

**PENGARUH KOMPRES DINGIN PADA LUMBAL
TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
SC
DI RSUD SIPIROK TAPANULI SELATAN**

SKRIPSI

**Oleh :
Fatimah Sari Hasibuan
NIM.16010019**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

**PENGARUH KOMPRES DINGIN PADA LUMBAL
TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
SC
DI RSUD SIPIROK TAPANULI SELATAN**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :
Fatimah Sari Hasibuan
NIM.16010019



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

HALAMAN PENGESAHAN**PENGARUH KOMPRES DINGIN PADA LUMBAL TERHADAP
SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI SC
DI RSUD TAPANULI SELATAN**

Skripsi ini telah diseminarkan dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan
di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, November 2020

Pembimbing Utama



(Ns. Nanda Masraini Daulay M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)

Ketua Program Studi
Keperawatan Program Sarjana



(Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep)

Dekan Fakultas Kesehatan



(Arinil Hidayah, SKM. M.Kes)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Fatimah Sari Hasibuan
NIM : 16010019
Tempat/Tanggal Lahir : Batang Angkola, 16 Agustus 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Batang Angkola
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 100605 Batang Angkola : Lulus 2010
2. SMPN 1 Batang Angkola : Lulus 2013
3. SMA-N 1 Batang Angkola : Lulus 2016

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkatnya dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun skripsi dengan judul **“Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sc Di RSUD Sipiok Tapanuli Selatan”**, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan Proposal Skripsi ini peneliti banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku dekan fakultas kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan dan sekaligus selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.
3. Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan Proposal Skripsi ini.
4. Drg. Muhammad Firdaus Batubara., selaku direktur RSUD Tapanuli Selatan yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
5. Seluruh Dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.

6. Orang tua, saudara dan seluruh keluarga tercinta yang turut membantu dan atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian, dan nasehat yang tiada henti sangat berarti bagi saya sehingga Proposal skripsi ini dapat diselesaikan.
7. Berbagai pihak yang membantu menyelesaikan Proposal skripsi ini baik langsung maupun tidak langsung.

Dalam penyusunan Proposal Skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga membutuhkan kritikan dan saran yang bersifat membangun. Yang diharapkan guna perbaikan di masa mendatang. Mudah – mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan pelayanan keperawatan.

Padangsidempuan, November 2020

Peneliti

Fatimah Sari Hasibua

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA UNIVERSITAS AUFA
ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN**

**Laporan Penelitian, November 2020
Fatimah Sari Hasibuan**

**PENGARUH KOMPRES DINGIN PADA LUMBAL TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN
POST OPERASI SC DI RSUD SIPIROK TAPANULI SELATAN**

ABSTRAK

Melahirkan merupakan proses akhir dari serangkaian kehamilan. Ada dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar atau sectio caesarea, yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut. Sectio Caesarea memiliki efek samping antara lain beberapa hari pertama pasca persalinan akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus yang kadarnya berbeda-beda pada setiap ibu. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pasien post operasi SC. Penelitian ini menggunakan Quasy Eksperimental dengan rancangan *One Group Pre-test Post-test*. Jumlah populasi penelitian ini seluruh pasien post operasi SC. Penelitian dilakukan pada 13 responden dengan teknik *accidental sampling*. Hasil Uji *Wilcoxon* pada penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pasien post operasi SC dengan nilai p-value ($p=0,00$). Hasil penelitian diharapkan dapat dilaksanakan sebagai pengobatan alternatif yang dapat mengatasi nyeri pada pasien post SC selain pengobatan farmakologi.

Kata kunci: Kompres dingin pada lumbal, Skala nyeri, Post Operasi SC

**STUDY OF NURSING PROGRAM UNIVERSITY OF AUFA ROYHAN SCHOOL
PADANGSIDIMPUAN**

**Research Report, Nov 2020
Fatimah Sari Hasibuan**

**THE EFFECT OF COLD COMPRESS ON LUMBAR ON PAIN SCALE IN SC OPERATING
PATIENTS IN SIPIROK HOSPITAL TAPANULI SELATAN**

ABSTRACT

Childbirth is the final process of a series of pregnancies. There are two ways of delivery, namely vaginal delivery, better known as normal or natural delivery and delivery by caesarean section or sectio caesarea, where the baby is removed through abdominal surgery. Sectio Caesarea has side effects, including the first few days after delivery, it will cause intense pain in the incision area, caused by tearing of the tissue in the abdominal wall and uterine wall, which levels vary for each mother. This study aims to analyze the effect of cold compresses on the lumbar on the pain scale of postoperative SC patients. This research used Quasy Experimental with One Group Pre-test Post-test design. The total population of this study were all postoperative SC patients. The study was conducted on 13 respondents with accidental sampling technique. The results of the Wilcoxon test in this study showed the effect of cold compresses on the lumbar on the pain scale of postoperative SC patients with a p-value ($p = 0.00$). The results of the study are expected to be implemented as an alternative treatment that can treat pain in post-SC patients in addition to pharmacological treatment.

Key words: Lumbar cold compress, Pain scale, Post SC operation

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Melahirkan merupakan proses akhir dari serangkaian kehamilan. Ada dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar atau sectio caesarea, yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Aprina, 2016). Sectio Caesarea memiliki efek samping antara lain beberapa hari pertama pasca persalinan akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus yang kadarnya berbeda-beda pada setiap ibu (Salawati, 2013).

Selain itu pada bayi juga dapat terjadi depresi pernafasan akibat obat anestesi dan hipoksia akibat sindrom hipotensi terlentang. Riwayat bedah sesar juga berperan menaikkan tiga kali risiko terjadinya plasenta akreta yang menyebabkan perdarahan pasca melahirkan hingga syok hipovolemik, embolisme cairan ketuban, koagulopati konsumtif dan dapat menyebabkan kematian ibu, insiden plasenta akreta meningkat sesuai dengan peningkatan jumlah persalinan *sectio caesarea* (Dwyer et al, 2008).

Menurut World Health Organization (WHO) angka persalinan dengan Sectio Caesarea di Dunia sekitar 10 – 15% dari semua proses persalinan. Di Inggris tahun 2018 angka section caesarea mengalami peningkatan sebesar 24,6% yang pada tahun 2013 sekitar 24,5 % dan di Australia tahun 2018 terjadi peningkatan 31% yang pada tahun 2013 hanya sebesar 21% (Afriani, 2018).

Di Indonesia angka persalinan dengan Sectio Caesarea meningkat, pada tahun 2013 sebanyak 9.8% sedangkan pada tahun 2018 mencapai 12%. Dan di Yogyakarta prevalensi persalinan dengan Sectio Caesarea mencapai 15% prevalensi ini cukup tinggi, melihat prevalensi tertinggi terjadi di Jakarta yaitu sebesar 19,9% (Depkes, 2018). Di Sumatra Utara angka persalinan dengan Sectio Caesarea mencapai 7.2% (Riskesdas, 2018). Di Kota Padangsidempuan angka persalinan Sectio Caesarea mencapai 16.2% (RSUD Kota Padangsidempuan, 2019).

Nyeri post operasi merupakan salah satu masalah yang dialami pasien setelah pembedahan. Nyeri post operasi disebabkan oleh adanya jaringan yang rusak karena prosedur pembedahan yang akan membuat kulit terbuka sehingga menstimulus impuls nyeri ke saraf sensoris teraktivasi ditransmisikan ke cornu posterior di cordaspinalis yang kemudian akan timbul persepsi nyeri dari otak yang disampaikan syaraf aferen sehingga akan merangsang mediator kimia dari nyeri antara lain prostaglandin, histamine, serotonin, bradikinin, asetilkolin, substansi p, leukotrien (Bahrudin, 2017).

Ada empat proses elektrofisiologiknosiseptik nyeri yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi; fungsi dari nosiseptor yang mengkonversi stimulasi berbahaya untuk sinyal nociceptive. Transmisi; proses yang mengirimkan sinyal nociceptive sepanjang serabut saraf dari area cedera pada sistem saraf pusat. Modulasi; mekanisme yang memodulasi sinyal nociceptive di situs sinaptik dan pada tingkat sistem saraf pusat melalui naik, turun, atau fasilitasi regional dan penghambatan. Persepsi; komponen kunci dari

rasa sakit klinis. Pengalaman yang mengintegrasikan kognitif dan afektif atau emosional (Steven & Jianren, 2014).

Metode sederhana yang dapat di gunakan untuk mengurangi nyeri yang secara alamiah yaitu dengan memberikan kompres dingin pada lumbal, ini merupakan alternatif pilihan yang alamiah dan sederhana yang dengan cepat mengurangi rasa nyeri selain dengan memakai obat-obatan. Terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit (Arovah, 2010).

Kompres dingin biasanya diterapkan untuk mengurangi edema, setelah operasi 24 jam pertama sebagai analgetik (anti nyeri). Kompres dingin menstimulus termo reseptor di kulit dan jaringan lebih dalam yang memiliki efek menghambat (menutup) nyeri di spinalcord untuk memodulasi transmisi nyeri sehingga persepsi nyeri berkurang (Tracy & Lane, 2009).

Olivieral et al meneliti kompres dingin di vertebra pada pasien SC pada tiga waktu yang berbeda (10, 15, dan 20 menit) dapat menurunkan nyeri pasien post melahirkan dengan SC menggunakan suhu 10 - 15 C dengan p-value 0,01. Pengaruh kompres dingin pada vertebra (lumbal) bertujuan untuk menghambat sensasi nyeri yang akan dihantarkan oleh impuls syaraf ke sistem syaraf pusat (otak) (Olivieral et al, 2012).

Berdasarkan penelitian Bresin et al mengatakan bahwa pengaruh pemberian kompres dingin selama 10-20 menit dapat meningkatkan ambang batas nyeri, mengurangi aliran darah, mengurangi edema, metabolisme sel, dan transmisi nyeri ke jaringan syaraf akan menurun (Bresin et al, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wienarti & Muharyani (2016) menyatakan bahwa ada perbedaan penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dengan p-value 0,001 yang berarti ada pengaruh Kompres Dingin Pada Vertebra (Lumbal) Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi SC.

