoperatif hari ke 1 yang dirawat di ruang Emerald Rumah Sakit Lavalette yang berjumlah 36 orang dari data yang diambil dari tanggal 01 Oktober- 12 Desember 2015.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian waktu atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien **SC** yang dirawat di ruang Emerald sebanyak 30 responden yang memenuhi kriteria inklusi.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini adalah :

1. Kriteria inklusi
2. Pasien dengan kondisi operasi **SC** yang telah direncanakan di Ruang Emerald RS Lavalette Malang
3. Pasien yang tidak mengalami kontraksi his
4. Pasien SC yang menggunakan spinal anastesi blok
5. Pasien SC dengan cito
6. Pasien SC yang bersedia menjadi responden
7. Kriteria eksklusi
8. Pasien SC yang mengalami komplikasi
9. pasien SC yang jadwal operasinya di tunda

3.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Tehnik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995 & Nursalam, 2008). Pada peneltian ini menggunakan *quota sampling* yang artinya tehnik untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah kuota yang diinginkan (Sugiyono,2015).

**3.4 Variabel Penelitian**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Soeparto, Putra, & Haryanto, 2000). Variabel dalam penelitian ini dibedakan menjadi 2 yakni :

1. Variabel independen : pemberian posisi supine pada saat intraoperatif
2. Variabel dependen : nyeri pada pasien postoperatif *sectio cesarea*

**3.5 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah proses perumusan atau pemberian arti/makna pada masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang diangkat dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Adapun rumusan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Skala | Alat ukur | Criteria |
| Variabel Independen: Pemberian posisi supine | Suatu tindakan untuk memposisikan tubuh yang diberikan pada responden yang akan dilakukan operasi SC terencana pada saat intraoperatif yang dilakukan perawat sirkuler yang bisa dilihat dan diukur dengan daftar cek | 1. Posisikan kepala 2. Posisikan tangan 3. Posisikan tungkai 4. Posisikan kaki | Nominal | * Lembar observasi | Pemberian Posisi Tepat bila 100%  Pemberian Posisi Kurang tepat bila  < 100% |
| Variabel Dependen : Nyeri Post operatif pada pasien sectio cesaria | Penilaian rasa nyeri secara subjek dan objek pada responden yang dilakukan postop hari ke 1 yang menggunakan skala VRS akibat pemberian posisi | Pengkajian :   * P: pemacu * Q: quality * R: tempat   -S : keparahan  -T: lama/waktu serangan atau frekuensi | Ordi  Nal | Kuisioner  Lembar observasi | Tidak nyeri bila indicator skala 0 : tidak ada tanda-tanda nyeri  Nyeri ringan bila indicator skala 1-3 :   * Pasien dapat berkomunikasi dengan baik * Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan menggambarkannya dengan baik * Pasien terlihat sangat tenang * Pasien masih bisa beraktifitas dengan baik * Pasien mengatakan nyeri mudah hilang saat beristirahat   Nyeri sedang bila indicator skala 4-6 :   * Pasien dapat berkomunikasi dengan baik * Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan menggambarkannya dengan baik * Pasien terlihat gelisah * Pasien masih bisa beraktifitas namun membutuhkan bantuan * Pasien mengatakan nyeri masih terasa sedikit saat beristirahat   Nyeri berat bila indicator skala 7-9:   * Pasien mengaduh * Pasien menangis * Pasien kelihatan sangat gelisah * Tidak responsif mengikuti tindakan * Dapat menunjukkan lokasi nyeri namun tidak dapat menggambarkan nyeri dengan baik * Pasien tidak dapat melakukan tindakan minimal di atas tempat tidur   Nyeri sangat berat bila indicator skala 10 :   * Pasien tidak mau berkomunikasi * Tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri * Berteriak * Tidak dapat mengikuti perintah * Menarik apa saja yang tergapai |

**3.6 Pengumpulan Data dan Instrument Penelitian**

3.6.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan peneliti pada penelitian ini adalah bersumber dari data primer dengan tehnik pengumpulan data yang digunakan adalah tehnik observasi dan kuisioner. Observasi adalah tehnik pengumpulan data melalui pengamatan yang dilakukan terhadap subyek tentang perilaku, fenomena serta perubahan yang terjadi yang dapat digunakan sebagai fakta yang nyata dan akurat dalam membuat suatu kesimpulan (Nursalam, 2014). Penelitian dengan tehnik ini untuk menilai pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dan nyeri postoperatif di ruang OK dan Ruang Emerald Rumah Sakit Lavalette dimana observasi dilakukan oleh peneliti dan dibantu dengan tim. Observasi yang dilakukan oleh peneliti menggunakan instrument penelitian berupa pemberian skor yang dimodifikasi dari buku Barbara Gruandemann pemberian posisi pasien intraoperatif dan penilaian nyeri pada variabel nyeri postoperatif di ruang OK dan Ruang Emerald Rumah Sakit Lavalette Malang.

