



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TEHNIK BENSON RELAKSASI TERHADAP
INTENSITAS NYERI DAN KECEMASAN KLIEN POST
SEKSIO SESAREA DI RS CIBABAT CIMAHU DAN
RS SARTIKA ASIH BANDUNG**

Tesis

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Maternitas**

**Oleh
TETTI SOLEHATI
0606027423**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan diperkenankan untuk dipertahankan dalam sidang tesis pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I,

(Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.)

Pembimbing II,

(Ir. Yusron, M.Kes.)

PANITIA UJIAN SIDANG TESIS

Jakarta, 17 Juli 2008

Ketua

(Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.)

Anggota

(Ir. Yusron, M.K.M.)

Anggota

(Atik Hodikoh, S.Kp. M.Kep.Sp.Mat.)

Anggota

(Irma Nurbaeti, S.Kp. Sp.Mat.)

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008
Tetti Solehati

**Pengaruh Tehnik Benson Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri dan Kecemasan
Klien Post Seksio Sesarea di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung**

xi + 141 Hal + 10 atabel + 5 Gambar + 3 Skema + 7 Lampiran

Abstrak

Ibu post seksio sesarea mengalami nyeri akibat trauma pembedahan dan *afterpain*, sehingga menimbulkan kecemasan. Penyebab ini tidak dapat dihilangkan, namun sensasi nyeri dan kecemasan dapat dikurangi dengan manajemen nyeri dan kecemasan baik secara farmakologi dan atau nonfarmakologi. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh tehnik Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea. Desain penelitian quasi eksperimen dengan rancangan *pre test* dan *post test*. Penelitian dilakukan di RS Cibabat Cimahi sebagai kelompok intervensi dan RS Sartika Asih Bandung sebagai kelompok kontrol. Sampel pada masing- masing kelompok adalah 30 ibu post seksio sesarea dengan *quota sampling* berdasarkan kriteria. Tehnik Benson relaksasi merupakan penggabungan antara relaksasi dengan suatu faktor keyakinan filosofis atau agama yang dianut. Fokus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri, diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Benson relaksasi ini diberikan selama 4 hari tiap 12 jam dalam 10 menit. Intensitas nyeri (menggunakan skala VAS) dan kecemasan (menggunakan modifikasi skala HARS-Zung) diukur sebelum dan setelah intervensi selama 4 hari post seksio sesarea. Hasil penelitian diperoleh bahwa rata-rata nyeri sebelum intervensi pada kelompok kontrol adalah 4,43 cm menurun menjadi 3,51 cm, sedangkan pada kelompok intervensi 4,97 cm menurun menjadi 2,63 cm. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa rata-rata kecemasan sebelum intervensi pada kelompok kontrol adalah 15,98 menurun menjadi 15,29, sedangkan pada kelompok intervensi 16,47 menurun 14,57 menjadi. Penelitian ini menemukan perbedaan yang bermakna penurunan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi, juga antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p= 0.00$). Berdasarkan hasil penelitian ini direkomendasikan agar institusi pelayanan kesehatan terutama bagian maternitas dapat menggunakan tehnik Benson relaksasi sebagai salah satu standar operasional prosedur manajemen nyeri nonfarmakologi pada ibu post seksio sesarea.

Kata kunci: *Post seksio sesarea*, nyeri, kecemasan, tehnik Benson relaksasi.
Daftar Pustaka: 124 (1990-2008).

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Thesis, July 2008

Tetti Solehati

The effect of Benson relaxation technique to pain intensity and anxiety of postcesarean section client in Cibabat hospital Cimahi and Sartika Asih hospital Bandung

xi + 141 pages + 10 tabel + 5 pictures + 3 scheme + 7 additional

Abstract

Client with post cesarean section is suffered of pain due to operative trauma and after pain. Anxiety is also appear among them. The cause of pain can not be eliminated. However, the sensation of the pain and anxiety state can be reduced by pain and anxiety management. The pain and anxiety management is not only pharmacological remedy but also non pharmacological treatment. The aim of the study is to identify the effect of Benson Relaxation technique on pain intensity and anxiety among client with post cesarean section. Design of the study is quasi experiment with pre and post test design. The study was conducted at Cibabat hospital Cimahi as intervention group and Sartika Asih hospital as control group. The sample of each group is 30 of postcesarean section women with quota sampling based on criterion. The Benson relaxation technique is mix between relaxation and faith philosophical factor or religion. The focus of this relaxation is at certain world that has a meaning in order to make it calm for the client. This technique is saying several times with regular rhythm of surrender feeling. The Benson relaxation was given along 4 days every 12 hours for 10 minutes. The visual analog scale (VAS) is used to measure the pain intensity and HARS-Zung modification is used to measure the anxiety. Those instruments were applied before and after intervention along 4 days postcesarean section. The result of the study showed that the mean of pain before intervention at control group was 4,43 cm. It was decreased to 3,51 cm. Meanwhile, the intervention group was 4,97 cm. It was decreased to 2,63 cm. In the study also found that the mean of anxiety before intervention at control group was 15,98. It was decreased to 15,29, but at intervention group was 16,47. It was decreased to 14,57. The study found the significant comparing of pain intensity and anxiety state before and after intervention at control and intervention group ($p = 0,000$). Thus, the Benson relaxation can reduce the pain intensity and anxiety state among client with cesarean section. The researcher recommend for health services institution especially maternity department can use the Benson relaxation technique as a standard operational procedure of non pharmacological pain management among client with post cesarean section.

Keyword: post cesarean section, pain, anxiety, Benson Relaxation Technique.

Reference: 124 (1990-2008)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Illahi Rabbi, karena atas Hidayah dan petunjuk-Nya lah, penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Tehnik Benson Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea di RS Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung” ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari sepenuhnya, bahwa tesis ini dapat selesai atas bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MN., Ph.D. selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisnayetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku ketua program studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Yeni Rustina, S.Kp.M.App.Sc.Ph.D. selaku pembimbing I yang selalu meluangkan waktu dan tenaganya untuk memberikan semangat, bimbingan, arahan, serta masukan dengan penuh kesabaran, cermat, dan teliti selama penyusunan tesis ini.
4. Bapak Ir. Yusron, M.K.M. selaku pembimbing II yang selalu meluangkan waktu dan tenaganya untuk memberikan semangat, bimbingan, arahan, serta masukan dengan penuh kesabaran, cermat, dan teliti selama penyusunan tesis ini.
5. Ibu Atik H, S.Kp. M.Kep.Sp.Mat dan Ibu Yati Afriliyati, S.Kp.MN. selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan demi perbaikan tesis ini.

6. Bapak Ketua Stikes Ahmad Yani Cimahi, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti perkuliahan di program studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Kepala Diklat RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung beserta staf yang telah banyak membantu dalam pengurusan perizinan penelitian.
8. Kepala ruangan, ketua tim, serta perawat pelaksana di ruang nifas RS RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung yang penulis pakai sebagai tempat penelitian, yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian.
9. Suamiku Cecep Eli Kosasih, S.Kp. M.N.S. dan anaku tercinta Rachelya Nurfirdausi Islamah, yang selalu berdoa, memberikan dukungan materil dan moril, serta menanti kedatangan penulis dengan sabar dan setia. Terima kasih atas semangat dan dukungan yang diberikan pada saat-saat sulit dalam penyusunan tesis ini.
10. Kedua Orang Tuaku tercinta yang selalu berdoa dan memberikan dukungan agar penulis dapat menyelesaikan studi ini di program studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan lancar.
11. Staf perpustakaan yang telah memberikan kesempatan yang luas kepada penulis untuk mencari referensi.
12. Teman – teman S2 seperjuangan Keperawatan Maternitas tahun 2006

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan atas amal baik dan memberikan limpahan rahmat-Nya.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

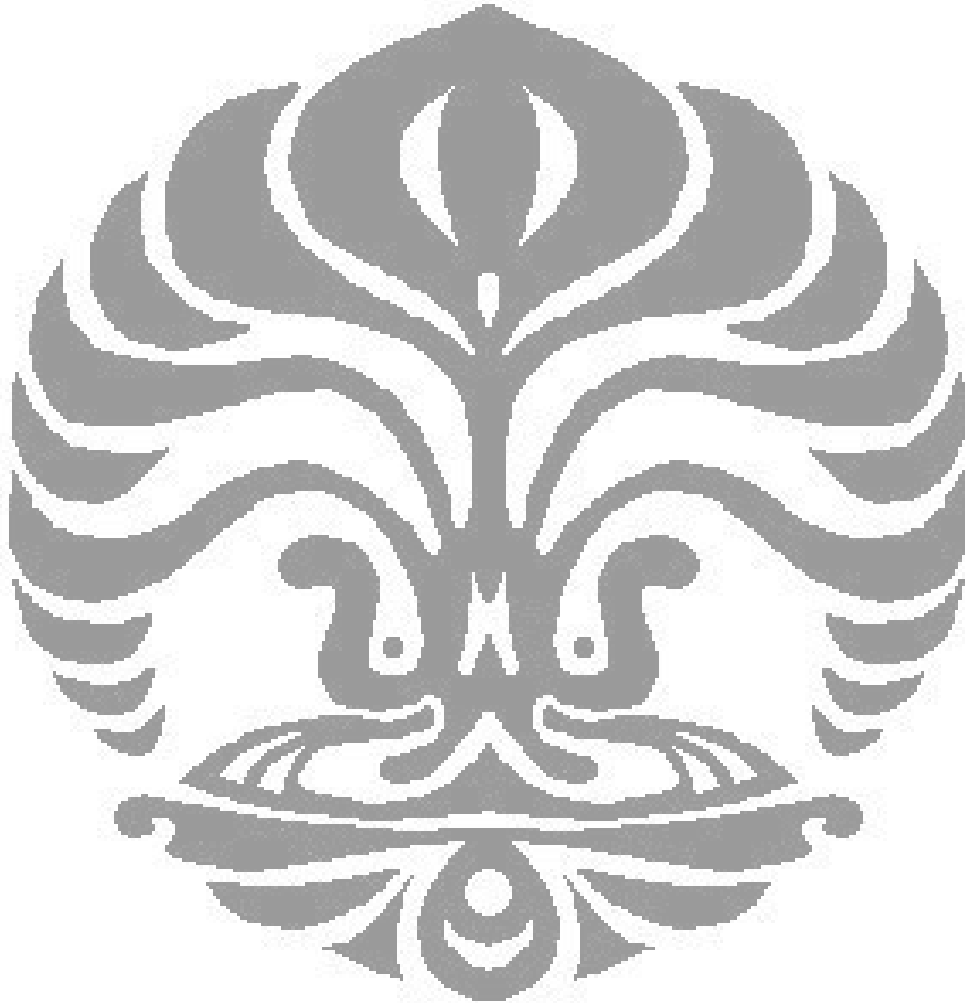
	Hal
HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan Penelitian.....	13
D. Manfaat Penelitian.....	14
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Seksio Sesarea.....	16
B. Perubahan Fisiologi Ibu Post Partum.....	21
C. Respon Fisik Klien Dengan Seksio Sesarea.....	24
D. Respon Psikologis Klien Dengan Seksio Sesarea.....	55
E. Peran Perawat Dalam Mengatasi Nyeri dan Kecemasan....	66
F. Kerangka Teori.....	73
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep.....	74
B. Hipotesis.....	77
C. Definisi Operasional.....	78
BAB IV : METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	82
B. Populasi dan Sampel.....	84
C. Tempat Penelitian.....	87
D. Waktu Penelitian.....	87
E. Etika Penelitian.....	88
F. Alat Pengumpul Data.....	88
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	91
H. Pengolahan Data.....	96
I. Analisa Data.....	97

BAB V :	HASIL PENELITIAN	
	A. Karakteristik Responden.....	99
	B. Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Nyeri dan Kecemasan.....	102
	C. Uji Homogenitas.....	105
	D. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Sebelum Periode Intervensi.....	106
	E. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Setelah Periode Intervensi.....	107
	F. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Sebelum dan Setelah Periode Intervensi Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi	108
	G. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Sebelum dan Setelah Periode Intervensi Antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	111
BAB VI :	PEMBAHASAN	
	A. Interpretasi Hasil Penelitian.....	118
	B. Keterbatasan Penelitian.....	140
	C. Implikasi Keperawatan.....	141
BAB VII :	SIMPULAN DAN SARAN	145
	DAFTAR PUSTAKA	149

DAFTAR TABEL

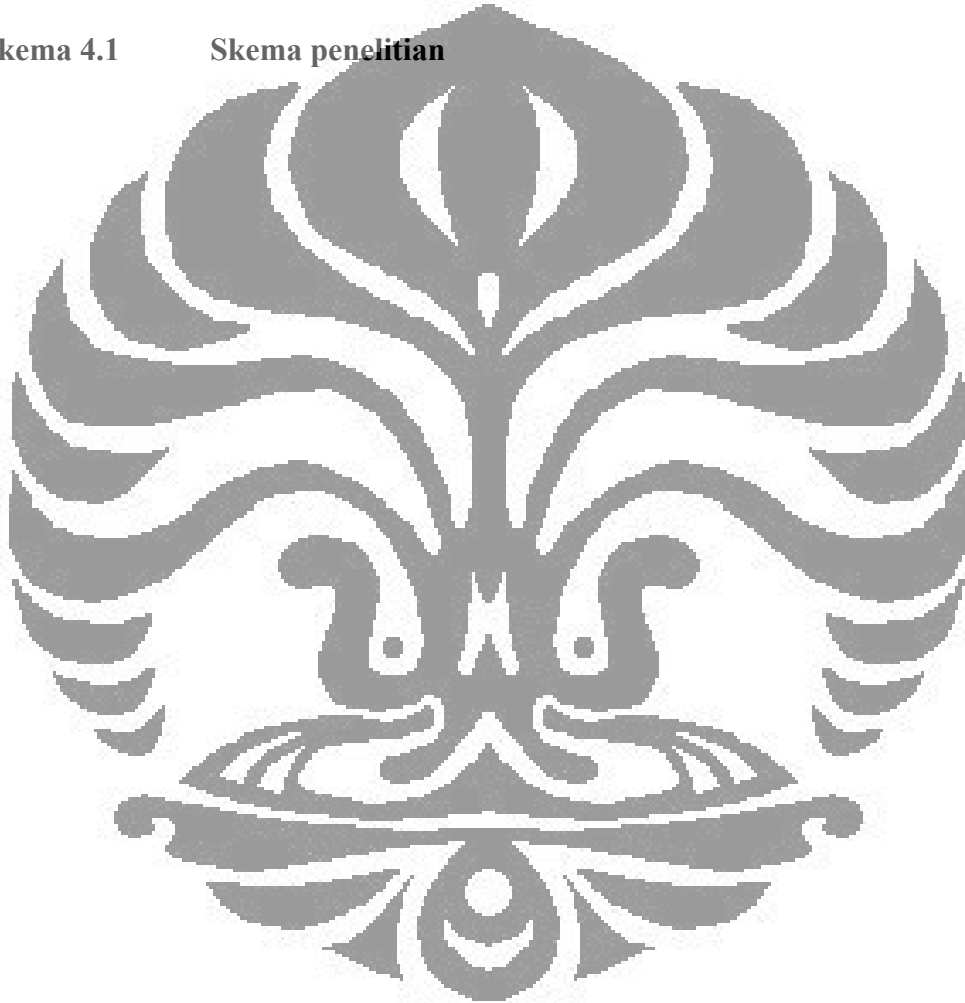
	Hal
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian..... 79
Tabel 4.1	Jadwal Penelitian..... 88
Tabel 5.1	Distribusi responden menurut usia dan paritas di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 99
Tabel 5.2	Distribusi responden menurut pendidikan, pekerjaan, dan indikasi seksio sesarea di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 100
Tabel 5.3	Tabel 5.3. Distribusi responden menurut intensitas nyeri dan kecemasan sebelum intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung April-Juni 2008 (n=60)..... 101
Tabel 5.4	Hubungan karakteristik responden dengan intensitas nyeri dan kecemasan di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 102
Tabel 5.5	Distribusi karakteristik responden antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 105
Tabel 5.6	Distribusi rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum periode intervensi berdasarkan kelompok penelitian, di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 106
Tabel 5.7	Distribusi rata-rata intensitas nyeri setelah periode intervensi berdasarkan kelompok penelitian di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 108
Tabel 5.8	Distribusi rata-rata intensitas nyeri sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi, di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 109
Tabel 5.9	Distribusi rata-rata kecemasan sebelum dan setelah periode Intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)..... 110

Tabel 5.10 Distribusi rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi, di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60).....



DAFTAR SKEMA

		Hal
Skema 2.1	Kerangka teori	75
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	78
Skema 4.1	Skema penelitian	84



DAFTAR GAMBAR

	Hal	
Gambar 2.1	Tipe insisi seksio sesarea	18
Gambar 2.2	Skala Analog Visual (VAS)	44
Gambar 2.3	Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10	44
Gambar 2.4	Skala FACES Pain Rating Scale (FPRS)	45
Gambar 2.5	Respon relaksasi	55



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Lembar penjelasan penelitian
- Lampiran 2** Lembar kuesioner : karakteristik responden
- Lampiran 3** Kuesioner intensitas nyeri
- Lampiran 4** Kuesioner dan observasi tingkat Kecemasan
- Lampiran 5** Protokol intervensi pemberian terapi teknik benson relaksasi
- Lampiran 6** Leaflet intervensi pemberian terapi teknik benson relaksasi
- Lampiran 7** Output hasil univariat dan bivariat



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tindakan pembedahan merupakan suatu tindakan yang dapat mengancam integritas seseorang, baik bio-psiko-sosial maupun spiritual, yang bersifat potensial ataupun aktual. Setiap tindakan pembedahan dapat menimbulkan respon ketidaknyamanan berupa rasa nyeri. Nyeri merupakan suatu keadaan yang subjektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun nonverbal (Engram, 1998). Disamping itu nyeri merupakan pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan. Pengalaman nyeri seseorang merupakan gabungan dari fisiologis dan psikologis dan bukan merupakan kerusakan jaringan yang menetap (Schechter, Berde & Yaster, 1993). Nyeri dapat dijadikan alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.

Banyak tindakan pembedahan yang dapat merangsang timbulnya rasa nyeri, salah satunya adalah tindakan seksio sesarea atau bedah *caesar*. “Bedah *caesar* adalah operasi untuk mengeluarkan bayi lewat perut ibu” (Duffet & Smith, 1992, hlm 2). Ada beberapa alasan mengapa dilakukan tindakan bedah ini pada ibu hamil. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bergholt, Stenderup, Vedsted, Helm dan Lenstrup (2003) diperoleh hasil bahwa penyebab dilakukan tindakan seksio sesarea pada ibu hamil adalah adanya berat badan bayi lebih dari normal, distress janin, distosia, *placenta previa*, abrusio plasenta, penurunan persentasi janin yang masih

tinggi, dan malposisi (Intraoperative surgical complication during cesarean section: An observational study of the incidence and risk factors, <http://www.blackwell-synergy.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Selain alasan tersebut diatas, adanya keinginan ibu sendiri untuk melahirkan dengan seksio sesarea walaupun tidak adanya indikasi untuk dilakukan operasi tersebut merupakan penyebab dilakukannya tindakan pembedahan ini (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991; Wiklund, Edman, Larsson & Andolf, 2006). Menurut Wiklund dan Ingela (2007) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa para wanita yang meminta seksio sesarea tanpa adanya indikasi medis/obstetrik memiliki aspek yang berbeda dibanding dengan mereka yang melahirkan pervaginam dengan mempertimbangkan aspek usia, rencana keluarga masa depan, faktor psikologis, dan resikonya (Wiklund & Ingela, 2007, caesarean section on maternal request : personality, fear of childbirth and signs of depression among first-time mothers, <http://diss.kib.ki.se> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008).

Tindakan seksio sesarea ini dapat menimbulkan masalah yang cukup kompleks bagi klien, baik secara fisik, psikologis, sosial dan spiritual, dimana masalah itu tidak berdiri sendiri melainkan masing-masing komponen sub sistemnya saling mempengaruhi. Dampak fisiologis yang sering muncul adalah rasa nyeri, kelemahan, gangguan integritas kulit, nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidaknyamanan akibat perdarahan, resiko infeksi, dan sulit tidur (Duffet & Smith, 1992).

Rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan seksio sesarea terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus. Nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung syaraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sloman, Rosen, Rom & Shir (2005) ditemukan bahwa 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi.

Lamanya nyeri dapat berlangsung 24 sampai 48 jam, tapi dapat juga berlangsung lebih lama tergantung dari bagaimana klien dapat menahan dan berespon pada rasa nyeri tersebut. Menurut Karlstrom (2007) dalam penelitiannya yang berjudul *postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care* diperoleh hasil bahwa wanita mengalami tingkat nyeri dengan intensitas tinggi selama 24 jam pertama post seksio sesarea. Pada penelitian ini, tidak ditemukan adanya perbedaan intensitas nyeri antara klien yang dilakukan seksio sesarea elektif dengan seksio sesarea emergensi (Karlstrom, Olofsson, Norbergh, Sjoling & Hildingsson, 2007). Selain itu, rasa nyeri yang dialami oleh klien dengan tindakan seksio sesarea dilaporkan terjadi lebih lama dibandingkan dengan wanita yang melahirkan pervaginam (Childbirth Connection, 2008, cesarean section: best evidence: c-section <http://www.childbirthconnection> diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Nyeri akan menimbulkan rasa tidak nyaman dan bila tidak segera diatasi dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan..

Hal ini terjadi karena nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan baik fisik maupun psikis. Nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan berbagai respon, seperti tidak mampu bernafas dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur, sehingga dapat mengganggu proses penyembuhan (Smeltzer & Bare 2002).

Selain dampak fisiologis, dapat ditemukan pula dampak psikologis. Dampak psikologis yang sering terjadi pada klien post seksio sesarea adalah kecemasan. Kecemasan merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan kondisi psikologis. Kecemasan (*anxiety*) adalah pengalaman manusia yang universal, suatu respon emosional (afektif) yang tidak menyenangkan dan penuh kekhawatiran, suatu rasa takut yang tidak terekspresikan dan tidak terarah karena suatu ancaman atau pikiran tentang sesuatu yang akan datang, yang tidak jelas dan tidak teridentifikasi (Kaplan dan Sudock, 1996). Selain itu, kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara objektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal (Stuart & Sundeen, 1998).

Ada dua faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan, yaitu faktor fisik dan faktor psikologis (Academi for Guided Imagery, 2002, research findings using guided imagery for anxiety, <http://www.Academyforguidedimagery> diperoleh tanggal 31 Januari 2008). Penyebab kecemasan secara fisik dapat terjadi

karena adanya rasa nyeri setelah dilakukan seksio sesarea. Dalam penelitiannya Wiklund dan Ingela (2007) menemukan bahwa 43% para wanita dengan seksio sesarea mengalami kecemasan yang signifikan (Wiklund & Ingela, 2007, Caesarean section on maternal request: Personality, fear of childbirth and signs of depression among first-time mothers, <http://diss.kib.ki.se> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008).

Bila seseorang sedang mengalami kecemasan, gejala yang ditimbulkan bisa menjadi gejala subjektif yang hanya dapat dirasakan oleh penderita itu sendiri, disertai dengan gejala fisiologis yang dapat diperiksa dengan objektif. Gejala subjektif dapat berupa rasa takut, khawatir, perasaan sedih, tertekan, gelisah, serta tidak dapat berpikir dan memusatkan perhatian. Sedangkan gejala fisiologisnya disebabkan oleh perangsangan susunan saraf simpatis dan peningkatan sekresi hormon nor-epineprin (adrenalin) seperti berkeringat banyak, ketegangan otot, tekanan darah yang meningkat, jantung berdebar, sulit makan, susah tidur, sesak nafas, mudah tersinggung, serta nyeri pada daerah ulu hati. Akibat dari ketegangan otot tersebut dapat menimbulkan peningkatan kebutuhan metabolik klien yang berkontribusi terhadap terjadinya asidosis sehingga dapat mempengaruhi keseimbangan metabolisme tubuh (Perez dalam May, 1990).

Adanya rasa cemas dan nyeri akibat luka post seksio sesarea tersebut menyebabkan klien nampak kelelahan, persepsi terhadap waktu menurun, kurang percaya diri, ketakutan, serta merasa kehilangan harga diri. Selain itu, klien menjadi kurang yakin akan kemampuan dirinya dalam mengontrol emosi, ketidak

mampuan merawat bayi, serta dapat menimbulkan perasaan takut pada klien akan mengalami nyeri yang sama pada persalinan berikutnya (Duffet & Smith, 1992). Dengan demikian apabila hal ini tidak segera diatasi, maka akan muncul masalah pada ibu dan bayinya tersebut.

Pengaruh yang kurang baik pada klien maupun bayi akibat rasa cemas, tegang dan nyeri pada proses persalinan menyebabkan dilakukannya bermacam-macam usaha untuk mengatasi rasa cemas dan nyeri tersebut. Beberapa cara yang dilakukan tidak saja bertujuan untuk mengurangi komponen psikologis atau subyektif rasa cemas dan nyeri, tetapi juga mencegah timbulnya perubahan pada beberapa sistem fisiologis tubuh (Asri dalam Muhimin, 1996). Begitu pula pada klien post seksio sesarea, perlu adanya penanganan yang adekuat untuk meminimalkan rasa nyeri dan cemas yang dialami oleh klien, sehingga dampak dari masalah tersebut tidak meluas.

Selama ini banyak cara yang dikembangkan untuk menanggulangi masalah kecemasan dan nyeri pada klien dengan luka post seksio sesarea baik dengan pendekatan farmakologi maupun non-farmakologi. Menurut Yerby (2000); Hinchliff, Montague dan Watson (1996); Gorrie, McKinney dan Murray (1998) metode non-farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dapat dilakukan adalah pemberian informasi, sentuhan, pijatan, sentuhan *therapeutik*, *guide imagery*, relaksasi, hipnosis, *hidrotheraphy*, *accupressure*, *acupunctur*, aroma terapi, *transcutaneus electrical nervus stimulatio*, dukungan emosi, sehingga rasa cemas dan tegang serta nyeri yang dirasakan klien akan berkurang.

Beberapa cara nonfarmakologi yang bisa membantu menurunkan intensitas nyeri pada klien post seksio sesarea dan berada pada wewenang perawat adalah seperti: tehnik relaksasi, tehnik distraksi, *guided imagery*, *massage*, dan lain-lain. Salah satu cara yang cocok untuk menurunkan intensitas nyeri dan cemas pada klien post seksio sesarea tersebut adalah dengan melatih klien untuk relaksasi (Mander, 2004).

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau mengurangi kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta secara tidak langsung dapat mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Kozier & Olivieri, 1996). Keuntungan relaksasi adalah dapat mengatasi tekanan darah tinggi dan ketidak teraturan denyut jantung, mengurangi nyeri kepala, nyeri punggung, dan nyeri lainnya serta mengatasi gangguan tidur (Benson & Proctor, 2002).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri paska operasi (Lorenzi, 1991). Hal ini ditunjang oleh Carroll dan Seers dalam penelitiannya yang menemukan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan penurunan nyeri antara kelompok yang diberikan intervensi relaksasi dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan, dimana relaksasi ditemukan dapat menurunkan nyeri dengan $p < 0.05$ (Carroll & Seers, 1998, Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review, <http://www.blackwell-synergy.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008). Nesami dalam penelitiannya menemukan hal yang serupa dimana teknik relaksasi ini efektif dalam mengurangi nyeri (Nesami,

Masoumeh, Bandpei, Mohammad, Azar & Masoud, 2006, The effect of Benson Relaxation Technique on rheumatoid arthritis patients: Extended report, <http://pt.wkhealth.com/pt/re/ijnp/abstract> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Khanna, dalam penelitiannya mendapatkan bahwa latihan relaksasi secara signifikan dapat menurunkan nadi yang tinggi akibat nyeri dengan $p < 0.05$ (Khanna, Paul & Sandhu, 2007, Efficacy of two relaxation techniques in reducing pulse rate among highly stressed females, <http://openmed.nic.in/2132/01/e3.pdf> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Penelitian lain yang telah dilakukan berkaitan dengan teknik relaksasi antara lain yang dilakukan oleh Siegel dan Peterson (1990) menunjukkan bahwa latihan relaksasi dan *imagery* memberikan hasil yang lebih baik terhadap penurunan kecemasan dan ketidaknyamanan. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Nocella dan Kaplan (1982) menunjukkan bahwa relaksasi lebih baik daripada pengalihan perhatian dimana efeknya dapat menurunkan ketegangan emosi responden.

Beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa kecemasan menurun secara signifikan setelah dilakukan latihan relaksasi. Latihan relaksasi ini selain perawatannya murah juga merupakan cara yang efektif bagi klien untuk berpartisipasi secara aktif didalam mengatasi masalah kecemasan (Academi for Guided Imagery, 2002, research findings using guided imagery for anxiety, <http://www.academyforguidedimagery.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Di Indonesia sendiri sudah ada beberapa penelitian mengenai pengaruh tehnik relaksasi dalam menurunkan nyeri dan kecemasan ini, antara lain penelitian Sukowati (2007) tentang efektifitas paket rileks terhadap rasa nyeri ibu primipara kala I fase aktif, dengan $p=0,000$.

Penelitian yang dilakukan oleh Rohmah, membuktikan bahwa tehnik relaksasi secara signifikan efektif dalam mengurangi nyeri akibat injeksi intrakutan, dengan $p =0.000$ (Rohmah, 2007, efektifitas distraksi visual dan pernafasan irama lambat dalam menurunkan nyeri akibat injeksi intrakutan (<http://ners.fk.unair.ac.id/e-journal> diperoleh tanggal 31 Januari 2008). Dewi (2003) dalam penelitiannya yang berjudul pengaruh latihan relaksasi pre-operasi terhadap intensitas nyeri post operasi bedah sedang menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna dari latihan relaksasi yang diajarkan pada intensitas penurunan nyeri dengan $p<0.000$. Selain itu Fadilah, tentang penatalaksanaan terapi latihan pada kondisi post seksio sesarea akibat kala II lama di RSUD DR. Moewardi Surakarta menemukan bahwa dengan pemberian terapi latihan dalam *class exercise* yang dilakukan secara bertahap, dapat mengurangi nyeri pada luka insisi post operasi (Fadilah, 2007, penatalaksanaan terapi latihan pada kondisi post seksio sesarea akibat kala II lama di RSUD DR. Moewardi Surakarta, <http://digilib.ums.ac.id/go.php> diperoleh tanggal 4 February 2008).

Penelitian tentang pengaruh tehnik relaksasi pada klien post seksio sesarea sendiri pernah dilakukan oleh Anggorowati (2006) dengan menggunakan “paket spirit” yang terdiri dari gabungan kegiatan tehnik nonfarmakologik yaitu : *guide*

imagery, tehnik relaksasi, dan terapi musik religi. Hasil penelitian diperoleh bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol ($p=0.00$) dimana rata-rata nyeri sebelum intervensi menurun setelah dilakukan intervensi dalam kelompok intervensi, dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Peneliti melihat bahwa intervensi pada penelitian Anggorawati tersebut memerlukan waktu dan tenaga yang banyak. Selain itu pada penelitian tersebut, respon kecemasan yang sering menyertai klien post seksio sesarea tidak diteliti, padahal tehnik nonfarmakologik yang digunakan oleh peneliti tersebut selain dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri, juga dipercaya dapat menurunkan tingkat kecemasan.

Salah satu tehnik relaksasi yang sederhana, mudah pelaksanaannya, dan tidak memerlukan banyak biaya adalah tehnik Benson relaksasi, dimana relaksasi ini merupakan penggabungan antara tehnik respon relaksasi dengan sistem keyakinan individu (*faith factor*). Fokus dari relaksasi ini adalah pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri (Benson & Proctor, 2000).

Perawat maternitas mempunyai posisi penting dalam membantu memenuhi kebutuhan klien post seksio sesarea terkait dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan mengurangi nyeri dan mengurangi atau menghilangkan kecemasan. Untuk itu perawat harus dapat mengenali gejala kecemasan dan

mengurangi kecemasan pada wanita dengan luka post seksio sesarea. Perawat maternitas harus pula memahami efek dari nyeri serta memiliki pengetahuan tentang bagaimana strategi untuk menurunkan rasa nyeri yang sesuai. Peran perawat adalah untuk mengidentifikasi tingkat nyeri dan cemas serta berusaha untuk menurunkan intensitas tersebut. Peran perawat tidak hanya berkolaborasi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya, tetapi juga memberikan intervensi untuk menurunkan intensitas nyeri dan cemas, mengevaluasi pengaruh intervensi, bertindak sebagai advokat dan pendidik bagi klien dengan cara mengajarkan mereka untuk mengatasi nyeri dan cemas, salah satunya dengan melatih tehnik Benson relaksasi.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang nifas RS Cibabat Cimahi, peneliti melihat bahwa di ruangan nifas dengan kapasitas 20 tempat tidur selalu penuh dengan klien baru melahirkan, baik melalui seksio sesarea ataupun pervagina. Padahal jumlah perawat yang ada diruangan tersebut hanya 16 orang termasuk kepala ruangan, sehingga aspek khususnya penurunan nyeri dan cemas secara nonfarmakologi seperti menarik nafas dalam tidak dilakukan.