Dari survey pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Sapirook bahwa yang melahirkan dengan SC tiga bulan terakhir ini yaitu pada bulan Januari-Maret sebanyak 37 orang. Berdasarkan hasil wawancara kepada 8 pasien selama 2 hari, 8 pasien mengatakan bahwa mereka hanya menggunakan obat analgetik jika mengalami nyeri, dan ketika ditanyakan kepada 8 pasien tersebut tentang manfaat kompres dingin pada tulang belakang, 8 pasien tersebut mengatakan tidak tau manfaatnya sama sekali.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah terdapat Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Untuk mengetahui karakteristik responden di RSUD Sipirok Tapanuli Selatan.
- 1.3.2.2 Untuk mengetahui Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC sebelum diberikan kompres dingin
- 1.3.2.3 Untuk mengetahui Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC sesudah diberikan kompres dingin
- 1.3.2.4 Untuk Mengidentifikasi Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi S

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Responden Penelitian

Hasil penelitian dapat menjadi pertimbangan untuk memilih pengobatan alternatif yang tepat dan praktis dalam menurunkan skala nyeri dengan Kompres Dingin Pada Lumbal.

1.4.2 Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan referensi, bahan acuan atau bacaan dalam memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan bagi pasien sebagai terapi non farmakologi yang efektif dan efisien.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber pengetahuan bagi pasien tentang manfaat dari hasil penelitian kompres dingin pada lumbal ini dan dapat diaplikasikan oleh pasien dalam membantu menurunkan skala

nyeri secara efektif dan efisien sebelum menggunakan obat-obatan kimia yang memiliki efek samping dimasa yang akan datang.

1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya serta pengembangan wawasan tentang terapi non farmakologi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sectio Caesaria

2.1.1 Pengertian

Sectio Caesaria (SC) adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009). Sectio Caesaria (SC) adalah suatu pembedahan guna

melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & Forte, 2012).

Sectio Caesaria adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depanperut atau vagina (Mochtar, 2002). Sectio Caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut (Sofian, 2012).

2.1.2 Etiologi

Menurut Amin & Hardi (2013) etiologi Sectio Caesarea ada dua yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutsio placenta tingkat I -II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

2.1.3 Tipe-tipe Sectio Caesaria

Menurut Oxorn & Forte (2012), tipe-tipe Sectio Caesaria yaitu

a. Segmen bawah: insisi melintang

Tipe Sectio Caesaria tipe ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus di singkapkan. Lipatan vesicouterina (bladder flap) yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang.

Keuntungan:

- 1) Insisinya ada pada segmen bawah uterus
- 2) Otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping, cara ini mengurangi perdarahan
- 3) Insisi jarang terjadi sampai placenta
- 4) Kepala janin biasanya dibawah insisi dan mudah diekstraksi
- 5) Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal.

Kerugian:

- 1) Jika insisi terlampau jauh ke lateral, seperti pada kasus bayi besar.
- 2) Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abnormalitas pada segmen bawah.
- 3) Apabila segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan.

4) Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka.

b. Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Keuntungan tipe ini yaitu dapat memperlebar insisi keatas apabila bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau adanya anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu. Kerugiannya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot.

c. Sectio Caesaria Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul.

Indikasi:

- 1) Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah yaitu adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior, vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat dan myoma segmen bawah.
- 2) Bayi yang tercekam pada letak lintang
- 3) Beberapa kasus placenta previa anterior
- 4) Malformasi uterus tertentu

Kerugian:

- 1) Myometrium harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka, dan perdarahannya banyak

- 2) Bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar
 - 3) Apabila placenta melekat pada dinding depan uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sikulasi janin yang berbahaya
 - 4) Insidensi pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi
 - 5) Insiden ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi
- d. Sectio Caesaria Extraperitoneal

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam cavum peritonei dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat.

e. Histerektomi Caesaria

Pembedahan ini merupakan sectio caesaria yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus.

Indikasi:

- 1) Perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal
- 2) Perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus plasenta previa dan abruptioplacenta tertentu
- 3) Pada kasus-kasus tertentu kanker servik atau ovarium
- 4) Rupturi arteri yang tidak dapat diperbaiki
- 5) Cicatrix yang menimbulkan cacat pada uterus

Komplikasi:

- 1) Angka morbiditasnya 20 persen
- 2) Darah lebih banyak hilang
- 3) Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula
- 4) Trauma psikologis akibat hilangnya rahim

Sedangkan menurut Rustam Mochtar (2012), jenis-jenis Sectio Caesaria adalah:

1. Sectio Caesaria Transperitoneal
 - a. Sectio Caesaria klasik atau korporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi.
 - b. Sectio Caesaria ismika atau profunda yaitu dengan melakukan sayatan atau insisi melintang dari kiri kekanan pada segmen bawah rahim dan diatas tulang kemaluan.
 - c. Sectio Caesaria ekstra peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

2.1.4 Indikasi Sectio Caesaria

Dalam proses persalinan terdapat tiga faktor penentu yaitu power (tenaga mengejan dan kontraksi dinding otot perut dan dinding rahim), passageway (keadaan jalan lahir), dan passanger (janin yang dilahirkan). Mula-mula indikasi Sectio Caesaria hanya karena ada kelainan passageway, misalnya sempitnya panggul, dugaan akan terjadinya trauma persalinan serius pada jalan lahir atau pada anak, dan adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga bisa menular pada anak, sehingga kelahiran tidak bisa melalui jalan yang benar yaitu melalui vagina.

Namun, akhirnya merambat ke faktor power dan passanger. Kelainan power yang memungkinkan dilakukannya Sectio Caesarea, misalnya mengejan lemah, ibu berpenyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga. Sedangkan kelainan passanger diantaranya anak terlalu besar, anak dengan kelainan letak jantung, primigrivida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak tertekan terlalu lama pada pintu atas panggul, dan anak menderita fetal distress syndrom (denyut jantung janin kacau dan melemah).

Secara terperinci ada beberapa indikasi medis seorang ibu yang harus menjalani *sectio caesarea*, yaitu:

1) Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali pada usia sekitar 35 tahun, memiliki resiko melahirkan dengan operasi. Apalagi pada wanita dengan usia 40 tahun ke atas. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit yang beresiko misalnya hipertensi, penyakit jantung, Diabetes Mellitus, dan preeklamsia. Eklamsia (keracunan kehamilan) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga dokter memutuskan persalinan dengan Sectio Caesarea.

2) Tulang panggul

Cephalopelvic diproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul yang ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang panggul sangat menentukan mulus tidaknya proses persalinan

3) Persalinan sebelumnya dengan Sectio Caesarea

Sebenarnya, persalinan melalui bedah caesar tidak mempengaruhi persalinan. Apabila Sectio Caesarea dilakukan karena kondisi yang tidak

rekuren, bayi berikutnya saat dilahirkan per vaginam atau Sectio Caesarea tergantung pada keinginan wanita bersangkutan dan atas nasehat ahli kebidanan yang menangani.

Studi dari negara-negara di luar Amerika Utara menunjukkan bahwa hampir separuh wanita yang mempunyai riwayat Sectio Caesarea melahirkan bayi berikutnya per vaginam. Selain itu persalinan harus dilakukan di rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang baik dengan ahli yang berpengalaman. Alasannya bahwa percobaan persalinan per vaginam akan dilanjutkan dengan Sectio Caesarea pada seperlima dari semua kasus; 0.25% wanita tersebut menderita ruptur uterus. Apabila memang ada indikasi yang mengharuskan dilakukannya tindakan pembedahan, seperti bayi terlalu besar, panggul terlalu sempit, atau jalan lahir yang tidak mau membuka maka operasi bisa saja dilakukan

4) Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang kaku sehingga tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek, dan ibu sulit bernafas.

5) Kelainan kontraksi rahim

Jika kontraksi rahim lemah dan tidak terkoordinasi (inkordinate uterine action) atau tidak elastisnya leher rahim sehingga tidak dapat melebar pada proses persalinan, menyebabkan kepala bayi tidak terdorong, tidak dapat melewati jalan lahir dengan lancar.

6) Ketuban pecah dini

Robeknya kantung ketuban sebelum waktunya dapat menyebabkan bayi harus segera dilahirkan. Kondisi ini membuat air ketuban merembes keluar sehingga tinggal sedikit atau habis. Air ketuban (amnion) adalah cairan yang mengelilingi janin dalam rahim

7) Rasa takut kesakitan

Umumnya, seorang wanita yang melahirkan secara alami akan mengalami proses rasa sakit, yaitu berupa rasa mulas disertai rasa sakit di pinggang dan pangkal paha yang semakin kuat dan “menggigit”. Kondisi tersebut menjadikan ibu yang pernah atau baru melahirkan merasa ketakutan, khawatir, dan cemas menjalaninya. Hal ini bisa karena alasan secara psikologis tidak tahan melahirkan dengan semua rasa sakit tersebut. Kecemasan yang berlebihan juga akan menghambat proses persalinan alami yang berlangsung (Kasdu, 2013).

Selain itu indikasi medis lain yang berasal dari janin yaitu:

1) Ancaman gawat janin (fetal distress)

Detak jantung janin melambat, normalnya detak jantung janin berkisar 120-160. Namun dengan CTG (cardiotography) detak jantung janin melemah, lakukan Sectio Caesarea segera untuk menyelamatkan janin

2) Bayi besar (makrosemia)

Makrosemia digambarkan sebagai bayi yang baru lahir dengan berat lahir lebih. Janin makrosomia didefinisikan dalam beberapa cara berbeda, termasuk berat lahir 4000 sampai 4500 gram atau lebih besar dari 90% usia kehamilan (persentil 90). Diagnosis makrosomia didapatkan dengan mengukur berat lahir setelah melahirkan sehingga kondisi tersebut

terkonfirmasi setelah melahirkan atau keadaan neonatus. Janin makrosomia ditemui sampai 10% dari kelahiran (Rahmah, 2014).

3) Letak Sungsang

Letak yang demikian dapat menyebabkan poros janin tidak sesuai dengan arah jalan lahir. Pada keadaan ini, letak kepala pada posisi yang satu dan bokong pada posisi yang lain.