Pengumpulan data secara kuisioner, data yang diberikan secara formal kepada responden secara tertulis sesuai dengan panduan yang ada dalam lembar kuisioner. Lembar kuisioner yang berisi data umum yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

3.6.2. Prosedur Pengambilan Data

Prosedur pengambilan data yang dilakukan peneliti dimulai dengan :

1. Tahap persiapan
2. Membuat surat ijin penelitian dari Poltekkes Kemenkes Malang
3. Membuat surat ijin penelitian ke Diklat RS Lavalette Malang
4. Melapor dan meminta ijin kepada Kepala Ruang OK dan kepala Ruang Emerald RS Lavalette Malang
5. Membuat lembar *informed consent* pada Kepala Ruang OK dan Kepala Ruang Emerald
6. Tahap pelaksanaan
7. Menetapkan responden yang sesuai dengan kriteria insklusi
8. Melakukan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian
9. Meminta persetujuan *informed consent* kepada responden
10. Melakukan observasi pemberian posisi pada saat intraoperatif di Ruang OK yang dilakukan oleh perawat sirkuler dengan bantuan tim yang dilakukan pada bulan 17 Mei- 19 Juni 2016
11. Melakukan pengkajian data umum dan pengkajian nyeri secara subjektif pada pasien postoperatif **SC** di Ruang Emerald yang dilakukan pada bulan 17 Mei- 19 Juni 2016
12. Melakukan pengkajian nyeri dengan pengisian lembar observasi nyeri di Ruang Emerald pada bulan 17 Mei- 19 Juni 2016

3.6.3 Instrument Penelitian

Jenis instrument penelitian yang dapat digunakan pada ilmu keperawatan dapat diklasifikasikan menjadi 5 bagian yang meliputi pengukuran (1) biofisiologis, (2) obesrvasi, (3) wawancara, (4) kuesioner, dan (5) skala (Nursalam, 2014). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan pengukuran observasi dan berdasarkan apa yang telah disusun dan direncanakan sebelumnya. Dibuat dalam bentuk panduan atau lembar observasi. Panduan observasi ini bersisi daftar observasi yang telah disusun berbentuk pemberian skor. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan peneliti dengan cara mengobservasi langsung pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dan mengobservasi nyeri pasien pada saat postoperatif hari ke 1.

Lembar kuisioner yang berisi data umum yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pertanyaan. Pengumpulan data dengan kuisioner, data diberikan secara formal kepada responden untuk menjawab pertanyaan secara tertulis sesuai dengan panduan yang ada dalam kuisioner.

**3.7 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Ruang OK dan Ruang Emerald Rumah Sakit Lavalette Malang bulan 17 Mei- 19 Juni 2016.

**3.8 Pengolahan Data dan Analisa Data**

3.8.1 Pengolahan Data

Langkah-langkah setelah kegiatan pengumpulan data, selanjutnya sebagai berikut (*notoatmojo,2010):*

1. *Editing*

Setelah data terkumpul, peneliti memeriksa apakah ada kesalahan atau kekurangan kelengkapan data yang diisi oleh responden. Hal ini dilakukan dengan memeriksa tiap lembar kuesioner pada waktu menerima data dari responden. Data dianggap memenuhi syarat jika seluruh data terisi lengkap dan jelas, responden mengisi data terkontrol dan tidak dipengaruhi orang lain. Dalam penelitian ini dilakukan *Editing* data pada variabel pemberian posisi dan nyeri, dan tidak ditemukan kesalahan atau kekurangan kelengkapan data yang diisi oleh peneliti sesuai apa yang dikatakan responden.

1. *Coding*

Semua data yang lengkap, peneliti memberi kode pada jawaban di tepi kanan lembar jawaban, pengisian berdasarkan jawaban dari responden untuk memudahkan pada waktu entri data. Pada penelitian ini pemberian *coding* pada variable pemberian posisi supine angka 2 apabila dilakukan dengan tepat angka 1 dilakukan tidak tepat dan angka 0 tidak dilakukan. Pemberian kode pada variabel nyeri angka 1 apabila nyeri dan angka 0 apabila tidak nyeri.

1. *Data Entry*

Setelah pemberian kode, langkah berikutnya yaitu memasukan data atau *Data Entry* yaitu mengisi kolom – kolom atau kotak – kotak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing – masing pertanyaan. Dalam penelitian ini pada *Data Entry* dilakukan pada variabel pemberian posisi supine dan nyeri, yaitu hasil dari observasi terhadap responden yang didapatkan kemudian di tulis pada kolom lembar observasi dan kemudian dimasukan kedalam kotak lembar kode pada tabel tabulasi data.