Peneliti juga memperoleh data melalui wawancara pada 5 orang klien dengan post seksio sesarea bahwa semua klien merasakan nyeri pada hari pertama setelah operasi yang berada pada skala nyeri 6-7 dan meminta obat penurun rasa nyeri untuk menghilangkan nyerinya tersebut, 4 dari 5 orang klien mengalami rasa cemas karena nyeri akibat operasi, 3 dari 5 orang klien mengatakan merasa cemas dan bertanya apakah luka operasi dapat segera sembuh atau masih lama. Tiga

klien lain saat ditanya apakah ia mengetahui tentang cara mengatasi nyeri setelah operasi, klien mengatakan bahwa ia hanya diberitahu kalau nyeri harus tarik nafas dalam, tetapi tidak diberi latihan bagaimana caranya. Hasil observasi pada 3 perawat ruangan, terlihat bahwa untuk mengatasi nyeri yang dirasakan klien adalah dengan memberikan obat analgetik dan 1 orang perawat menganjurkan klien yang telah dilakukan tindakan seksio sesarea untuk menarik nafas dalam saat nyeri timbul.

Data di atas menunjukkan bahwa klien masih memiliki keterbatasan informasi mengenai cara mengatasi nyeri dan cemas setelah operasi. Selain itu di Ruang nifas ini belum dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri dan kecemasan pada klien dengan luka post seksio sesarea. Hasil studi pendahuluan tersebut menunjukkan bahwa informasi yang disampaikan belum memenuhi kebutuhan klien secara komprehensif.

Sehubungan dengan permasalahan adanya rasa nyeri dan kecemasan, belum adanya penelitian mengenai pengaruh tehnik Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea, dan melihat padatny aktifitas perawat dengan jumlah sumber daya perawat yang masih terbatas di ruangan nifas tersebut, maka peneliti merasa tertarik untuk meneliti mengenai pengaruh tehnik Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea, mengingat tehnik ini relatif mudah, tidak memerlukan biaya, serta tidak memakan waktu yang banyak dalam pelaksanaannya (Zalaquett & McCraw, 2000,

Comparison of methods, <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/relax> diperoleh tanggal 13 Maret 2008).

B. Rumusan Permasalahan

Masalah yang terjadi pada klien post seksio sesarea diantaranya adalah adanya rasa nyeri serta cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri tersebut. Penatalaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dengan post seksio sesarea saat ini belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan klien, terutama latihan mengenai cara mengurangi rasa nyeri dan kecemasan klien.

Perawat maternitas mempunyai peran yang penting dalam membantu mengurangi rasa nyeri dan cemas klien post seksio sesarea, salah satunya melalui pemberian latihan Benson relaksasi. Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan pada latar belakang, maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah: “Bagaimana pengaruh latihan teknik Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea di Rumah Sakit (RS) Cibabat Cimahi dan Rumah Sakit (RS) Sartika Asih Bandung”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh latihan teknik Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan: usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea.
- b. Menganalisis hubungan antara karakteristik responden dengan intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea.
- c. Menganalisis perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- d. Menganalisis perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- e. Menganalisis perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- f. Menganalisis perbedaan rata-rata penurunan intensitas nyeri dan respon kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- g. Menganalisis pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, dan pekerjaan terhadap penurunan intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan keperawatan

Setelah diketahui pengaruh tehnik Benson relaksasi terhadap nyeri dan kecemasan klien dengan post seksio sesarea, diharapkan tehnik ini dapat dimanfaatkan oleh perawat sebagai salah satu metoda alternatif dalam mengatasi masalah nyeri dan kecemasan pada klien dengan post seksio sesarea.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan masukan bagi pimpinan RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih, khususnya dalam membuat kebijakan mengenai upaya penanganan nyeri dan kecemasan pada klien post seksio sesarea.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu keperawatan, khususnya keperawatan maternitas terkait topik penurunan intensitas nyeri dan respon kecemasan pada klien dengan post seksio sesarea dengan tehnik Benson relaksasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Seksio Sesarea

1. Pengertian

Seksio sesarea atau *caesarean section*, diambil dari kata *caesarean* berasal dari bahasa latin yang berarti memotong (Ladewig, London & Olds, 2000). Menurut Duffet dan Smith (1992) mengatakan bahwa seksio sesarea atau bedah *Caesar* adalah operasi untuk mengeluarkan bayi lewat perut ibu. Seksio sesarea merupakan proses persalinan bayi melalui pembedahan dengan insisi abdomen dan uterus (Benson, 1993; Ladewig, London & Olds, 2000; Parliament, 2002; Hamilton, 2007; Kasdu, 2003). Sedangkan Wiknjosastro (2005) mengatakan bahwa seksio sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

2. Indikasi

Indikasi dilakukannya seksio sesarea pada klien adalah: adanya distosia, *Cephalo Pelvic Disporportion* (CPD), letak tranverse/obliq, plasenta previa, abrusio plasenta, prolaps tali pusat, preeklamsi berat, distress janin (termasuk janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat), gagal proses persalinan, kehamilan ganda, persentasi bokong dengan riwayat seksio, seksio ulang, tumor jalan lahir

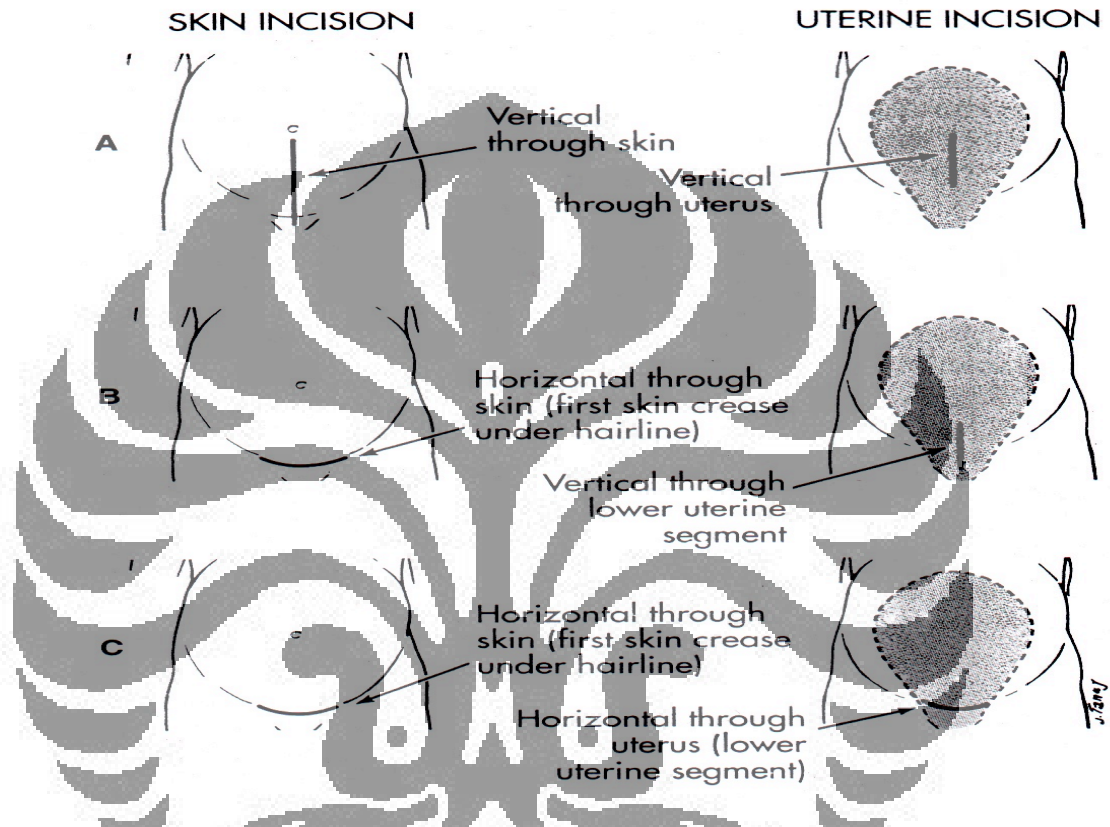
yang menimbulkan obstruksi, stenosis serviks/vagina, dan ruptura uteri membatat. Indikasi lain adalah takut persalinan pervaginam, takut pelvik menjadi rusak, pengalaman buruk melahirkan pervaginam, usia ibu lebih dari 35 tahun, dan herpes genital aktif (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999; Duffet & Smith, 1992; Ladewig, London & Olds, 2000; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2005). Dengan memperhatikan indikasi tersebut, maka tindakan seksio sesarea dapat bersifat emergensi atau dapat pula direncanakan oleh klien (elektif).

3. Tipe

Menurut Wiknjosastro (2005) ada dua tipe insisi seksio sesarea, yaitu seksio sesarea klasik dan seksio sesarea transperitoneal profunda. Begitu pula Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) mengatakan, pada umumnya ada dua tipe insisi seksio sesarea, yaitu:

- a. *Types Classic*, dimana insisi dibuat secara vertikal baik pada kulit abdomen maupun uterus.
- b. *Lower-Segmen Cesarean Birth*, dilakukan dengan dua cara, yaitu:
 - 1) Insisi dilakukan pada *lower cervical* dan dibuat secara horizontal pada kulit abdomen, sedangkan pada uterus dibuat secara vertikal.
 - 2) Insisi dilakukan pada *lower cervical* dan dibuat secara horizontal baik pada kulit abdomen maupun uterus., seperti terlihat pada gambar 2.1 dibawah ini.

Gambar 2.1. Tipe Insisi Seksio Sesaria.



Sumber: Lowdermilk, Perry & Bobak (2000).

Keterangan :

A. *Types Classic*. B. *Types low cervical*: insisi horizontal pada kulit dan vertikal pada uterus. C. *Types low cervical*: insisi horizontal pada kulit dan uterus.

4. Persiapan

Persiapan sebelum dilakukannya seksio sesarea antara lain adalah: pilihan anestesi, keterlibatan ayah atau orang lain yang dibutuhkan oleh ibu pada proses persalinan dan pemulihan post operasi, persiapan untuk kontak dengan bayi dan menyusui.

Informasi yang diberikan sebelum prosedur operasi, meliputi: prosedur persiapan operasi, deskripsi rencana persalinan, kondisi apa yang sedang terjadi, mengapa tindakan perlu dilakukan pada klien, dan sensasi apa yang dirasakan setelah operasi dilakukan, peran orang lain, interaksi dengan bayi baru lahir, fase pemulihan, dan fase post operasi (Ladewig, London & Old, 2000).

5. Penggunaan Anastesi Pada Seksio Sesarea

Analgesia yang dapat digunakan pada klien post seksio sesarea adalah morphine dan analgetik lain dalam bentuk supositoria (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999), sedangkan anastesi yang digunakan adalah :

- a. Epidural blok: seperti bupivacaine (marcaine, sensorcaine), lidocaine (xylocaine).
- b. Spinal blok: seperti procaine hydrochloride (novocain), teracaine (pontocaine).
- c. General: seperti nitrous oxide, halothane/fluothane, enflurane/ethrane, isoflurane/florane (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999; Monahan, Neighbors, Sands, Marek & Green, 2007).

6. Komplikasi

Pada penelitian yang dilakukan oleh Bergholt , Stenderup, Vedsted, Hellm dan Lenstrup (2003) menunjukkan bahwa rata-rata komplikasi intra operasi sesarea adalah 12, 1%. Menurut Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) masalah yang biasanya muncul setelah dilakukannya operasi adalah: terjadinya aspirasi (25-50%), emboli pulmonari, perdarahan, infeksi pada luka, gangguan rasa nyaman

nyeri, infeksi uterus, infeksi pada traktus urinarius, cedera pada kandung kemih, tromboflebitis, infark dada, dan pireksia. Apabila masalah tersebut tidak segera diatasi, maka masalah menjadi memanjang dan dapat menimbulkan masalah baru seperti: pembentukan *adhesion* (perlengketan), obstruksi usus, nyeri pelvik, dan kesulitan penggunaan otot untuk sit-up.

Adanya masalah fisik tersebut diatas menyebabkan waktu tinggal klien di rumah sakit menjadi lebih lama, hal ini dapat menimbulkan komplikasi psikososial, seperti: terganggunya hubungan dengan anggota keluarga karena klien berpisah dari keluarga dan bayinya, serta perasaan sakit saat menyusui. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Karlstrom, Olofsson, Norbergh, Sjoling dan Hildingsson (2007) menemukan bahwa nyeri post seksio sesarea memiliki dampak yang negatif pada *breastfeeding* dan perawatan bayinya.

Selain itu, resiko kematian maternal akibat seksio sesarea lebih tinggi dibandingkan dengan melahirkan pervagina. Data menunjukkan bahwa kira-kira 1-2 kematian maternal per 1000 kelahiran melalui seksio sesarea dibandingkan dengan kematian akibat melahirkan pervaginam hanya 0.06 kematian per 1000 kelahiran pervagina (Depp, 1996 dalam Ladewig, London, Olds, 2000).

7. Pemulihan Setelah Seksio Sesarea

Menurut Deardorff (2007) setiap individu mengalami pemulihan yang berbeda-beda, tergantung dari usia, tipe operasi, tipe tubuh, dan kesehatan secara umum.

B. Perubahan Fisiologis ibu Post Partum

Perubahan fisiologis dan psikologis ibu post partum menurut Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) adalah sebagai berikut :

1. Sistem Reproduksi

Uterus berinvolusi dengan cepat setelah ibu melahirkan, uterus kembali ke ukuran normal dalam waktu 6-8 minggu. Setelah kala 3 selesai, uterus berada pada pertengahan abdomen dan sekitar 1 cm dibawah umbilikus. Dua belas jam setelah melahirkan, tinggi fundus kira-kira 2 cm dibawah umbilikus. Ukuran uterus pada minggu pertama postpartum adalah 500 gram, minggu kedua 350 gram, dan enam minggu postpartum adalah 50-60 gram. Aktivitas uterus selama 1-2 jam postpartum berangsur berkurang dan mulai stabil, akan terjadi relaksasi-kontraksi yang menimbulkan *afterpain* yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dari kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting/isapan bayi. Selain itu, tuba fallopi menjadi atropi karena rendahnya kadar estrogen pada dua minggu postpartum.

Lokhea pada hari pertama sampai dengan hari ke tiga berwarna merah (*lochea rubra*) yang terdiri dari darah, desidua, debris tropoblast. *Lochea serosa* keluar setelah 3-4 hari berwarna pucat, merupakan darah encer, terdiri dari darah tua, serum, leukosit, jaringan debris. Pada hari ke 10 lokhea menjadi cairan putih/kekuningan (*lochea alba*) yang terdiri dari leukosit, desidua, epitel,serum, mucus. Lokhea ini dapat berlanjut sampai dengan 2-6 minggu.

Vagina dan perineum mengalami perubahan setelah postpartum, dimana akan kembali seperti semula pada 6-8 minggu setelah melahirkan. Rugae akan kembali setelah 4 minggu melahirkan meskipun tidak sejas rugae pada nulipara.

2. Endokrin

Penurunan kadar hormon yang cepat setelah plasenta dikeluarkan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa post partum. Human placental lactogen (hPL) dan kortisol mengalami penurunan, estrogen turun sampai 10%, progesterone juga mengalami penurunan, sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan yang dipengaruhi oleh menyusui.

3. Urinarius

Selama proses melahirkan, kandung kemih akan mendapatkan trauma yang dapat mengakibatkan edema dan kehilangan sensitivitas terhadap cairan. Perubahan ini dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih. Biasanya klien mengalami ketidakmampuan buang air kecil pada 2 hari pertama setelah melahirkan. Penimbunan cairan dalam jaringan selama kehamilan dikeluarkan melalui diuresis, biasanya dimulai dalam 12 jam setelah melahirkan, akibat dari diuresis akan mengalami penurunan berat badan 2,5 kg pada periode *early* post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan.

4. Sistem Pencernaan

Setelah melahirkan, ibu akan merasa lapar dan haus terus. Ibu juga sering mengalami ketidak nyamanan pada bagian perineum akibat adanya episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Sedangkan pemulihan defekasi secara normal terjadi lambat dalam waktu 1 minggu. Hal ini disebabkan penurunan motilitas usus dan gangguan kenyamanan pada perineum.

5. Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam akan mengalami kehilangan darah sebanyak 300-400 cc; sedangkan persalinan dengan seksio sesarea akan mengalami dua kali lipatnya. Selain itu, ibu akan kehilangan volume plasma pada 72 jam pertama postpartum, peningkatan hematokrit pada hari ke 7 yang akan kembali pada 4-5 minggu postpartum, trombotosis mengalami peningkatan, jumlah leukosit mengalami peningkatan sampai 12.000/mm², begitu juga *cardiac output* sehingga sering terjadi bradikardi.

Tanda vital akan mengalami penurunan dibawah normal setelah 4 hari melahirkan. Fungsi respirasi kembali pada keadaan seperti sebelum hamil pada 6-8 minggu setelah melahirkan. Diafragma akan kembali normal setelah uterus kembali kekeadaan semula seperti sebelum hamil, *point of maximum impuls* (PMI) dan *electrocardiogram* (ECG) kembali normal.

6. Neurologi

Adanya periode mati rasa dan gatal pada jari –jari terjadi pada 5% ibu postpartum. Ibu postpartum sering mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti: *pregnancy-induced hypertension* (PIH), stress, dan akibat pemberian anesthesia. Nyeri kepala ini akan hilang 1-3 hari atau beberapa minggu tergantung penyebab dan efektifitas dalam perawatan.

7. Muskuloskeletal

Otot-otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot, terlihat pada masa post partum. Peregangan otot-otot pada dinding perut adalah pada muskulus rektus abdominis. Dinding perut sering lembek dan kendur. Akan kembali dalam kurang lebih ± 6 minggu post partum. Dengan latihan maka pengembalian otot-otot kekeadaan semula akan menjadi lebih cepat.

C. Respon Fisik Klien Dengan Seksio Sesarea

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan seksio sesarea akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut maka akan merangsang nyeri yang disebabkan karena: jaringan luka akan mengeluarkan *prostaglandin* dan *leukotriens* yang merangsang susunan syaraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma *extravasation*, sehingga terjadi edema dan mengeluarkan *bradikinin* yang merangsang susunan syaraf pusat dan kemudian diteruskan ke

spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri. Dibawah ini akan dijelaskan mengenai nyeri.

1. Pengertian Nyeri

Menurut Engram (1998), nyeri adalah keadaan yang subjektif dimana seseorang memperlihatkan tidak nyaman secara verbal maupun nonverbal atau keduanya. Definisi nyeri yang dikutip dari Brunner dan Sudarth (2002) dalam Keperawatan Medikal Bedah mengatakan bahwa nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya dan kapanpun individu mengatakannya adalah nyata. Reeder, Martin dan Griffin (1997) mengatakan bahwa nyeri bersifat personal, pengalaman yang subjektif, berbeda dari satu orang dengan lainnya, dan bervariasi pada orang yang sama dari waktu ke waktu. Sedangkan *The International Association for the Study of Pain* mendefinisikan nyeri sebagai "Suatu ketidaknyamanan, bersifat subjektif, sensori dan pengalaman emosional yang dihubungkan dengan aktual dan potensial untuk merusak jaringan atau digambarkan sebagai sesuatu yang merugikan" (*The International Association for the Study of Pain*, 1979, ¶ 2, (<http://wildiris3.securesites.net/web> diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Dari tiga pengertian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, keadaan yang memperlihatkan ketidaknyamanan secara subjektif/individual, menyakitkan tubuh, dan kapanpun individu mengatakannya adalah nyata. Perawat harus berespon pada nyeri yang dirasakan oleh klien, seperti dijelaskan oleh *The*

American Pain Society (2005) yang mengatakan bahwa "Nyeri bukanlah merupakan tanggung jawab klien untuk membuktikan bahwa mereka benar-benar berada dalam keadaan nyeri, hal ini merupakan tanggung jawab dari perawat untuk menerima laporan dari klien tentang adanya sensasi nyeri tersebut" (The American Pain Society, 2005, ¶ 2, <http://wildiris3.securesites.net> diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Besar kecilnya nyeri yang dirasakan oleh seseorang akan berbeda dari satu orang dengan yang lainnya, juga dari persalinan yang satu dengan lainnya (Duffet & Smith, 1992). Jadi, nyeri memiliki sifat yang subjektif bagi setiap individu yang merasakannya.

2. Teori Tentang Nyeri

Ada beberapa teori tentang nyeri, yaitu :

a. Teori *Affect*

Menurut teori ini, nyeri adalah suatu emosi dan intensitasnya tergantung dari bagaimana klien mengartikan nyeri tersebut (Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

b. Teori *Endorphin*

Tubuh memproduksi zat kimia yang disebut *endorphin* untuk menolong tubuh dalam melawan rasa nyeri secara alamiah. *Endorphin* mempengaruhi transmisi impuls nyeri (Reeder, Martin & Griffin, 1997). *Endorphin* memiliki kemampuan serupa narkotik yaitu menghambat rasa nyeri. Zat kimia tersebut muncul dengan cara memisahkan diri dari *deoxyribo nucleid acid* (DNA)

tubuh. DNA adalah substansi yang mengatur kehidupan sebuah sel dan memberikan perintah bagi sel untuk tumbuh atau berhenti tumbuh. Pada permukaan sel terutama sel syaraf terdapat area yang menerima narkotik atau endorphin.

Ketika *endorphin* terpisah dari DNA, *endorphin* membuat kehidupan dalam situasi normal menjadi terasa tidak menyakitkan. *Endorphin* harus diusahakan timbul pada situasi yang menyebabkan rasa nyeri (Lehndorff & Tarcy, 2005). Endorphin mempengaruhi transmisi impuls nyeri dengan cara menekan pelepasan *neurotransmitter* di *presinaps* atau menghambat konduksi impuls nyeri di *postsinaps* (Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

c. Teori *Specificity*

Teori ini mengatakan bahwa ujung syaraf spesifik berkorelasi dengan sensasi seperti sentuhan, hangat, dingin, dan nyeri. Sensasi nyeri berhubungan dengan pengaktifan ujung-ujung syaraf bebas oleh rangsangan mekanik, kimia, dan temperatur yang berlebihan. Sensasi nyeri tersebut berjalan dari kulit dan *spinal cord* menuju pusat nyeri di *thalamic* (Kozier, 1996; Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999).

d. *Pattern Theory*

Teori ini mengatakan bahwa semua serabut syaraf adalah sama. Nyeri dihasilkan karena adanya stimulasi dari reseptor nyeri yang berlebihan pada sel atau keadaan yang patologi (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999).

e. Teori *Intensity*

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap rangsangan reseptor sensasi mempunyai potensi untuk menimbulkan nyeri jika menggunakan intensitas yang cukup (Kozier, 1996).

f. *Gate Control Theory*

Impuls nyeri dapat dikendalikan oleh mekanisme pintu gerbang yang ada di *substantia gelatinosa* pada *dorsal horn spinal cord* untuk melepaskan atau menghambat transmisi nyeri (Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007). Metzack dan Wolf (1995, dalam Kozier, 1996) memperkenalkan *gate control theory* atau teori pintu gerbang sebagai berikut :

- 1) Keberadaan (eksistensi) dan intensitas pengalaman nyeri tergantung pada pengiriman (transmisi) rangsang neurologik.
- 2) Mekanisme pintu terdapat disepanjang sistem syaraf yang mengontrol pengiriman rangsang nyeri.
- 3) Jika pintu terbuka, rangsangan yang dihasilkan dari sensasi nyeri dapat dirasakan secara sadar, jika pintu tertutup rangsang nyeri tidak dapat mencapai batas kesadaran dan sensori nyeri tidak dialami.

Menurut Kozier (1996) ada tiga tipe dasar neurologik yang mempengaruhi terbuka atau tertutupnya nyeri, yaitu sebagai berikut :

1) Tipe I

Tipe ini meliputi aktifitas serabut syaraf yang dipengaruhi oleh sensori nyeri. Jika serabut syaraf berdiameter besar maka akan menutupi pintu

yang dilalui oleh impuls nyeri. Teknik ini dipergunakan untuk mengurangi nyeri dengan cara merangsang kulit dimana terdapat serabut syaraf yang berdiameter besar. Intervensi yang dapat diterapkan oleh teori ini adalah melakukan *massage*, rangsangan panas dingin, perabaan, dan *transcutaneous electric stimulation*.

2) Tipe II

Rangsang dari batang otak mempengaruhi sensasi nyeri karena formasi retikuler di batang otak memonitor pengaturan input sensori. Apabila seseorang menerima rangsang secara terus menerus atau berlebihan, maka batang otak akan mengirimkan impuls untuk menutup pintu sehingga rangsang nyeri dapat dihambat. Intervensi yang dapat diterapkan oleh teori ini adalah tehni distraksi, *guided imagery*, dan visualisasi.

3) Tipe III.

Tipe ini meliputi aktifitas neurologik dalam sensori dan thalamus. Pikiran, emosi, dan ingatan seseorang dapat mengaktifkan impuls nyata yang dapat disadari. Intervensi yang dapat diterapkan dalam teori ini adalah mengajarkan berbagai teknik relaksasi dan pemberian obat analgetik.

Menurut Priharjo (1993), ada tiga gambaran yang membantu dalam penerimaan intensitas nyeri yaitu input emosional dan kognitif yang terus menerus berhubungan dengan stimulasi nyeri, intensitas stimulasi nyeri yang

ditentukan oleh jumlah serabut yang terstimulasi dan frekuensi impuls, dan keseimbangan relatif aktivitas serabut besar terhadap serabut kecil. *Teori gate control* didasari oleh prinsip tentang dua serabut saraf yang keduanya terletak secara “parallel” dengan batang sel pada dorsal ganglia. Serabut besar berefek inhibitor terhadap persepsi nyeri, sedangkan serabut kecil mempunyai efek fasilitatif. Serabut besar atau yang dikenal A beta beraksi terhadap *substansia gelatinosa* pada bagian dorsal sumsum tulang dan menstimulasinya. Sedangkan serabut kecil yang dikenal dengan A delta dan serabut ferifer C dapat mengatasi atau memodifikasi pengaruh serabut besar pada *substansi gelatinosa*. Serabut besar dapat juga bereaksi secara langsung terhadap mekanisme pemrosesan pusat otak. Sinyal diterima bisa berupa inhibitor atau fasilitatif. Bila fasilitatif maka menghasilkan persepsi nyeri, respon otot dan endokrin.

3. Fisiologis Nyeri

Reseptor nyeri terletak pada semua syaraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran yang mengelilingi otak, dan usus. Nyeri digambarkan bermacam, macam, seperti: terbakar, terpotong, tertusuk, dan tikaman (Hinchliff, Montague & Watson, 1996).

Menurut Guyton dan Hall (1997), hampir seluruh jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh

rangsangan kimia, mekanik dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri adalah bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium dan asam asetat, sedangkan enzim *proteolitik* dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal didalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik biasanya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah, sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi, sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang menyebabkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan, kemudian asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri.

Impuls rasa nyeri dari organ yang terkena akan dihantarkan ke SSP melalui dua mekanisme, yaitu : pertama serabut-serabut A delta bermielin halus dengan garis tengah 2-5 μm akan menghantarkan impuls dengan kecepatan 12-30 m/s, serabut ini berakhir pada neuron-neuron pada lamina IV-V, dan yang kedua serabut-serabut tak bermielin dengan diameter 0,5 – 2 μm , serabut ini berakhir pada neuron-neuron lamina I. Impuls nyeri berjalan ke SSP melalui *traktus spinotalamikus* lateral, diteruskan ke girus *post sentral* dari korteks serebri (Guyton & Hall, 1997).

4. Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri seperti fisik (termal, mekanik, elektrik) dan kimia. Apabila ada kerusakan jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh, zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Nyeri kemudian di teruskan ke *Central Nerve System* (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar atau serabut tipe A yang menghasilkan nyeri tertusuk (Hinchliff, Montague & Watson, 1996).

5. Klasifikasi

Nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya adalah adanya luka karena cedera atau operasi (Hinchliff, Montague & Watson, 1996; Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronik didefinisikan sebagai nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya dan berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri ini biasanya

terjadi pada 3-6 bulan (Hinchliff, Montague & Watson, 1996; Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

6. Intensitas Nyeri

Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya, oleh karena itu harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri yang dirasakannya tersebut. Informasi yang diperlukan harus dapat menggambarkan nyeri individual dalam beberapa cara, diantaranya adalah klien diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal atau *visual analog scale* (VAS). Menurut Pasero dan McCaffery (2005); Elkin, Perry dan Potter (2000) umumnya untuk mengukur intensitas nyeri digunakan skala rentang 0-10, dimana : 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10= nyeri buruk sampai tidak tertahankan

7. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi terhadap persepsi dan reaksi nyeri, diantaranya adalah: faktor lingkungan, keadaan umum, endorphin, faktor situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu dan status emosional, *anxietas* dan kepribadian, budaya dan sosial, arti nyeri, usia, fungsi kognitif, dan kepercayaan individu (Prihardjo, 1996; Reeder, Martin, & Griffin, 1997; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Niven, 2002).

a. Lingkungan

Lingkungan akan mempengaruhi persepsi nyeri, lingkungan yang ribut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri (Kozier, Erb & Oliveri, 1996).

b. Keadaan Umum

Kondisi fisik yang menurun seperti kelelahan dan kurangnya nutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi, dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri (Terri, 2000).

c. Endorpin

Tingkatan endorpin berbeda-beda antara satu orang dengan yang lain. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya (Reeder, Martin & Griffin, 1997).

d. Faktor Situasional

Pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar daripada pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh trauma jaringan (Sikorsi & Barker, 2005).

e. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor penting dalam merespon adanya nyeri. Dalam suatu studi dilaporkan bahwa laki-laki dilaporkan kurang merasakan nyeri dibandingkan dengan wanita berdasarkan etnis tertentu (Sikorsi & Barker, 2005).

f. Status emosi

Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri, karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri

lebih cepat disampaikan. Adapun status emosi yang sangat mempengaruhi dalam persepsi rasa nyeri pada individu adalah kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran (Benson & Proctor, 2000).

g. Pengalaman yang lalu

Adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan mempengaruhi respon nyeri pada klien. Contohnya adalah pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respon nyeri (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

h. Ansietas dan Kepribadian

Ansietas mempunyai efek yang besar, baik terhadap kualitas maupun terhadap intensitas pengalaman nyeri, dimana klien yang gelisah lebih sensitif terhadap nyeri dan mengeluh nyeri lebih sering dibandingkan dengan klien lain (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Dalam penelitiannya, Walding (1991 dalam Niven, 2002) menemukan bahwa ada hubungan antara nyeri, ansietas, dan perasaan tidak berdaya, dimana ketiga faktor ini saling mempengaruhi satu sama lain. Menurut Melzack (1973 dalam Niven, 2002), ketakutan akan nyeri atau antisipasi terhadap tingkat nyeri yang tinggi akan meningkatkan ansietas, yang sebaliknya akan menyebabkan lingkaran yang terus berputar, dimana dengan meningkatnya ansietas akan menyebabkan peningkatan sensitifitas nyeri.

i. Budaya dan sosial

Menurut Hinchliff, Montague dan Watson (1996); Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000), budaya memiliki peran dalam mentoleransi nyeri. Aspek ini sangat berpengaruh besar pada psikologis seseorang dalam mempersepsikan nyeri. Dalam penelitian Sloman, Rosen, Rom dan Shir (2005) menemukan bahwa faktor budaya memberikan pengaruh terhadap persepsi nyeri.

Melzack (1973, dalam Niven, 2002) memberikan bukti tentang bagaimana budaya dapat mempengaruhi pada pengalaman nyeri seseorang, dimana klien yang berbangsa yahudi lebih sering mengeluh nyeri dibandingkan dengan klien yang berbangsa spanyol. Kemudian Zborowski (1969, dalam Niven, 2002) melaporkan bahwa ekspresi perilaku nyeri berbeda antara satu kelompok etnik klien dengan kelompok lain di suatu lingkungan rumah sakit. Perbedaan tersebut dianggap terjadi akibat sikap dan nilai yang dianut oleh kelompok dalam suatu budaya. Dalam penelitiannya, Davitz dan Davitz (1985, dalam Niven, 2002) menunjukkan dengan jelas bahwa ada satu aspek penting yang dipercayai para perawat Amerika tentang faktor yang mempengaruhi nyeri bagi klien mereka, yaitu latar belakang etnik dan agama mereka.

j. Usia

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia, dimana semakin bertambah usia maka semakin dapat mentoleransi rasa nyeri yang timbul, karena kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri seringkali berkembang dengan bertambahnya usia (Niven, 2002; Howe, 1992).

k. Arti Nyeri

Nyeri memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi. Arti nyeri meliputi: Kerusakan, komplikasi, penyakit baru, berulangnya penyakit, penyakit fatal, meningkatnya ketidak mampuan, dan kehilangan mobilitas tersebut (Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

l. Fungsi Kognitif

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lander (1992) ditemukan bahwa ingatan akan nyeri tidak selalu akurat dan setiap klien mempunyai strategi koping yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan.

m. Kepercayaan

Kepercayaan terhadap agama dapat mempengaruhi bagaimana individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Individu kemungkinan mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukannya (Hazinski, 1992).