4) Faktor Plasenta

a. Plasenta Previa

Posisi plasenta terletak dibawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

b. Plasenta lepas (solution placenta)

Kondisi ini merupakan keadaan plasenta yang lepas lebih cepat dari dinding rahim sebelumnya waktunya. Persalinan dengan operasi dilakukan untuk menolong janin segera lahir sebelum mengalami kekurangan oksigen atau keracunan air ketuban.

c. Plasenta accreta

Merupakan keadaan menempelnya plasenta di otot rahim. Pada umumnya dialami ibu yang mengalami persalinan yang berulang kali, ibu berusia rawan untuk hamil (di atas 35 tahun), dan ibu yang pernah operasi (operasinya meninggalkan bekas yang menyebabkan menempelnya plasenta).

5) Kelainan Tali Pusat

a. Prolapsus Tali Pusat (tali pusat menumbung)

Keadaan penyumbatan sebagian atau seluruh tali pusat. Pada keadaan ini, tali pusat berada di depan atau di samping atau tali pusat sudah berada di jalan lahir sebelum bayi

b. Terlilit tali pusat

Lilitan tali pusat ke tubuh janin tidak selalu berbahaya. Selama tali pusat tidak terjepit atau terpelintir maka aliran oksigen dan nutrisi dari plasenta ke tubuh janin tetap aman (Kasdu, 2013).

2.1.5 Keuntungan dan kerugian Sectio Caesaria.

a. Keuntungan seksio sesaria adalah :

Seksio saesaria lebih aman dipilih dalam menjalani proses persalinan karena telah banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Jalan lahir tidak teruji dengan dilakukannya sectio caesaria, yaitu bilamana didiagnosis panggul sempit atau fetal distress didukung data pelvimetri. Bagi Ibu yang paranoid terhadap rasa sakit, maka seksio saesaria adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anastesi atau penghalang rasa sakit (Fauzi, 2013).

b. Kerugian sectio caesaria.

Sectio caesaria mengakibatkan komplikasi diantaranya yaitu kerusakan pada vesika urinaria dan uterus, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian pada ibu lebih besar pada persalinan sectio caesaria dibandingkan persalinan vaginam. Takipneu sesaat bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan sectio caesaria dan kejadian trauma persalinan pun tidak

dapat disingkirkan. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Rasjidi, 2010).

2.1.6 Komplikasi

Menurut Oxorn dan Forte (2012), komplikasi yang serius pada operasi Sectio Caesaria adalah

a. Perdarahan

Perdarahan pada sectio caesaria terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.

b. Infeksi

c. Infeksi sectio caesaria bukan hanya terjadi daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.

d. Thromboplebitis

e. Cedera, dengan atau tanpa fistula bisa terjadi di traktus urinaria dan usus.

f. Dapat mengakibatkan obstruksi usus baik mekanis maupun paralitik.

2.1.7 Perawatan Post Sectio Caesaria

Menurut Rasjidi (2010), pasien pasca operasi perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

a. Ruang pemulihan

Di ruang pemulihan, pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan.

Kebutuhan akan cairan intravena termasuk darah sangat bervariasi. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraselular yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

b. Ruang perawatan

Beberapa prosedur yang dilakukan di ruang perawatan adalah:

1) Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri dan suhu tubuh.

2) Analgesik

Untuk pasien berat dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri. Sedangkan pada pasien yang menggunakan opioid, harus diberikan pemeriksaan rutin tiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian dan sekurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan.

3) Terapi cairan dan makanan

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah tindakan, namun apabila pengeluaran urin turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali.

4) Pangawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau keesokan pagi setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi

6) Waktu ambulasi diatur agar analgesik yang baru diberikan dapat mengurangi rasa nyeri.

7) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit (atau klip) pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pasca persalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi.

6) Pemeriksaan laboratorium

Hematokrit diukur setiap pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia.

7) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi seksio sesaria.

8) Pencegahan infeksi pasca operasi

Morbiditas demam cukup sering dijumpai setelah seksio sesaria. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi pada sekitar 20 persen wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksis.

2.2 nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah sebuah fenomena multidimensional dan sangat sulit untuk didefinisikan karena nyeri adalah suatu pengalaman yang sangat subjektif dan

sangat personal (Black & Hawks, 2009). Nyeri adalah sebuah sensasi subjektif sehingga tidak ada dua orang yang berespon dengan cara yang sama (Kozier, et al., 2010). Ignatavicius & Workman (2010) mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang, yang keberadaanya diketahui hanya jika orang itu pernah mengalaminya.

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Lewis, et al., 2011).

2.2.2 Mekanisme Nyeri

Nyeri adalah sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik (Rospond, 2008). Provokasi jalur-jalur sensorik nyeri menghasilkan ketidaknyamanan, distress dan penderitaan (Black & Hawks, 2009). Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri ada yang bermielin dan ada yang tidak bermielin dari syaraf perifer (Smeltzer & Bare, 2012).

Strong et al (2012) membagi nosireseptor berdasarkan letaknya, yaitu nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (cutaneus), somatik dalam (deep somatic), dan pada daerah viseral. Karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang

berbeda. Nosireseptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit terbagi dalam dua komponen yaitu :

1) Reseptor A delta

Serabut ini berjenis kecil, termielinisasi, yang akan direkrut pertama kali sebagai respon terhadap stimuli noxious. Mielin adalah senyawa seperti lemak yang membentuk selaput mengelilingi axon beberapa neuron dan yang memungkinkan untuk meningkatkan transmisi stimuli. Manifestasi respon pertama (nyeri cepat) karena serabut komponennya memiliki kecepatan tranmisi 6-30 m/det, yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam, sensasinya jelas, dan terlokalisasi, tetapi akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan. Ambang batas nyeri ini relatif sama untuk semua orang.

2) Serabut C

Sensasi nyeri yang menyebar, perlahan, membakar atau linu merupakan akibat dari stimuli yang ditransmisikan oleh serabut C yang tidak bermielinisasi. Serabut ini adalah komponen lambat (kecepatan tranmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Ambang batas pada nyeri kedua ini bervariasi antar individu. Persepsi yang diakibatkan oleh rangsangan yang potensial dapat menyebabkan kerusakan jaringan disebut nosireseptor, yang merupakan tahap awal proses timbulnya nyeri. Nosireseptor menyusun axon perifer tingkat pertama. Reseptor ini umumnya dijumpai pada bagian superfisial/permukaan kulit, kapsul sendi, periosteum tulang dan di sekitar dinding pembuluh darah (Black & Hawks, 2009).

Saat nosireseptor distimulasi, axon perifer tingkat pertama meneruskan data sensori ke badan sel pada ganglion akar dorsal. Sensasi lalu diteruskan ke bagian abu-abu (gray matter) korda spinalis dorsal. Neuron tingkat kedua memiliki badan sel pada tanduk dorsal, dan neuron ini mengarah ke atas korda spinalis (jalur asending) melalui satu atau dua jalur yaitu, traktus spinotalamikus (meliputi spinal dan talamus), atau traktus spinoretikuler (Black & Hawks, 2009).

Sensasi nyeri yang berasal dari reseptor kecil akan terlokalisasi pada perifer dan berjalan pada jalur traktus spinotalamikus. Nyeri yang dihasilkan memiliki persepsi afek yang jelas (durasi, intensitas, lokasi, sifat). Daerah penerimaan yang luas pada perifer juga akan memproyeksikan sensasi ke korteks, dan sensasi ini menghasilkan persepsi aspek afektif dan emosi (Strong et al., 2012). Neuron tingkat kedua yang mengarah ke atas melalui traktus spinoretikuler berjalan menuju batang otak. Neuron ini menjelaskan adanya aspek emosi pada sensasi nyeri (Black & Hawsk, 2009).

Serabut syaraf ke arah bawah (jalur descending) dari korteks, talamus atau batang otak dapat menghambat penerusan impuls yang bergerak melalui jalur asending. Serabut syaraf berhenti pada kolumna abu-abu dorsal korda spinalis. Neurotransmitter (misalnya epinefrin, norepinefrin, serotonin, dan berbagai opioid endogen) terlibat dalam modulasi sensasi nyeri. Jalur nyeri descending bertanggungjawab untuk menghambat transmisi nyeri di korda spinalis (Black & Hawsk 2009).

3) Gate Control Theory

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri, namun teori gerbang kendali (Gate Control Theory) yang dikembangkan oleh Melzack dan Wall (1974) dianggap paling relevan (Black & Hawsk, 2009). Teori gate control menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem syaraf pusat. Teori ini menyimpulkan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Strong et al., 2012).

Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal dan cepat, yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan (Potter & Perry, 2009).

Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur syaraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Endorfin sebagai agonis sistem penghambat nyeri tubuh sendiri telah diidentifikasi sebagai polipeptida dan oligopeptida. Sementara dinorfin dengan 17 atau 18 asam amino, pentapeptida metionin enkefalin (met-enkefalin dan leu-enkefalin). Opioid endogen terdiri

atas 5 asam amino ujung dari endorfin (met-enkefalin) serta 5 asam amino ujung dari dinorfin (leu-enkefalin). Endorfin dan dinorfin bekerja pada reseptor yang sama, disebut reseptor opiat, sehingga menunjukkan kerja farmakodinamika yang sama seperti opiat (Katzung, 2010).

Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi (misalnya : masase, hipnotis, musik, dan guided imagery), konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin sehingga pesan yang sampai di korteks adalah stimulasi modulasi dan bukan nyeri (Black & Hawks, 2009).

2.2.3 Proses Nyeri

Sistem saraf tepi meliputi saraf sensorik yang khusus mendeteksi kerusakan jaringan dan menimbulkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri dan tekanan. Reseptor yang menyalurkan sensasi nyeri disebut nosiseptor (Kozier, et. al., 2010).

Proses yang berhubungan dengan persepsi nyeri digambarkan sebagai nosisepsi (Kozier, et al., 2010), dimana terdapat empat proses yang terlibat dalam nosisepsi yaitu:

1) Transduksi

Transduksi adalah proses dimana stimulus berbahaya (cedera jaringan) memicu pelepasan mediator kimia (misal., prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamin) yang mensensitasi nosiseptor. Stimulasi menyakitkan atau berbahaya juga menyebabkan pergerakan ion-ion menembus membran sel, yang membangkitkan nosiseptor. Obat nyeri dapat bekerja selama fase ini dengan

menghambat produksi prostaglandin (misal: ibuprofen) atau dengan menurunkan ion-ion menembus membran sel (Kozier, et al., 2010).