1. *Cleaning*

Cleaning adalah apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Dalam penelitian ini semua data yang ada di cek kembali, dan dilakukan pembetulan pada variabel pemberian posisi yaitu penjumlahan yang dihitung berdasarkan daftar cek pada lembar observasi pemberian posisi supine.

* + 1. Analisa Data
  1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskriptifkan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo S, 2010). Data – data penelitian ini disajikan dengan diagram distribusi frekuensi pada setiap variabel sehingga hasil penelitian ini tergambar fenomena yang berhubungan dengan variabel yang diteliti. Variabel indenpenden (pemberian posisi supine pada saat intraoperatif) dianalisa dengan pemberian skor. Hasil observasi yang telah diberikan kepada pasien secara tepat akan diberi skor 1, dilakukan dengan tidak tepat diberi skor 1 dan diberi skor 0 bila tidak dilakukan dan kemudian dijumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah skor tertinggi dikalikan 100 %

Rumus yang digunakan adalah :

**N = Sp/Sm x 100%**

Keterngan :

N : Nilai yang didapat

Sp : skor yang didapat

Sm : skor maksimal

Untuk data pemberian posisi hasil tindakan responden diprosentase dan diinterprestasikan secara kuantitatif. Kualitas yang diperoleh dari jawaban responden dapat dilakukan dengan :

1. Kiteria pemberian posisi tepat bila skor atau nilai 100%
2. Kriteria pemberian posisi kurang tepat bila skor atau nilai < 100%

Untuk nyeri, pengelolaan data di interprestasikan dengan menggunakan skala kuantitatif berdasarkan hasil observasi per responden, adalah sebagai berikut :

1. Kategori tidak nyeri skor atau nilai 0
2. Kategori nyeri ringan skor atau nilai 1-3
3. Kategori nyeri sedang skor atau nilai 4-6
4. Kategori nyeri berat skor atau nilai 7-9
5. Kategori nyeri sangat berat skor atau nilai 10
   1. Analisa Bivariat

Analisa yang digunakan pada penelitian ini adalah analisa bivariat. Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga ada hubungan atau korelasi (Notoadmodjo, 2010). Analisa bivariat ini berfungsi untuk mengetahui hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif SC. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji korelasi *Spearman rho* yaitu uji statistik yang ditujukan untuk mengetahui hubungan antara dua atau lebih variabel berskala ordinal dan secara keseluruhan data yang diperoleh dianalisis menggunakan program ssps.

Rumus :

rs = 1-

Di mana :

rs = Koefisien korelasi *spearman rho*

Ʃd² = Total kuadrat selisih antar ranking

n = jumlah sampel penelitian

Adapun kriteria penafsirannya adalah :

* 0,00 sampai 0,20 artinya : hampir tidak ada korealasi
* 0,21 sampai 0,40, artinya: korelasi rendah
* 0,41 sampai 0,60, artinya : korelasi sedang
* 0,61 sampai 0,80, artinya : korelasi tinggi
* 0,81 sampai 1,00, artinya : korelasi sempurna

Maka taraf signifikan menggunakan 0,05 dengan pengambilan keputusan jika signifikan > 0,05 Ho diterima yang artinya tidak ada hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif SC dan apabila nilai signifikan ≤ 0,05 maka Ho ditolak yang artinya ada hubungan antara pemberian posisi supine pada saat intraoperatif dengan nyeri pada pasien postoperatif SC (Priyatno, 2012).

3.8.3 Penyajian Data

Data yang diperoleh dari hasil penelitian setelah dianalisis dibuat distribusi frekuensi kemudian disajikan dalam bentuk diagram pie dan untuk analisa bivariat disajikan dalam bentuk tabel.

3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan etika penelitian sebagai berikut

1. Prinsip manfaat
2. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subyek khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

1. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subyek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subyek dalam bentuk apapun.

1. Resiko (*benefist ratio*)

Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subyek pada setiap tindakan.

1. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)
2. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*Right* *to self determination*)

Subyek harus diperlakukan secara manusiawi. Subyek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subyek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya,jika mereka seorang klien.

1. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*Right to full disclouser*)

Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada ssesuatu yang terjadi kepada subyek.

1. *Informed consent*

Subyek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu.

1. Prinsip keadilan (*Right to justice*)

Untuk menjamin kerahasiaan atas data atau informasi yang telah diberikan responden, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*Anonymiti*) dan rahasia (*Confidentiality*).