9. Persepsi Nyeri

Banyak teori berusaha untuk menjelaskan tentang dasar neurologis dari nyeri, namun tidak ada satupun teori yang dapat menjelaskan secara sempurna bagaimana nyeri ditransmisikan, menjelaskan kompleksitas dari jaras yang mempengaruhi transmisi

impuls nyeri, sensasi nyeri, serta perbedaan individu dalam sensasi nyeri (Hinchliff, Montague & Watson, 1996)

Ketika rangsangan nyeri bereaksi pada kortek serebral, otak menginterpretasikan isyarat, memproses informasi berdasarkan pengalaman, pengetahuan, dan budaya, serta perasaan tentang nyeri. Kemudian, persepsi akan menyadari tentang nyeri. *Somatosensory cortex* mengidentifikasi lokasi dan intensitas nyeri, bersama kortek menentukan bagaimana individu menginterpretasikan nyeri tersebut (Hamilton, 2007, *Pain and Symptom Management*. ¶ 5. <http://wildiris3.securesites.net/web> diambil tanggal 30 Januari 2008).

Persepsi nyeri yang dirasakan oleh seseorang tergantung dari faktor fisik dan psikologis. Lokasi dan intensitas stimulus nyeri juga akan mempengaruhi kualitas nyeri. Nyeri yang dirasakan pada persendian dan muskuloskeletal tingkatannya akan lebih tinggi dari pada nyeri yang dirasakan pada permukaan kulit (*cutaneous*) (Hinchliff, Montague & Watson, 1996). Menurut Sofaer (1992, dalam Hinchliff, Montague & Watson, 1996) membuktikan bahwa persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh fungsi non-fisiologis seperti kebudayaan seseorang.

10. Respons Tubuh Terhadap Nyeri

Pengaruh nyeri terhadap tubuh akan menimbulkan respon fisik dan respon tingkah laku, untuk mengetahuinya harus dilakukan pemeriksaan fisik. Menurut Koziar (1996), hasil dari pemeriksaan fisik yang didapatkan adalah :

a. Respons fisik

Respon fisik terhadap nyeri sangat bervariasi antara nyeri akut dan nyeri kronis. Rasa nyeri akan menstimulasi system saraf simpatis sehingga akan menimbulkan peningkatan tekanan darah, denyut nadi, irama pernafasan, pucat, banyak keringat, dilatasi pupil dan kulit terasa dingin dan lembab, sedangkan pada rasa nyeri kronik akan merangsang sistem saraf parasimpatis yang akan menyebabkan penurunan tekanan darah, denyut nadi, irama pernafasan, kontriksi pupil, kulit kering dan terasa panas atau hangat. Perubahan ekspresi wajah yang dapat diamati adalah menutup gigi atau mengerutkan geraham, mendelikan mata, menyeringai atau mengernyitkan dahi dan menggigit bibir.

b. Respons tingkah laku

Perubahan perilaku dari individu yang mengalami rasa nyeri adalah menangis atau merintih, gelisah, banyak bergerak atau tidak tenang, tidak konsentrasi, insomnia, mengelus-elus bagian tubuh yang mengalami rasa nyeri.

11. Nyeri Pada Klien Post Seksio Sesarea

Nyeri merupakan masalah yang sering ditemui pada klien post seksio sesarea. Nyeri ini disebabkan oleh adanya peregangan otot uterus dan adanya insisional pada jaringan abdomen setelah efek anestesi hilang (Pilliteri, 2003; Lowdermilk, Perry & Piotrowski, 2003). Nyeri yang dirasakan klien tentulah bervariasi mulai dari nyeri ringan sampai nyeri berat sekali, tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhi

nyeri, karena sifat dari nyeri tersebut sangatlah subjektif (California Pacific Medical Center, 2008, after a caesareanbirth, ¶ 1, <http://www.cpmc.org/services> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008).

Masalah fisiologis pada beberapa hari pertama post seksio sesarea didominasi oleh nyeri pada area insisi operasi, nyeri karena adanya gas diusus, dan nyeri karena adanya kontraksi otot-otot polos uterus (*afterpain*). *Afterpain* terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang dipengaruhi oleh penurunan hormon estrogen dan progesteron, serta pelepasan hormon oksitosin. *Afterpain* lebih sering terjadi pada multiparitas, hal ini berkaitan dengan kecenderungan uterus multiparitas untuk berelaksasi (Ladewig, London & Olds, 2000). *Afterpain* dirasakan lebih berat oleh klien pada hari pertama dibandingkan dengan hari kedua sampai hari keempat. Klien dilaporkan 50% mengalami nyeri sedang/berat pada hari pertama dan menurun menjadi 5% pada hari keempat (Mander, 2003).

Nyeri karena distensi abdomen post operasi disebabkan karena adanya gas pada usus halus. Untuk membedakannya harus selalu dikaji tipe nyeri yang dirasakan. Upaya untuk meringankan nyeri karena adanya gas ini adalah dengan menganjurkan klien untuk ambulasi, serta menghindari makanan yang mengandung gas dan minuman berkarbohidrat (Lowdermilk, Perry & Piotrowski, 2003).

Sensasi nyeri akut post seksio sesarea dapat mempengaruhi keadaan psikologis klien dalam jangka waktu yang lama. Nyeri akut dapat menyebabkan ketakutan,

mengganggu proses pengenalan ibu dan bayinya, dan menyebabkan ibu merasa tertekan (May & Mahlmeister, 1994).

12. Dampak Nyeri

Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman bagi klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri, apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan seperti dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Brunner & Suddarth, 2002). Nyeri yang hebat dapat menyebabkan komplikasi seperti tromboemboli atau pneumoni, karena nyeri mempengaruhi kemampuan klien untuk nafas dalam dan bergerak (Pillitteri, 2003; Lowdermilk, Perry & Piotrowski, 2003).

13. Pendekatan Keperawatan Dalam Pengelolaan Nyeri

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada klien dengan nyeri meliputi deskripsi nyeri dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi nyeri. Alat-alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang dan dapat digunakan juga untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi, mengevaluasi keefektifitasan intervensi, dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan intervensi alternatif atau tambahan jika intervensi sebelumnya tidak efektif dalam meredakan nyeri.

Persepsi nyeri dapat diukur dengan menggunakan alat pengukur intensitas (kehebatan) nyeri. Alat yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah dengan memakai skala intensitas nyeri, contohnya adalah skala intensitas nyeri yang dikemukakan oleh Rockville (1992); Elkin, Perry dan Potter (2000) adalah sebagai berikut :

1) *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, dimana ujung kiri mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakan sepanjang garis dan jarak yang dibuat klien pada garis tidak ada nyeri, kemudian diukur dan ditulis dalam ukuran centimeter. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut : 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10= nyeri buruk sampai tidak tertahankan (Elkin, Perry & Potter, 2000).



(Gambar 2.2 Skala Analog Visual (VAS), Elkin, Perry & Potter, 2000)

2) Skala Intensitas Nyeri Numerik/ *Numeric Rating Scale (NRS): 0-10*

Skala ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10 dimana 0 adalah untuk menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau baru mengalami operasi. Tingkat angka yang ditunjukkan oleh klien dapat

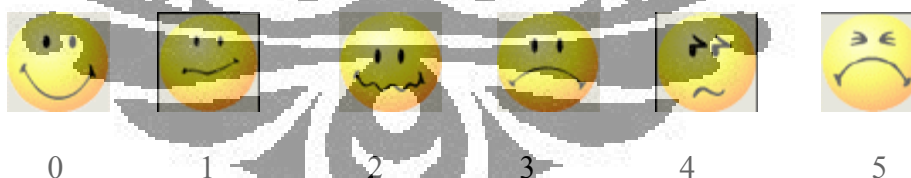
digunakan untuk mengkaji efektivitas dari intervensi pereda rasa nyeri. Menurut Wong (1995) skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut : 0 = tidak ada nyeri, 1-3 = sedikit nyeri, 3-7 = nyeri sedang, 7-9 = nyeri berat, dan 10 = nyeri yang paling hebat.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak ada Nyeri					Nyeri paling hebat				

(Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10, Elkin, Perry & Potter, 2000; Sabatino, 2006)

3) Skala *Faces Pain Rating Scale* (FPRS)

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan 6 tingkatan nyeri, dan dilengkapi dengan angka dari 0 sampai dengan 5. Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut: 0=tidak menyakitkan, 1=sedikit sakit, 2=lebih menyakitkan, 3=lebih menyakitkan lagi, 4=jauh lebih menyakitkan lagi, dan 5=benar-benar menyakitkan (Elkin, Perry & Potter, 2000; Sabatino, 2006).



(Gambar 2.4 Skala FACES Pain Rating Scale (FPRS), Elkin, Perry & Potter, 2000; Sabatino, 2006)

b. Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Strategi ini dapat dibagi menjadi dua, yaitu: penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua pendekatan ini dapat

diseleksi disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersama-sama.

1) Pendekatan Farmakologis

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik seperti obat sedativa, narkotika, hipnotika yang diberikan secara sistemik, tranquilizer, short acting barbiturate, skopalamin, dan nitrous oxide (Mander, 2005; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Muhiman, Sembalangi, Iskandar & Wulung, 1996; Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Sherwen, Scoloveno, Weingarten, 1999; Reeder, Martin, Griffin, K., 1997; Maternity Center Association, 2002, ¶ 6, www.maternitywise.org/mw diperoleh tanggal 28 januari 2008).

Umumnya, secara medis cara menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan seksio sesarea adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikan melalui infus intravena, melalui supositoria/anal, melalui inhalasi saluran pernafasan atau dengan memblokade saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas dan tegang. Selain analgesia, pemberian obat anastesi juga diberikan kepada klien. Anastesia adalah suatu proses pelenyapan persepsi nyeri dengan menginterupsi impuls saraf yang menuju otak. Hilangnya sensasi ini dapat sebagian atau seluruhnya (Bobak, 2005). Tipe analgesik atau anastesia yang akan digunakan sebagian ditetapkan sesuai dengan tahap persalinan dan metode melahirkan. Syarat penting

yang harus diperhatikan dalam penggunaan obat-obatan ini adalah tidak membahayakan atau tidak menimbulkan efek samping, baik bagi ibu maupun bayinya, baik selama atau sesudah kelahiran berlangsung (Danuatmadja & Meiliasari, 2004).

2) Pendekatan Nonfarmakologis

Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri (relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis) dan modulasi sensorik nyeri seperti: masase, sentuhan terapeutik, akupunktur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations*, musik, hidroterapi, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi (Gorrie, Reeder, Martin, Griffin, 1997; McKinney & Murray, 1998; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Snyder & Lindquist, 2001; Niven, 2002; Mander, 2005; BBC Parenting, 2008; Bassett Healthcare, 2008; Maternity Center Association, 2002, ¶ 8, www.maternitywise.org diperoleh tanggal 28 januari 2008).

a) Distraksi

Distraksi adalah menempatkan nyeri dibawah ambang sadar atau memfokuskan perhatian pada sesuatu yang lain selain cemas dan nyeri itu sendiri (Prihardjo, 1993). Distraksi yang dapat digunakan membaca buku, melihat gambar atau lukisan, menonton acara pavorit di televisi, humor, mendorong untuk berkonsentrasi pada suatu yang menarik (Kozier, Erb & Oliveri, 1996).

b) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) adalah stimulator bertenaga baterai yang dipakai diluar, tidak instrusiv, tidak adiktif, dan mudah dipelajari (Reeder, Martin & Koniak, 1997). Menurut Woolf dan Thomson (1994, dalam Mander, 2004) kerja TENS memanfaatkan mekanisme *control neuro biologis* yang terbentuk dari dalam diri penderita sendiri dan menutup gerbang perjalanan impuls nyeri yang diakibatkan oleh serangan impuls nyeri. TENS lebih berguna untuk nyeri pasca bedah, pasca trauma, phatom pain, neuralgia perifer, sakit pinggang bawah, artritis inflamasi, trigeminus neuralgia, atau untuk orang yang cemas atau depresi.

c) Hidro Terapi Zet

Hidro Terapi Zet (Mandi Whirlpool) ialah metode non farmakologi lain yang dipakai untuk memberikan rasa nyaman dan rileks selama persalinan, walaupun metode ini tidak diterima atau diterapkan secara universal. Manfaat dari hidro terapi zet adalah bebas dari rasa tidak nyaman dan relaksasi tubuh. Secara umum hidro terapi zet dapat membuat kecemasan ibu menjadi berkurang (Bobak, 2005). Hidro Therapi Zet juga dapat melemaskan otot dan kemudian meredakan nyeri (Mander, 2004).

d) Akupuntur

Akupuntur merupakan bentuk pengobatan jaman purbakala yang dapat dipakai untuk mengobati kecemasan, ketegangan dan nyeri (Piliteri, 1990).

Pada terapi ini digunakan jarum-jarum kecil yang dimasukkan dan dimanipulasi pada satu titik tubuh tergantung lokasi dan jenis nyeri (Carter, 1994). Akupunture dapat mengatasi *prolong labour* atau persalinan yang panjang, sulit dan sakit yang disebabkan karena sejumlah faktor (Danuatmadja & Meiliasari, 2004).

e) Hipnotis

Hipnotis adalah upaya membawa klien ke keadaan rileks sehingga otak bekerja digelombang alfa (Danuatmadja & Meiliasari, 2004). Menurut Hulcom dalam Danuatmadja dan Meiliasari (2004), dengan hipnotis rasa sakit persalinan bukan saja dapat dihilangkan tetapi juga dapat dibagi atau dipindahkan ke suami. Hipnotis dipakai pada pengobatan berbagai kondisi terutama bila kondisi bertambah parah karena stress. Individu dibantu merubah persepsi nyeri dengan menerima secara adaptif saran-saran dibawah ambang kesadaran.

f) *Position*

Perubahan posisi klien dengan frekwensi yang sering, dapat membantu meningkatkan kenyamanan yang disebabkan oleh karena adanya nyeri, sebab dengan perubahan posisi tersebut akan merangsang peredaran darah menjadi lancar. Hal ini mencegah produksi asam laktat (perangsang serabut rasa nyeri) yang berlebihan sebagai mekanisme anaerob karena adanya keadaan yang statis. Posisi tersebut seperti berdiri, duduk, miring, berjongkok, berjalan-jalan, berlutut/ bersujud, dan berayun (Bassett Healthcare, 2008,

managing the pain of labor, ¶ 6, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#> , diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

g) Lingkungan.

Beberapa klien lebih menyukai lingkungan yang tenang dengan cahaya yang remang-remang. Musik juga akan membantu menciptakan lingkungan yang nyaman (Bassett Healthcare, 2008, managing the pain of labor, ¶ 7, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain>, diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

h) *Massage*.

Salah satu sentuhan yang terapeutik dan dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan, ketegangan dan nyeri adalah *massage: counterpressure. Therapy Massage: Counterpressure* merupakan suatu terapi yang dapat memberikan keuntungan bagi tubuh diantaranya yaitu dapat menurunkan kecemasan, membantu relaksasi, dan mengatasi nyeri (Reeder, Martin & Koniak, 1997).

Menurut Danuatmaja dan Meiliasari (2004), *Therapy massage: counterpressure* memberikan beberapa keuntungan dan kesehatan seperti memperbaiki sirkulasi darah, relaksasi otot dan memperbaiki *range of motion*, juga meningkatkan *level endorphin* yang sangat efektif untuk mengatasi nyeri (Pillitteri, 1999).

Massage yang lembut dapat membantu otot untuk rilek, juga membantu klien meringankan rasa nyeri saat persalinan. Metode *counter pressure* dapat

diterapkan pada saat klien merasa nyeri pinggang akibat adanya kontraksi saat akan melahirkan (Bassett Healthcare, 2008, managing the pain of labor, ¶ 8, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain> diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

i) Benson Relaksasi

Relaksasi merupakan salah satu teknik di dalam terapi perilaku yang pertama kali dikenalkan oleh Jacobson, seorang psikolog dari Chicago. Metode fisiologis ini dikembangkan untuk melawan ketegangan dan kecemasan yang disebut relaksasi progresif, yaitu teknik untuk mengurangi ketegangan otot. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada kontraksi otot (Sheridan & Radmacher, 1992).

Relaksasi telah terkenal dalam meringankan rasa nyeri. Metode ini diduga bekerja dengan memutuskan lingkaran jalur nyeri dan ketegangan. Beberapa percobaan menduga bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri akut, meskipun kualitas nyeri tersebut bervariasi (Bandolier, 2007, relaxation techniques for acute pain management, ¶1, <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier> diperoleh tanggal 29 Januari 2008).

Latihan relaksasi dapat digunakan pada klien yang mengalami nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri karena kontraksi otot, mengurangi pengaruh dari situasi stres, dan mengurangi efek samping dari kemoterapi pada klien kanker

(Sheridan & Radmacher, 1992). Hal ini terjadi karena teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan, kecemasan, dan menurunkan sensitifitas nyeri (Bassett Healthcare, 2008, managing the pain of labor, ¶ 5, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain> diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

Pelatihan relaksasi bertujuan untuk melatih klien agar dapat mengkondisikan diri untuk mencapai kondisi relaks. Pada waktu individu mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa cemas dengan cara resiprok, sehingga timbul *counter conditioning* dan penghilangan nyeri.

Dasar pikiran relaksasi adalah sebagai berikut, relaksasi merupakan pengaktifan dari syaraf parasimpatetis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem syaraf simpatis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh syaraf simpatis. Masing-masing syaraf parasimpatetis dan simpatis saling berpengaruh, maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Utami, 1993, dalam Purwanto & Zulaekah, 2007, ¶ 1, <http://klinis.wordpress.com> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008). Ketika seseorang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri akibat adanya luka post seksio sesarea, maka akan ada ketegangan pada otak dan otot. Dengan

penggunaan teknik relaksasi secara otomatis ketegangan akan berkurang, karena relaksasi akan mengaktifkan syaraf- syaraf parasimpatetis, sehingga klien akan merasakan rasa nyerinya berkurang. Hal ini sejalan dengan penelitian Mentz (2003) yang membuktikan bahwa ada hubungan antara otot, nyeri, dan kecemasan, dimana bila klien merasakan ketegangan otot maka ia akan merasakan nyeri serta cemas dan sebaliknya.

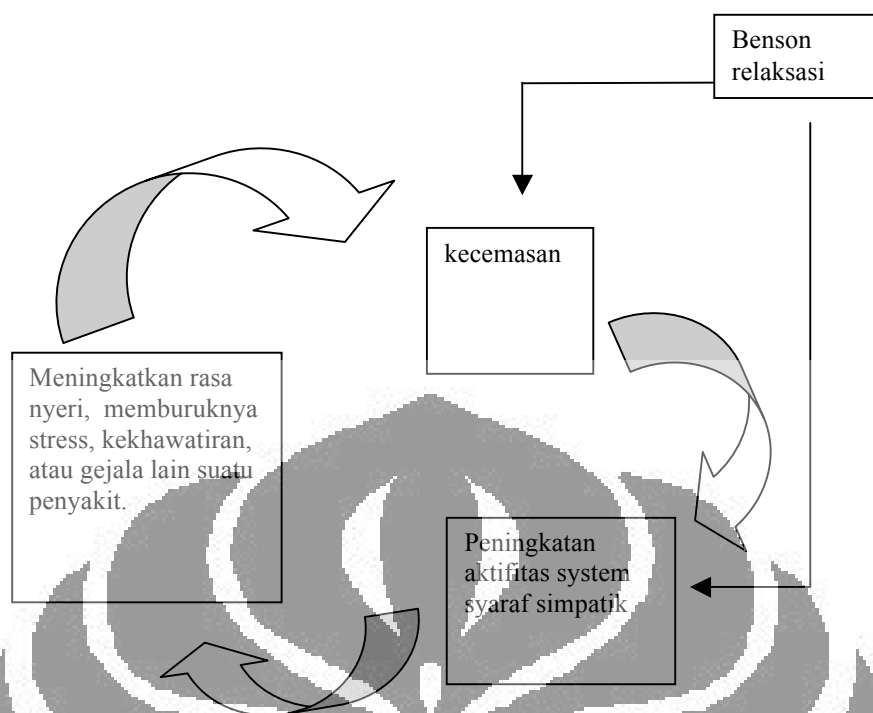
Ada beberapa macam bentuk relaksasi, salah satunya adalah tehnik Benson relaksasi. Benson relaksasi adalah metode tehnik relaksasi yang diciptakan oleh Herbert Benson, seorang ahli peneliti medis dari fakultas kedokteran Harvard yang mengkaji beberapa manfaat doa dan meditasi bagi kesehatan. Teknik relaksasi ini dikenal dengan nama tehnik Benson relaksasi.

Benson relaksasi merupakan pengembangan dari respon relaksasi yang dikembangkan oleh Herbert Benson (Benson & Proctor, 2000), dimana relaksasi ini merupakan penggabungan antara relaksasi dengan suatu faktor keyakinan filosofis atau agama yang dianut. Fokus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri (Benson & Proctor, 2000).

Menurut Benson (2000), formula-formula tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keyakinan, keimanan kepada agama, dan kepada Tuhan yang disembah akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan sekedar relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan terhadap hal tersebut. Selain itu, ternyata efek penyembuhan dari formula-formula semacam itu tidak terbatas pada penyembuhan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung, ataupun kecemasan saja, tetapi sampai pada tingkat mampu menghilangkan rasa nyeri (Benson & Proctor, 2000).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Wallace, Benson dan Wilson (1971) diperoleh hasil bahwa dengan meditasi dan relaksasi terjadi penurunan konsumsi oksigen, *output* CO₂, ventilasi selular, frekuensi nafas, dan kadar laktat sebagai indikasi stress menurun, selain itu ditemukan bahwa PO₂ atau konsentrasi oksigen dalam darah tetap konstan bahkan meningkat sedikit.

Benson (2000) mengatakan bahwa jika individu mulai merasa cemas, maka akan merangsang syaraf simpatis, sehingga akan memperburuk gejala fisik suatu penyakit dan emosi. Dengan demikian akan memperburuk gejala-gejala kecemasan sebelumnya. Kemudian daur kecemasan dan nyeri dimulai lagi dengan dampak negatif semakin besar terhadap pikiran dan tubuh (Benson & Proctor, 2000). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.5. dibawah ini.



Gambar 2.5: Respon relaksasi (Benson & Proctor, 2000)

Panah bolak balik pada gambar tersebut diatas menjelaskan bahwa Benson relaksasi dapat memutuskan lingkaran setan dengan cara menghalangi kerja hormon sistem syaraf simpatis sehingga dapat mencegah timbulnya kecemasan ataupun nyeri.

Agar tehknik Benson relaksasi berhasil, maka diperlukan empat elemen dasar, yaitu lingkungan yang tenang, klien secara sadar dapat mengendurkan otot-otot tubuhnya, klien dapat memusatkan diri selama 10-15 menit pada ungkapan yang telah dipilih, dan bersikap pasif pada pikiran-pikiran yang mengganggu (Benson & Proctor, 2000). Adapun beberapa langkah dalam latihan Benson relaksasi menurut Benson dan Proctor (2000) adalah sebagai berikut :

1. Langkah pertama: pilihlah satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan klien.

Anjurkan klien untuk memilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus bagi klien, seperti: Allah, tenang, dan lain lain Fungsi ungkapan ini dapat mengaktifkan keyakinan klien dan meningkatkan keinginan klien untuk menggunakan tehnik tersebut.

2. Langkah kedua: atur posisi yang nyaman.

Pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk, berlutut, atau tiduran, selama tidak mengganggu pikiran klien.

3. Langkah ketiga: pejamkan mata, hindari memincingkan atau menutup mata kuat-kuat. Pejamkan mata dengan sewajarnya. Tindakan dilakukan dengan wajar dan tidak mengeluarkan banyak tenaga.

4. Langkah keempat: lemaskan otot-otot.

Mulailah dari kaki, lalu kebetis, paha dan perut, kendurkan semua kelompok otot pada tubuh klien. Lemaskan kepala, leher, dan pundak klien dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Untuk lengan dan tangan, ulurkan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar dipangkuan. Jangan memegang lutut atau kaki atau mengaitkan kedua tangan erat-erat.

5. Langkah kelima: perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berakar pada keyakinan klien.

Tariklah nafas melalui hidung, pusatkan kesadaran klien pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih klien dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan nafas tersebut.

6. Langkah keenam: pertahankan sikap fasip. Sikap pasif adalah aspek penting lain dalam membangkitkan respon relaksasi.

Saat melakukan tehnik relaksasi, sering berbagai macam pikiran datang mengganggu konsentrasi klien, oleh karena itu anjurkan klien untuk tidak mempedulikannya dan bersikap pasif saja.

7. Langkah ketujuh: lanjutkan untuk jangka waktu tertentu. Tehnik ini dilakukan selama 10 menit saja.

8. Langkah kedelapan: Lakukan tehnik ini dengan frekuensi dua kali sehari.

Penelitian Levin, Malloy dan Hyman (1987) mengidentifikasi bahwa kelompok yang dilakukan latihan tehnik Benson relaksasi memiliki perbedaan yang signifikan dari kelompok kontrol pada kombinasi sensasi nyeri dan faktor distress ($P= 0.011$).

D. Respon Psikologis Klien Dengan Seksio Sesarea.

Tindakan seksio sesarea akan berdampak terhadap seluruh aspek kehidupan klien berupa ketidakseimbangan fisik, psikologis, dan sosial. Kecemasan merupakan salah satu dampak dari keadaan tersebut. Berikut akan dijelaskan mengenai kecemasan.

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah pengalaman manusia yang universal, suatu respon emosional yang tidak menyenangkan, penuh kekhawatiran, suatu rasa takut yang tidak terekspresikan dan tidak terarah karena suatu sumber ancaman atau pikiran sesuatu yang akan datang tidak jelas dan tidak teridentifikasi (Taylor, 1995).

Menurut Sarafino (1994) kecemasan merupakan suatu ketakutan terhadap

ketidakberdayaan dirinya dan respon terhadap kehidupan yang hampa dan tidak berarti.

Pengertian lain dikemukakan oleh Selye (1996) yang menyatakan bahwa kecemasan adalah merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal. Dengan demikian kecemasan adalah suatu respon emosional dimana seseorang merasa takut pada suatu sumber ancaman yang belum jelas dan tidak teridentifikasi.

2. Teori Kecemasan

Konsep kecemasan pertama kali diperkenalkan oleh Freud seorang ahli ilmu kejiwaan (Shives, 1998). Konsep kecemasan ini berkembang dari zaman dahulu sampai sekarang. Masing-masing model mengembangkan teori mengenai segi tertentu dari fenomena kecemasan. Beberapa teori mengenai kecemasan menurut Kaplan dan Saddock (1996), antara lain:

a. Teori Genetik

Pada sebagian manusia yang menunjukkan kecemasan, riwayat hidup dan riwayat keluarga merupakan predisposisi untuk berperilaku cemas. Penelitian mengenai riwayat keluarga dari anak kembar menentukan bahwa faktor genetik ikut berperan dalam gangguan kecemasan.

b. Teori Katekolamin

Teori ini menyatakan bahwa reaksi cemas berkaitan dengan peningkatan kadar katekolamin yang beredar dalam tubuh.

c. Teori Psikoanalisa

Kecemasan berasal dari Id, ketakutan berpisah, kecemasan kastrasi dan ketakutan terhadap perasaan dosa yang menyiksa diri.

d. Teori Sosial

Kecemasan sebagai suatu respon terhadap sensor lingkungan, seperti pengalaman-pengalaman hidup yang penuh dengan ketegangan dan respon terhadap kehidupan hampa yang tidak berarti.

3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Secara umum tanda dan gejala kecemasan menurut Shives (1998) adalah sebagai berikut:

- 1) Sistem Fisiologis, seperti: meningkatnya nadi, tekanan darah, dan respirasi, hiperventilasi, diaporesis, vertigo, pandangan mata kabur, anorexia, mual, muntah, seringnya berkemih, nyeri kepala, insomnia atau gangguan tidur, tangan yang berkeringat, dan pupil yang berdilatasi.
- 2) Sistem Psikologis, seperti: menarik diri, depresi, iritabel, menjadi mudah menangis, apatis, marah, dan merasa ketakutan.
- 3) Respon Kognitif, seperti: menurunnya perhatian, ketidak mampuan untuk berkonsentrasi, menurunnya produktivitas, pelupa, dan berorientasi pada kejadian yang lalu dibandingkan masa yang akan datang.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

McFarlan dan Wasli (1997 dalam Shives, 1998) mengatakan bahwa faktor yang berkontribusi pada terjadinya kecemasan meliputi ancaman pada: konsep diri, *personal security system*, kepercayaan, lingkungan, fungsi peran, hubungan interpersonal, dan status kesehatan. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI (1994) antara lain:

a. Perkembangan Kepribadian

Perkembangan kepribadian seseorang dimulai sejak usia bayi hingga 18 tahun dan tergantung dari pendidikan orang tua di rumah, pendidikan di sekolah dan pengaruh sosialnya, serta pengalaman dalam kehidupannya. Seseorang menjadi pencemas terutama akibat proses imitasi dan identifikasi dirinya terhadap kedua orang tuanya daripada pengaruh keturunan. Perkembangan kepribadian akan membentuk tipe kepribadian seseorang, dimana tipe kepribadian tersebut akan mempengaruhi seseorang dalam merespon kecemasan. Sehingga respon kecemasan yang dialami oleh seseorang akan berbeda dengan orang lain, tergantung dari tipe kepribadian tersebut. Dalam penelitian Hendrati dan Pungky (2005) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tipe kepribadian dan motivasi berprestasi dengan kecemasan dalam menghadapi persaingan ($R=0,53$ dan $p=0,000$).

b . Tingkat Maturasi

Tingkat maturasi individu akan mempengaruhi tingkat kecemasan. Pada bayi tingkat kecemasan lebih disebabkan karena perpisahan dan lingkungan yang tidak dikenal. Kecemasan pada remaja lebih banyak disebabkan oleh perkembangan seksual. Pada orang dewasa, kecemasan berhubungan dengan ancaman konsep diri, sedangkan pada lansia kecemasan berhubungan dengan kehilangan fungsi. Sebagai contoh adalah wanita menjelang menopause, dimana akan mengalami penurunan fungsi reproduktif. Oleh karena itu, diperlukan dukungan sosial untuk mencegah terjadinya kecemasan. Hasil penelitian Fitriana (2003) membuktikan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara dukungan sosial terhadap kecemasan menjelang menopause pada wanita, dengan $P < 0,010$.

c. Tingkat Pengetahuan

Individu yang tingkat pengetahuannya lebih tinggi akan mempunyai koping yang lebih adaptif terhadap kecemasan daripada individu yang tingkat pengetahuannya lebih rendah.

d. Karakteristik Stimulus

- 1) Intensitas stressor, intensitas stimulus yang semakin besar maka semakin besar pula kemungkinan respon cemas akan terjadi. Stimulus hebat akan menimbulkan lebih banyak respon yang nyata daripada stimulus yang timbul perlahan-lahan. Stimulus ini selalu memberi waktu bagi seseorang untuk mengembangkan koping.

- 2) Lama stressor: stressor yang menetap dapat menghabiskan energi dan akhirnya akan melemahkan sumber-sumber coping yang ada.
- 3) Jumlah stressor: stressor yang besar akan lebih meningkatkan kecemasan pada individu dari pada stimulus yang lebih kecil.

e. Karakteristik Individu

- 1) Makna stressor bagi individu: makna stressor bagi individu merupakan satu faktor utama yang mempengaruhi respon stress. Stressor yang dipandang secara negatif mempunyai kemungkinan besar untuk meningkatkan cemas. Keogh, Ellery, Hunt dan Hannent (2001) dalam penelitiannya menemukan bahwa pemaknaan stressor yang negatif dapat meningkatkan kecemasan.
- 2) Sumber yang dapat dimanfaatkan dan respon coping: seseorang yang telah mempunyai keterampilan dalam menggunakan coping dapat memilih tindakan-tindakan yang akan memudahkan adaptasi terhadap stressor baru. Seseorang yang telah berhasil menangani stressor dimasa lampau akan mempunyai keterampilan coping yang lebih baik dan dapat menangani secara efektif bila krisis terjadi. Pada hasil penelitian Plumb, Orsillo dan Luterek (2004) ditemukan bahwa pengalaman secara signifikan berhubungan dengan distress psikologis.
- 3) Status kesehatan individu: jika status kesehatan buruk, energi yang digunakan untuk menangani stimulus lingkungan kurang, akan dapat mempengaruhi respon terhadap stressor. Dehghani, Sharpe dan Nicholas (2003) dalam penelitiannya yang berjudul *selective attention to pain-*

related information in chronic musculoskeletal pain patients melaporkan bahwa keadaan sakit yang kronis dapat meningkatkan kecemasan.