Menurut Lewis, et al., (2011) transduksi terjadi saat konversi stimulus mekanik, termal, atau kimia beracun menjadi sinyal listrik yang disebut potensial aksi. Stimulus berbahaya yang timbul saat adanya kerusakan jaringan, suhu (misalnya, kulit terbakar), mekanik (misalnya, sayatan bedah) atau rangsangan kimia (misalnya, zat beracun), menyebabkan pelepasan berbagai bahan kimia ke dalam jaringan yang rusak. Bahan kimia lainnya dikeluarkan oleh sel mast (misalnya, serotonin, histamin, bradikinin, dan prostaglandin) dan makrofag (misalnya, interleukin, dan tumor necrosis factor (TNF)). Bahan kimia ini mengaktifkan nosiseptor, yang merupakan reseptor khusus atau ujung saraf bebas yang menanggapi stimulus menyakitkan hasil aktivasi nociceptors dalam potensial aksi yang dibawa dari nosiseptor ke sumsum tulang belakang terutama melalui saraf kecil dengan cepat, serat delta-A yang bermielin dan secara perlahan-lahan oleh serat C yang tidak bermielin.

2) Transmisi

Transmisi adalah proses dimana sinyal rasa sakit diteruskan dari bagian perifer ke sumsum tulang belakang dan kemudian ke otak. Dimana potensial aksi diteruskan dari tempat cedera ke spinal cord kemudian dari spinal cord diteruskan ke otak dan hipotalamus, kemudian dari hipotalamus diteruskan ke korteks untuk kemudian diproses (Lewis, et. al., 2011). Proses ini meliputi tiga segmen (Kozier, et al., 2010) yaitu:

a) Segmen pertama

Impuls nyeri berjalan dari serabut saraf tepi ke medulla spinalis. Zat P bertindak sebagai neurotransmitter yang meningkatkan pergerakan impuls menyeberangi sinaps saraf dari neuron afferen primer ke neuron ordo ke dua di kornu dorsalis medula spinalis. Dua tipe serabut nosiseptor menyebabkan transmisi ini ke kornu dorsalis medula spinalis yaitu serabut C, yang mentranmisikan nyeri tumpul yang berkepanjangan dan serabut A delta yang mentranmisikan nyeri tajam dan lokal.

b) Segmen kedua

Segmen ini meliputi transmisi dari medula spinalis dan ascendens melalui traktus spinotalamikus ke batang otak dan talamus.

c) Segmen ketiga

Melibatkan tranmisi sinyal antara talamus ke korteks sensorik somatik tempat terjadinya persepsi nyeri.

3) Persepsi

Persepsi adalah saat klien menyadari rasa nyeri. Pada tahap ini individu akan berespon terhadap adanya nyeri dengan memunculkan berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri (Kozier, et al., 2010). Menurut Lewis, et al., (2011) persepsi terjadi ketika nyeri diakui, didefinisikan, dan ditanggapi oleh individu mengalami rasa sakit. Di otak, masukan nociceptive dirasakan sebagai nyeri. tidak ada satupun lokasi yang tepat di mana persepsi nyeri ini terjadi, sebaliknya, persepsi nyeri melibatkan beberapa struktur di otak.

4) Modulasi

Sering kali digambarkan sebagai sistem desendens, proses ini terjadi saat neuron di batang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis medula spinalis (Kozier, et al., 2010). Serabut desendens ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin dan norepinefrin yang dapat menghambat naiknya impuls yang menyakitkan di kornu dorsalis. Namun neurotransmitter ini diambil kembali oleh tubuh, yang membatasi kegunaan analgesiknya (Kozier, et al., 2010).

2.2.4 Tipe nyeri

Tipe nyeri dapat dikelompokkan berdasarkan waktu, tempat dan penyebabnya (Kozier et al., 2010)

1) Menurut waktu nyeri

Nyeri menurut waktu disini adalah lamanya nyeri yang dialami seseorang.

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang umumnya berlangsung dalam waktu singkat atau kurang dari enam bulan (Black & Hawks, 2009), memiliki awitan mendadak atau lambat tanpa memperhatikan intensitasnya (Kozier, et al., 2010). Sedangkan Ignatavicius dan Workman (2010) mendefinisikan nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung singkat, terjadi secara tiba-tiba dan terlokalisasi dimana pasien umumnya dapat menjelaskan tentang nyeri yang dirasakan. Nyeri akut umumnya dapat diakibatkan oleh karena adanya trauma (seperti: fraktur, luka bakar, laserasi), luka akibat pembedahan, iskemia atau inflamasi akut.

b) Nyeri kronik

Nyeri yang berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama enam bulan atau lebih dan mengganggu fungsi tubuh (Kozier, et al., 2010). Sedangkan Ignatavicius dan Workman (2010) mendefinisikan nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung menetap atau nyeri yang berulang-ulang untuk periode yang tidak tentu, biasanya nyeri berlangsung lebih dari tiga bulan.

2) Menurut lokasi nyeri

Nyeri berdasarkan asal lokasi atau sumber nyeri dapat dibagi ke dalam:

a) Nyeri kutaneus

Nyeri yang berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kertas yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah sebuah contoh nyeri kutaneus (Kozier, et al., 2010). Nyeri kutaneus dapat ditandai dengan onset mendadak dan tajam atau kualitas tetap atau dengan onset lambat dan kualitas seperti rasa terbakar, tergantung pada jenis serat saraf yang terlibat. Reseptor nyeri kutaneus berakhir tepat di bawah kulit dan karena konsentrasi tinggi dari ujung saraf, maka nyeri ini didefinisikan sebagai nyeri lokal dengan durasi pendek (Black & Hawks, 2009).

b) Nyeri somatic profunda

Nyeri yang berasal dari ligamen, tendon, tulang, pembuluh darah dan saraf. Nyeri somatik profunda menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan nyeri kutaneus. Keseleo pada pergelangan kaki adalah sebuah contoh nyeri somatik profunda (Kozier, et al., 2010). Nyeri somatik merupakan hasil aktivasi nosiseptors (reseptor sensorik) sensitif terhadap rangsangan zat atau bahan berbahaya di cutaneus atau jaringan lebih dalam. Pengalaman nyeri

terlokalisasi yang digambarkan sebagai rasa yang konstan, sakit dan menggerogoti (Gililand, 2008).

c) Nyeri viseral

Nyeri yang berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks. Nyeri viseral cenderung menyebar dan seringkali terasa seperti nyeri somatik profunda, yaitu rasa terbakar, nyeri tumpul atau merasa tertekan. Nyeri viseral seringkali disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia atau spasme otot (Kozier et al., 2010).

Nyeri viseral sangat sulit untuk dilokalisasi, dan beberapa cedera pada jaringan visceral terlihat seperti nyeri alih atau referred pain, di mana sensasi terlokalisir pada daerah yang tidak ada hubungannya dengan tempat terjadinya cedera (Black & Hawks, 2009). Nyeri viseral adalah nyeri yang dimediasi oleh nosiseptor. Nyeri yang digambarkan sebagai nyeri yang mendalam, sakit dan kolik. Sulit untuk dilokalisasi dan sering dirasa pada daerah cutaneus, yang mungkin lembut (Gililand, 2008).

3) Menurut tempat nyeri di rasakan

Nyeri berdasarkan tempat nyeri di rasakan dapat dibagi ke dalam:

a) Nyeri menjalar

Nyeri yang dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan- jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di bahu kiri dan turun ke lengan (Kozier, et al., 2010).

b) Nyeri alih

Nyeri alih adalah nyeri yang di rasakan di satu bagian tubuh yang cukup jauh dari jaringan yang menyebabkan nyeri. Misalnya, nyeri yang berasal dari sebuah bagian visera abdomen dapat dirasakan di suatu area kulit yang jauh dari organ yang menyebabkan nyeri (Kozier, et al., 2010).

Nyeri alih adalah bentuk nyeri viseral dan dirasakan di daerah yang jauh dari tempat stimulus. Itu terjadi ketika serat saraf yang melayani area tubuh yang jauh dari tempat stimulus lewat di dekat stimulus. Sensasi nyeri alih mungkin intens, dan mungkin ada sedikit atau tidak ada rasa sakit pada titik stimulus berbahaya (Black & Hawks, 2009).

c) Nyeri tak tertahankan

Nyeri tak tertahankan adalah nyeri yang sangat sulit diredakan. Salah satu contohnya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut (Kozier, et al., 2010).

d) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau saraf pusat di masa kini atau masa lalu dan mungkin tidak mempunyai sebuah stimulus, seperti kerusakan jaringan atau saraf untuk rasa nyeri. Nyeri neuropatik berlangsung lama, tidak menyenangkan, dan dapat digambarkan sebagai rasa terbakar, nyeri tumpul dan nyeri tumpul yang berkepanjangan (Kozier, et al., 2010). Nyeri yang melibatkan sistem saraf pusat atau sistem saraf perifer (Gililand, 2008).

e) Nyeri bayangan

Nyeri bayangan adalah sensasi rasa nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang misal pada kaki yang telah di amputasi. Nyeri bayangan disebut juga dengan phantom pain (Kozier, et al., 2010). Seseorang yang sudah menjalani amputasi bagian tubuh, dapat terus mengalami atau merasakan sensasi di bagian tubuh yang sudah diamputasi seolah-olah bagian tersebut masih ada atau melekat. Serabut saraf yang melayani bagian ini terus meluas ke bagian perifer, yang berakhir di lokasi sayatan (Black & Hawks, 2009).

f) Breakthrough pain

Breakthrough pain adalah nyeri yang datang tiba-tiba untuk jangka waktu yang singkat serta tidak dapat diatasi dengan manajemen nyeri yang normal oleh pasien. Hal ini sering terjadi pada pasien kanker yang sering memiliki tingkat latar belakang nyeri yang dikendalikan oleh obat-obatan (Black & Hawks, 2009).

2.2.5 Pengkajian nyeri

Nyeri bersifat subjektif, karena itu pengkajian awal sangat penting berdasarkan laporan klien (Strong et al., 2012). Perlu diingat, bahwa kedalaman dan kompleksitas cara-cara untuk penilaian nyeri ini bervariasi. Tujuan dari pengkajian nyeri adalah mengidentifikasi penyebab nyeri, memahami persepsi klien tentang nyerinya, mendapatkan karakteristik nyeri, menentukan level nyeri yang bisa ditoleransi klien sehingga klien masih dapat memenuhi ADL-nya sesuai batas toleransi (Rospond, 2008). Idealnya, cara-cara penilaian ini mudah digunakan, artinya mudah dimengerti oleh pasien, dan valid, serta dapat dipercaya (Rospond, 2008). Dan pada akhir tujuan akan menentukan implementasi teknik manajemen nyeri tersebut (Black & Hawsk, 2009).