4. Tipe Kecemasan

Tipe kecemasan menurut Shives (1998) terbagi menjadi:

a. *Signal Anxiety*

Signal anxiety merupakan respon kecemasan yang berfungsi untuk mengantisipasi suatu kejadian. Contohnya adalah seorang ibu akan mengalami takhikardi, insomnia, dan sakit kepala ketika pertama kali mengantar anaknya ke sekolah.

b. *Anxiety Trait*

Anxiety trait merupakan komponen personality yang dapat dilihat dalam jangka waktu yang lama dan memerlukan observasi fisiologis, emosi, dan tingkah laku. Contohnya adalah seorang sekretaris yang telah bekerja selama 25 tahun mengeluh pusing, sakit kepala, dan insomnia berhubungan dengan pekerjaannya selama ini.

c. *Anxiety State*

Anxiety state terjadi sebagai hasil dari keadaan ketegangan jiwa dimana seseorang akan kehilangan kontrol dan emosinya. Sebagai contoh adalah, seorang ibu akan histeris saat mendengar anaknya masuk emergency karena suatu kecelakaan.

d. *Free-Floating Anxiety*

Free-floating Anxiety merupakan kecemasan yang sering terjadi dan berhubungan dengan perasaan takut. Contohnya adalah seorang wanita yang takut dengan kegelapan atau rumah yang kosong.

5. Tingkat Kecemasan

Seorang individu yang mengalami kecemasan bervariasi mulai dari cemas ringan sampai dengan panik. Menurut Stuart dan Sundeen (1998) kecemasan dapat digolongkan dalam beberapa tingkat, yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan kehidupan sehari-hari, dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari akan menyebabkan seorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun, individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah

c. Kecemasan Berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan

tidak dapat berpikir tentang hal lain. Individu tak mampu berpikir lagi dan membutuhkan banyak pengarahan atau tuntunan.

d. Panik

Tingkat panik ditandai dengan lahan persepsi sudah terganggu, sehingga individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberikan pengarahan atau tuntunan, serta terjadinya peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Pada tingkat ini tidak sejalan dengan kehidupan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

5. Kecemasan Pada Wanita Dengan Seksio Sesarea.

Sumber kecemasan pada klien dengan seksio sesarea salah satunya adalah adanya sensasi nyeri akibat luka post operasi yang menyebabkan kontinuitas jaringan abdomen terputus. Nyeri tersebut dapat menjadi stressor bagi penderitanya. Keadaan stress ini dapat merangsang sistem syaraf simpatis untuk meneruskan stimulusnya terhadap *medulla adrenal* untuk melepaskan *katekolamin (norepinepharine, epineharine dan dopamine)* ke dalam aliran darah (Selye, 1996). Bersama dengan itu, sistem pelepas *corticotropin hypothalamus* merangsang kelenjar *pituitary anterior* untuk melepaskan hormon *adenocorticotropin (ACTH)*. Selanjutnya ACTH merangsang *korteks adrenal*

untuk mengeluarkan hormon steroid terutama kortisol (Wermers, Dasgupta & Dubey dalam Day, 1996).

Kortisol berfungsi sebagai zat yang memobilisasi zat lain yang diperlukan untuk metabolisme sel. Dalam sistem imun kortisol dapat menghambat lekosit ke dalam sel radang. Paparan yang lama terhadap kortisol menyebabkan seseorang rentan terhadap terjadinya radang karena efek penekanan sistem imun (Wermers, Dasgupta & Dubey dalam Day, 1996; Koziar, 1996).

Tingginya kadar kortisol dalam darah akan bersifat imunosupresan bagi tubuh. Selain kortisol, penurunan neutropil ikut berperan dalam menurunnya daya tahan penderita, karena dalam kondisi distress atau cemas yang mengakibatkan peningkatan kortisol sering menyebabkan kadar neutropil mengalami penurunan, sehingga akan menurunkan daya tahan tubuh seseorang (Wermers, Dasgupta, Dubey dalam Day, 1996). Oleh karena itu diperlukan penanganan yang efektif untuk mengurangi masalah tersebut.

6. Pendekatan Keperawatan Dalam Pengelolaan Kecemasan

Pendekatan keperawatan pada klien dengan kecemasan meliputi pengkajian mengenai deskripsi kecemasan dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan. Alat-alat pengkajian kecemasan dapat digunakan untuk mengkaji persepsi kecemasan seseorang dan dapat digunakan juga untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi, mengevaluasi keefektifitasan

intervensi, dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan intervensi alternatif atau tambahan jika intervensi sebelumnya tidak efektif dalam mengatasi kecemasan.

Persepsi kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat pengukur kecemasan berupa skala kecemasan, contohnya adalah skala *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* yang dikemukakan oleh Hamilton, (1959) dan *Self-rating Anxiety Scale (SAS)* yang dikembangkan oleh Zung (1971) seperti berikut dibawah ini:

1) *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*

Skala merupakan skala yang dikembangkan untuk mengukur tanda kecemasan dan telah digunakan secara luas di klinik dan berbagai penelitian tentang kecemasan. Skala ini terdiri dari 14 item, dimana masing masing item dinilai dengan skala 0-4 (0= tidak cemas, 1= cemas ringan, 2= cemas sedang, 3= cemas berat, 4= cemas sangat berat) dengan nilai total 0-56. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut : nilai ≤ 17 kecemasan ringan, nilai 18-30 kecemasan sedang, > 30 kecemasan berat (Hamilton, 1959, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez> diperoleh tanggal 8 maret 2008).

2) *Self-rating Anxiety Scale (SAS)*

Skala ini dikembangkan oleh Zung sebagai instrument data diri untuk mengevaluasi gejala kecemasan. Skala ini terdiri dari 20 pertanyaan yang berhubungan dengan tanda kecemasan. dimana masing masing item dinilai dengan skala 1-4 (1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering, 4= hampir tiap waktu) dengan nilai total 0-80. (Zung, 1971, <http://www.anxietyhelp.org> diperoleh tanggal 8 maret 2008).

E. Peran Perawat Dalam Mengatasi Nyeri dan Cemas

Peran utama perawat maternitas pada klien post seksio sesarea sebagai pemberi perawatan adalah dengan memperhatikan kebutuhan klien. Pendekatan asuhan dimulai dari pengkajian, baik bio-psiko-sos maupun spiritual, membuat keputusan klinik melalui tindakan yang tepat, dan melakukan konsultasi, serta evaluasi (Ladewig, London & Olds, 2000). Menurut Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) pengkajian tersebut meliputi pengkajian pemulihan dari efek anestesi, status post operasi dan status setelah melahirkan, tingkatan nyeri klien, kondisi balutan luka, fundus, lochea, cairan intravena, dan urine output.

Selain itu observasi jalan nafas dan posisi klien harus diperhatikan. Tanda-tanda vital diobservasi setiap 15 menit sekali pada 1-2 jam post operasi atau sampai keadaan umum klien stabil. Klien akan dipindahkan ke ruang nifas 1-2 jam post operasi, atau setelah kondisi klien stabil dan afek dari anestesi hilang (klien terlihat sadar, orientasi baik, dan mampu menggerakkan anggota tubuh) (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Perawat maternitas memiliki peran sebagai advokat klien untuk mendapatkan tindakan terbaik sesuai kebutuhan klien. Perawat juga berperan sebagai koordinator dalam tim keperawatan yang bekerja sama dengan tim kesehatan lain dan keluarga klien dalam melakukan pemecahan masalah nyeri dan cemas yang dialami oleh klien post seksio sesarea.

Salah satu penyebab klien post seksio sesarea mengalami nyeri dan cemas berkepanjangan adalah karena ketidaktahuan klien bagaimana cara mengatasi masalah tersebut. Perawat maternitas sebagai pendidik berperan dalam meningkatkan pemahaman ibu agar mampu menggunakan berbagai tehnik pengurangan nyeri sehingga ibu mampu untuk mengontrol nyeri dan kecemasan secara mandiri.

Beberapa intervensi untuk menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan pada klien post seksio sesarea adalah pemberian terapi farmakologi dan nonfarmakologi (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri dan cemas klien akibat luka post seksio sesarea adalah penggunaan tehnik relaksasi.

Beberapa penelitian seperti Lorenzi (1991), Miller dan Perry (1990), serta Carroll dan Seers (1998) telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri paska-operasi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Kristine, Kwekkeboom dan Gretarsdottir (2006) dalam penelitiannya yang berjudul *Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain* membuktikan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri post operasi rahang. Hal ini sejalan dengan penelitian Roykulcharoen dan Good (2004) yang berjudul *Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain* menemukan bahwa kelompok relaksasi memiliki penurunan sensasi dan distress daripada kelompok kontrol ($P=0001$). Nesami dalam penelitiannya menemukan bahwa tehnik relaksasi ini efektif dalam mengurangi

nyeri (Nesami, Masoumeh, Bandpei, Mohammad, Azar. & Masoud, 2006, The effect of Benson Relaxation Technique on rheumatoid arthritis patients: Extended report, ¶ 1, <http://pt.wkhealth.com/pt/re/ijnp/abstract>. diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Relaksasi dipercaya lebih memberikan efek yang lebih baik dari pada distraksi, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nocella dan Kaplan (1982) dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa relaksasi lebih baik daripada pengalihan perhatian dalam menurunkan ketegangan emosi responden.

Sedangkan penelitian lain berpendapat bahwa relaksasi sama efektifnya baik dengan terapi musik ataupun *guide imagery*. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Siegel dan Peterson (1990) dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa latihan relaksasi dan *imagery* memberikan hasil yang lebih baik terhadap penurunan kecemasan dan ketidaknyamanan. Sedangkan Good, Stanton, Grass, Anderson, Lai dan Adler (2001) menemukan bahwa relaksasi dan musik efektif untuk menurunkan nyeri ($P < 0.001$).

Ada beberapa penelitian yang mengemukakan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nadi yang tinggi akibat nyeri. Salah satunya Khanna, dalam penelitiannya yang berjudul *Efficacy of two relaxation techniques in reducing pulse rate among highly stressed females* (Khanna, 2007, ¶ 1, <http://openmed.nic.in/2132/01/e3.pdf> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Latihan relaksasi, selain perawatannya murah juga merupakan cara yang efektif bagi klien untuk dapat berpartisipasi secara aktif didalam mengatasi masalah kecemasan (Academi for Guided Imagery,2002, research findings using guided imagery for anxiety, ¶ 3, <http://www.academyforguidedimagery.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

Di Indonesia sendiri sudah ada beberapa penelitian mengenai pengaruh tehnik relaksasi dalam menurunkan nyeri dan kecemasan ini, antara lain penelitian Dewi (2003) tentang pengaruh latihan relaksasi pre-operasi terhadap intensitas nyeri post operasi pada pasien post operasi bedah sedang. Selain itu Sukowati (2007); Rohmah (2007); Fadilah (2007) telah membuktikan bahwa tehnik relaksasi ini secara signifikan efektif dalam mengurangi nyeri, dengan $p = 0.000$ (Rohmah, 2007, efektifitas distraksi visual dan pernafasan irama lambat dalam menurunkan nyeri akibat injeksi intra kutan, <http://ners.fk.unair.ac.id/e-journal> diperoleh tanggal 31 Januari 2008; Fadilah, 2007, penatalaksanaan terapi latihan pada kondisi post seksio sesarea akibat kala II lama di RSUD DR. Moewardi Surakarta ¶ 1, <http://digilib.ums.ac.id/go.php> diperoleh tanggal 4 February 2008).

Penelitian tentang pengaruh tehnik relaksasi pada klien post seksio sesarea sendiri pernah dilakukan oleh Anggorowati (2006) dengan judul efektifitas pemberian intervensi spiritual “paket spirit” terhadap nyeri post section caesarean (sc) pada RS Sultan Agung dan RS Rumani Semarang. “Paket spirit” ini terdiri dari gabungan kegiatan tehnik nonfarmakologik yaitu : *guide imagery*, tehnik relaksasi, dan

terapi musik religi. Paket ini dijelaskan dan diberikan kepada kelompok intervensi mulai hari pertama setelah post operasi setelah klien sadar dan efek anestesi saat pembedahan sudah berkurang sampai hari keempat selama 20 menit setiap 4 jam sekali. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah masing-masing 33 responden untuk kelompok intervensi dan kontrol. Hasil penelitian diperoleh bahwa rata-rata nyeri sebelum intervensi 6,2 (nyeri sedang) menurun menjadi 0,5 (tidak ada nyeri) setelah intervensi dalam kelompok intervensi, dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perbedaan ini bermakna dengan $p=0.000$. Kelebihan dari cara ini adalah adanya penggabungan beberapa teknik nonfarmakologi dalam menurunkan nyeri post seksio sesarea, dimana antara ketiga teknik dalam “paket spirit” tersebut akan saling mendukung dalam menurunkan sensasi nyeri yang dirasakan oleh klien. Sedangkan kekurangannya adalah “paket spirit” ini memerlukan waktu dan tenaga keperawatan yang banyak untuk melakukan intervensi.

F. Kerangka Teori

Tindakan seksio sesarea merupakan suatu tindakan yang memiliki resiko pada klien dan mengakibatkan banyak masalah, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik menimbulkan rasa nyeri, sedangkan secara psikologis menimbulkan rasa cemas. Respon yang timbul satu sama lain akan saling berkaitan dan saling mempengaruhi.

Nyeri dan kecemasan merupakan dua kebutuhan dasar klien yang berhubungan dengan kesehatan. Nyeri merupakan dimensi fisiologis, terjadi karena adanya kontinuitas jaringan yang terputus akibat luka operasi. Dengan adanya kerusakan

jaringan tersebut akan merangsang reseptor nyeri yang akan disampaikan ke otak sehingga nyeri dipersepsikan. Sementara itu, kecemasan yang merupakan dimensi psikologis adalah hal yang dirasakan oleh klien akibat adanya nyeri pada luka operasi. Respon nyeri dan cemas menurut Niven (2002); Hinchliff, Montague dan Watson (1996) dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: faktor fisik (keadaan umum, endorphen, usia, gender, kontrol diri), faktor psikosial (peran keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan, kepercayaan diri, system nilai, budaya, situasional), faktor afektif (stress, cemas, depresi), dan faktor kognitif (pengalaman nyeri, arti nyeri, perhatian terhadap nyeri, mekanisme koping, sikap).

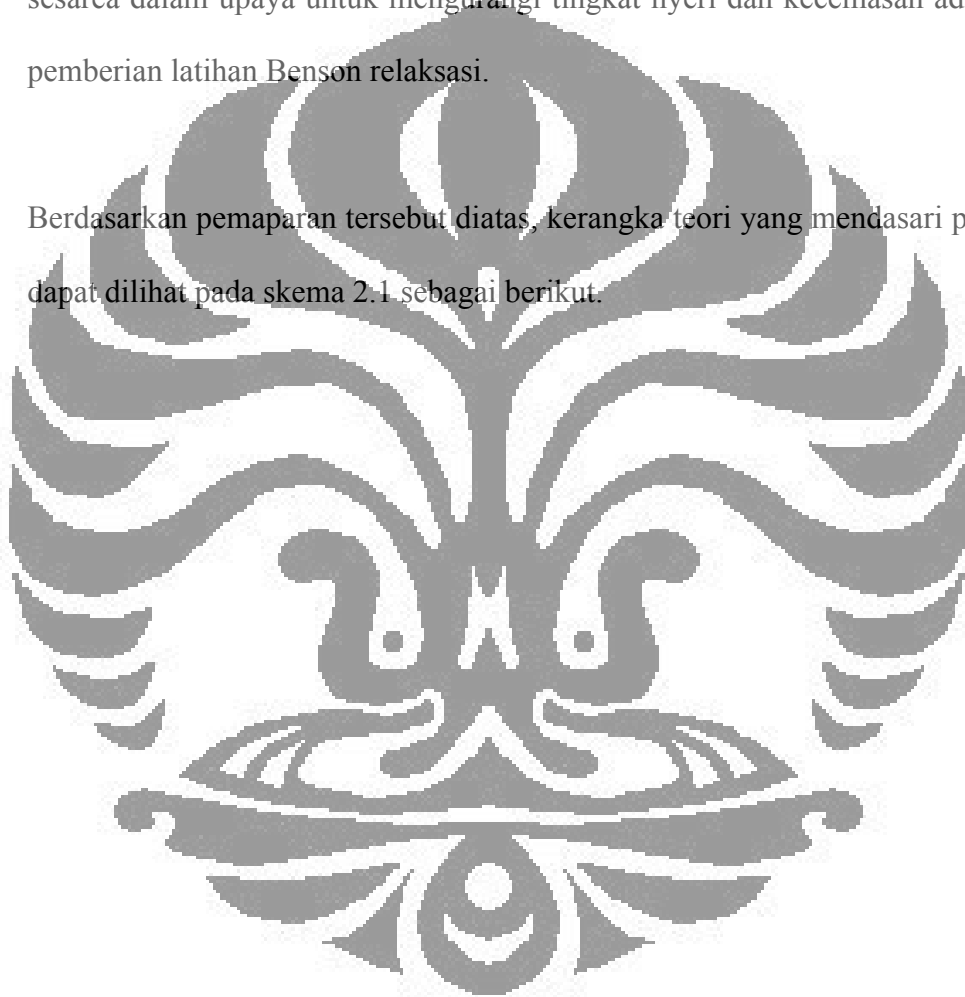
Perawat sebagai *care provider* memiliki peranan dalam memenuhi kebutuhan dasar klien, yaitu salah satunya dengan menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan klien. Perawat maternitas sebagai pendidik harus dapat meningkatkan pemahaman klien agar mampu menggunakan berbagai teknik pengurangan nyeri dan kecemasan, sehingga klien mampu untuk mengontrol nyeri dan kecemasan secara mandiri dan mampu beradaptasi secara optimal atas perubahan yang dialami selama masa post partum tersebut.

Adapun intervensi keperawatan yang dapat diberikan oleh perawat dalam mengurangi rasa nyeri dan cemas yang dirasakan oleh klien selain kolaborasi dalam pemberian obat-obatan adalah dengan memberikan terapi nonfarmakologis (Niven, 2002; Mander, 2005; BBC Parenting, 2008; Bassett Healthcare, 2008; Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Snyder & Lindquist, 2001; Maternity Center

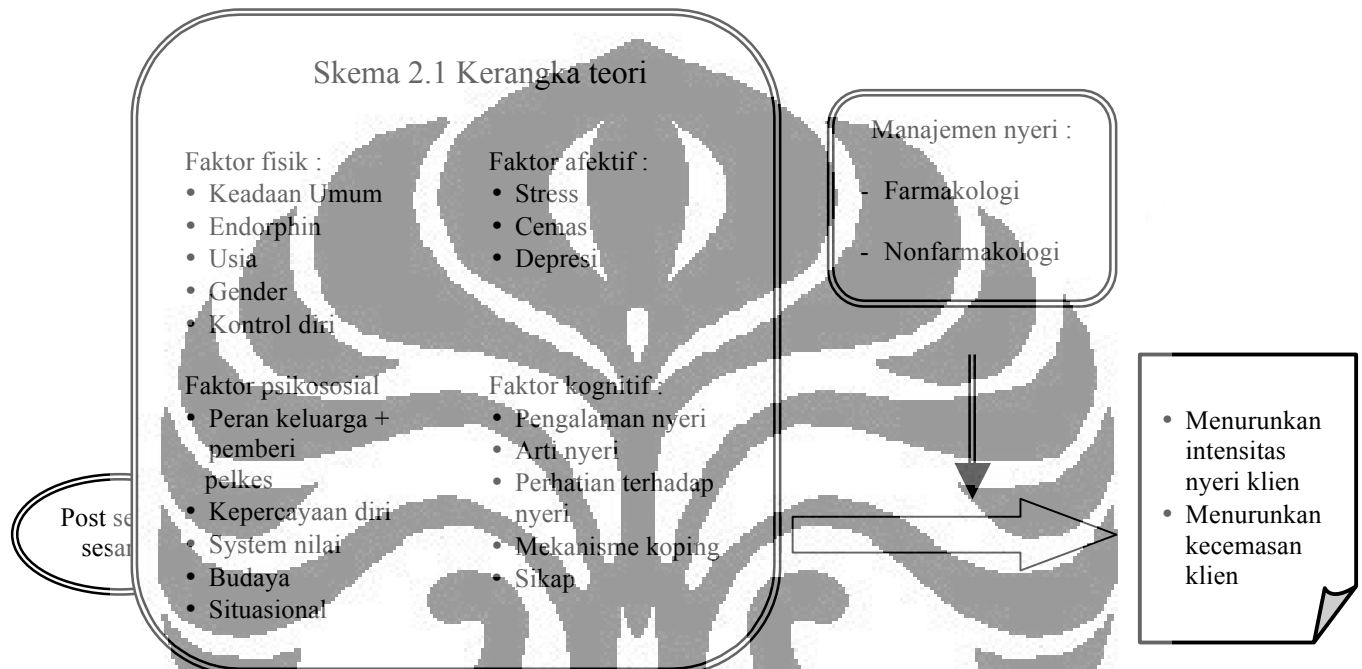
Association, 2002, ¶ 8, www.maternitywise.org/mw/topics/pain diperoleh tanggal 28 januari 2008).

Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan kepada klien post seksio sesarea dalam upaya untuk mengurangi tingkat nyeri dan kecemasan adalah dengan pemberian latihan Benson relaksasi.

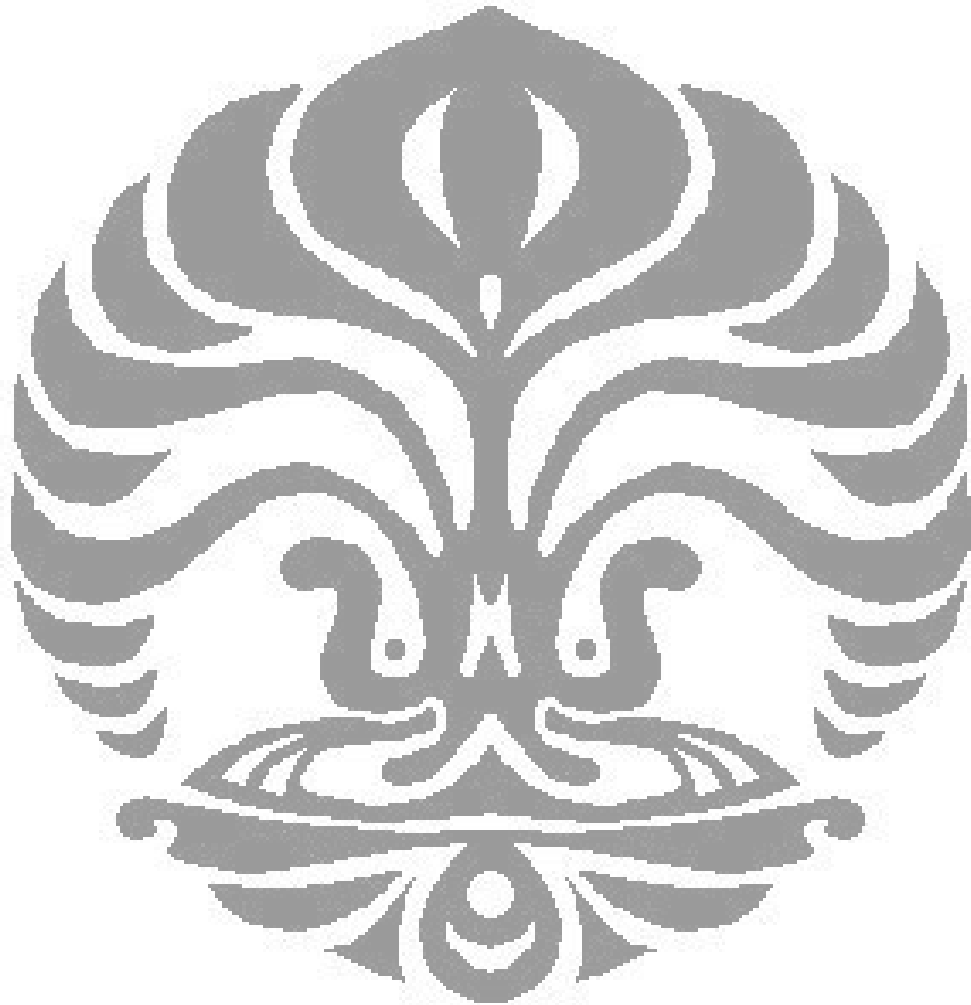
Berdasarkan pemaparan tersebut diatas, kerangka teori yang mendasari penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.1 sebagai berikut.



Skema 2.1 Kerangka teori



Sumber: Priharjo (1993); Hinchliff, Montague & Watson (1996); Muhiman, Sembalangi, Iskandar & Wulung (1996.); Reeder, Martin & Griffin, (1997); Gorrie, McKinney & Murray (1998); Snyder & Lindquist (2001); Niven (2002); Mander, 2005; Sikorsi, 2005.



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

Seksio sesarea merupakan suatu tindakan yang memiliki resiko pada klien dan mengakibatkan banyak masalah, baik secara fisik maupun psikologis, dimana angka kematian ibu yang melahirkan melalui tindakan ini dilaporkan lebih tinggi dibandingkan dengan melahirkan pervaginam (Ladewig, London & Olds, 2000).

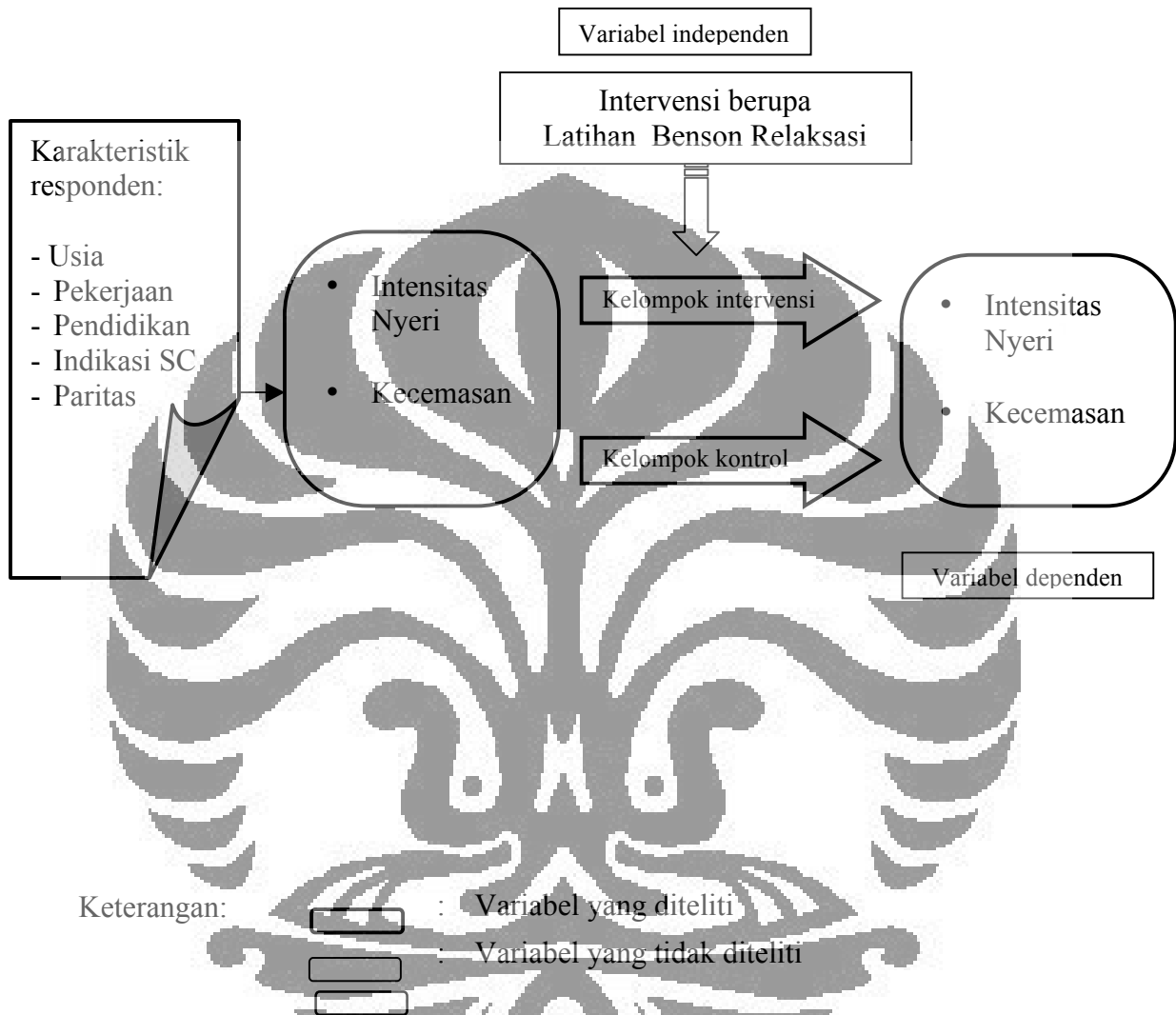
Masalah yang sering dialami oleh klien post seksio sesarea adalah masalah nyeri dan kecemasan akibat adanya luka operasi, dimana respon nyeri dan cemas tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor (Niven, 2002; Hinchliff, Montague & Watson, 1996). Respon nyeri dan cemas yang timbul satu sama lain saling berkaitan dan saling mempengaruhi, dimana nyeri dapat menimbulkan kecemasan dan kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri klien (Benson & Proctor, 2000). Apabila hal ini tidak segera diatasi maka intensitas nyeri dan kecemasan klien akan meningkat, yang akhirnya dapat mempengaruhi pada proses penyembuhan klien yang berakibat pada lamanya waktu rawat klien dan dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi. Oleh karena itu peranan perawat sangat penting dalam mengatasi masalah tersebut.

Perawat sebagai *care provider* memiliki peranan dalam memenuhi kebutuhan dasar klien, yaitu salah satunya dengan menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan klien baik dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis maupun nonfarmakologis. (Reeder, Martin, & Griffin, 1997; Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Snyder & Lindquist, 2001; Niven, 2002; Mander, 2005).

Salah satu terapi nonfarmakologis yang dapat diberikan adalah dengan pemberian latihan teknik Benson relaksasi. Dengan teknik tersebut diharapkan intensitas nyeri dan kecemasan yang dialami oleh klien akan menurun (Benson & Proctor, 2000).

Dalam penelitian ini variabel independennya adalah latihan Benson relaksasi, sedangkan variabel dependennya adalah nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada bagan 3.1 dibawah ini.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Sumber: Dimodifikasi dari Hinchliff, Montague & Watson (1996); Muhiman, Sembalangi, Iskandar & Wulung (1996); Reeder, Martin & Griffin (1997); Gorrie, McKinney & Murray (1998); Snyder & Lindquist (2001); Niven (2002); Sikorsi (2005); Mander (2005).

B. Hipotesis

1. Terdapat hubungan karakteristik responden dengan intensitas nyeri.
2. Terdapat hubungan karakteristik responden dengan kecemasan.
3. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi
4. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
5. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
6. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
7. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
8. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
9. Terdapat perbedaan intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
10. Terdapat perbedaan respon kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

11. Terdapat pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, indikasi seksio, dan pekerjaan terhadap penurunan intensitas nyeri klien post seksio sesarea pada kelompok intervensi.
12. Terdapat pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, indikasi seksio, dan pekerjaan terhadap penurunan kecemasan klien post seksio pada kelompok intervensi.



C. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Karakteristik responden	Usia dihitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara.	Dikelompokkan menjadi:	Ordinal
	a. Usia			1. ≤ 35 tahun 2. > 35 tahun	
	b. Pendidikan	Pendidikan formal yang telah diselesaikan oleh responden.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara.	Dikelompokkan menjadi:	Ordinal
				1. Pendidikan dasar: SD sd SMP. 2. Pendidikan lanjutan : SMA- sd Perguruan tinggi.	
	c. Pekerjaan	Jenis pekerjaan/aktifitas klien yang ditekuni dan menghasilkan pendapatan tetap.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara.	Dikelompokkan menjadi:	Nominal
				1. Ibu bekerja 2. Ibu tidak bekerja.	
	d. Sifat	Pertimbangan dilakukannya seksio sesarea yang pertama.	Kuesioner diisi oleh kolektor data	1. Emergensi 2. Elektif	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	e.Paritas	Frekuensi melahirkan	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara.	Dikelompokkan menjadi: 1. Primiparitas 2. Multiparitas	Ordinal
2.	Nyeri	Jawaban responden atas intensitas rasa nyeri yang dirasakan post seksio sesarea pada hari I, II, III, dan IV. -Pretest: pada hari I dilakukan pengukuran nyeri 2 jam setelah seksio sesarea sebelum diberikan intervensi -Posttest: pengukuran nyeri post seksio sesarea setelah diberikan intervensi pada hari I, II, III, dan IV.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara dengan menggunakan skala nyeri VAS	Dinyatakan dalam rata-rata dengan rentang nilai:VAS= 0 cm sampai dengan 10 cm	Interval
3.	Kecemasan	Tingkat kecemasan yang dirasakan oleh klien post seksio sesarea. Pretest: pengukuran	-Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara. - Observasi	Dinyatakan dalam rata-rata dengan rentang nilai 0 sampai dengan 60 (Modifikasi	Interval.