Skala pengukuran nyeri menurut Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1992) untuk manajemen nyeri akut dan dikaji pada saat sekarang atas indikasi operasi, prosedur medis, dan trauma (Smeltzer dan Bare, 2010), terdiri dari:

1) Skala Analogue Visual / Visual Analogue Scale (VAS)

Visual Analogue Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri (Passero & MacCeffery, 2007; Nilssons, 2008; Black & Hawks, 2009). Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami oleh pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada setiap sentimeternya. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri (“no pain”), sedangkan ujung yang lainnya mewakili rasa nyeri yang terparah yang mungkin terjadi (“worst possible pain”). Skala dapat dibuat vertical atau horizontal. Manfaat utama VAS adalah mudah dan sederhana dalam penggunaan. VAS juga bisa diadaptasi menjadi skala hilangnya / redanya nyeri. Namun pada nyeri post operasi VAS tidak banyak bermanfaat karena pada VAS diperlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Rospond, 2008).

2) Skala Penilaian Numerik / Numeric Rating Scale (NRS)

Skala ini menggunakan angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri (Black & Hawks, 2009). Dua ujung ekstrim juga digunakan dalam skala ini sama seperti pada VAS. NRS lebih bermanfaat pada periode post operasi (Rospond, 2008), karena selain

angka 0 – 10, penilaian berdasarkan kategori nyeri juga dilakukan pada penilaian ini. Skala 0 dideskripsikan sebagai tidak ada nyeri, skala 1-3 dideskripsikan sebagai nyeri ringan yaitu ada rasa nyeri (mulai terasa tapi masih dapat ditahan). Lalu skala 4-6 dideskripsikan sebagai nyeri sedang yaitu ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya. Skala 7-10 dideskripsikan sebagai nyeri berat yaitu ada nyeri, terasa sangat mengganggu / tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit atau berteriak (McCaffery & Beebe, 2010).

Sama seperti VAS, NRS juga sangat mudah digunakan dan merupakan skala ukur yang sudah valid (Brunelli, et.al., 2010). Penggunaan NRS direkomendasikan untuk penilaian skala nyeri post operasi pada pasien berusia di atas 9 tahun (McCaffrey & Beebe, 2010). NRS dikembangkan dari VAS dapat digunakan dan sangat efektif untuk pasien-pasien pembedahan, post anestesi awal dan sekarang digunakan secara rutin untuk pasien-pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi (Black & Hawsk, 2009).

3) Wong-Baker Faces Rating Scale / Skala Wajah Wong-Baker

Skala wajah biasanya digunakan oleh anak-anak yang berusia kurang dari 7 tahun. Pasien diminta untuk memilih gambar wajah yang sesuai dengan nyerinya. Pilihan ini kemudian diberi skor angka. Skala wajah Wong-Baker menggunakan 6 kartun wajah yang menggambarkan wajah tersenyum, wajah sedih, sampai menangis. Dan pada tiap wajah ditandai dengan skor 0 sampai dengan 5.

2.2.6 Manajemen nyeri

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit (Blacks & Hawks, 2009). Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan kedalam:

- a) Analgesik opioid (narkotik)
- b) Obat-obatan anti-inflamasi nonopioid/nonsteroid (non steroid antiinflammation drugs/NSAID)
- c) Analgesik penyerta

2) Non farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara terapi fisik (meliputi stimulasi kulit, pijatan, kompres hangat dan dingin, TENS, akupunktur dan akupresur) serta kognitif dan biobehavioral terapi (meliputi latihan nafas dalam, relaksasi progresif, rhythmic breathing, terapi musik, bimbingan imajinasi, biofeedback, distraksi, sentuhan terapeutik, meditasi, hipnosis, humor dan magnet) (Blacks dan Hawks. 2009).

2.3 Kompres Dingin

2.3.1 Pengertian

Kompres dingin disebut juga dengan cryotherapy. Cryotherapy adalah pemanfaatan dingin untuk mengobati nyeri atau gangguan kesehatan lainnya (Arovah, 2010). Kompres dingin adalah penerapan bahan atau alat yang dingin pada bagian tubuh yang mengalami nyeri. Kompres dingin merupakan terapi yang

sederhana dan merupakan salah satu metode penyembuhan non farmakologi yang penting untuk mengatasi nyeri (Demir, 2012).

2.3.2 Efek fisiologis kompres dingin

Menurut Canadian Physiotherapy Association (2008) kompres dingin dapat membantu mengurangi rasa sakit, membantu penyembuhan jaringan, mengontrol pembengkakan, dan meningkatkan fleksibilitas. Dingin menyebabkan vasokonstriksi lokal dan viskositas darah meningkat. Aliran darah menurun dan metabolisme yang lebih lambat menumpulkan respon inflamasi, membatasi pembengkakan, mengurangi konsumsi oksigen, dan mengontrol perdarahan (Metules, 2012).

Inti dari terapi dingin adalah menyerap kalori area lokal cedera sehingga terjadi penurunan suhu. Semakin lama waktu terapi, penetrasi dingin semakin dalam. Pada umumnya terapi dingin pada suhu 3,5 °C selama 10 menit dapat mempengaruhi suhu sampai dengan 4 cm dibawah kulit. Jaringan otot dengan kandungan air yang tinggi merupakan konduktor yang baik sedangkan jaringan lemak merupakan isolator suhu sehingga menghambat penetrasi dingin (Metules, 2012).

Pada kompres dingin, digunakan modalitas terapi yang dapat menyerap suhu jaringan sehingga terjadi penurunan suhu jaringan melewati mekanisme konduksi. Efek pendinginan yang terjadi tergantung jenis aplikasi kompres dingin, lama terapi dan konduktivitas. Pada dasarnya agar terapi dapat efektif, lokal cedera harus dapat diturunkan suhunya dalam jangka waktu yang mencukupi (Arovah, 2010).

2.3.3 Efek kompres Dingin

Menurut Arovah (2010), efek dari kompres dingin diantaranya adalah:

- 1) Mengurangi suhu daerah yang sakit, membatasi aliran darah dan mencegah cairan masuk ke jaringan di sekitar luka. Hal ini akan mengurangi nyeri dan pembengkakan.
- 2) Mengurangi sensitivitas dari akhiran syaraf yang berakibat terjadinya peningkatan ambang batas rasa nyeri.
- 3) Mengurangi kerusakan jaringan dengan jalan mengurangi metabolisme lokal sehingga kebutuhan oksigen jaringan menurun.
- 4) Mengurangi tingkat metabolisme sel sehingga limbah metabolisme menjadi berkurang. Penurunan limbah metabolisme pada akhirnya dapat menurunkan spasme otot. Selain itu menurut D'Archy (2011) kompres dingin bekerja dengan cara menurunkan konduksi saraf, menghambat iritasi kulit, vasokonstriksi pembuluh darah, merelaksasi otot pada area yang sakit serta mengurangi aktivitas metabolik baik secara sistemik maupun lokal.

2.3.4 Indikasi kompres dingin

Beberapa kondisi yang dapat ditangani dengan kompres dingin menurut Arovah (2010) antara lain cedera (sprain, strain dan kontusi), nyeri post operasi, sakit kepala (migrain, tension headache dan cluster headache) dan peradangan pada sendi.

2.3.5 Jenis aplikasi kompres dingin

- a. Es dan masase es

Pada kompres ini es dapat dikemas dengan berbagai cara. Es dalam pemakaiannya sebaiknya tidak kontak langsung dengan kulit dan digunakan dengan perlindungan seperti dengan handuk. Handuk juga diperlukan untuk menyerap es yang mencair. Indikasi kompres es adalah pada bagian-bagian otot lokal seperti tendon, bursa maupun bagian-bagian myofascial trigger point. Es dapat digunakan langsung untuk memijat atau untuk memati-rasakan jaringan sebelum kompres pijat (Arovah, 2010). Pijat es ini menggunakan air yang sudah dibekukan membentuk es seperti es krim yang memiliki pegangan atau gagang yang dibungkus dengan handuk yang dilapisi kantong plastik, tempatkan es pada area yang sakit gosokkan es di atas daerah yang menyakitkan dengan menggunakan gerakan melingkar, keringkan kulit dengan handuk sebagai es mencair, pijat daerah selama 5 sampai 7 menit (Arovah, 2010).

b. Kantong es (ice packs)

Pada prinsipnya ice packs merupakan kemasan yang dapat menyimpan es dan membuat es tersebut dapat terjaga dalam waktu relatif lama di luar freezer dari pada kemasan plastik. Terdapat dua jenis ice packs yaitu yang berbahan gel hypoallergenic dan yang berisi cairan atau kristal. Pada umumnya ice packs dapat dipergunakan selama 15 sampai 20 menit. Pada kemasan ice packs yang berupa plastik, diperlukan handuk untuk mengeringkan air kondensasi (Arovah, 2010).

Ice packs yang umum digunakan dalam aplikasi dingin harus digunakan dengan menempatkan handuk antara kulit dan ice packs untuk menjaga rasa dingin yang ekstrim selama kontak antara kulit dengan es. Pengobatan dingin dapat dilakukan selama 15-30 menit rata-rata sampai sensasi mati rasa dirasakan

pada area yang sakit . Ice packs harus diterapkan setidaknya selama 20 menit (Demir, 2012).

c. Kantong air es

Kompres dingin dengan menggunakan kantong air es adalah penerapan kantong air es pada area yang sakit dimana kantong akan diisi batu-batu es serta sedikit air yang diaplikasikan pada area yang sakit selama 15-20 menit dengan suhu air yang digunakan berkisar 3-7 °C (Malanga & Nadler, 2010).

Menurut Arovah (2010) Salah satu metode aplikasi dingin yang dapat digunakan adalah dengan menggunakan kantong air es. Kantong air es bukanlah obat penghilang rasa sakit tetapi bekerja dengan obat nyeri untuk membantu mendapatkan bantuan nyeri yang lebih baik.

d. Vapocoolant spray

Vapocoolant spray merupakan semprotan yang biasanya berisi fluoromethane atau ethyl chloride sering digunakan untuk mengurangi nyeri Akibat spasme otot serta meningkatkan range of motion (Arovah, 2010).