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		<p>cemas 2 jam setelah seksio sesarea sebelum diberikan intervensi pada hari I.</p> <p>-Posttest: pengukuran cemas post seksio sesarea setelah diberikan intervensi pada hari I, II, III, dan IV.</p>		HARS dengan Zung).	
4.	Teknik Benson relaksasi	<p>Serangkaian tindakan untuk mengurangi intensitas nyeri dan kecemasan post seksio sesarea dengan menggunakan tehnik relaksasi, yaitu: tarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut secara perlahan sambil mengulang-ulang suatu ungkapan yang dipilih klien saat mengeluarkan nafas tersebut</p>	Observasi	<p>1= Dilakukan 2= Tidak dilakukan</p>	Ordinal.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *quasi experiment*. Pada penelitian *quasi experiment* ini, subjek penelitian tidak ditempatkan secara acak dalam kelompok-kelompok (Creswell, 2002).

Rancangan yang digunakan adalah *pre test and posttest with control group design*, dimana rancangan ini mengukur perbedaan antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan menggunakan kelompok kontrol. Perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi diasumsikan merupakan efek dari intervensi (Portney & Watkins, 2000; Polit, Beck, & Hungler, 2001). Hal ini sesuai dengan tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh latihan Benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea setelah dilakukan intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi ini.

Kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi dinamakan kelompok intervensi; sedangkan kelompok yang tidak diberikan intervensi Benson relaksasi dinamakan kelompok kontrol (Polit & Hungler, 2000). Pada kelompok kontrol tidak

mendapatkan intervensi teknik Benson relaksasi tetapi mendapatkan perawatan seperti yang dilakukan sehari-hari diruangan rumah sakit.

Dalam rancangan ini, pada kelompok eksperimen dilakukan pengukuran sebelum dan sesudah dilakukan intervensi (Burn & Grove, 2001; Notoatmojo, 2003). Kelompok eksperimen diberi intervensi dengan Benson relaksasi dua jam setelah operasi, yaitu setelah klien sadar dan efek anastesi hilang. Pengukuran dilakukan selama empat hari: hari pertama yaitu dua jam post operasi (sebelum diberikan intervensi Benson relaksasi dan setelah intervensi Benson relaksasi) dan 12 jam berikutnya. Kemudian hari ke dua, ketiga, dan keempat setelah post operasi masing-masing setiap 12 jam sekali. Sedangkan untuk kelompok kontrol, tidak diberikan intervensi Benson relaksasi tetapi mendapatkan intervensi sesuai dengan prosedur ruangan. Pengukuran nyeri pada kelompok kontrolpun dilakukan sama dengan kelompok intervensi yaitu selama empat hari setiap 12 jam sekali.

Pengukuran sebelum diberikan latihan Benson relaksasi pada kelompok intervensi ditandai dengan O1 dan setelah diberikan Benson relaksasi ditandai dengan O2, sedangkan pengukuran pada kelompok kontrol sebelum periode intervensi ditandai dengan O3 dan setelah intervensi ditandai dengan O4. Perbedaan antara O1 dan O2 yaitu O2-O1 serta O3 dan O4 yaitu O3-O4 diasumsikan merupakan efek dari diberikan dan tidak diberikannya latihan Benson relaksasi. Adapun skema penelitiannya adalah sebagai berikut (Cresswell, 2002):

O1 ————— X ————— O2

O3 ————— O4

(Skema 4.1: Skema penelitian, Cresswell, 2002)

Keterangan:

O1= Rata-rata nyeri dan kecemasan klien pada *pre test* kelompok intervensi.

O2= Rata-rata nyeri dan kecemasan klien pada *post test* kelompok intervensi.

O3= Rata-rata nyeri dan kecemasan klien pada *pre test* kelompok kontrol.

O4= Rata-rata nyeri dan kecemasan klien pada *post test* kelompok kontrol.

$\Delta 1 = O2 - O1$

$\Delta 2 = O4 - O3$

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek maupun objek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2001). Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien post seksio sesarea baik elektif maupun bukan, yang datang ke RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung.

2. Sampel

Sampel adalah wakil dari populasi yang dipilih untuk dilakukan penelitian (Portney & Watkins, 2000; Arikunto, 2006). Sampel pada penelitian ini adalah ibu post seksio sesarea di RS Cibabat dan RSSartika Asih Bandung yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi responden dalam penelitian ini adalah: bersedia menjadi responden, ibu melahirkan dengan seksio sesaria, ibu post seksio sesarea yang pertamakali, terapi yang digunakan yaitu

ketoprofen, jenis anastesi yang digunakan spinal anesthesi, status kesadaran *compos mentis*, dan klien belum pernah mendapatkan latihan teknik Benson relaksasi sebelumnya. Sedangkan kriteria eksklusi adalah: ibu post seksio sesarea berulang, kesadaran dibawah *compos mentis*, dan tidak bersedia menjadi responden.

Besar sampel dihitung dengan menggunakan hasil penelitian sebelumnya kepada 64 responden tentang efektifitas nonfarmakologi nyeri dengan menggunakan skala nyeri VAS. Berdasarkan penelitian sebelumnya didapatkan rata-rata penurunan tingkat sensasi nyeri sebelum diberikan intervensi paket rileks adalah 4,50 dan setelah diberikan intervensi paket rileks selama tiga hari berturut-turut tingkat nyeri menurun menjadi 3,41, dengan standar deviasi 1.30. Selisih nyeri antara sebelum dan setelah intervensi adalah 1,09 (Sukowati, 2007). Dengan merujuk rumus jumlah sampel uji hipotesis beda rata-rata berpasangan (*dependent*) dari Ariawan (1998), maka diperoleh rumus seperti dibawah ini.

$$n = \frac{\sigma [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel yang dibutuhkan

σ = standar deviasi dari beda 2 rata-rata berpasangan penelitian terdahulu atau penelitian awal.

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada uji Z dua sisi.

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada kekuatan uji power $1-\beta$.

μ_1 = rata-rata pada keadaan sebelum intervensi.

μ_2 = rata-rata pada keadaan setelah intervensi.

Dari rumus tersebut diatas, peneliti ingin menguji hipotesis dengan perbedaan rata-rata 1,09, derajat kemaknaan 1% ($Z_{1-\alpha/2} = 2,58$) dan kekuatan uji 95% ($Z_{1-\beta}$ atau $Z_{95\%} = 1,64$), maka jumlah sampel yang diperlukan adalah :

$$n = \frac{1,30 [2,58 + 1,64]^2}{(3,41 - 4,50)^2}$$

$$n = 23,33 = 24$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 24 orang. Jumlah sampel ditambah 25% dari jumlah sampel minimum untuk mengantisipasi sampel yang mengalami *drop out*, sehingga jumlah sampel seluruhnya adalah: $n = 24 + (25\% \times 24) = 24 + 6 = 30$ orang.

Jumlah sampel menjadi 30 orang, sehingga kelompok intervensi maupun kelompok kontrol masing-masing berjumlah 30 responden.

Teknik sampling yang digunakan adalah sampling kuota, yaitu teknik untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan (Portney & Watkins, 2000; Sugiyono, 2001).

Teknik pengambilan sampel dengan cara: klien post seksio sesarea yang dirawat di RS Cibabat Cimahi dijadikan sebagai kelompok intervensi (karena rumah sakit ini lebih sering dijadikan lahan praktek oleh berbagai macam institusi pendidikan) sedangkan klien yang dirawat di RS Sartika Asih Bandung dijadikan sebagai kelompok kontrol.

C. Tempat Penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan di RS Sartika Asih Bandung dan RS Cibabat Cimahi. Pertimbangan pemilihan tempat penelitian adalah karena kedua rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit pemerintah dan rumah sakit pendidikan. Kedua RS memiliki karakteristik yang serupa, baik dari filosofi rumah sakit maupun dari pelayanan yang diberikan. Pimpinan RS menyetujui untuk dijadikan tempat penelitian dan tenaga di ruang terkait dengan penelitian mendukung pelaksanaan penelitian. Selain itu, fasilitas RS dan latar belakang responden hampir sama, serta belum adanya penelitian mengenai pengaruh latihan Benson relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri dan kecemasan pada klien post seksio sesarea di RS tersebut.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Pebruari sampai dengan Juni 2008. Pengumpulan data dilakukan setiap hari setelah mendapat izin dari pihak RS Sartika Asih Bandung dan RS Cibabat Cimahi. Pengumpulan data dimulai dari bulan April sampai dengan minggu kedua Juni 2008, hal ini berarti mundur dua minggu dari jadwal yang ditentukan yaitu akhir Mei, karena jumlah responden pada kelompok intervensi yang belum mencukupi (23 responden) dari jumlah yang diharapkan yaitu sebanyak 30 responden.

E. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah meminta uji etik penelitian ke Komite Etik Penelitian FIK-UI. Setelah disetujui, peneliti menemui calon responden dan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta hak untuk mengundurkan diri dari penelitian kapanpun menghendaknya. Calon responden yang menyetujui dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Semua responden diberikan penjelasan bahwa kesediaan atau penolakan responden untuk terlibat dalam penelitian ini tidak akan mempengaruhi status atau kedudukannya (Portney & Watkins, 2000).

Peneliti juga meyakinkan dan memastikan bahwa penelitian ini tidak hanya menguntungkan diri sendiri tapi juga menguntungkan responden penelitian. Identitas responden selama dan setelah penelitian dijaga kerahasiaannya (*privacy*) dengan memberikan kode sebagai pengganti nama responden (*anonym*), informasi yang diperoleh dijaga kerahasiaannya dan hanya untuk kegiatan penelitian ini (*confidentiality*) (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Untuk memenuhi prinsip keadilan (*justice*) bagi semua responden, peneliti memberikan latihan Benson relaksasi dengan metoda yang sama dengan kelompok intervensi. Kegiatan ini dilakukan setelah pengumpulan data yang keempat selesai.

F. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data terbagi menjadi tiga instrumen yaitu pertama instrumen A kuesioner mengenai karakteristik demografi responden, instrumen B kuesioner berupa nyeri, dan instrumen C mengenai kecemasan.

1. Instrumen A mengenai kuesioner karakteristik demografi responden meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea.

2. Instrumen B mengenai kuesioner nyeri meliputi Skala Analog Visual (VAS).

Skala ini dilengkapi dengan skala numerik 0-10 cm berbentuk vertikal atau horizontal dan dideskripsikan sebagai berikut: 0 = tidak ada nyeri, 1-2 = nyeri ringan, 3-4 = nyeri sedang, 5-6 = nyeri berat, 7-8 = nyeri sangat berat, 9-10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan (Elkin, Perry & Potter, 2000). Menurut Scott dan Huskisson (2000); William (2005) mengatakan bahwa skala VAS ini lebih sensitiv, valid, dan reliabel terutama untuk nyeri post operasi.

Peneliti tidak melakukan uji coba pada skala nyeri ini, karena skala ini merupakan instrumen yang sudah baku dan digunakan secara luas dalam penelitian yang berhubungan dengan nyeri, termasuk nyeri karena post seksio sesarea. Di Indonesia sendiri telah banyak penelitian yang menggunakan skala VAS, salah satunya Murtiningsih (2004) dalam penelitiannya yang berjudul Perbedaan pengaruh metode penekanan (*back pressure*) dengan metode pengusapan (*rubbing*) dan karakteristik yang mempengaruhi terhadap penurunan nyeri persalinan dalam konteks keperawatan maternitas.

3. Instrumen C mengenai kecemasan.

Pada penelitian ini, alat yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, baik saat sebelum ataupun sesudah intervensi menggunakan instrumen yang pernah digunakan oleh Setyorini (2006) dalam penelitiannya tentang efektivitas pemberian “paket ibu” terhadap kecemasan ibu dengan seksio sesaria elektif. Instrumen ini telah diuji

validitasnya ($r > 0,365$) serta reabilitasnya (0,651) sebanyak dua kali pada 41 responden, dengan perbaikan beberapa kalimat, sehingga instrumen ini layak digunakan dalam penelitian. Instrumen ini merupakan modifikasi dari instrumen pengkajian kecemasan *ZSAS - Zung* dan dari *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* (Hawari, 2001). Skala tersebut digunakan oleh peneliti tanpa modifikasi dalam mengukur tingkat kecemasan klien post seksio sesarea. Pada penggunaan alat ukur ini, peneliti telah meminta izin dari peneliti yang telah memodifikasi instrumen dari *ZSAS - Zung* dan dari *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* tersebut.

Instrumen tersebut terdiri dari dua macam, yaitu: Kuesioner mengenai kecemasan (C1) dan Observasi kecemasan (C2), yang dideskripsikan sebagai berikut :

C1 : Nilai maksimum= 40

C2 : Nilai maksimum= 20

Setiap jawaban pada kolom “ya” = 2

Setiap jawaban pada kolom “tidak” = 1

Jumlah total jawaban C1 dan C2 adalah 60, dimana skor : 0-12 = Tidak ada kecemasan, 13-24 = Kecemasan ringan, 25-36 = Kecemasan sedang, 37-48 = Kecemasan berat, dan ≥ 49 = Kecemasan berat sekali/panik.

Instrumen modifikasi ini terbagi 2, yaitu:

- a. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data kecemasan ibu dengan post seksio sesarea adalah *closed-ended questionnaire*.

- b. Lembar observasi, merupakan alat pengumpul data yang berisi tentang data objektif kecemasan ibu dengan post seksio sesarea. Alat ini berisi tentang perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu yang mengalami kecemasan. Cara menilainya dengan cara pengukuran dan observasi. Observasi dilakukan oleh kolektor data sebanyak 4 orang yang memenuhi kriteria dan telah diberikan pelatihan yang berkaitan dengan penelitian. Untuk mengukur interobserver reliabilitasnya, peneliti telah melakukan evaluasi kepada keempat kolektor data melalui observasi terhadap tiga klien yang dilakukan secara bersama-sama untuk mendapatkan persepsi sama terhadap kondisi yang diobservasi.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Penelitian dilakukan setelah proposal penelitian disetujui, baik oleh pihak akademik maupun oleh institusi tempat dilakukan penelitian, dalam hal ini RS Cibabat dan RS Sartika Asih Bandung. Peneliti kemudian menemui penanggung jawab ruang nifas untuk menjelaskan tujuan penelitian.
2. Pada penelitian ini peneliti dibantu oleh dua perwakilan bidan dari setiap rumah sakit sebagai kolektor data dengan latar belakang pendidikan D3 kebidanan serta bertugas di ruang nifas RS Cibabat dan RS Sartika Asih Bandung dengan pengalaman lebih dari 5 tahun. Hal ini dilakukan karena pelatihan Benson relaksasi dan pengukuran intensitas nyeri dan kecemasan dilakukan dua kali sehari atau tiap 12 jam sekali, sehingga memerlukan bantuan tenaga yang ada di RS tersebut. Selain itu pihak RS sendiri menginginkan adanya keterlibatan bidannya dalam penelitian ini, agar klien

merasa nyaman serta klien lain yang tidak dijadikan responden dalam penelitian ini (post partum bukan seksio sesarea) yang kebetulan disatukan dalam satu ruangan dengan responden penelitian tidak merasa diperlakukan tidak adil.

3. Pelatihan terhadap kolektor data dan pemberi intervensi:

- a. Waktu : Satu hari, selama 100 menit
- b. Peserta : Petugas kesehatan dengan latar belakang bidan yang bertugas di Ruang Nifas RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, masing-masing rumah sakit dua orang.
- c. Metode : Ceramah, tanya jawab dan demonstrasi.
- d. Evaluasi : Proses evaluasi dilakukan dengan cara tanya jawab, kemudian peserta pelatihan diminta untuk mendemonstrasikan kembali cara pemberian Benson relaksasi kepada tiga orang klien post seksio sesarea. Setelah itu peneliti meminta peserta untuk mencoba menggunakan instrument penelitian kepada klien.

4. Penentuan sampel

Kolektor data mengidentifikasi calon responden yang memenuhi kriteria inklusi sampel, kemudian menemui calon responden dan memperkenalkan diri. Lalu calon responden diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian. Setelah calon responden menyetujui dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, kemudian calon responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan.

5. Prosedur pelaksanaan

- a. Pertemuan pertama: kolektor data melakukan pengumpulan data mengenai data demografik dari catatan medis klien dengan menggunakan instrument A. Setelah itu melakukan *pre test* kepada klien pada hari pertama (setelah 2 jam post operasi disaat efek anestesi sudah hilang dimana sensasi klien sudah kembali normal), mengenai nyeri dan kecemasan dengan cara wawancara dengan menggunakan instrument B dan C. Setelah data terkumpul lengkap dan *pre test* telah dilakukan, kemudian pada kelompok intervensi diberikan latihan Benson relaksasi oleh peneliti selama 10 menit. Sedangkan pada kelompok kontrol setelah data demografi terkumpul dan *pre test* telah dilakukan, responden tidak mendapatkan intervensi dari peneliti tetapi mendapat intervensi sesuai prosedur ruangan. Kemudian setelah kelompok intervensi melakukan teknik Benson relaksasi dan kelompok kontrol melakukan intervensi sesuai prosedur ruangan, maka dilakukan *post test* dengan menggunakan instrument B dan C.
- b. Pertemuan kedua dilakukan 12 jam setelah klien diberikan latihan Benson relaksasi pada pertemuan yang pertama. Pada kelompok intervensi diberikan latihan Benson relaksasi selama 10 menit dan kelompok kontrol diberikan intervensi sesuai prosedur ruangan, kemudian pada kedua kelompok tersebut diberikan *post test* dengan cara mengumpulkan data mengenai nyeri dan kecemasan, dengan cara wawancara menggunakan instrument B dan C.

- c. Pada hari ke dua, ke tiga, dan ke empat post operasi, kelompok intervensi tetap diberikan latihan tehnik Benson relaksasi selama 10 menit dan kelompok kontrol diberikan intervensi sesuai prosedur ruangan, lalu dilakukan pengukuran nyeri dan kecemasan dengan cara wawancara menggunakan instrument B dan C seperti pada hari pertama. Hal ini dilakukan setiap 12 jam sekali atau dua kali sehari, dengan tidak mengganggu waktu tidur klien.

6. Intervensi

a. Isi

Tekhnik Benson relaksasi dikembangkan oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Tujuan tehnik Benson relaksasi ini untuk menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan sehingga kebutuhan dasar klien akan rasa aman dan nyaman terpenuhi. Tekhnik Benson relaksasi dituangkan kedalam *leaflet* yang berisikan materi mengenai tehnik relaksasi untuk menurunkan rasa nyeri dan kecemasan setelah dilakukan operasi seksio sesarea.

Isi *leaflet* meliputi: pengertian tehnik Benson relaksasi, keuntungan tehnik Benson relaksasi dan cara yang efektif untuk melakukan tehnik Benson relaksasi yang disertai gambar. Tujuan pemberian *leaflet* adalah agar informasi yang diberikan sama dan klien dapat membaca kembali informasi yang telah diberikan.

b. Sasaran intervensi latihan Benson relaksasi

Intervensi latihan relaksasi diberikan pada klien post seksio sesarea yang bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan sebelumnya dan dijadikan sebagai kelompok intervensi pada penelitian ini

c. Waktu pelaksanaan intervensi Benson relaksasi

Intervensi latihan relaksasi diberikan kepada kelompok intervensi setelah diukur intensitas nyeri dan kecemasannya terlebih dahulu dengan menggunakan instrumen B dan C yang dapat dilihat pada lampiran 3 dan 4.

d. Prosedur intervensi teknik "Benson relaksasi".

Latihan Benson relaksasi diberikan di ruangan nifas kepada klien 2 jam post seksio sesarea, dimana efek anestesi telah hilang dan klien telah sadar. Semua responden diberikan terapi analgetik sejenis morfin (PCA) sampai 24 jam post seksio sesarea, kemudian dilanjutkan dengan terapi ketoprofen suppositoria. Pemberi informasi adalah peneliti sendiri dan dibantu oleh kolektor data yang telah diberikan pelatihan mengenai tehnik Benson relaksasi terlebih dahulu, sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan. Metoda yang digunakan adalah simulasi dan demonstrasi. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut: Pemberian latihan Benson relaksasi dilakukan selama 20 menit, dimana sebelumnya responden terlebih dahulu diberikan informasi tentang tujuan dari latihan ini. Materi yang diberikan terdiri dari.

1) Pendahuluan selama 2 menit.

Pemberi materi mengucapkan salam pembuka, memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi.

2) Penjelasan materi selama 5 menit.

Peneliti memberikan penjelasan mengenai materi yang ada dalam leaflet kemudian melakukan simulasi dan demonstrasi teknik Benson relaksasi.

3) Evaluasi selama 10 menit

Responden dipersilahkan untuk mendemonstrasikan kembali teknik Benson relaksasi sebagai metoda untuk menurunkan nyeri dan kecemasan post seksio sesarea yang telah diajarkan.

4) Penutup selama 3 menit

Pemberi materi mengucapkan salam penutup. *Leaflet* yang telah diberikan boleh disimpan oleh responden untuk dijadikan bahan bacaan.

H. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat lunak. Sebelum dilakukan analisis, terlebih dahulu dilakukan pengolahan data yang telah dikumpulkan melalui tahapan: *editing*, *coding*, *entry data* dan *cleaning*.

1. *Editing* data untuk memastikan bahwa kuesioner yang diberikan telah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten dalam pengisiannya oleh responden. Editing dikerjakan segera setelah responden selesai mengisi kuesioner.

2. *Coding* data. Setiap item dalam kuesioner diberi kode dan skor untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.
3. *Entry* data. Pemrosesan data dilakukan dengan memasukkan pada program komputer.
4. *Cleaning* data. Memastikan tidak ada data yang salah sebelum dilakukan analisis data.

I. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik dari responden penelitian meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea. Karena data bersifat katagorik, maka data disajikan dengan menghitung distribusi frekuensi dan prosentase.

2. Analisis Bivariat

a. Uji homogenitas

Uji homogenitas meliputi data demografi responden pada kelompok intervensi dan kontrol, diuji dengan menggunakan *chi square*.

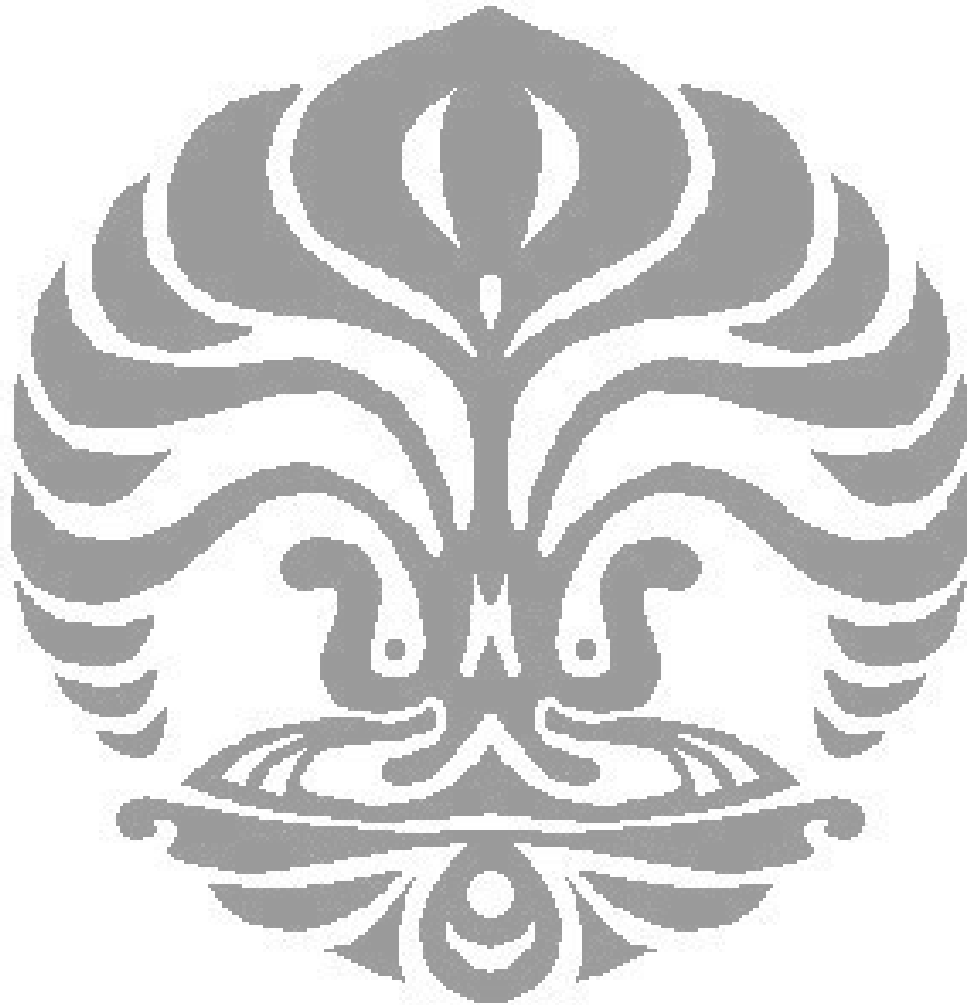
b. Uji beda

Uji beda digunakan untuk melihat perbedaan intensitas nyeri dan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Uji yang digunakan adalah uji t dependen dan independen karena data yang digunakan merupakan data interval dengan α 0.05.

c. Analisa Multivariat

Untuk melihat pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, dan pekerjaan dengan satu atau beberapa variable dependen (nyeri dan cemas).

Uji yang digunakan adalah regresi linier ganda dengan α 0.05.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di RS Sartika Asih Bandung dan RS Cibabat Cimahi. Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 14 April sampai dengan 10 Juni 2008. Jumlah responden dalam penelitian ini seluruhnya 60 responden, terdiri dari 30 responden yang dikelompokkan dalam kelompok kontrol dan 30 responden lainnya dikelompokkan dalam kelompok intervensi. Responden yang dirawat di RS Cibabat Cimahi merupakan kelompok intervensi; sedangkan responden yang dirawat di RS Sartika Asih Bandung sebagai kelompok kontrol. Kedua RS memiliki karakteristik yang serupa, baik dari filosofi RS maupun dari pelayanan yang diberikan serta merupakan RS umum tipe B.

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat izin dari RS dan mendapat persetujuan dari responden untuk menjadi responden penelitian. Pada kelompok intervensi diberikan intervensi Benson relaksasi selama 4 hari, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi. Penilaian intensitas nyeri dilakukan pada masing-masing kelompok sebelum dan sesudah intervensi. Hasil penelitian dapat digambarkan dalam paparan berikut dibawah ini :

A. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea ditampilkan dalam tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut pendidikan, pekerjaan, dan sifat seksio sesarea di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

No	Variabel	Kontrol (n=30)		Intervensi (n=30)		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Usia						
	≤ 35 tahun	23	76.7	25	83.30	48	80.00
	> 35 tahun	7	23.3	5	16.70	12	20.00
2.	Tingkat pendidikan						
	SD	3	10.00	5	16.70	8	13.33
	SMP	10	33.30	10	33.30	20	33.34
	SMA	13	43.30	13	43.30	26	43.33
	PT	4	13.30	2	6.70	6	10.00
3.	Pekerjaan						
	Bekerja	11	36.70	13	43.30	24	40.00
	Tidak bekerja	19	63.30	17	56.70	36	60.00
4.	Paritas						
	Primiparitas	16	53.30	9	30.00	25	41.70
	Multiparitas	14	46.70	21	70.00	35	58.30
5.	Sifat						
	Emergensi	22	73.30	20	66.70	42	70.00
	Elektif	8	26.70	10	33.30	18	30.00

Berdasarkan tabel 5.1 Sebagian besar responden baik pada kelompok kontrol 23 orang (76.70%) maupun kelompok intervensi 25 orang (83.30%) berusia ≤ 35 tahun, mayoritas pendidikan responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi adalah SMA yaitu 13 orang (43,30 %). Sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 19 orang (63,30 %) pada kelompok kontrol dan 17 orang (56,70 %) pada kelompok intervensi. Pada paritas, sebagian besar responden adalah multiparitas yaitu 14 orang (46.70%) pada kelompok kontrol dan 21 orang (70%) pada kelompok intervensi. Sifat seksio sesarea sebagian besar adalah sifat emergensi yaitu 22 orang (73,30 %) pada kelompok kontrol dan 20 orang (66,70 %) pada kelompok intervensi.

Tabel 5.2. Distribusi responden menurut intensitas nyeri dan kecemasan sebelum intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung April-Juni 2008 (n=60)

No	Variabel	Σ	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
1.	Intensitas nyeri:						
	Kontrol	30	4.43	5.00	5.00	1.28	3.00-8.00
	Intervensi	30	4.97	5.00	5.00	1.19	3.00-8.00
2.	Kecemasan :						
	Kontrol	30	15.98	15.75	15.50	1.12	14.00-18.50
	Intervensi	30	16.47	16.25	16.00	0.98	14.50-18.50

Tabel 5.2 di atas memperlihatkan distribusi responden berdasarkan intensitas nyeri dan kecemasan.

1. Intensitas Nyeri

Hasil analisis didapatkan rata-rata nyeri responden pada kelompok kontrol adalah 4,43 cm dan kelompok intervensi adalah 4,97 cm. Kemudian intensitas nyeri responden terbanyak baik pada kelompok kontrol maupun intervensi adalah 5,00 cm dengan intensitas nyeri responden terendah 3,00 cm dan tertinggi 8,00 cm.

2. Kecemasan

Berdasarkan hasil analisis mengenai kecemasan pada tabel 5.3 didapatkan rata-rata kecemasan responden kelompok kontrol adalah 15,98 dan kelompok intervensi adalah 16,47. Kecemasan terbanyak pada kelompok kontrol adalah 15,50 sedangkan pada kelompok intervensi adalah 16,00. Kecemasan terendah pada kelompok kontrol adalah 14,00 dan tertinggi 18,50, sedangkan kelompok intervensi kecemasan terendah 14,50 dan tertinggi 18,50.

B. Uji Homogenitas

Untuk mendapatkan hasil penelitian yang tepat dan interpretasi yang benar pada penelitian kuasi eksperimen perlu diketahui kondisi awal kedua kelompok penelitian yaitu kelompok kontrol dan intervensi. Untuk tujuan tersebut digunakan uji homogenitas terhadap karakteristik responden yang dilakukan antara kelompok kontrol dan intervensi. Uji homogenitas ini bertujuan untuk melihat apakah karakteristik responden pada kedua kelompok penelitian setara atau tidak.

Tabel 5.3 Distribusi responden antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

No	Karakteristik	Kontrol(n=30)		Intervensi(n=30)		Total		Pv
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	
1.	Usia							
	≤ 35 tahun	23	47.90	25	52.10	48	80.00	0.75
	> 35 tahun	7	58.30	5	41.70	12	20.00	
2.	Pendidikan							
	Dasar	13	46.40	15	53.60	28	46.70	0.80
	Lanjutan	17	53.10	15	46.90	32	53.30	
3.	Pekerjaan							
	Bekerja	11	45.80	13	54.20	24	40.00	0.79
	Tidak bekerja	19	52.80	17	47.20	36	60.00	
4.	Paritas							
	Primiparitas	16	64.00	9	36.00	25	41.70	0.12
	Multiparitas	14	40.00	21	60.00	35	58.30	
5.	Sifat							
	Emergensi	22	52.40	20	47.60	42	70.00	0.78
	Elektif	8	44.40	10	55.60	18	30.00	

Dari tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa semua variabel dari karakteristik responden mencakup: usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi adalah setara atau homogen ($P_v > 0,05$; $\alpha = 0,05$).

C. Hubungan Karakteristik Responden dengan Intensitas Nyeri dan Kecemasan

Untuk mengetahui karakteristik responden yang mempengaruhi intensitas nyeri maupun kecemasan maka dilakukan uji perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan. Uji yang digunakan adalah uji t independen, karena data yang akan diuji bersifat numerik dan kategorik. Berikut ini akan dipaparkan mengenai hubungan karakteristik responden dengan intensitas nyeri dan kecemasan.

Tabel 5. 4 Hubungan karakteristik responden dengan intensitas nyeri dan kecemasan sebelum intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

No	Variabel	Intensitas nyeri			Kecemasan				
		N	Mean	SD	Pv	N	Mean	SD	Pv
1.	Usia								
	≤ 35 tahun	48	4.77	1.26	0.39	48	16.17	0.98	0.50
> 35 tahun	12	4.42	1.24	12		16.46	1.39		
2.	Pendidikan								
	Dasar	28	5.61	0.87	0.00	28	16.21	1.08	0.94
Lanjutan	32	3.91	0.96	32		16.23	1.08		
3.	Pekerjaan								
	Bekerja	24	4.88	1.03	0.38	24	16.45	0.83	0.17
Tidak bekerja	36	4.58	1.38	36		16.07	1.19		
4.	Paritas								
	Primiparitas	25	5.16	1.25	0.01	25	16.24	1.00	0.93
Multiparitas	35	4.37	1.16	35		16.21	1.13		
5.	Sifat								
	Emergensi	42	4.69	1.20	0.93	42	16.14	1.10	0.37
Elektif	18	4.72	1.41	18		16.42	0.99		

Berdasarkan tabel 5.3 diatas memperlihatkan hubungan karakteristik responden dengan intensitas nyeri dan kecemasan.

1. Intensitas Nyeri

a. Usia

Rata-rata intensitas nyeri pada responden usia ≤ 35 tahun adalah 4,77 cm, sedangkan pada usia > 35 tahun didapatkan 4,42 cm. Hasil analisis

didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara intensitas nyeri dengan usia (Pv 0,39; $\alpha = 0,05$).

b. Pendidikan

Kemudian rata-rata intensitas nyeri pada responden dengan pendidikan dasar adalah 5,61 cm, sedangkan pada pendidikan lanjutan didapatkan 3,91 cm.

Hasil analisis didapatkan terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara pendidikan dengan intensitas nyeri (Pv 0,00; $\alpha = 0,05$).

c. Pekerjaan

Rata-rata intensitas nyeri pada responden yang bekerja adalah 4,88 cm, sedangkan pada responden yang tidak bekerja didapatkan 4,58 cm. Hasil

analisis didapatkan tidak ada perbedaan rata-rata yang bermakna antara pekerjaan dengan intensitas nyeri (Pv 0,38; $\alpha = 0,05$).

d. Paritas

Pada ibu primiparitas rata-rata intensitas nyerinya adalah 5,16 cm, dan pada ibu multiparitas didapatkan 4,37 cm. Hasil analisis didapatkan terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara paritas dengan intensitas nyeri (Pv 0,01; $\alpha = 0,05$).

e. Sifat Seksio Sesarea

Rata-rata intensitas nyeri pada responden dengan sifat seksio sesarea emergensi adalah 4,69 cm, sedangkan pada responden dengan sifat seksio sesarea elektif didapatkan 4,72 cm. Hasil analisis didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara sifat seksio sesarea dengan intensitas nyeri (Pv 0,93; $\alpha = 0,05$).

2. Kecemasan

a. Usia

Rata-rata kecemasan pada responden usia ≤ 35 tahun adalah 16,17 sedangkan pada usia > 35 tahun didapatkan 16,46. Hasil analisis didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara kecemasan dengan usia ($P_v = 0,50$; $\alpha = 0,05$).

b. Pendidikan

Rata-rata kecemasan pada responden dengan pendidikan dasar adalah 16,21, sedangkan pada responden dengan pendidikan lanjutan didapatkan 16,23. Hasil analisis didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara kecemasan dengan pendidikan ($P_v = 0,94$; $\alpha = 0,05$).

c. Pekerjaan

Dilihat dari karakteristik pekerjaan, rata-rata kecemasan pada responden yang bekerja adalah 16,45, sedangkan pada responden yang tidak bekerja didapatkan rata-rata kecemasan 16,07. Hasil analisis didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara kecemasan dengan pekerjaan ($P_v = 0,17$; $\alpha = 0,05$).

d. Paritas

Rata-rata kecemasan pada responden primiparitas adalah 16,24 dan pada responden multiparitas didapatkan rata-rata kecemasan 16,21. Hasil analisis didapatkan tidak terdapat perbedaan rata-rata yang bermakna antara kecemasan dengan paritas ($P_v = 0,93$; $\alpha = 0,05$).

e. Sifat Seksio Sesarea

Rata-rata kecemasan pada responden dengan sifat seksio sesarea emergensi adalah 16,14, sedangkan pada responden dengan sifat seksio sesarea elektif adalah 16,15. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan rata-rata yang bermakna antara kecemasan dengan sifat seksio sesarea ($P_v = 0,37$; $\alpha = 0,05$).

D. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Sebelum Periode Intervensi

Untuk mengetahui pengaruh tehnik Benson relaksasi maka perlu diketahui terlebih dahulu beda rata-rata intensitas nyeri maupun kecemasan pada kedua kelompok sebelum diberikan intervensi. Rata-rata intensitas nyeri maupun kecemasan pada kelompok kontrol dan intervensi diukur dengan rumus uji t independen.

Berikut ini ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.5 Distribusi rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Kelompok	Σ	Intensitas nyeri			Kecemasan		
		Mean	SD	P_v	Mean	SD	P_v
Kontrol	30	4.43	1.28	0.10	15.98	1.12	0.08
Intervensi	30	4.97	1.19		16.47	0.98	

Tabel 5.5 diatas memperlihatkan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum periode intervensi.

1. Intensitas Nyeri

Rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol adalah 4,43 cm, sedangkan untuk kelompok intervensi adalah 4,97 cm. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi atau dengan kata lain rata-rata intensitas nyeri kedua kelompok setara ($P_v = 0,10$; $\alpha = 0,05$).

2. Kecemasan.

Rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol adalah 15,98 sedangkan untuk kelompok intervensi adalah 16,47. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol dan intervensi atau dengan kata lain rata-rata kecemasan kedua kelompok setara ($P_v = 0,08$; $\alpha = 0,05$).

E. Perbedaan Rata-Rata Intensitas nyeri dan Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea Setelah Periode Intervensi

Selain mengetahui perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum diberikan Benson relaksasi, untuk mengetahui pengaruh Benson relaksasi, maka perlu juga diketahui mengenai perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan setelah periode intervensi pada kedua kelompok tersebut.

Tabel 5.6 Distribusi rata-rata intensitas nyeri setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Kelompok	Σ	Intensitas nyeri			Kecemasan		
		Mean	SD	Pv	Mean	SD	Pv
Kontrol	30	3.51	0.97	0.00	15.29	0.92	0.001
Intervensi	30	2.63	0.69		14.57	0.58	

Tabel 5.6 diatas memperlihatkan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum periode intervensi

1. Intensitas Nyeri

Rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol setelah periode intervensi adalah 3,51 cm, sedangkan untuk kelompok intervensi adalah 2,63 cm. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi setelah periode intervensi ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$).

2. Kecemasan.

Rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol setelah periode intervensi adalah 15,29 sedangkan untuk kelompok intervensi adalah 14,57. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol dan intervensi setelah periode intervensi ($P_v = 0,001$; $\alpha = 0,05$).

F. Perbedaan Rata-rata Intensitas nyeri dan Kecemasan Sebelum dan Setelah Periode Intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi.

Untuk mengetahui pengaruh Benson relaksasi, maka perlu diketahui beda rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum maupun setelah periode intervensi, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi. Karena akan mengukur rata-rata

sebelum dan setelah periode intervensi maka menggunakan rumus *paired t-test* (uji t dependen). Berikut ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan pada kedua kelompok tersebut

Tabel 5.7 Distribusi rata-rata intensitas nyeri sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Intensitas nyeri	Kelompok kontrol (n=30)			Kelompok intervensi (n=30)		
	Mean	SD	Pv	Mean	SD	Pv
Sebelum intervensi	4.43	1.28		4.97	1.19	
Setelah intervensi	3.51	0.97	0.00	2.63	0.69	0.00
Selisih setelah- sebelum	0.93	0.48		2.34	0.58	

Tabel 5.7 di atas memperlihatkan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi

1. Kelompok Kontrol

Rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi adalah 4,43 cm, sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata intensitas nyeri adalah 3,51 cm. Terlihat perbedaan selisih intensitas nyeri antara sebelum diberikan intervensi dengan setelah diberikan intervensi adalah 0,93. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata intensitas nyeri pada kelompok kontrol sebelum dan setelah periode intervensi ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$).

2. Kelompok Intervensi

Rata-rata intensitas nyeri pada kelompok intervensi sebelum diberikan Benson relaksasi adalah 4,97 cm, sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata intensitas nyeri adalah 2,63 cm. Terlihat perbedaan selisih intensitas nyeri antara

sebelum diberikan intervensi dengan setelah diberikan intervensi adalah 2,34 cm. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata intensitas nyeri pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi ($P_v = 0,00$, $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.8 Distribusi rata-rata kecemasan sebelum dan setelah periode Intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Kecemasan	Kelompok kontrol (n=30)			Kelompok intervensi (n=30)		
	Mean	SD	Pv	Mean	SD	Pv
Sebelum intervensi	15.98	1.12	0.00	16.47	0.98	0.00
Setelah intervensi	15.29	0.92		14.57	0.58	
Selisih setelah - sebelum	0.70	0.67		1.89	0.67	

Tabel 5.8 di atas memperlihatkan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi.

1. Kelompok Kontrol

Rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi adalah 15,98, sedangkan setelah periode intervensi adalah 15,29. Terlihat perbedaan selisih intensitas nyeri antara sebelum dengan setelah diberikan intervensi adalah 0,70. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$).

2. Kelompok Intervensi

Rata-rata kecemasan pada kelompok intervensi sebelum diberikan Benson relaksasi adalah 16,47, sedangkan setelah periode intervensi adalah 14,57. Terlihat perbedaan selisih intensitas nyeri antara sebelum dengan setelah diberikan intervensi adalah 1,89. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang

signifikan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok intervensi ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$).

G. Perbedaan Rata-rata Intensitas nyeri dan Kecemasan Sebelum dan Setelah Periode Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Intervensi.

Berikut ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata intensitas nyeri maupun kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.9 Distribusi rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi, di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

	Intensitas nyeri			Kecemasan		
	Mean	SD	Pv	Mean	SD	Pv
Kel kontrol (n=30)	0.93	0.48		0.70	0.67	
Kel intervensi (n=30)	2.34	0.58	0.00	1.89	0.67	0.00

Tabel 5.9 di atas memperlihatkan rata-rata intensitas nyeri dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi.

1. Intensitas Nyeri

Rata-rata penurunan intensitas nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi pada kelompok kontrol adalah adalah 0,93 cm, sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh rata-rata penurunan intensitas nyeri adalah 2,34 cm. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata penurunan intensitas nyeri sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$), dimana penurunan intensitas nyeri diperoleh lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol.

2. Kecemasan

Rata-rata penurunan kecemasan sebelum dan setelah diberikan intervensi pada kelompok kontrol adalah 0,70, sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh rata-rata penurunan intensitas nyeri adalah 1,89. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata penurunan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi ($P_v = 0,00$; $\alpha = 0,05$), dimana penurunan kecemasan diperoleh lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol.

H. Pengaruh Murni Antara Intervensi Teknik Benson Relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan) dengan Intensitas Nyeri.

Untuk melihat pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, serta pekerjaan dengan intensitas nyeri, maka dilakukan analisa multivariat. Uji yang digunakan adalah regresi linier ganda dengan $\alpha 0.05$.

Berikut ini akan dijelaskan mengenai tentang pengaruh murni antara intervensi tehnik Benson relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, dan pekerjaan) dengan intensitas nyeri. Penentuan untuk variabel kandidat dilakukan melalui analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi untuk variabel independen berjenis numerik (usia dan paritas) dan uji t independen untuk variabel independen berjenis katagorik (pendidikan, sifat seksio sesarea, dan

pekerjaan) untuk dimasukkan kedalam model multivariat. Variabel yang masuk menjadi kandidat adalah yang memenuhi syarat p value $< 0,25$ (Hastono, 2007).

Tabel 5.10 Hasil analisis hubungan beberapa variabel terhadap penurunan intensitas nyeri sesudah diberikan tehnik Benson relaksasi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

No	Variabel	P v
1.	Klmp riset (intv Benson)	0.000
2.	Usia	0,000
3.	Pendidikan	0.017
4.	Paritas	0,002
5.	Sifat	0.842
6.	Pekerjaan	0.272

Berdasarkan hasil analisa bivariat pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari enam variabel, ada empat variabel yang memenuhi syarat untuk masuk kedalam model regresi linier ganda, yaitu: kelompok riset ($P_v = 0.00$), usia ($P_v = 0.00$), pendidikan ($P_v = 0.017$), dan paritas ($P_v = 0.002$). Sedangkan untuk variabel sifat dan pekerjaan mempunyai nilai P value $> 0,25$ sehingga tidak bisa masuk ke multivariat. Selanjutnya dilakukan analisis dengan menggunakan metode *backward* dimana variabel yang mempunyai nilai P value > 0.05 dikeluarkan dari model. Sehingga diperoleh model seperti pada table 5.12 dibawah ini.

Tabel 5.11 Analisis langkah pertama proses pemodelan regresi linier ganda variabel terhadap penurunan intensitas nyeri sesudah diberikan Benson relaksasi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Variabel Independen	Koefisien B	SE	Koefisien Beta	P v
Constan	1.89	0.27		0.00
Klmpk riset (intv Benson)	1.32	0.12	0.75	0.00
Usia	-0.01	0.01	-0.12	0.17
Pendidikan	-0.11	0.15	-0.06	0.44
Paritas	-0.19	0.07	-0.23	0.01

Analisis dilakukan melalui dua tahap, yaitu: tahap pertama variabel pendidikan ($P_v = 0.44$) dikeluarkan dari model, selanjutnya pada tahap kedua variabel usia ($P_v = 0.17$) dikeluarkan dari model. Tetapi ternyata setelah variabel pendidikan dan usia dikeluarkan dari model terdapat perubahan koefisien lebih dari 10 %, sehingga variabel tersebut tidak jadi dikeluarkan dari model multivariate, tetapi dianalisis lagi dengan memasukan variabel pendidikan dengan kelompok riset (intervensi Benson), begitu juga variabel usia dengan kelompok riset (intervensi Benson). Ternyata tidak terjadi perubahan > 10 % pada kelompok riset. Dengan demikian variabel usia dan pendidikan dikeluarkan dari model multivariat. Akhirnya yang menjadi model pada regresi linier ganda adalah kelompok riset (intervensi Benson) dan paritas. Hasil analisa dapat dilihat pada tabel 5.13 dibawah ini.

Tabel 5.12 Distribusi pengaruh murni tehnik Benson relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri (menurut pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan), Juni 2008 (n=60)

Variabel Independen	Koefisien B	SE	Koefisien Beta	P v
Constant	1.43	0.13		0.00
Klmpk riset (intv Benson)	1.37	0.12	0.78	0.00
Paritas	-0.28	0.06	-0.33	0.00

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap penentuan intensitas nyeri adalah kelompok riset (intervensi Benson) dengan nilai koefisien Beta= 0.78 dan P value= 0,00 (α 0.05). Variabel kelompok riset (intervensi Benson) bersifat positif, sedangkan variabel paritas bersifat negatif. Dari tabel 5.12 didapatkan persamaan regresi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

$$\text{Penurunan intensitas nyeri} = 1,43 + 1,37 \text{ klmp riset} - 0,28 \text{ primiparitas}$$

Dengan model persamaan ini, dapat diperkirakan bahwa :

1. Variasi nilai penurunan intensitas nyeri sesudah diberikan intervensi Benson relaksasi akan bertambah sebesar 1,37 cm setelah dikontrol oleh variabel paritas,
2. Pada ibu multiparitas akan mengalami penurunan intensitas nyeri sebesar 0,28 cm dibandingkan ibu primiparitas setelah dikontrol oleh variabel kelompok riset (intervensi Benson).

I. Perbedaan Pengaruh Murni Antara Intervensi Tehnik Benson Relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan) dengan Penurunan Kecemasan.

Untuk melihat pengaruh murni intervensi tehnik Benson relaksasi dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, serta pekerjaan dengan kecemasan, maka dilakukan analisa multivariat. Uji yang digunakan adalah regresi linier ganda dengan α 0.05

Berikut ini akan dijelaskan tentang pengaruh murni antara intervensi tehnik benson relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio, dan pekerjaan) dengan penurunan kecemasan. Penentuan untuk variabel kandidat dilakukan melalui analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi untuk variabel independen berjenis numerik (usia dan paritas) dan uji t independen untuk variabel independen berjenis katagorik (pendidikan, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan) untuk variabel independen berjenis katagorik untuk dimasukkan kedalam model multivariat. Variabel yang masuk menjadi kandidat adalah yang memenuhi syarat p value < 0,25.(Hastono, 2007).

Tabel 5.13 Hasil analisis hubungan variabel terhadap penurunan kecemasan sesudah diberikan tehnik Benson relaksasi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

No	Variabel	P v
1.	Klmpk riset (intv Benson)	0.00
2.	Usia	0.76
3.	Pendidikan	0.95
4.	Paritas	0,13
5.	Sifat	0.57
6.	Pekerjaan	0.46

Berdasarkan hasil analisa bivariat pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari enam variabel ada dua variabel yang memenuhi syarat untuk masuk kedalam model regresi linier ganda, yaitu: kelompok riset ($Pv = 0.00$) dan paritas ($Pv = 0.13$). Sedangkan untuk variabel usia, pendidikan, sifat, dan pekerjaan mempunyai nilai p value $> 0,25$ sehingga tidak bisa masuk ke multivariate. Selanjutnya dilakukan analisis dengan menggunakan metode *backward* dimana variabel yang mempunyai nilai P value > 0.05 dikeluarkan dari model. Sehingga diperoleh model seperti pada table 5.15 dibawah ini.

Tabel 5.14 Analisis langkah pertama proses pemodelan regresi linier ganda variabel terhadap penurunan kecemasan sesudah diberikan tehnik Benson relaksasi di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung, April-Juni 2008 (n=60)

Variabel independen	Koefisien B	SE	Koefisien Beta	P v
Constan	0.92	0.19		0.01
Klmpk riset (intv Benson)	1.17	0.17	0.66	0.00
Paritas	-0.12	0.08	-0.14	0.14

Analisis dilakukan melalui satu tahap, yaitu: mengeluarkan variabel paritas dari model ($Pv = 0.14$). Tetapi ternyata setelah variabel paritas dikeluarkan dari model tidak terdapat perubahan koefisien lebih dari 10 %, sehingga variable paritas dikeluarkan dari model multivariate. Akhirnya yang menjadi model pada regresi linier ganda adalah

hanya kelompok riset (intervensi Benson). Hasil analisa dapat dilihat pada tabel 5.13 dibawah ini.

Tabel 5.15 Distribusi pengaruh murni tehnik Benson relaksasi terhadap penurunan penurunan kecemasan (menurut pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan), Juni 2008 (n=60)

Variabel Independen	Koefisien B	SE	Koefisien Beta	P v
Constant	0.70	0.12		
Klmpk riset (intv Benson)	1.20	0.17	0.67	0.00

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap penentuan penurunan kecemasan adalah kelompok riset (intervensi Benson) dengan $P_v = 0,000$ ($\alpha 0.05$). Dari tabel 5.16 diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$\text{Penurunan kecemasan} = 0,70 + 1,20 \text{ klmpk riset (intv) Benson}$$

Dengan model persamaan ini, dapat diperkirakan bahwa: Variasi nilai penurunan kecemasan akan bertambah sebesar 1,20 setiap diberikan intervensi Benson relaksasi.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian meliputi interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, serta implikasi terhadap pelayanan dan penelitian. Adapun interpretasi hasil penelitian mencakup: karakteristik responden, perbedaan rata-rata intensitas nyeri, dan perbedaan rata-rata kecemasan.

A. INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Pada penelitian ini sebagian besar (80%) usia ibu post seksio sesarea berusia ≤ 35 tahun, yaitu 47,90 % pada kelompok yang tidak diberikan intervensi dan 52,10 % pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Menurut Sibuea (2007) kelompok usia ini termasuk kelompok yang aman bagi ibu untuk melahirkan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Anggorowati (2006) bahwa distribusi usia post seksio sesarea 50,70 % berada pada rentang ≤ 35 tahun. Selanjutnya Setyorini (2006) dalam hasil penelitiannya mengidentifikasi bahwa usia ibu seksio sesarea mayoritas lebih dari 50% berada pada rentang ≤ 35 tahun. Penelitian di atas juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gondo (2006) tentang fenomena sosial operasi seksio sesarea selama periode 1 Januari 2000-31 Desember 2005 di sebuah RS swasta di Surabaya diperoleh hasil bahwa usia ibu seksio sesarea

paling tinggi antara usia 21-30 tahun (58,73%). Selain itu Chi (dalam Sibuea, 2007) menemukan bahwa usia ibu seksio sesarea terbanyak adalah pada kelompok ibu berumur 20-30 tahun.

b. Pendidikan

Sementara itu tingkat pendidikan ibu post seksio sesarea pada penelitian ini mayoritas (53.30 %) adalah pendidikan lanjutan yang meliputi Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Perguruan Tinggi, yaitu 53,10 % pada kelompok yang tidak diberikan intervensi dan 46,90 pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggorowati (2006) mengenai efektifitas pemberian intervensi spiritual “paket spirit” terhadap nyeri post section caesarean (SC) pada RS Sultan Agung dan RS Rumani Semarang diperoleh hasil tingkat pendidikan klien post seksio sesarea sebagian besar memiliki pendidikan sekolah menengah atas (SMA).

c. Pekerjaan

Pada penelitian ini mayoritas (60 %) ibu tidak bekerja, yaitu sebanyak 52,80 % pada kelompok yang tidak diberikan intervensi dan 47,20 % pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggorowati (2006) mengenai efektifitas pemberian intervensi spiritual “paket spirit” terhadap nyeri post section caesarean (SC) pada RS Sultan Agung dan RS Rumani Semarang diperoleh hasil sebagian besar responden (51,9 %) tidak bekerja.

d. Paritas

Sebagian besar responden (58,30 %) adalah multiparitas, yaitu 40,00 % pada kelompok yang tidak diberikan intervensi dan 60,00 % pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Hal ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Sibuea (2007) yang menunjukkan bahwa frekwensi seksio sesarea lebih tinggi pada kelompok ibu primipara. Hal tersebut terjadi karena indikasi seksio pada penelitian ini lebih banyak disebabkan oleh alasan medis pada ibu multiparitas tersebut seperti pre eklamsi berat (PEB).

e. Sifat Seksio Sesarea

Sifat ibu seksio sesarea sebagian besar (70%) adalah dengan sifat emergensi, yaitu 52,40 % pada kelompok yang tidak diberikan intervensi dan 47,60 pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Hal ini terjadi karena dapat dihindarinya persalinan melalui seksio sesarea pada sifat elektif, sedangkan pada sifat emergensi tidak. Menurut Mc Alese (2004); Sherwen dan Weingarten (1999), Duffet dan Smith (1992) menyebutkan bahwa sifat seksio sesarea dengan alasan medis tidak dapat dihindari. Hal ini sejalan dengan penelitian Gondo (2006) tentang fenomena sosial operasi seksio sesarea bahwa sifat seksio sesarea mayoritas (65,18 %) adalah karena sifat medis. Begitu pula penelitian Sibuea (2007) yang mendapatkan bahwa mayoritas ibu seksio sesarea adalah dengan sifat emergensi.

Hasil uji statistik karakteristik demografi tersebut diatas yang meliputi data usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea antara kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi dan kelompok yang tidak diberikan intervensi adalah homogen dengan nilai $p \text{ value} > 0.05$ pada masing- masing variabel. Karakteristik yang homogen pada kedua kelompok tersebut memenuhi syarat untuk dilakukan *quasi eksperimen* (Polit & Hunger, 2001; Burn & Groove, 2001).

2. Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Intensitas Nyeri Klien Post Seksio Sesarea.

Hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh bahwa variabel karakteristik responden yang mempengaruhi intensitas nyeri adalah paritas dan pendidikan; sedangkan karakteristik responden lainnya, yaitu: usia, pekerjaan, dan sifat seksio sesarea tidak berhubungan terhadap intensitas nyeri.

a. Usia

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa usia tidak berhubungan dengan intensitas nyeri. Hal tersebut bertolak belakang dengan pendapat Niven (2002) dan Howe (1992) yang mengatakan bahwa usia dapat mempengaruhi intensitas nyeri klien, semakin bertambah usia maka semakin dapat mentoleransi rasa nyeri yang timbul, karena kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri seringkali berkembang dengan bertambahnya usia. Selain itu menurut Benson dan Proctor (2000), status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri, karena akan

meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun, emosinya lebih stabil, sehingga kecemasan akan semakin rendah dan lebih mudah beradaptasi pada rasa nyeri yang dirasakan.

b. Pendidikan

Pada hasil penelitian ini ditemukan adanya hubungan tingkat pendidikan terhadap intensitas nyeri. Pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, khususnya mengenai cara mengatasi nyeri post seksio sesarea. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Djamaludin (1989 dalam Notoatmodjo, 2003) yang mengatakan bahwa adanya hubungan empat konsep yaitu: pengetahuan, sikap, niat, dan perilaku dalam kaitan keikutsertaan seseorang dalam suatu kegiatan. Adanya pengetahuan tentang sesuatu hal, akan menyebabkan orang memiliki sikap yang positif terhadap hal tersebut. Tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang dimiliki, salah satunya mengenai cara mengatasi nyeri post seksio sesarea (Aziz, 2000). Hal tersebut sejalan dengan pendapat Leininger (1991 dalam Tomey, 1994) mengenai teori transkulturalnya bahwa lingkungan, dalam hal ini pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Kemudian didukung oleh pendapat dari Notoatmodjo (2003) bahwa seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku. Dengan pengetahuan manusia dapat mengembangkan apa yang diketahuinya

dan dapat mengatasi kebutuhan kelangsungan hidup serta akan mempengaruhi seseorang untuk berperilaku.

c. Pekerjaan

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan pekerjaan terhadap intensitas nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian Anggorowati (2006) pada klien seksio sesarea dimana ditemukan bahwa tidak adanya hubungan pekerjaan terhadap intensitas nyeri.

d. Paritas

Pada penelitian ini ditemukan adanya hubungan pekerjaan paritas terhadap intensitas nyeri. Paritas berpengaruh dalam menerima dan mengatasi rasa nyeri karena paritas berhubungan dengan pengalaman strategi koping dalam mengatasi rasa nyeri yang dialami. Pada ibu primiparitas, kemungkinan belum ada pengalaman nyeri persalinan dan cara mengatasinya dibandingkan dengan ibu multiparitas. Hal tersebut sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000) yang mengatakan bahwa adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan mempengaruhi respon nyeri pada klien. Contohnya adalah pada ibu yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya sudah berpengalaman dalam mengatasi nyeri dan kecemasan akibat persalinan tersebut. Pada penelitian yang dilakukan oleh Lander (1992) ditemukan bahwa setiap klien mempunyai strategi koping yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan.

e. Sifat Seksio Sesarea

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara sifat seksio sesarea dengan intensitas nyeri. Hal ini sesuai dengan penelitian Karlstrom, Olofsson, Norbergh, Sjoling dan Hildingsson (2007) yang berjudul *postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care* dimana dalam penelitiannya tidak didapatkan adanya perbedaan antara seksio sesarea elektif dengan emergensi didalam tingkatan nyeri.

Pada penelitian ini karakteristik usia, sifat, dan pekerjaan tidak mempengaruhi intensitas nyeri, hal ini dapat terjadi karena nyeri memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi (Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007). Selain itu kemungkinan intensitas nyeri yang dialami oleh klien dipengaruhi oleh faktor lain seperti lingkungan dan budaya. Pada kedua RS tempat dilakukan penelitian, diperoleh data keadaan lingkungan yang tenang dan nyaman. Lingkungan akan mempengaruhi persepsi nyeri, lingkungan yang ribut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri dan sebaliknya (Kozier, Erb & Oliveri, 1996). Disamping itu kemungkinan adanya pengaruh dari faktor budaya. Menurut Hinchliff, Montague dan Watson (1996); Lowdermilk, Perry dan Bobak (2000), budaya memiliki peran dalam mentoleransi nyeri. Aspek ini sangat berpengaruh besar pada psikologis seseorang dalam mempersepsikan nyeri. Dalam penelitian Sloman, Rosen, Rom

dan Shir (2005) menemukan bahwa faktor budaya memberikan pengaruh terhadap persepsi nyeri.

3. Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Respon Kecemasan Klien Post Seksio Sesarea

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya pengaruh dari karakteristik responden terhadap kecemasan, baik pada variabel usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea.

a. Usia

Usia pada penelitian ini ditemukan tidak berhubungan dengan penurunan kecemasan. Hal ini sejalan dengan penelitian Anita (2006) tentang kejadian stress pasca traumatic pada ibu post partum dengan seksio sesarea emergensi, vacuum, dan spontan di RS Abdoel Moeloek dan RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung, dimana dalam penelitiannya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara usia dengan kecemasan. Hasil tersebut didukung oleh penelitian Karyadi (2004) yang menemukan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara umur dengan kecemasan ($p=0,840$).

Hal tersebut bertolak belakang dengan teori yang mengatakan bahwa usia dapat mempengaruhi kecemasan, dimana dengan adanya luka pada ibu usia reproduktif akan menyebabkan ancaman konsep diri serta kecemasan akan

kehilangan fungsi. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Komariah, Hermayanti dan Ibrahim (2002) bahwa pada ibu yang berada pada rentang usia reproduktif memiliki perasaan khawatir tidak dapat berfungsi secara normal kembali sebagai ibu. Selain itu kecemasan dipengaruhi oleh kematangan emosi. Pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun, emosinya lebih stabil, sehingga kecemasan akan semakin rendah dan lebih mudah beradaptasi pada kecemasan yang dialami. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Maemonah (2002) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada klien dengan pembedahan yang memperoleh hasil bahwa usia dapat mempengaruhi kecemasan klien.

b. Pendidikan

Pada penelitian ini juga tidak ditemukan bahwa pendidikan berhubungan dengan penurunan kecemasan. Hal ini sejalan dengan penelitian Anita (2006) tentang kejadian stress pasca traumatic pada ibu post partum dengan seksio sesarea emergensi, vacuum, dan spontan di RS Abdoel Moloek dan RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung, dimana dalam penelitiannya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kecemasan ($p=0,22$). Kemudian penelitian lain yang dilakukan oleh Amiyanti (2001) dan Karyadi (2004) menemukan bahwa tidak ada perbedaan antara pendidikan dengan kecemasan.

Hal ini berbeda dengan pernyataan Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI (1994) yang mengemukakan bahwa pendidikan dapat mempengaruhi

kecemasan, karena individu yang tingkat pengetahuannya lebih tinggi akan mempunyai coping yang lebih adaptif terhadap kecemasan daripada individu yang tingkat pengetahuannya lebih rendah. Selain itu dengan pendidikan yang tinggi dapat memperluas akses penerimaan berbagai informasi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat meningkatkan kontrol terhadap emosi, meningkatkan kemandirian klien, meningkatkan harga diri, meningkatkan daya tahan tubuh serta dapat membantu klien untuk beradaptasi terhadap rasa sakit yang diderita yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup klien (Sarafino, 1994; Shell & Kirsch, 2001).

c. Pekerjaan

Pada hasil penelitian ini diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kecemasan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Anita (2006) tentang kejadian stress pasca traumatic pada ibu post partum dengan seksio sesarea emergensi, vacuum, dan spontan di RS Abdoel Moloeck dan RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung, dimana dalam penelitiannya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kecemasan ($p= 0,36$). Tetapi hasil ini berbeda dengan penelitian Maryati (2006) yang menemukan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara usia dengan kecemasan ($p=0,001$).

d. Paritas

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan paritas dan sifat seksio sesaria terhadap kecemasan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Maryati (2006) tentang Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap aktifitas self care dan kecemasan wanita dengan kanker serviks stadium lanjut di Jawa Barat yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kecemasan dengan paritas ($p=0,63$). Hal ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Plumb, Orsillo dan Luterek (2004) yang menemukan bahwa pengalaman secara signifikan berhubungan dengan distress psikologis.

e. Sifat Seksio Sesarea

Dilihat dari sifat seksio sesarea, pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antar sifat seksio sesaria dengan kecemasan. Padahal menurut Sibuea (2007) pada klien dengan sifat elektif biasanya akan mengalami kecemasan lebih ringan daripada klien dengan sifat emergensi, karena pada klien dengan sifat elektif biasanya selain telah direncanakan juga telah diberikan informasi pre operasi yang memadai, sedangkan pada sifat emergensi sering keputusan seksio sesarea dilakukan dengan mendadak dan tanpa perawatan pre operatif yang memadai serta tanpa direncanakan sebelumnya.

Tidak ditemukan adanya hubungan antara karakteristik usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan sifat seksio sesarea dengan kecemasan pada penelitian ini, kemungkinan disebabkan adanya faktor lain yang mempengaruhi pada kecemasan tersebut, seperti: perkembangan kepribadian, tingkat maturasi,

karakteristik stimulus, dan karakteristik individu (Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI, 1994). Perkembangan kepribadian akan membentuk tipe kepribadian seseorang, dimana tipe kepribadian tersebut akan mempengaruhi seseorang dalam merespon kecemasan, sehingga respon kecemasan yang dialami oleh seseorang akan berbeda dengan orang lain, tergantung dari tipe kepribadian tersebut. Dalam penelitian Hendrati dan Rahayani (2005) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tipe kepribadian dengan kecemasan ($p=0,00$).