Newton (1985) menjelaskan bahwa vapocoolants spray mengurangi atau menghilangkan nyeri dengan cara meningkatkan range of motion. Techique ini, semprot dan peregangan, menempatkan otot yang terkena dalam posisi peregangan dan penyemprotan dalam satu arah saja pada sudut akut ke daerah kulit yang berdekatan dengan area sakit. Peregangan pasif lembut diterapkan saat penyemprotan.

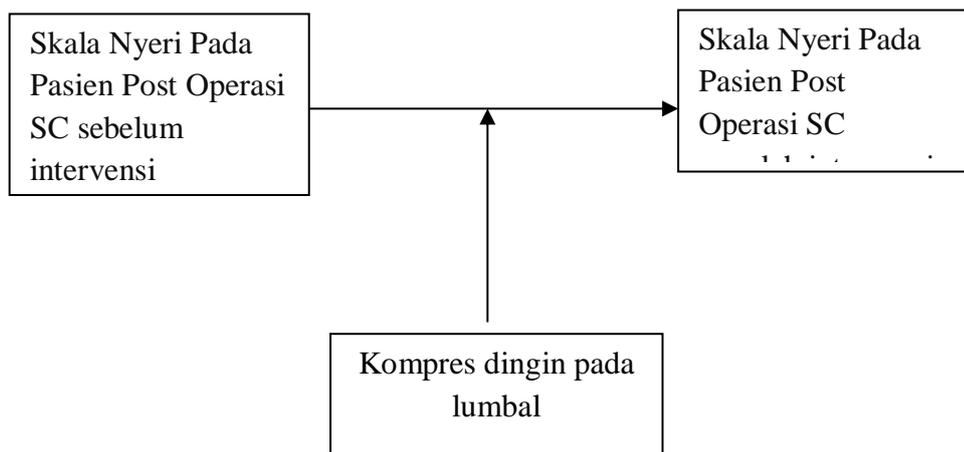
e. Cold baths / water immersion

Cold baths merupakan terapi mandi di dalam air dingin dalam jangka waktu maksimal 20 menit. Pada perendaman seluruh tubuh diperlukan tangki whirlpool. Pada terapi ini air dan es dicampur untuk mendapatkan suhu 10°C sampai dengan 15° C. Proses ini berlangsung sekitar 10 sampai dengan 15 menit. Ketika nyeri berkurang, terapi dihentikan dan dilanjutkan terapi lain seperti massage atau stretching. Pada saat nyeri kembali dirasakan, dapat dilakukan perendaman kembali. Dalam tiap sesi terapi, perendaman kembali dapat dilakukan sampai tiga kali ulangan. (Arovah, 2010).

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012).

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut:



2.5 Hipotesis

Ha: terdapat Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC

H0: tidak terdapat Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis dan Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat pedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Nursalam, 2013).

Jenis Penelitian ini merupakan kuantitatif dengan desain Eksperimen semu (*Quasi eksperimen*), yaitu eksperimen yang dilakukan dengan tidak mempunyai batasan-batasan yang ketat terhadap randomisasi, pada saat yang sama dapat mengontrol ancaman-ancaman validitas (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini menggunakan rancangan *one group pretest and posttest design* yaitu suatu teknik untuk mengetahui efek sebelum dan sesudah pemberian perlakuan (Sugiyono,

2012). Secara bagan, desain kelompok tunggal desain *pretest* dan *posttest* dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Rancangan Penelitian

<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
O1	X	O2

Keterangan:

O1: Skala nyeri sebelum intervensi

O2: Skala nyeri sesudah intervensi

X: perlakuan sesuai perawatan rutin dengan melakukan kompres dingin

Dalam penelitian ini hanya ada satu kelompok yaitu disebut dengan kelompok eksperimen. Dengan demikian seluruh sampel yang telah dipilih akan masuk semua ke dalam kelompok eksperimen tersebut dan semuanya diberikan perlakuan (*treatment*).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.1.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan karena berdasarkan data yang peneliti peroleh bahwa pasien yang melahirkan dengan SC mengatakan tidak mengetahui manfaat kompres dingin pada lumbal. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan.

3.1.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan September 2020. Rencana tahapan penelitian dilaksanakan mulai dari survey pendahuluan, pembuatan proposal penelitian, dan konsultasi dengan dosen pembimbing.

Tabel 3.2 Rencana Kegiatan dan Waktu Penelitian

Kegiatan	Waktu Penelitian				
	Mar- Agust	Sept	Sept	Nov	Des
Perumusan Masalah	■				
Penyusunan Proposal	■				
Seminar Proposal		■			
Pelaksanaan Penelitian			■		
Pengolahan data				■	
Seminar Akhir					■

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Menurut Notoatmodjo (2012), populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien SC di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan sebanyak 37 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi. Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Notoadmojo, 2012). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan Accidental Sampling. Accidental Sampling adalah teknik

penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu konsumen yang secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data selama 1 bulan (Sugiyono, 2012).

3.4 Alat Pengumpulan Data

Instrumen atau alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner yang terbagi dalam 1 bagian yaitu digunakan untuk menggali tentang data sosio, demografi responden penelitian, meliputi umur, dan tingkat pendidikan. Dan lembar observasi digunakan untuk mengkaji atau mencatat skala nyeri pasien SC sebelum diberikan kompres dingin pada lumbal dan sesudah diberikan kompres dingin pada lumbal dengan menggunakan Numeric Rating Scale

3.5 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan langkah awal dalam mendapatkan data penelitian. Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan tahap sebagai berikut:

3.5.1 Tahap persiapan

- a. Peneliti mengajukan permohonan izin penelitian kepada direktur RSUD Sapirook Tapanuli Selatan.

3.5.2 Tahap pelaksanaan

- a. Peneliti menetapkan responden saat di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan.
- b. Melakukan wawancara kepada responden tentang kesediaannya menjadi responden.

- c. Menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat, akibat menjadi responden.
- d. Calon responden yang setuju diminta tanda tangan pada lembar surat pernyataan kesanggupan menjadi responden.
- e. Responden yang telah menyatakan persetujuannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, ditanyakan mengenai tingkat nyeri pasien. Untuk kemudian dicatat dalam lembar penilaian yang telah disediakan.
- f. Setelah itu responden diberikan perlakuan yaitu kompres dingin pada lumbal yaitu sekali sehari pada sore hari selama 10 menit.
- g. Setelah diberi perlakuan, responden diobservasi kembali (post-test) tentang tingkat nyerinya.
- h. Data dikumpulkan dengan mengobservasi tingkat nyeri sebelum dilakukan kompres dingin pada lumbal dan sesudah dilakukan kompres dingin pada lumbal kepada masing-masing responden. Selanjutnya data dicatat pada checklist responden.
- i. Hasil pencatatan yang berupa data interval selanjutnya diolah dalam program SPSS.

3.6 Defenisi operasional

Defenisi Operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2011).

Variabel	Defenisi	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen: Kompres dingin pada lumbal	terapi yang sederhana dan merupakan salah satu metode penyembuhan non farmakologi yang penting untuk	Memberikan rasa dingin dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air	-	-

	mengatasi nyeri	dingin sehingga memberi efek rasa dingin pada daerah lumbal. Kompres dilakukan dalam waktu 10 menit.		
Variabel dependen: Skala nyeri	Rasa tidak nyaman pada bagian akibat luka SC.	Lembar observasi: Numeric Rating Scale	Interval	0: tidak ada nyeri 1-3:nyeri ringan 4-6: nyeri sedang 7-10: nyeri berat

3.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, etika merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk di perhatikan. Hal ini di sebabkan karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aafa Royhan. Setelah surat izin diperoleh peneliti melakukan observasi kepada responden dengan memperhatikan etika sebagai berikut:

3.7.1 Lembar persetujuan responden (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian melalui lembar persetujuan. Sebelum memberikan lembar persetujuan, peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan peneliti serta dampaknya bagi responden. Bagi responden yang bersedia di minta untuk menandatangani lembar persetujuan. Bagi responden yang tidak bersedia, peneliti tidak memaksa dan harus menghormati hak-hak responden.

3.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti memberikan jaminan terhadap identitas atau nama responden dengan tidak mencatumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Akan tetapi peneliti hanya menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

3.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah di peroleh dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, dimana hanya kelompok data tertentu saja yang di laporkan pada hasil penelitian

3.8 Rencana Analisa

Data yang telah terkumpul dalam tahap pengumpulan data, perlu dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

a. *Editing*

Melakukan pengecekan apakah semua data yang diperoleh sudah lengkap, jelas, dan relevan.

b. *Coding*

Melakukan konprensi atau menerjemahkan data yang diperoleh selama peneliti kedalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.

c. *Entry*

Entri adalah memasukan data yang diperoleh menggunakan fasilitas computer dengan menggunakan sistem atau program computer.

d. *Verifikasi*

Melakukan pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah diinput.

e. *Tabulating*

Tabulasi mengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan. Setiap pertanyaan yang sudah di beri nilai hasil dijumlahkan dan dikategorikan sesuai dengan jumlah pertanyaan.

3.9 Uji Statistik

3.9.1 Analisa univariat.

Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisa univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang di teliti, baik variable bebas maupun variable terikat. Analisa univariat di gunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik demografi pasien SC. Skala nyeri sebelum diberikan kompres dingin pada lumbal, dan skala nyeri sesudah diberikan kompres dingin pada lumbal.