Kecemasan dipengaruhi juga oleh karakteristik stimulus, seperti: intensitas stressor (intensitas stimulus yang semakin besar maka semakin besar pula kemungkinan respon cemas akan terjadi), lama stressor (stressor yang menetap dapat menghabiskan energi dan akhirnya akan melemahkan sumber-sumber coping yang ada), dan jumlah stressor (stressor yang besar akan lebih meningkatkan kecemasan pada individu dari pada stimulus yang lebih kecil).

Selain itu, kecemasan dapat juga dipengaruhi oleh karakteristik individu, yang meliputi makna dan sumber coping. Makna stressor bagi individu merupakan satu faktor utama yang mempengaruhi respon stress. Stressor yang dipandang secara negatif mempunyai kemungkinan besar untuk meningkatkan cemas. Keogh, Ellery, Hunt dan Hannent (2001) dalam penelitiannya menemukan bahwa pemaknaan stressor yang negatif dapat meningkatkan kecemasan. Kemudian seseorang yang telah mempunyai keterampilan dalam menggunakan

koping dapat memilih tindakan-tindakan yang akan memudahkan adaptasi terhadap stressor baru. Seseorang yang telah berhasil menangani stressor dimasa lampau akan mempunyai keterampilan koping yang lebih baik dan dapat menangani secara efektif bila krisis terjadi. Pada hasil penelitian Plumb, Orsillo dan Luterek (2004) ditemukan bahwa pengalaman secara signifikan berhubungan dengan distress psikologis.

4. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri Pada Responden.

a. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri Sebelum Periode Intervensi

Hasil penelitian di dua Rumah Sakit, yaitu: RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung diperoleh hasil bahwa rata-rata intensitas nyeri segera setelah seksio sesarea sebelum periode intervensi adalah termasuk kedalam kategori nyeri sedang pada kelompok yang tidak diberikan intervensi Benson relaksasi (4,43 cm) dan nyeri berat pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi (4,97 cm). Pada periode sebelum intervensi ini tidak diperoleh adanya perbedaan yang signifikan rata-rata intensitas nyeri pada kedua kelompok tersebut ($p\text{ value} = 0.10$) Hal ini sesuai dengan Woznicki (2004) bahwa nyeri post seksio sesarea merupakan nyeri sedang dan berat. Hal ini diperkuat oleh penelitian Sloman, Rosen, Rom dan Shir (2004) yang menemukan bahwa 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat

setelah operasi. Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Bonica (1990) menunjukkan bahwa rasa nyeri akibat operasi pada dinding abdomen adalah 10-15 % nyeri berat, 30-50 % nyeri sedang, dan lebih dari 50 % nyeri ringan.

b. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri Setelah Periode Intervensi

Pada penelitian di kedua RS ini diperoleh hasil bahwa intervensi yang diberikan kepada ibu post seksio sesarea berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri klien. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil analisis bivariat, diketahui terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata penurunan intensitas nyeri setelah diberikan intervensi baik pada kelompok yang tidak diberikan intervensi ataupun pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi. Rata-rata intensitas nyeri segera setelah seksio sesarea setelah periode intervensi adalah termasuk kedalam kategori nyeri sedang (3,51 cm) pada kelompok yang tidak diberikan intervensi Benson relaksasi dan nyeri ringan (2,63 cm) pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi.

c. Perbedaan Rata-Rata Intensitas Nyeri Sebelum dan Setelah Periode Intervensi.

Rata-rata nyeri pada para ibu di kelompok yang tidak diberikan intervensi berbeda bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini mungkin disebabkan karena ibu post seksio sesarea dapat beradaptasi dengan nyeri seiring dengan proses penyembuhan luka. Pada kondisi luka masih basah, jaringan belum menyatu sehingga nyeri hebat dirasakan. Setelah luka kering

dan terjadi penyambungan jaringan maka nyeri berkurang (Smeltzer, 2002; Torrance & Sorgison, 1997). Sedangkan pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi, penurunan nyeri diakibatkan oleh pemberian intervensi Benson relaksasi.

Pemberian intervensi Benson relaksasi dapat menurunkan intensitas nyeri jauh lebih banyak, yaitu 2.337 cm pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan intervensi hanya 0,925 cm. Pada penelitian Nesami, Masoumeh, Bandpei, Mohammad, Azar dan Masoud (2006); Sukowati (2007); Rohmah (2007); serta Fadilah (2007) menemukan bahwa teknik relaksasi ini efektif dalam mengurangi nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian Anggorowati (2006) yang menemukan bahwa pemberian intervensi spiritual dapat menurunkan intensitas nyeri klien post seksio sesaria lebih banyak dibandingkan kelompok yang tidak diberikan intervensi ini.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian Van Kooten (1999) tentang efek strategi manajemen nyeri non farmakologi pada *klien post op coronary artery by pass graff* pada 20 sampel dimana semua klien menggunakan intervensi nonfarmakologi untuk menurunkan intensitas nyeri yang meliputi: nafas dalam, *massage*, distraksi, dan reposisi. Pada penelitian ini ditemukan bahwa kelompok yang mendapatkan terapi farmakologi yang dikombinasikan

dengan intervensi spiritual menunjukkan penurunan nyeri lebih banyak dibandingkan kelompok yang mendapat terapi farmakologi saja.

Beberapa penelitian seperti Lorenzi (1991), Miller dan Perry (1990), Carroll dan Seers (1998), serta Dewi (2003) telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri paska operasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Roykulcharoen dan Good (2004) yang berjudul *Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain* menemukan bahwa kelompok relaksasi memiliki penurunan sensasi dan distress daripada kelompok yang tidak diberikan relaksasi.

Menurut Benson dan Proctor (2000) Benson relaksasi memiliki efek penyembuhan. Dampak intervensi ini tidak terbatas pada penyembuhan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung, ataupun kecemasan saja, tetapi sampai pada tingkat mampu menghilangkan rasa nyeri.

5. Perbedaan Rata-Rata Kecemasan

a. Perbedaan Rata-Rata Kecemasan Sebelum Periode Intervensi

Hasil penelitian di dua Rumah Sakit, yaitu: RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung diperoleh hasil bahwa rata-rata kecemasan klien segera setelah seksio sesarea sebelum periode intervensi adalah termasuk kedalam keadaan kecemasan ringan baik pada kelompok yang tidak diberikan intervensi Benson relaksasi (15.98) maupun pada kelompok yang diberikan

intervensi Benson relaksasi (16.47). Pada penelitian ini tidak diperoleh hasil adanya perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan pada kedua kelompok tersebut. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Koyama, Fukunishi, Kudo, Sugawara dan Makuuchi (2003) yang berjudul *Psychiatric Symptoms After Hepatic Resection* bahwa kecemasan setelah dilakukan operasi adalah termasuk kedalam kategori sedang.

b. Perbedaan Rata-Rata Kecemasan Setelah Periode Intervensi

Pada penelitian di kedua RS ini diperoleh hasil bahwa intervensi yang diberikan kepada ibu post seksio sesarea berpengaruh terhadap penurunan kecemasan klien. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil analisis bivariat, diketahui terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata penurunan kecemasan setelah diberikan intervensi baik pada kelompok yang tidak diberikan intervensi maupun kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi.

c. Perbedaan Rata-Rata Kecemasan Sebelum dan Setelah Periode Intervensi

Benson relaksasi yang merupakan tehnik relaksasi dengan menggabungkan faktor keyakinan dapat berpengaruh terhadap kecemasan ibu post seksio sesarea. Hal tersebut dapat diketahui pada hasil analisis bivariat, dimana terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kecemasan pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi sebelum dan setelah periode intervensi. Kemudian pada kelompok yang tidak diberikan intervensi walaupun terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kecemasan

sebelum dan setelah diberikan intervensi tetapi selisih penurunan kecemasan antara dua kelompok tersebut berbeda bermakna.

Rata-rata kecemasan setelah periode intervensi pada kelompok yang tidak diberikan intervensi berbeda bermakna dengan periode sebelum intervensi disebabkan ibu post seksio sesarea beradaptasi dengan kecemasan seiring dengan proses penyembuhan luka dan adanya intervensi ruangan dalam memberikan informasi yang cukup baik kepada klien. Sedangkan pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi, penurunan kecemasan diakibatkan oleh pemberian intervensi Benson relaksasi.

Pemberian intervensi Benson relaksasi dapat menurunkan kecemasan jauh lebih banyak, yaitu 1,89 pada kelompok yang diberikan intervensi Benson relaksasi dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan intervensi hanya 0,70. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wallace, Benson dan Wilson (1971, dalam Benson, 2000) diperoleh hasil bahwa dengan meditasi dan relaksasi terjadi penurunan konsumsi oksigen, *output* CO₂, ventilasi selular, frekuensi nafas, dan kadar laktat sebagai indikasi stress menurun, selain itu ditemukan bahwa PO₂ atau konsentrasi oksigen dalam darah tetap konstan bahkan meningkat sedikit. Selain itu menurut Baskoro (2008) dengan relaksasi maka katekolamin dalam darah akan berkurang sehingga hormon adrenalin dan noradrenalin ikut berkurang. Dengan

penurunan hormon tersebut akan mengakibatkan denyut jantung melambat, tekanan darah stabil, dan membuat orang lebih tenang.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Siegel dan Peterson (1990) menunjukkan bahwa latihan relaksasi dan *imagery* memberikan hasil yang lebih baik terhadap penurunan kecemasan dan ketidaknyamanan. Selanjutnya penelitian Levin, Malloy dan Hyman (1987) mengidentifikasi bahwa kelompok yang dilakukan latihan tehnik Benson relaksasi memiliki perbedaan yang signifikan dari kelompok kontrol pada kombinasi sensasi nyeri dan faktor distress. Hal ini diperkuat oleh penelitian Roykulcharoen (2004) yang menemukan dalam penelitiannya bahwa kelompok relaksasi memiliki penurunan sensasi dan distress berturut turut daripada kelompok kontrol. Dalam penelitiannya Dendato dan Diener (1996) menemukan bahwa terapy relaksasi telah efektif dalam mengurangi kecemasan. Kemudian penelitian yang dilakukan pada pasien kanker payudara oleh Fenlon (1999) menemukan bahwa gangguan kondisi psikologis berkurang secara signifikan setelah dilakukan terapy relaksasi. Hal ini terjadi karena relaksasi membantu penderita mencapai homeostatis atau keseimbangan karena regulasi tubuh, yaitu syaraf otonom, endokrin, dan daya tahan tubuh tubuh dapat berfungsi secara maksimal (Suryani, 2008).

6. Perbedaan Pengaruh Murni Antara Intervensi Teknik Benson Relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan) dengan Penurunan Intensitas Nyeri.

Pemberian intervensi Benson relaksasi pada ibu post seksio menunjukkan perubahan bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi, dimana intensitas nyeri makin mendekati nilai 0 yang berarti nyeri semakin tidak dirasakan (Pasero & McCaffery, 2005). Metode ini diduga bekerja dengan memutuskan lingkaran jalur nyeri dan ketegangan. Beberapa percobaan menduga bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri akut, meskipun kualitas nyeri tersebut bervariasi (Bandolier, 2007, relaxation techniques for acute pain management, ¶1, <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier> diperoleh tanggal 29 Januari 2008). Menurut Soeripto (2008) mengatakan bahwa otak pada keadaan rileks akan mengeluarkan hormon melatonin. Hormon inilah yang berfungsi untuk merilekskan syaraf dan otot, sehingga mengurangi rasa nyeri.

Selain itu cara kerja Benson relaksasi adalah dengan mengaktifkan syaraf parasimpatetis yang menstimulasi turunya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem syaraf simpatetis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh syaraf simpatetis. Masing-masing syaraf parasimpatetis dan simpatetis saling berpengaruh, maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Utami, 1993, dalam Purwanto & Zulaekah, 2007, ¶ 1, <http://klinis.wordpress.com> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008). Ketika seseorang mengalami gangguan rasa nyaman

nyeri akibat adanya luka post seksio sesarea, maka akan ada ketegangan pada otak dan otot. Dengan penggunaan teknik relaksasi secara otomatis ketegangan akan berkurang, karena relaksasi akan mengaktifkan syaraf- syaraf parasimpatetis, sehingga klien akan merasakan rasa nyerinya berkurang. Hal ini sejalan dengan penelitian Mentz (2003) yang membuktikan bahwa ada hubungan antara otot, nyeri, dan kecemasan, dimana bila klien merasakan ketegangan otot maka ia akan merasakan nyeri serta cemas dan sebaliknya.

Rata-rata intensitas nyeri responden selama 4 hari setelah periode intervensi pada kedua kelompok penelitian menunjukkan perbedaan yang bermakna. Apabila dikaitkan dengan hasil analisis rata-rata intensitas nyeri pada periode sebelum intervensi tidak berbeda bermakna, maka hal tersebut membuktikan bahwa penurunan intensitas nyeri ibu post seksio sesarea benar-benar akibat dari Benson relaksasi yang diberikan.

Pada analisa multivariat dengan menggunakan regresi linier ganda diperoleh bahwa intervensi Benson relaksasi paling besar pengaruhnya terhadap penurunan intensitas nyeri klien post seksio sesarea ($Pv = 0,00$). Menurut Benson dan Proctor (2000) mengatakan bahwa Benson relaksasi memiliki efek penyembuhan tidak terbatas pada penyembuhan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung, ataupun kecemasan saja, tetapi sampai pada tingkat mampu menghilangkan rasa nyeri.

Notoatmodjo (2002) mengatakan bahwa jika pada awalnya kedua kelompok memiliki sifat yang sama, maka perbedaan hasil penelitian setelah diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi atau perlakuan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa efek yang timbul atau perbedaan yang terjadi pada penelitian eksperimen hanya disebabkan oleh perlakuan (intervensi) yang diberikan kepada kelompok intervensi. Hal ini didukung dengan pendapat Portney dan Watkins (2000); Polit, Beck dan Hungler (2001) yang mengatakan bahwa perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi diasumsikan merupakan efek dari intervensi.

7. Perbedaan Pengaruh Murni Antara Intervensi Tehnik Benson Relaksasi (dengan memperhatikan perbedaan pendidikan, usia, paritas, sifat seksio sesarea, dan pekerjaan) dengan Penurunan Kecemasan.

Rata-rata kecemasan pada kedua kelompok penelitian setelah periode intervensi berbeda bermakna, sementara itu hasil analisis rata-rata kecemasan pada kedua kelompok sebelum periode intervensi tidak ada perbedaan yang bermakna. Hal tersebut membuktikan bahwa perubahan kecemasan ibu post seksio sesarea benar-benar akibat dari Benson relaksasi yang diberikan.

Pada analisa multivariat dengan menggunakan regresi linier ganda diperoleh bahwa intervensi Benson relaksasi paling besar pengaruhnya terhadap penurunan kecemasan klien post seksio sesarea ($P_v = 0.00$). Hal ini terjadi karena tehnik relaksasi dapat mengurangi ketegangan, kecemasan, dan menurunkan sensitifitas

nyeri (Bassett Healthcare, 2008, managing the pain of labor, ¶ 5, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain> diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

Tetapi apabila dibiarkan begitu saja maka akan terjadi komplikasi lain karena keadaan stress dapat merangsang sistem syaraf simpatis untuk meneruskan stimulusnya terhadap *medulla adrenal* untuk melepaskan *katekolamin* ke dalam aliran darah (Selye, 1996). Bersama dengan itu, sistem pelepas *corticotropin hypothalamus* merangsang kelenjar *pituitary anterior* untuk melepaskan hormon *adenocorticotropin* (ACTH). Selanjutnya ACTH merangsang *korteks adrenal* untuk mengeluarkan hormon steroid terutama kortisol (Wermers, Dasgupta & Dubey dalam Day, 1996). Dalam sistem imun kortisol dapat menghambat lekosit ke dalam sel radang. Paparan yang lama terhadap kortisol menyebabkan seseorang rentan terhadap terjadinya radang karena efek penekanan sistem imun (Wermers, Dasgupta & Dubey dalam Day, 1996; Kozier, 1996).

Tingginya kadar kortisol dalam darah akan bersifat immunosupresan bagi tubuh. Selain kortisol, penurunan neutropil ikut berperan dalam menurunnya daya tahan penderita, karena dalam kondisi distress atau cemas yang mengakibatkan peningkatan kortisol sering menyebabkan kadar neutropil mengalami penurunan, sehingga akan menurunkan daya tahan tubuh seseorang (Wermers, Dasgupta, Dubey dalam Day, 1996).

Oleh karena itu Benson relaksasi dapat digunakan untuk mengurangi pengaruh dari situasi stres (Sheridan & Radmacher, 1992). Hal ini terjadi karena teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan, kecemasan, dan menurunkan sensitifitas nyeri (Bassett Healthcare, 2008, managing the pain of labor, ¶ 5, <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain> diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

B. KETERBATASAN PENELITIAN

1. Instrumen, untuk pengukuran kecemasan khususnya untuk post seksio sesarea di Indonesia belum ada yang baku, sehingga instrumen yang digunakan untuk penelitian ini diambil oleh peneliti dari penelitian mengenai kecemasan post seksio sesarea terdahulu yang pernah digunakan oleh Setyorini (2006) dalam penelitiannya tentang efektivitas pemberian “paket ibu” terhadap kecemasan ibu dengan seksio sesaria elektif.
2. Pengukuran intensitas nyeri dan kecemasan pada semua responden dilakukan pada periode yang sama, yaitu pukul 07.00 WIB (setelah bangun tidur) dan 19.00 WIB (sebelum tidur) tanpa melihat waktu klien dilakukan operasi seksio sesarea. Hal ini dilakukan karena apabila dilakukan tiap 12 jam post operasi seksio sesarea, maka pengukuran intensitas nyeri dan kecemasan yang kedua menjadi lebih malam. Hal ini akan berakibat pada kebutuhan istirahat klien akan tidur menjadi terganggu.
3. Pada penelitian ini intervensi Benson relaksasi tidak dapat diberikan secara mandiri pada klien post seksio sesarea tetapi harus diberikan bersama terapi farmakologi, karena nyeri setelah operasi merupakan nyeri hebat apabila tidak

diberikan therapi farmakologi. Selain itu pemberian intervensi Benson relaksasi sudah menjadi prosedur tetap ruangan di RS Cibabat dan RS Sartika Asih.

C. IMPLIKASI KEPERAWATAN

Perkembangan ilmu dan teknologi dalam bidang kesehatan khususnya ilmu keperawatan maternitas yang berkaitan dengan klien bedah akan mempengaruhi peran dan tanggung jawab perawat. Meningkatnya pendidikan masyarakat akan mempengaruhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu.

Berdasarkan pandangan ini, keperawatan sebagai suatu profesi bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan keperawatan yang bermutu tinggi dengan mempersiapkan perawat spesialis maternitas yang memiliki kemampuan spesialis dalam bidang keperawatan bedah. Perawat spesialis maternitas dalam bidang keperawatan bedah maternitas memiliki tanggung jawab utama, yaitu: meningkatkan praktek keperawatan bedah yang berkaitan dengan maternitas, mendidik tenaga kesehatan lain, keluarga, masyarakat tentang perawatan bedah yang berkaitan dengan maternitas dan pelayanan yang tersedia, memberikan dan mengarahkan pelayanan asuhan keperawatan pada klien, serta mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program pelayanan kesehatan, sumber yang ada, dan pelayanan kesehatan kepada klien.

Intervensi Benson relaksasi dapat menjadi bagian upaya promotif dan preventif perawat maternitas dalam menyiapkan ibu hamil yang diketahui memiliki indikasi persalinan dengan seksio sesarea. Mengingat intervensi Benson relaksasi dapat menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan klien maka perawat maternitas perlu memberi latihan intervensi Benson relaksasi sejak antenatal. Pemberian informasi tehnik Benson relaksasi pada saat antenatal diharapkan ibu dapat melakukan tehnik tersebut secara mandiri pada saat post operasi seksio sesarea. Latihan yang dilakukan dengan kemauan sendiri akan memberikan dorongan tersendiri bagi klien. Klien akan lebih mudah beradaptasi terhadap nyeri yang dirasakan setelah seksio sesarea dilakukan.

Tehnik mengurangi nyeri dengan Benson relaksasi ini pada dasarnya merupakan penggabungan antara relaksasi dengan suatu faktor keyakinan filosofis atau agama yang dianut. Fokus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri.

Dengan latihan ini diharapkan perawat tetap memberikan bantuan dalam mengatasi nyeri dan kecemasan klien, yang akhirnya bantuan perawat tersebut diminimalkan seiring dengan kemampuan adaptasi ibu. Penanaman yang kuat bahwa adaptasi dapat mengatasi nyeri dan kecemasan post seksio sesarea merupakan tindakan yang

mampu dilakukan oleh ibu untuk mempercepat toleransi dalam mengatasi nyeri dan kecemasan.

Tehnik Benson relaksasi tetap dapat dikerjakan oleh ibu post seksio sesarea meskipun ibu sudah berada di rumah, karena intervensinya mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya. Perawat dapat menjadikan intervensi ini dalam bagian *discharge planning*, sehingga apabila ibu merasakan nyeri ataupun cemas kembali maka diharapkan ibu dapat melakukan tehnik ini secara mandiri.

Pemberian intervensi tehnik Benson relaksasi pada masa nyeri akut dapat mencegah terjadinya nyeri kronik. Upaya yang dilakukan perawat termasuk upaya rehabilitasi agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Apabila nyeri post seksio sesarea tidak segera diatasi maka dapat menyebabkan komplikasi postpartum lain. Oleh karena itu perawat harus dapat berperan dalam :

1. Meningkatkan praktek keperawatan bedah yang berkaitan dengan maternitas.

Untuk meningkatkan praktek keperawatan bedah berkaitan dengan maternitas, perawat spesialis maternitas harus memiliki landasan teori dan praktek yang kokoh. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan mengenai biologi bedah, perawatan sebelum-selama-setelah operasi, terapi farmakologi dan nonfarmakologi dalam mengatasi nyeri dan kecemasan, pencegahan infeksi, serta penatalaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan. Perawat spesialis maternitas dalam bidang keperawatan bedah harus tanggap terhadap perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat

melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam rangka memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal serta dapat mengimplementasikan hasil-hasil penelitian dalam praktek keperawatan bedah yang berkaitan dengan maternitas.

2. Mendidik tenaga kesehatan lain, keluarga, masyarakat dalam mengatasi masalah pasca pembedahan khususnya terkait dengan keperawatan maternitas.

Perawat spesialis maternitas dalam bidang keperawatan bedah harus memiliki kemampuan dalam mengidentifikasi kebutuhan klien post seksio sesarea untuk terbebas dari rasa nyeri dan cemas dengan melatih cara mengatasi rasa nyeri dan cemas tersebut, mengimplementasikannya, serta mengevaluasinya.

3. Memberikan dan mengarahkan pelayanan asuhan keperawatan pada klien.

Perawat spesialis maternitas dalam bidang keperawatan bedah yang berkaitan dengan maternitas dapat memberikan suatu intervensi untuk mencapai dan mengoptimalkan pola hidup dalam area: keamanan, kenyamanan, status nutrisi, istirahat-tidur, eliminasi, aktifitas dan coping klien post seksio sesarea.

4. Mengevaluasi program pelayanan kesehatan, sumber yang ada, dan pelayanan kesehatan kepada klien dan keluarga pada berbagai tatanan layanan.

Perawat spesialis maternitas khususnya dalam bidang keperawatan bedah dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk mengadakan perbaikan kesehatan klien post seksio sesarea.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

1. Usia responden terbanyak kurang dari atau 35 tahun, pendidikannya sebagian besar Sekolah Menengah Pertama (SMA) dan Perguruan Tinggi, status pekerjaan klien sebagian besar tidak bekerja, paritas klien terbanyak multiparitas, sifat seksio sesarea mayoritas adalah sifat emergensi. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara variabel karakteristik responden sebelum intervensi pada paritas dan pendidikan dengan intensitas nyeri klien post seksio sesarea.
3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik responden sebelum intervensi baik variabel usia, pendidikan, paritas, pekerjaan, dan sifat seksio sesarea dengan kecemasan klien post seksio sesarea.
4. Tidak terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
5. Tidak terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea sebelum periode intervensi pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
6. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea

setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

7. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio setelah periode intervensi sesarea pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
8. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
9. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
10. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.
11. Terdapat perbedaan rata-rata kecemasan klien post seksio sesarea sebelum dan setelah periode intervensi antara kontrol dan pada kelompok intervensi.
12. Terdapat pengaruh tehnik Benson relaksasi yang bermakna terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien post seksio sesarea.
13. Terdapat pengaruh tehnik Benson relaksasi yang bermakna terhadap penurunan kecemasan pada klien post seksio sesarea.

B. SARAN

1. Bagi pelayanan keperawatan
 - a. Pemberian tehnik Benson relaksasi terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan pada ibu post seksio sesarea, sehingga bagi

institusi pelayanan kesehatan terutama dibagian maternitas diharapkan dapat menggunakan tehnik Benson relaksasi sebagai salah satu standar operasional prosedur managemen nyeri nonfarmakologi pada ibu post seksio sesarea.

- b. Pelatihan Benson relaksasi dapat dijadikan sebagai bahan pelatihan bagi perawat/ bidan yang bertugas di ruang maternitas.
- c. Pada klinik antenatal diperlukan pemberian informasi pada ibu hamil khususnya ibu yang beresiko persalinan dengan seksio sesarea dalam bentuk latihan antenatal, booklet, ataupun *leaflet*.

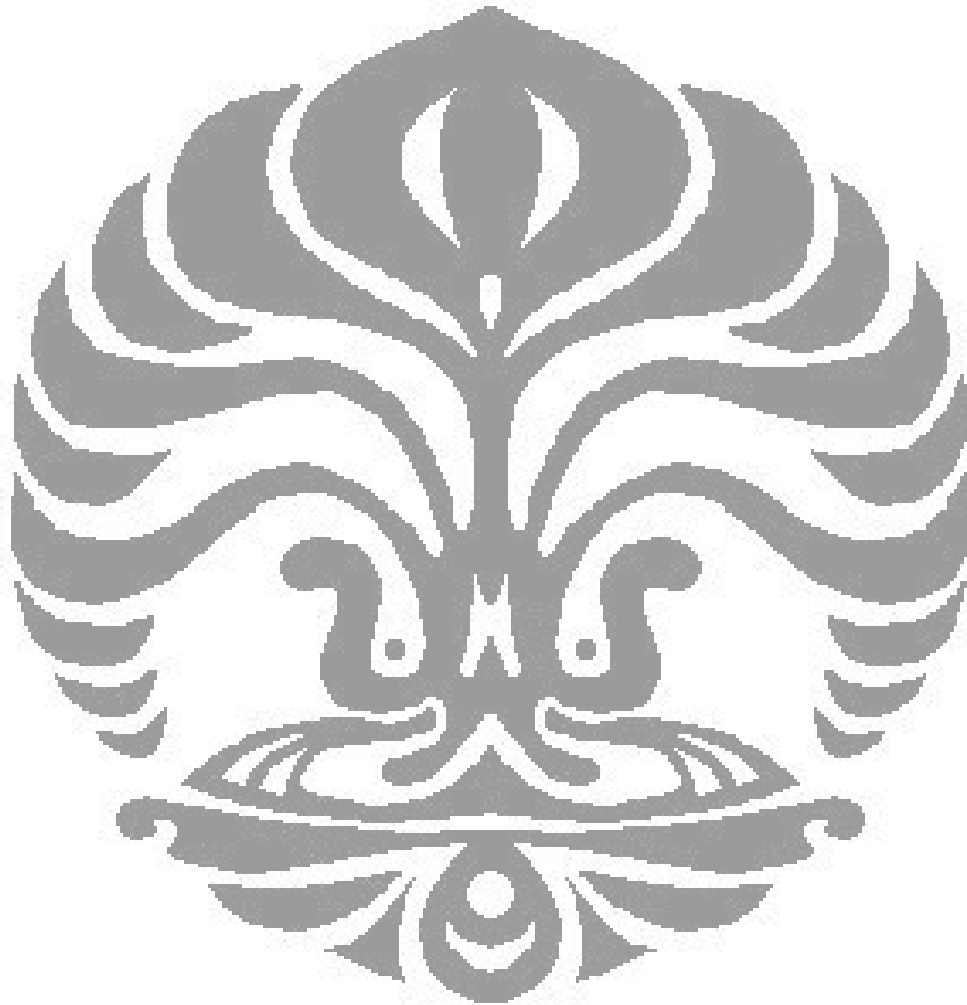
2. Bagi pendidikan keperawatan

Pendidikan keperawatan perlu lebih memperluas lingkup praktek teori terkait managemen nonfarmakologi dalam mengatasi nyeri dan kecemasan. Perawat senantiasa membantu klien untuk mengatasi nyeri dan kecemasan yang dirasakan klien dengan tindakan mandiri dan kolaboratif, yaitu memberikan latihan Benson relaksasi yang diberikan bersamaan dengan therapi farmakologi pada nyeri berat.

3. Bagi penelitian selanjutnya.

Tehnik pengambilan sampel pada penelitian selanjutnya akan lebih baik jika menggunakan tehnik pengambilan sampel secara random sehingga dapat lebih menggambarkan populasi. Pada penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan media film dan penambahan isi booklet lebih lengkap sehingga diharapkan dapat meningkatkan proses pembelajaran. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai pengalaman praktek Benson relaksasi di RS. Selain itu perlu juga dilakukan penelitian serupa dengan batasan paritas pertama, suku yang berbeda,

dan RS yang berbasis religi. Perlu juga dikembangkannya suatu instrumen baku untuk mengukur variabel intensitas nyeri dan kecemasan sesuai dengan budaya yang ada di Indonesia melalui suatu penelitian.



DAFTAR PUSTAKA

- Academy for Guided Imagery.(2002). *Research findings using guided imagery for anxiety*. <http://www.academyforguidedimagery.com/researchfindings.php> diambil tanggal 31 Januari 2008).
- Amiyanti, L. (2001). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya stress kerja pada perawat pelaksana di instansi gawat darurat RSUPN DR Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Thesis. Tidak dipublikasikan.
- Anggorowati. (2006). *Efektifitas pemberian intervensi spiritual “ paket spirit” terhadap nyeri post section caesarean (SC) pada RS sultan agung dan RS Rumani semarang*. Thesis. Tidak dipublikasikan.
- Anita. (2006). *Kejadian stress pasca traumatic pada ibu post partum dengan seksio sesarea emergensi,vacuum, dan spontan di RS Abdoel Moloek dan RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung*. Thesis. Tidak dipublikasikan.
- Anonym, *Pain management*, <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/index.html#toc> diperoleh tanggal 2 Februari 2008.
- Anonym. (2008). *Pain relief*, <http://www.bbc.co.uk/parenting>, diperoleh tanggal 2 Februari 2008.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sample pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azis, M.F. (2000). *Upaya diagnosa dini dan pencegahan kanker serviks*. Jakarta: FKUI.
- Bandolier. (2007). *Relaxation techniques for acute pain management*. ¶ 1. <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/> diperoleh tanggal 29 Januari 2008).
- Baskoro, A. (2008). *Menggapai hening, memetik sehat*. ¶ 1. <http://profiles.blogdrive.com> diperoleh tanggal 4 Juni 2008.
- Bassett Healthcare, 2008, *managing the pain of labor*. ¶ 5. <http://www.bassett.org/wc/delivery.cfm#Pain>, diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

- Benson, H., & Proctor, W. (2000). *Dasar-dasar respon relaksasi*. Edisi 1. Alihurhasan. Bandung: Penerbit Kaifa.
- Benson, R.C. (1993). *Handbook of obstetrics & gynecology*. Singapore: Maruzen Asian Edition.
- Bergholt T., Stenderup, J.K., Vedsted, A., Helm, J.P. & Lenstrup, C. (2003). *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors*. <http://www.blackwell-synergy.com/toc/aog/82/3> diambil tanggal 31 Januari 2008.
- Bonica, J. (1990). *Post operative pain in management pain*. 2nd ed. London : Lea and Febiger.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Burn, N. & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, criticue & utilization*. 4th ed. Philadelphia: W.B Saunder Company.
- California Pacific Medical Center, 2008, *After a caesarean birth*, ¶ 1, http://www.cpme.org/services/pregnancy/information/after_caesarean.html#PainRelief, diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008).
- Carroll, D. & Seers, K. (1998). *Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review*, ¶ 1, <http://www.blackwell-synergy.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).
- Childbirth Connection. (2008). ¶ 2. *Cesarean section: Best evidence: C-section* <http://www.childbirthconnection> diperoleh tanggal 30 Januari 2008).
- Cresswell, J.W. (2002). *Research design: Qualitative & quantitative approaches, pendekatan kualitatif dan kuantitatif*. Alih bahasa Suparlan, P. Jakarta: KIK Press.
- Danuatmaja, A. & Meiliasari. (2004). *Persalinan normal tanpa rasa sakit*. Jakarta : Puspa Swara.
- Deardorff, W.W. (2007). ¶ 2. *Surgical patients need us: Psychological preparation improves outcomes*, <http://www.continuingcourses.net/active> diperoleh tanggal 30 Januari 2008.
- Dehghani, M., Sharpe, L.& Nicholas, M.K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*,105(1-2): 37-46

- Dendato, K.M. & Diener, D. (1996). Effectiveness of cognitive/ relaxation therapy and study-skills training in reducing self- reported anxiety and improving the academic performance of test-anxious students. *Journal of Counseling Psychology*. 33(2): 131-135.
- Dewi, N. (2003). Pengaruh latihan relaksasi pre operasi terhadap intensitas nyeri post operasi pada pasien post operasi bedah sedang diruang bedah RSUD Dr Slamet Garut. Tidak dipublikasikan.
- Direktorat Kesehatan Jiwa RI. (1994). *Perawatan pasien yang merupakan kasus-kasusu psykiatri*. Jakarta.
- Duffet, T. & Smith. (1992). *Persalinan dengan bedah caesar*. Edisi 2. Jakarta : Arcan.
- Elkin, M.K, Perry, A.G. & Potter, P.A. (2000). *Nursing intervention and clinical skills*. Philadelphia: Mosby Inc.
- Engram, B. (1998). *Rencana asuhan keperawatan medikal bedah*. Alih Bahasa: Suharyati Samba. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran. EGC.
- Fadilah. (2007). *Penatalaksanaan terapi latihan pada kondisi post sectio caesaria akibat kala II lama di RSUD dr. Moewardi Surakarta*. ¶ 1. <http://digilib.ums.ac.id/go.php?id=jtptums> diambil tanggal 4 February 2008).
- Fenlon, D. (1999). Relaxation therapy as an intervention for hot flushes in women with breast cancer. *European Journal of Oncology*, 3 (4): 223-231.
- Fitriana, E.D. (2003). *Pengaruh dukungan sosial terhadap kecemasan menjelang masa menopause pada wanita*. <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod> diperoleh tanggal 13 Maret 2008.
- Gayton, A. & Hall, J.E. (1997). *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for nurses methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Gondo, H.K. (2006). Fenomena social operasi seksio seas area di salah satu RS swasta besar Surabaya periode 1 Januari 2000-31 Desember 2005. *Dexa Media*, 02(19): 72-78.
- Good, M., Stanton, M., Grass, J.A., Anderson, G.C., Lai, H.L. & Adler, P.A. (2001). Relaxation and music to reduce postsurgical pain. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2): 208–215.
- Gorrie, M.T., McKinney, E.S.& Murray, S.S. (1998). *Foundations of maternal-newborn nursing*. 2nd ed. Philadelphia; W.B. Saunders Company.