3.9.2 Analisa Bivariat.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui adanya perubahan skala nyeri responden sebelum dan skala nyeri responden sesudah diberikan kompres dingin pada lumbal digunakan uji statistik *paired t-test*. Apabila data tidak memenuhi syarat untuk dilakukan uji tersebut, maka dilakukan uji alternatif

dengan uji *wilcoxon*. Semua keputusan uji statistik menggunakan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini disajikan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang “Pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pada pasien post operasi SC di RSUD Sipirok Tapanuli Selatan”. Penelitian ini dimulai dari bulan Agustus-September tahun 2020 dan melibatkan 13 responden. Pada bab ini juga disajikan keterbatasan penelitian dan implikasi serta tindak lanjut hasil penelitian ini yang dapat digunakan dalam pelayanan, pendidikan maupun penelitian keperawatan dalam menangani nyeri. Adapun hasil dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.1 Analisa Univariat

4.1.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan kepada 13 responden, maka diperoleh data karakteristik responden yang meliputi usia, jenis pendidikan sebagai berikut:

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Pendidikan (N=13)

Kategori	N	Mean	SD	Min	Max
Umur	13	24.69	1.548	22	27

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase %
Jenis Pendidikan		
SMP	2	15.4%
SMA	9	69.2%
PT	2	15.4%
Total	13	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa mean umur 24.69, Min 22, max 27 dan SD 1.548. Dari jenis pendidikan yang berpendidikan SMP sebanyak 2

responden (15.4%), berpendidikan SMA sebanyak 9 responden (69.2%), dan yang berpendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 2 responden (15.4%).

4.1.2 Tingkat Nyeri

Tabel 4 Distribusi Tingkat Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Intervensi

Skala Nyeri	Jumlah	Persentase %
Pre test		
Nyeri ringan	2	15.4%
Nyeri sedang	10	76.9%
Nyeri berat	1	7.7%
Total	13	100%
Post test		
Tidak nyeri	3	23.1%
Nyeri ringan	9	69.2%
Nyeri sedang	1	7.7%
Total	13	100%

Berdasarkan tabel di atas responden pada kelompok *pre test* yang mengalami nyeri ringan 2 responden (15.4%), yang mengalami nyeri sedang 10 responden (76.9%), dan yang mengalami nyeri berat 1 responden (7.7%). Sedangkan pada kelompok *post test* responden yang tidak mengalami nyeri 3 responden (23.1%), nyeri ringan 9 responden (69.2%) dan nyeri sedang 1 responden (7.7%).

4.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat akan menguraikan ada tidaknya perbedaan rata-rata penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kompres dingin pada lumbal. Sebelum dilakukan analisis bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data dengan uji *shapiro-wilk* pada penurunan skala nyeri *pre* dan *post* setelah dilakukan kompres dingin pada lumbal.

4.2.1 Uji Wilcoxon Data

Tabel 6 Data skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kompres dingin pada lumbal

Variabel	Kelompok	Mean	N	Z	P-Value
	Ekperimen				

Tingkat nyeri	Pre	3.00	13	-3.500	0,00
	Post	2.00			

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan nilai Z yaitu -3,500 dengan $p=0,00$ ($<0,05$), nilai Z dapat disimpulkan bahwa setiap dilakukan pemberian kompres dingin pada lumbal ini mengalami penurunan skala nyeri sebesar -3,500 maka dari hasil nilai p terdapat pengaruh antara skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan kompres dingin pada lumbal.

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas hasil penelitian data yang telah dikumpulkan, kemudian diolah dengan menggunakan system komputer SPSS, dan dibandingkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, dan pembahasan dari hasil penelitian tersebut.

5.1 Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Sipirok Tapanuli Selatan, maka dapat diketahui bahwa mean umur 24.69, Min 22, max 27 dan SD 1.548.

Seiring dengan bertambahnya usia maka individu cenderung mempunyai pengalaman yang lebih dalam merasakan nyeri dari pada usia sebelumnya sehingga memberikan pengalaman secara psikologis dan mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap nyeri yang dirasakan (Andarmoyo, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Perry dan Potter (2010), menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara nyeri dengan seiring bertambahnya usia, yaitu pada tingkat perkembangan. Pada orang dewasa lebih mudah dalam mengungkapkan nyeri bila timbul rasa nyeri. Usia berpengaruh terhadap sensitifitas nyeri yang disebabkan karena faktor fisiologis, perubahan biokimia dan perubahan mekanisme homeostatik dalam jalur somatosensorik yang berpengaruh terhadap pengolahan dan persepsi nyeri individu (Yeziarski, 2012).

b. Jenis Pendidikan

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 13 responden yang berpendidikan SMP sebanyak 2 responden (15.4%), berpendidikan SMA sebanyak 9 responden (69.2%), dan yang berpendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 2 responden (15.4%).

Menurut peneliti tingkat pendidikan sangatlah berpengaruh terhadap nyeri karena jika tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih mengetahui nyeri yang dapat dirasakan. Sedangkan secara teori menyatakan pendidikan yang lebih tinggi memiliki sensitifitas yang lebih rendah (kurang mengekspresikan nyeri yang dirasakan secara berlebihan) dibandingkan pendidikan yang lebih rendah atau kurang merasakan nyeri (Black & Hawks, 2014; Smeltzer & Bare, 2012).

5.2 Bivariat

5.2.1 Pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pada pasien post operasi SC

Berdasarkan tabel 4.2.2 uji Wilcoxon diatas dapat disimpulkan nilai p-value 0,00 ($<0,05$), berarti terdapat Pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pada pasien post operasi SC. Berdasarkan dari nilai Z dapat disimpulkan bahwa setiap dilakukan pemberian kompres dingin pada lumbal ini mengalami penurunan skala nyeri sebesar -3,500.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizqi (2012) melakukan penelitian tentang Efektifitas stimulasi kulit dengan kompres hangat dan kompres dingin terhadap penurunan persepsi nyeri kala I fase aktif persalinan fisiologis. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah stimulasi kulit dengan teknik kompres dingin lebih efektif dalam menurunkan persepsi nyeri. Kartika (2013)

melakukan penelitian tentang pengaruh kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri bendungan payudara pada ibu post partum di wilayah kerja puskesmas kecamatan Gending kabupaten Probolinggo. Hasil penelitian bahwa ada pengaruh pemberian kompres dingin dengan penurunan intensitas nyeri pada bendungan payudara pada ibu post partum di wilayah puskesmas Gending Probolinggo.

Ice massage merupakan intervensi keperawatan noninvasif yang efektif, aman, dan mudah untuk menghilangkan nyeri persalinan. Mekanisme penurunan nyeri dengan pemberian kompres dingin berdasarkan atas teori endorpin. Endorpin merupakan zat penghilang rasa nyeri yang diproduksi oleh tubuh. Semakin tinggi kadar endorpin seseorang, semakin ringan rasa nyeri yang dirasakan. Produksi endorpin dapat ditingkatkan melalui stimulasi kulit. Stimulasi kulit meliputi massase, penekanan jari-jari dan pemberian kompres hangat atau dingin (Smeltzer, 2014).

Sectio Caesarea memiliki efek samping antara lain beberapa hari pertama pasca persalinan akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus yang kadarnya berbeda-beda pada setiap ibu (Salawati, 2013).

Hal ini sejalan dengan penelitian Khodijah (2011) dalam penelitiannya tentang Efektifitas kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien SC di Rindu B RSUP. H. Adam Malik Medan menyimpulkan bahwa pasien SC yang diberikan kompres dingin mengalami penurunan nyeri yang signifikan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Mardliyana (2017) yang menjelaskan bahwa kompres dingin dengan menggunakan ice gel pada area Lumbal 1-5 dapat menurunkan nyeri dimana respon neurohormonal terhadap kompres dingin adalah pelepasan endorphen, penurunan transmisi saraf sensoris, penurunan aktivitas badan sel saraf, dan penurunan iritan yang merupakan limbah metabolisme sel (Asmadi, 2009). Selain itu, kompres dingin ini merupakan salah satu cara untuk memberikan stimulasi pada kulit. Stimulus ini mengirimkan impuls dari perifer ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperature tubuh secara normal (Potter Perry, Stockert, 2016).

Menurut Mander (2012), kompres dingin juga dapat menyebabkan transmisi nyeri tertutup sehingga cortex cerebri tidak dapat menerima sinyal karena nyeri sudah diblok dengan stimulasi dingin yang mencapai otak lebih dulu. Hasil uji statistik dari penelitian ini diperoleh p value = 0.000, dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rerata skala nyeri pasien post operasi sebelum dan sesudah dilakukan kompres dingin pada vertebra (lumbal). Menurut Wenierti (2016) mengatakan pengaruh terapi ice pack terhadap penurunan skala nyeri post episiotomi yaitu sebelum (7,6) setelah pemberian ice pack (4,27). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan rerata yang bermakna skala nyeri post episiotomi sebelum dan sesudah dilakukan terapi ice pack dengan p-value 0,01. Kompres dingin menyebabkan penurunan nyeri yang dilakukan di area perineum yang memberikan efek anestesi lokal sehingga membuat daerah sekitar menjadi mati rasa.

Purnamasari (2014) mengatakan ada efektifitas kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur dengan p-value 0, 00. Steen, et al

(2007) mengatakan bahwa terapi kompres dingin efektif dalam menurunkan > 50% intensitas nyeri dengan nilai p-value 0,02. Teori ini berkaitan dengan gate control theory dimana stimulasi kulit berupa kompres dingin dapat mengaktivasi transmisi serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Hal ini menutup “gerbang” sehingga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dengan diameter yang kecil (Melzack & Wall, 1965 dalam Potter & Perry, 2010).

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian mengenai pengaruh kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pada pasien post operasi SC di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan Tahun 2020 maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Berdasarkan penelitian karakteristik responden, bahwa mean umur 24.69, Min 22, max 27 dan SD 1.548. Dari jenis pendidikan mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 9 responden (69.2%).
2. Berdasarkan penelitian skala nyeri responden sebelum diberikan kompres dingin pada lumbal mayoritas mengalami nyeri sedang yaitu 10 responden (76.9%).
3. Berdasarkan penelitian skala nyeri responden sesudah diberikan kompres dingin pada lumbal mayoritas mengalami nyeri ringan yaitu 9 responden (69.2%).
4. Berdasarkan analisis data menggunakan *uji Shapiro wilk* setelah kompres dingin pada lumbal diperoleh nilai $P\text{-value} = 0,00 (<0,05)$, artinya ada pengaruh signifikan dari pemberian kompres dingin pada lumbal terhadap skala nyeri pada pasien post operasi SC di RSUD Sapirook Tapanuli Selatan.

6.2 Saran

1. Bagi Responden

Bagi Responden, penelitian ini digunakan Untuk meringankan nyeri pada saat post operasi SC dengan cara yang sederhana yaitu dengan kompres dingin pada lumbal yang mudah dan sederhana serta tidak menggunakan biaya yang mahal.

2. Bagi tempat penelitian

Bagi tempat penelitian, peneliti dapat dijadikan sebagai masukan dan saran untuk peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam pemberian perawatan non farmakologis pada pasien yang mengalami nyeri pada pasien post operasi SC.

3. Bagi Masyarakat

Bagi Masyarakat, penelitian ini dapat dijadikan sumber pengetahuan bagi pasien tentang hasil penelitian kompres dingin pada lumbal ini dan dapat diaplikasikan oleh pasien dalam membantu menurunkan skala nyeri secara efektif dan efisien sebelum menggunakan obat-obatan kimia yang memiliki efek samping dimasa yang akan datang.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi Peneliti Selanjutnya, penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya serta pengembangan wawasan tentang terapi non farmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrriani. (2018), Kasus Persalinan Dengan Bekas Seksio Sesarea Menurut Keadaan Waktu Masuk Di Bagian Obstetri Dan Ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang, *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2(3).
- Amin, Hardi. (2013). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC – NOC*. Yogyakarta :Mediaction.
- Aprina. (2016). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan*. Volume VII Nomor 1.
- Arovah, N.I. (2010). *Fisioterapi dan Terapi Latihan pada Osteoarthritis*; MEDIKOR , Vol 3 No 11,al24.
- Bahrudin. (2017). *Patofisiologi Nyeri*. *Ejournal.umm*. Vol.13. No.1: 9.
- Black, M. J. & Hawks, H. J., (2009). *Medical surgical nursing : clinical management for continuity of care*, 8th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Breslin, M., Lam, P., & Murrell, G.A (2015). Acute effect of cold therapy on knee skin surface temperature: gel pack versus ice bag. *BMJ Open Sport Exercise Medicine*.1.e000037.
- Brunelli. (2010). *Comparasion of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain*. *BioMed Central*, 42, 1-8.
- Canadian Physiotherapy Association. (2008). *Falls for Elderly*. (<http://en.wikipedia.org/wiki/safety>).
- D'Arcy, Y. M. (2011). *Pain mangement: evidence-based tools and techniques for nursing profesional*s. Marblehead : HCPro, In.
- Demir, Y. (2012). *Non-pharmacological therapies in pain management*. *Pain Management – Currest Issues and Opinions*, 485-502.
- Depkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta.
- Dwyer, Tim. (2008). *Media Convergence: Issues in Cultural and Media Studies*. McGraw Hill & Open University Press. London.
- Fauzi. (2013). *Operasi caesar pengantar dari a sampai z*, jakarta Edsa Mahkota.

- Gilliland, M. (2008). *Pain management guidelines*. Journal of Practical Nursing, 58 (2), 12-15.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, m. L. (2010). *Medical - Surgical Nursing: Clients – Centered Collaborative Care*. Sixth Edition, 1 & 2 . Missouri: Saunders Elsevier.
- Kasdu, D., (2013). *Operasi Caesar: Masalah dan solusinya*, Jakarta : Puspa swara.
- Katzung. (2010). *Farmakologi Dasar & Klinik*, Vol.2, Edisi 12, Editor Bahasa Indonesia Ricky Soeharsono et al., Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Kozier, B & Erb G., (2010). *Kozier and Erb's techniques in clinical nursing (5th Ed)*. Eni Meilya, dkk, penerjemah, Jakarta:EGC.
- Lewis, et al. (2011). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems Volume 2*. Mosby: ELSEVIER.
- Malanga, G. A., & Nadler, S. F. (2010). *Nonoperatif treatment of low back pain*. Mayo Clinic Proceedings, 74 (11), 1135-1148.
- McCaffrey, M., & Beebe, A. (1989). *Pain : Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby.
- Metules, Terri J (2012) *Hot and cold packs Healthcare Traveler*; Mar 2012; 14, 9; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 36.
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta. Salemba Medika.
- Oliveira S.M.JV et al (2012). Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: a randomised clinical trial. *Journal of clinical nursing*.21. 3382-3391.
- Oxorn, Harry dan William R. Forte, (2010). *Ilmu Kebidanan, Patologi dan Fisiologi Persalinan*, Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika Pamela, D.S.
- Potter P.A & Perry, A.G, (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik* (Yasmin Asih, dkk. Penerjemah). Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Rahmah. (2014). *Risiko Bayi Berat Lahir Besar (Makrosomia) Di RSUD Sukoharjo Tahun 2009-2013*. Karya Tulis Ilmiah strata dua Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

- Rasjidi. (2010). *Manual Sectio Caesarea & Laparatomi Kelainan Adneksa Berdasarkan Evidence Based*. Jakarta : Sagung Seto.
- RISKESDAS. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rospond. (2008). *Pemeriksaan dan Penilaian Nyeri*. Diakses: pada tanggal 11Februari 2020, dari <http://lyrawati.files.wordpress.com/2008/07/pemeriksaan-dan-penilaian-nyeri>.
- Salawati. (2013). *Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang Intensive care unit rumah sakit*. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Volume 12 Nomor 1.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Volume 2. Jakarta. EGC.
- Sofian A., (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis obstetri Jilid 2*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 85-87.
- Steven & Jianren (2014). *Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications*. *BMJ* 2014; 348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g2323>.
- Strong, J. Unruh, A, M. Wright, A. Baxter, G, D. (2012). *Pain A Textbook For Therapists* : CHURCHILL LIVINGSTON.
- Sugiyono. (2012). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung. Alfabeta.
- Wienarti, Muharyani P.W., & Jaji (2016). Pengaruh terapi ice pack terhadap perubahan skala nyeri pada ibu postpartum episiotomi. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. Vol.3.No.1:377-382.

DATA DEMOGRAFI

1. Nomor Responden :
2. Nama Inisial :
3. Umur :
4. Alamat :
5. Tingkat pendidikan :

LEMBAR OBSERVASI
PENGARUH REBUSAN JAHE MERAH TERHADAP SKALA NYERI
PENGARUH KOMPRES DINGIN PADA LUMBAL TERHADAP SKALA
NYERI PADA PASIEN POST OPERASI SC DI RSUD KOTA
PADANGSIDIMPUAN

No.	Skala Nyeri	
	Pre	Post
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		



UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDEMPUN

FAKULTAS KESEHATAN

Berdasarkan SK Menristekdikti RI Nomor: 461/KPT/I/2019, 17 Juni 2019

Jl. Raja Inal Siregar Kel. Batunadua Julu, Kota Padangsidempuan 22733.

Telp.(0634) 7366507 Fax. (0634) 22684

e-mail: aufa.royhan@yahoo.com http://: unar.ac.id

Nomor : 1505/FKES/UNAR/E/PM/IX/2020

Padangsidempuan, 5 September 2020

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Sipirok
Di

Tapanuli Selatan

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Fatimah Sari Hasibuan

NIM : 16010019

Program Studi : Keperawatan Program Sarjana

Dapat diberikan izin melakukan Penelitian di RSUD Sipirok untuk penulisan Skripsi dengan judul "Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC di RSUD Sipirok".

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.

Dekan



Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703



**DINAS KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**
Jalan Rumah Sakit No. 1 Telp/Fax. (0634) 41002 KP. 22742
SIPIROK



Nomor : 440/0569 /RSUD/ I /2020
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Prihal : ***Izin Survey Pendahuluan***

Kepada Yth,
Dekan Universitas Afa Royhan
Kota Padangsidimpuan
di,-
Padangsidimpuan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Universitas Afa Royhan Kota Padangsidimpuan No. 1300/FKES/UNAR/E/PM/I/2020 tanggal 20 Januari 2020 Hal seperti tersebut prinsipnya memberikan Izin Survey Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Tapanuli Selatan kepada :

Nama : Fatimah Sari Hasibuan
Nim : 16010019
Judul Penelitian : **“ Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbago dan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi di Rumah Sakit Sipirop “**

Sepanjang dapat mengikuti peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Tapanuli Selatan.

Demikian Surat Izin Survey Penelitian ini diberikan untuk dapat dipergunakan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Sipirop, 24 Januari 2020

An. Kepala UPT RSUD Daerah
Kab. Tapanuli selatan
Kabag Tata Usaha





UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
FAKULTAS KESEHATAN

Berdasarkan SK Menristekdikti RI Nomor: 461/KPT/I/2019, 17 Juni 2019
 Jl. Raja Inal Siregar Kel. Batunadua Julu, Kota Padangsidempuan 22733.
 Telp.(0634) 7366507 Fax. (0634) 22684
 e -mail: aufa.royhan@yahoo.com http://: unar.ac.id

Nomor : 1300/FKES/UNAR/E/PM/I/2020

Padangsidempuan, 20 Januari 2020

Lampiran : -

Perihal : Izin Survey Pendahuluan

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Sipirok
 Di

Tapanuli Selatan

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

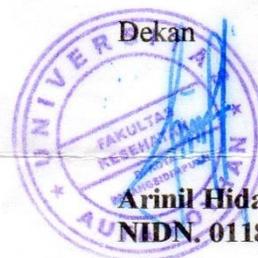
Nama : Fatimah Sari Hasibuan

NIM : 16010019

Program Studi : Keperawatan Program Sarjana

Dapat diberikan izin melakukan Penelitian di RSUD Sipirok untuk penulisan Skripsi dengan judul "Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumbal Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC di RSUD Sipirok".

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.



Dekan

Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703



**DINAS KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Rumah Sakit No. 1 Telp/Fax. (0634) 41002 KP. 22742
SIPIROK



Nomor : 440/ ~~7134~~ /RSUD/ IX /2020
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Prihal : ***Izin Penelitian***

Kepada Yth,
Dekan Universitas Aufa Royhan
Kota Padangsidimpuan
di,-
Padangsidimpuan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan Nomor 1505/FKES/UNAR/E/PM/IX/2020 tanggal 05 September 2020 Hal seperti tersebut di atas pada prinsipnya memberikan Izin Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Tapanuli Selatan kepada :

Nama : Fatimah Sari Hasibuan
Nim : 16010019
Judul Penelitian : **“ Pengaruh Kompres Dingin Pada Lumban Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi SC di Rumah Sakit Umum Daerah Tapanuli Selatan SapiroK “**

Sepanjang dapat mengikuti peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

Demikian Surat Izin Penelitian ini diberikan untuk dapat dipergunakan seperlunya atas kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

SapiroK, 30 September 2020

**An. Kepala UPT RSUD Daerah
Kab. Tapanuli selatan
Kabag Tata Usaha**