- Hamilton, M. (1951). *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* ¶ 1. <http://www.ncbi.nlm.nih>. diperoleh tanggal 8 Maret 2008.
- Hamilton, M. (2007). *Pain and symptom management*. <http://wildiris3.seuresites> diambil tanggal 30 Januari 2008.
- Hastono, S.P. (2007) *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hawari, D. (2001). *Manajemen stress, cemas, dan depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hazinski, E. (1992). *Nursing care of the critically child*. Mosby Year Book Inc.
- Hendrati, F. & Rahayani, P. (2005). *Tingkat kecemasan dalam menghadapi persaingan perolehan pekerjaan ditinjau dari tipe kepribadian dan motivasi berprestasi*. <http://www.unmer.net/gdl.php?mod> diperoleh tanggal 13 Maret 2008.
- Hinchliff, S.M., Montague, S.E., & Watson, R. (1996). *Physiology for nursing practice*. 2nd ed. London: Bailliere Tindall.
- Howe, C.J. (1992). *Nursing education for pediatric acute pain*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Kaplan, H.I. & Saddock, B.J. (1996). *Synopsis of psychiatry*. New York: William & Wilkins.
- Karlstrom, A., Olofsson, R.E., Norbergh, K.G., Sjoling, M., & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN*, 36 (5): 430–440.
- Karyadi. (2004). *Hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat stress perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Tugu Ibu Depok*. Thesis. Tidak dipublikasikan.
- Kasdu, D. (2003). *Operasi caesar: Masalah dan solusinya*. Jakarta: Puspa Suara.
- Keogh, E., Ellery, D., Hunt, C. & Hannent, I. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain*, 91(1-2): 91-100.
- Khanna, A., Paul, M. & Sandhu, J. S. (2007). Efficacy of two relaxation techniques in reducing pulse rate among highly stressed females. ¶ 1. <http://openmed.nic.in/2132/01/e3.pdf> diperoleh tanggal 31 Januari 2008).

- Kmom (2003). *Pelvic pain (symphysis pubis dysfunction)*. <http://www.plus-size-pregnancy.org/pubispain.htm#Implications for Malpositions and Cesareans> diambil tanggal 28 Januari 2008).
- Komariah, M., Ibrahim, K. & Hermayanti, Y. (2002). *Dampak kejadian kanker serviks stadium lanjut terhadap perilaku seksual di poli ginekologi RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung*. Bandung: Lemlit UNPAD. Tidak dipublikasikan.
- Koyama., K, Fukunishi, I., Kudo, M., Sugawara, Y. & Makuuchi, M. (2003). Psychiatric Symptoms After Hepatic Resection. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 44:86-87.
- Kozier, B., Erb, G. & Oliveri, R. (1996). *Fundamental of nursing: Concepts, proces and practice*. California : Assison wesley-Redwood city.
- Kristine, L., Kwekkeboom & Gretarsdotur. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (3): 269-277.
- Ladewig, P.W., London, M.L. & Olds, S.B. (2000). *Maternal-newborn nursing : A family and the community-based approach*. 6th ed. California: Addison Wesley Nursing.
- Laura Campbell-Sills, L.C., Barlow, D.H., Brown, T.A. & Hofmann, S.G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (9): 1251-1263.
- Lehndorff, P.G. & Tarcy, B. (2005). *Meredakan rasa sakit*. Alih bahasa: Dyah Yasmina. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Levin, R.F, Malloy, G. B. & Hyman, R. B. (1987). Nursing management of postoperative pain: use of relaxation techniques with female cholecystectomy patients. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (4): 463-472.
- Lowdermilk, D.L., Perry S.E. & Bobak, I.M. (2000). *Maternity womens health care*. 7th. Philadelphia: Mosby Inc.
- Lowdermilk, D.L., Perry S.E. & Piotrowski, K.A. (2003). *Maternity nursing*. Philadelphia: Mosby Inc.
- Maemonah, S. (2002). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada klien dengan pembedahan*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Mander, R.(2004). *Nyeri persalinan*. Jakarta : EGC.

Maryati, I. (2006). *Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap aktifitas self care dan kecemasan wanita dengan kanker serviks stadium lanjut di Jawa Barat*. Thesis. Tidak dipublikasikan.

Maternity Center Association. (2002). *Labor pain affect 4 million u.s. women annually, yet controversy and incomplete knowledge about methods to relieve it still exist.*, ¶ 6, www.maternitywise.org/mw/topics/pain/ diperoleh tanggal 28 januari 2008).

May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (1994). *Maternity and neonatal nursing family centeed care*. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Mayers, M., & Jacobson, A. (1995). *Perinatal/neonatal nursing*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Mc. Aleese, S. (2000). *Caesarean section for maternal choice*. *Assosiation of Medical Midwifery*. Issue no 84.

Monahan, F.D., Neighbors, M., Sands, J.K., Marek, J.F. & Green, C.J. (2007) *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*. 8th ed. Philadelphia: Mosby Inc.

Muhiman, M., Sembalangi, H., Iskandar, S., & Wulung, R.L. (1996). *Penanggulangan nyeri pada persalinan*. Edisi I. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Murtiningsih. (2004). *Perbedaan efektifitas metode penekanan (back pressure) dengan metode pengusapan (rubbing) dan karakteristik yang mempengaruhi terhadap penurunan nyeri persalinan dalam konteks keperawatan maternitas*. Tidak dipublikasikan.

Nesami, B., Masoumeh, Bandpei, M., Mohammad, Azar, S. & Masoud. (2006). *The effect of Benson relaxation technique on rheumatoid arthritis patients: Extended report*, ¶ 1, <http://pt.wkhealth.com/pt/re/ijnp/abstract> diperoleh tanggal 31 Januari 2008.

Niven, N. (2002). *Psikologi kesehatan : Pengantar untuk perawat dan professional kesehatan lain*. edisi ke-2. Alih bahasa Waluyo, A., Jakarta: EGC.

Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Pasero, C.P.& McCaffery, M. (2005). Pain control: No self report means no pain-intensity rating. *America Journal of Nursing*, 105 (10): 50-53.

Pillitteri, A. (1999). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot.

- Plumb, J.C., Orsillo, S.M. & Luterek, J.A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(3): 245-257.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. 5th ed. Philadelphia: Lippincot.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P. (2000). *Foundation of clinical research application to practice*. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Prawirohardjo. (2002). *Buku acuan pelayanan nasional: Pelayanan kesehatan dan maternal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Priharjo, R. (1993). *Perawatan nyeri: Pemenuhan aktifitas istirahat pasien*. Jakarta: EGC.
- Reeder, S.J., Martin, L.L. & Griffin, K. (1997). *Maternity nursing: Family, newborn, and womens health care*. 18th. Philadelphia : Lippincot.
- Rockville, M.D. (1992). *Acute pain management in adults: Operative prosedures*. Clinicians AHCP. www.Medscapenursing.com diperoleh tanggal 2 Februari 2008.
- Rohmah. (2007). *Efektifitas distraksi visual dan pernafasan irama lambat dalam menurunkan nyeri akibat injeksi intra kutan*. ¶ 1. <http://ners.fk.unair.ac.id/e-journal> diperoleh tanggal 31 Januari 2008.
- Röykulcharoen, V. & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (2): 140–148.
- Sabatino, D.A. (2006). *Pain (the fifth vital sign) and pain management*. Thousand Oaks: Ocala Regional Medical Center.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial interaction*. 2nd ed. New York: John Willey & Sons, Inc.
- Schechter, N.L, Berde, C.B. & Yaster, N. (1993). *Pain in infant, children and adolescents*. Baltimor: William & Wilkins.
- Selye, H. (1996). Stress, cancer and the mind, dalam Day, S.B., *Cancer, stress, and death* (hlm 11-19). New York: Plenum Medical Book Company.
- Setyorini, D. (2006) *Efektifitas pemberian paket IBU terhadap kecemasan ibu dengan seksio elektif di Surabaya*. Tidak dipublikasikan.

- Sheridan, C.L. And Radmacher, S.A. (1992). *Health psychology, challenging the biomedicinal model*. New York: John Wiley and Sons.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A. & Weingarten, C.T.(1999). *Maternity nursing: Care of the childbearing family*. 3rd ed..USA: Appleton & Lange.
- Shives, L.R.(1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sibuea, D.H. (2007). *Manajemen seksio sesarea emergensi; masalah dan tantangan*. Medan: Gelanggang Mahasiswa USU.
- Sikorsi, K.A. & Barker, D.M. (2005). Clien with pain dalam Black, J. M. & Honkins, J.H. *Medical surgical nursing : Clinical management for positive outcome*. Philadelphia: Elseviers.
- Sloman R., Rosen G., Rom M. & Shir Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 125–132.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G.(2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Snyder, M. & Lindquist, R. (2001). *Issues in complementary therapies: How we got to where we are*. Online Journal of Issues in Nursing Article published. ¶ 2. http://www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15_1 diambil tanggal 3 Pebruari 2008.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St Louis: Mosby.
- Sugiyono. (2001). *Metode penelitian bisnis*. Bandung: CV Alfabeta.
- (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: PT Rieneka Cipta.
- (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rieneka Cipta.
- Sukowati, U. (2007). *Efektifitas paket rileks terhadap rasa nyeri ibu primipara kala I fase aktif di RSUD dr Haryoto Lumajang Jawa Timur*. Tidak dipublikasikan.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. 3rd ed. New York: McGraw_Hill, Inc.
- The American Pain Society. (2005). *Pain management*, ¶ 2. <http://wildiris3.securesites.net> diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

The International Association for the Study of Pain. (1979). ¶ 2. <http://wildiris3.secsites.net/web> diperoleh tanggal 30 Januari 2008.

The Peace Club. (1993). Anxiety, stress and coping. *International Journal*, 6:245-262.

Tomey, A.M. (1994). *Nursing theorists and their work*. 3rd ed. Mosby: St. Louis.

Torrance, T. & Sorgison, E. (1997). *Surgical nursing*. 12th ed. London: Baillance Tindall.

Utami, 1993, dalam Purwanto & Zulaekah, 2007, *Pengaruh pelatihan relaksasi religius untuk mengurangi gangguan insomnia*, ¶ 1, <http://klinis.wordpress.com/2007/08/28/abstrak> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008.

Van Kooten, M.E. (1999). Non pharmacologic pain management for postoperative coronary artery bypass graft surgery patiens. *The Journal of Nursing Scholarship*, 152(31):127.

Wallace, R.K, Benson, H. & Wilson, A.F. (1971). *A wakeful hypometabolic physiologic state*. American Journal of Physiology. <http://relaxationresponse>. diperoleh tanggal 29 Februari 2008.

Wermers, G.W. Dasgupta, J.D. & Dubey, D.P. (1996). Stress, the immune system and cancer, dalam Day, S.B. (Eds). *Cancer, stress, and death* (hlm 33-61). New York: Plenum Medical Book Company.

Wiklund dan Ingela. (2007). *Caesarean section on maternal request : Personality, fear of childbirth and signs of depression among first-time mothers.* ¶ 2. <http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-172-2/> diperoleh tanggal 2 Pebruari 2008).

Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C & Andolf, E. (2006). Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(10):1225-1230.

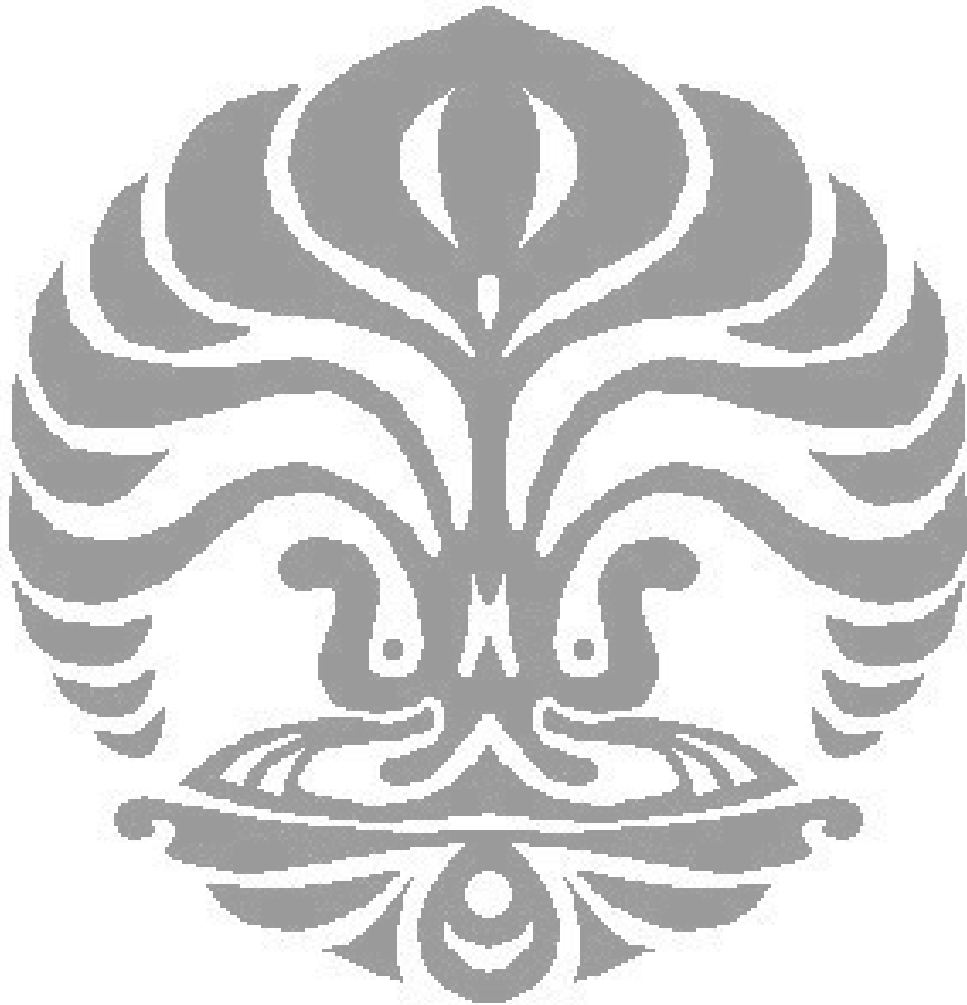
Wiknjosastro, H. (2005). *Ilmu bedah kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Woznicki, K. (2005). ASA: Easy test predict cesarean post op pain. <http://www.medpagetoday.com> diperoleh tanggal 10 Juni 2008.

Yerby, M. (2000). *Pain in childbearing: Key issue in management*. Philadelphia: Bailliere Tindall.

Zalaquett, C.P & McCraw, A. (2000). Comparison of metods. ¶ 2. <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/relax> diperoleh tanggal 13 Maret 2008.

Zung, W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. ¶ 2.
<http://www.anxietyhelp.org> diperoleh tanggal 8 maret



Asantila, R. (2000). *What form of analgesia after cesarean section*.
<http://www.euroanesthesia.org/education> diperoleh tanggal 10 Juni 2008.

Ekstein, P. (2006). Pain management; Post op pain higher, more analgesics needed in laparoscopy patients versus laparotomy patients. *Medical Devices and Surgical Technology Week*. Atlanta. 10(19): 222

Mubaidah, S. (2002). *Study tentang respon kecemasan setelah operasi terhadap tindakan keperawatan di RSUD Pare*. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Hamilton, P.M. (1995). *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Alih bahasa Asih, N.L.G. Jakarta: EGC.

Putra, S.T. (2005). *Psikoneuroimunologi kedokteran surabaya*: Gramik FK Unair-RSU DR Soetomo.

Nursalam (2002). *Managemen keperawatan aplikasi dan praktek keperawatan profesional*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.

(Suryani, 2008).

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa telah memahami semua penjelasan yang berkaitan dengan penelitian yang berjudul “Pengaruh Terapi Teknik Benson Relaksasi (BRT) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Dan Kecemasan Pada Klien Post Seksio Sesarea Di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi Dan Rumah Sakit Umum Daerah Soreang Bandung”, maka dengan ini, kami bersedia secara sukarela mengikuti penelitian.

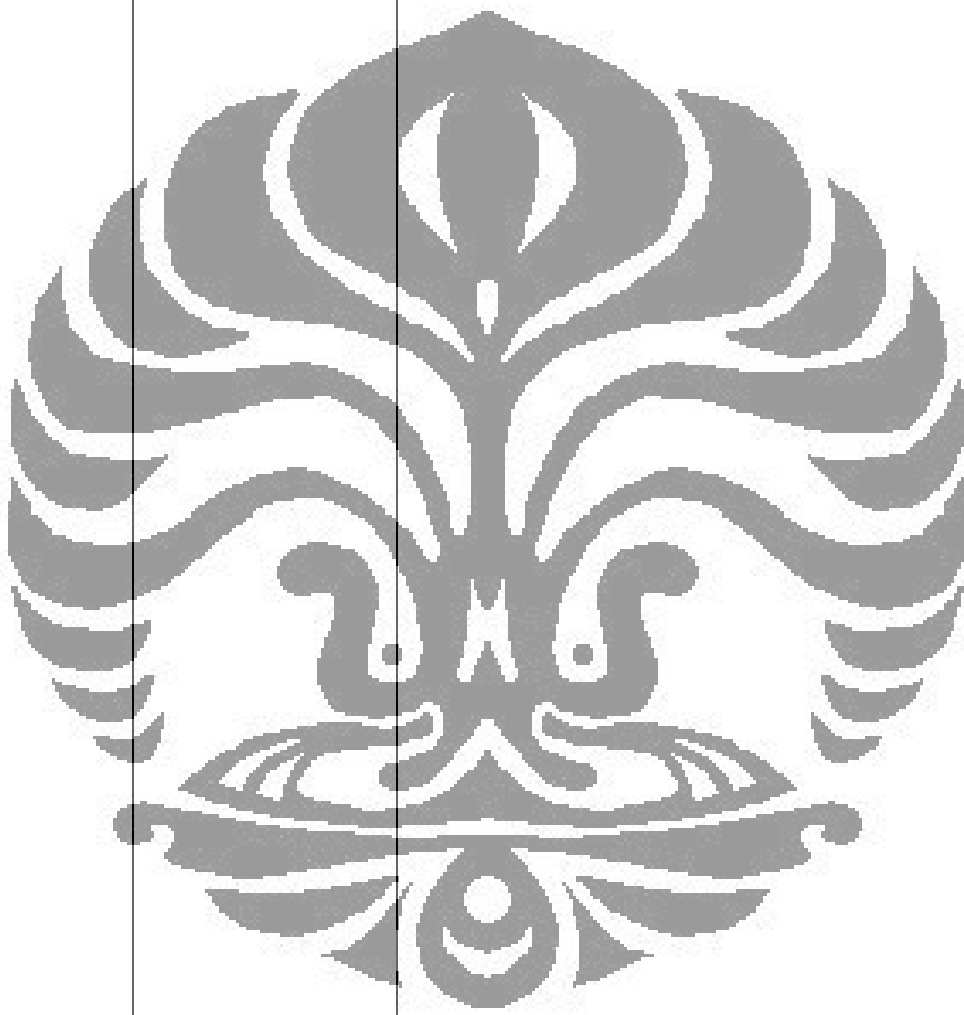
Demikian persetujuan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa adanya paksaan.

Bandung,2008

Responden

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Mahasiswa : Tetti Solehati
NIM : 0606027423

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
				

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian: Pengaruh Tehnik Benson Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri dan Kecemasan Pada Klien Post Seksio Sesarea di RSUD Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung.

Saya Tetti Solehati, S.Kp. mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kekhususan keperawatan maternitas dengan NPM 0606027423. Saya bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh tehnik Benson relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri dan kecemasan pada klien post seksio sesarea di RSUD Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung.

Penelitian ini akan menjangkau ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri dan cemas untuk kemudian diberikan intervensi Benson relaksasi. Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak responden dengan menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diberikan kepada peneliti. Responden dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu apabila menghendaknya.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi ibu untuk berperan serta dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti mengucapkan terima kasih.

Bandung, April 2008
Peneliti,

Tetti Solehati, S.Kp.

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan penelitian dan mendapat penjelasan terhadap pertanyaan yang saya ajukan, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti dapat menghargai dan menjunjung hak-hak saya sebagai responden.

Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan pada ibu post seksio sesarea.

Persetujuan ini saya tanda tangani tanpa paksaan dari pihak manapun, dan saya menyatakan akan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti,

Bandung, April 2008

Tetti Solehati, S.Kp.

Responden

Nama responden :

Kode Responden

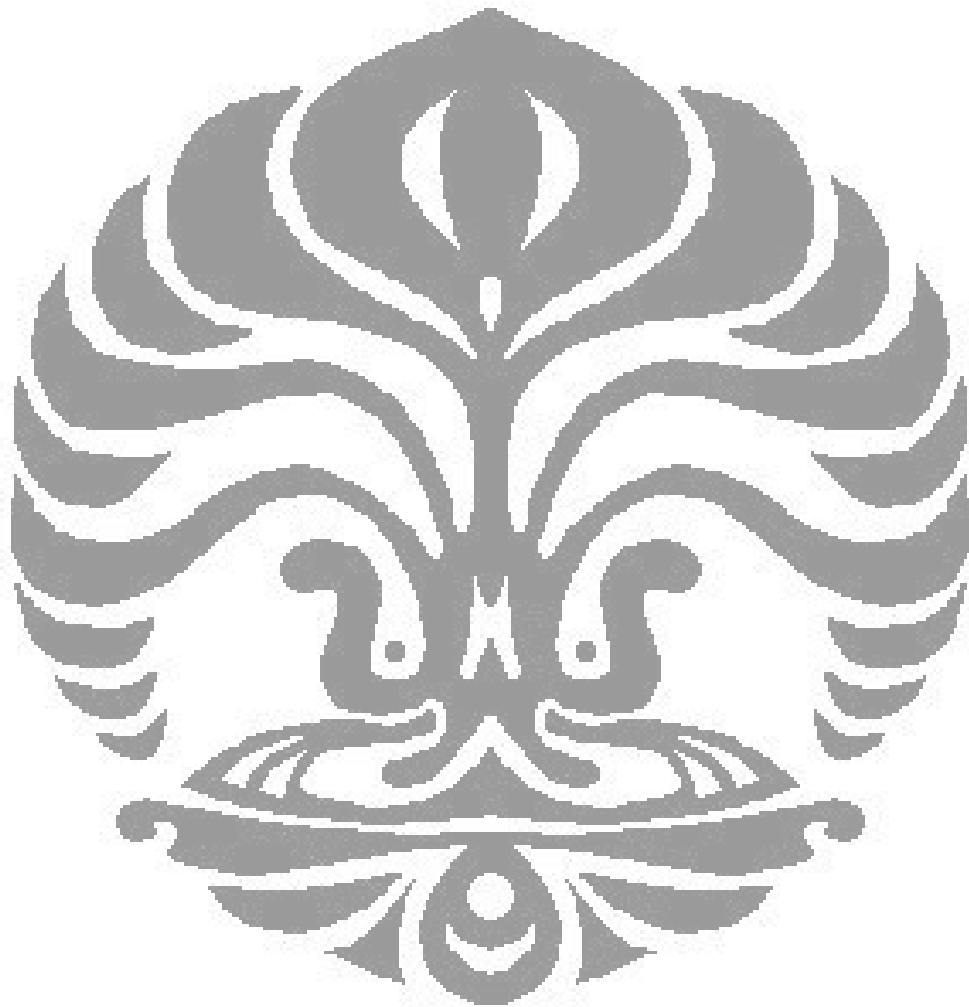
Instrumen A
DATA DEMOGRAFI

**Pengaruh Tehnik Benson Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri dan Kecemasan
Klien Post Seksio Sesarea di RSUD Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung**

Petunjuk:

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi titik – titik atau memberi tanda cek list (V) pada kolom yang tersedia.

No	Pertanyaan	Keterangan
1	Usia : tahun.	
2	Pendidikan terakhir () SD () SMP () SMA () D3 () S1	
3	Pekerjaan : () Ibu Rumah Tangga () Karyawati () Pedagang () lainnya	
4	Kehamilan ke : () Ke-1 () Ke-2 () Ke-3 () Ke-4 () Ke-5 () ke 6 dan seterusnya	
5	Indikasi seksio sesarea () Indikasi mutlak () Indikasi elektif	



Nama responden :

Kode Responden

Instrumen C**Kuesioner Tingkat Kecemasan****Pengaruh Tehnik Benson Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri dan Kecemasan Klien Post seksio sesarea di RSUD Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung****Petunjuk:**

Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda (V) pada kotak yang tersedia untuk quesioner C1 dan C2

C1. Kuesioner mengenai kecemasan

No	Pertanyaan	Tidak pernah sama sekali				Kadang-kadang saja mengalami demikian				Sering mengalami demikian				Selalu megalami demikian			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Saya merasa cemas dengan keadaan saya saat ini																
2	Saya merasa tegang dengan keadaan saya saat ini																
3	Saya merasa marah dengan keadaan ini																
4.	Saya merasa tersinggung dengan keadaan ini																
5	Saya merasa sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri saya																
6	Saya merasa jantung saya berdebar-debar																
7	Saya merasa seperti mau pingsan dengan keadaan sekarang																
8	Saya mudah sesak nafas																
9	Saya merasa tangan saya dingin																
10	Wajah saya terasa panas																

C2. Observasi kecemasan

No	Aspek yang diobservasi	Ya	Tidak
1	Terjadi peningkatan frekwensi nadi ($\geq 100X/mnt$)		
2	Terjadi peningkatan tekanan darah ($\geq 140/90$ mmHg)		
3	Terjadi peningkatan frekwensi pernafasan ($> 30X/mnt$)		
4	Tangan gemetaran		
5	Kaki gemetaran		
6	Tangan berkeringat		
7	Wajah tampak kemerahan		
8	Menyampaikan kecemasannya		
9	Wajah tampak gelisah		
10	Pandangan mata kosong		

Skor B =

Skor C =

Total Skor =

Bandung,2008

Kolektor Data

(.....)

Keterangan

C1 = Nilai maksimum 40

C2 = Nilai maksimum 20

Setiap jawaban pada kolom "ya" = 2

Setiap jawaban pada kolom "tidak" = 1

Jumlah total jawaban C1 dan C2 adalah 60

Skor : 0-12 = Tidak ada kecemasan

14-24= Kecemasan ringan

25-36= Kecemasan sedang

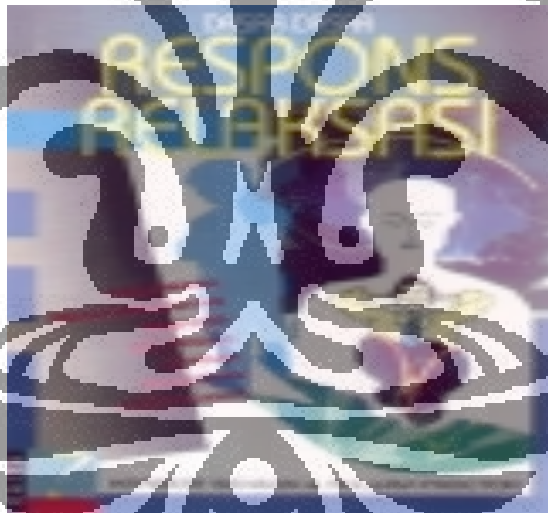
37-48= Kecemasan berat

≥ 49 = Kecemasan berat sekali/panik



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROTOKOL INTERVENSI PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI
PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA**



PROGRAM PASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

JAKARTA

PROTOKOL PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI

Hari pertama (I):

1. Setelah kesadaran responden pulih, serta efek anastesi hilang, lalu diukur tingkat nyeri dan kecemasan responden untuk penilaian pre-test.
2. Setelah penilaian pre-test, responden diberi penjelasan tentang: pengertian, fungsi, dan cara melakukan tehnik Benson relaksasi. Adapun langkah – langkah dalam latihan tehnik Benson relaksasi adalah sebagai berikut :
 - a. Langkah pertama: pilihlah satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan klien.
Anjurkan klien untuk memilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus bagi klien, seperti: Allah, tenang, dan lain lain Fungsi ungkapan ini dapat mengaktifkan keyakinan klien dan meningkatkan keinginan klien untuk menggunakan tehnik tersebut.
 - b. Langkah kedua: atur posisi yang nyaman.
Pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk, berlutut, atau tiduran, selama tidak mengganggu pikiran klien.
 - c. Langkah ketiga: pejamkan mata, hindari memicingkan atau menutup mata kuat-kuat. Pejamkan mata dengan sewajarnya. Tindakan dilakukan dengan wajar dan tidak mengeluarkan banyak tenaga.
 - d. Langkah keempat: Lemaskan otot –otot.
Mulailah dari kaki, lalu kebetis, paha dan perut, kendurkan semua kelompok otot pada tubuh klien. Lemaskan kepala, leher, dan pundak klien dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan – lahan. Untuk lengan dan

tangan, ulurkan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar dipangkuan.

Jangan memegang lutut atau kaki atau mengaitkan kedua tangan erat – erat.

- e. Langkah kelima: perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berakar pada keyakinan klien.

Tariklah nafas melalui hidung, pusatkan kesadaran klien pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih klien dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan nafas tersebut.

- f. Langkah keenam: pertahankan sikap pasif. Sikap pasif adalah aspek penting lain dalam membangkitkan respon relaksasi.

Saat melakukan tehnik relaksasi, sering berbagai macam pikiran datang mengganggu konsentrasi klien, oleh karena itu anjurkan klien untuk tidak mempedulikannya dan bersikap pasif saja.

- g. Langkah ketujuh: lanjutkan untuk jangka waktu tertentu. Tehnik ini dilakukan selama 10 menit saja.

3. Kemudian diukur kembali tingkat nyeri dan kecemasan responden untuk penilaian post-test.
4. Dua belas jam berikutnya diberikan intervensi tehnik Benson relaksasi kembali selama 10 menit, lalu diukur tingkat nyeri dan kecemasan responden.
5. Berikan latihan tehnik Benson relaksasi setiap 12 jam atau sehari dua kali dengan tidak mengganggu tidur klien.
6. Latihan tehnik Benson relaksasi diberikan sampai dengan 24 jam post seksio sesarea.

PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI

Hari kedua (II):

1. Latihan tekhnik Benson relaksasi II diberikan setelah 24 jam post seksio sesarea.
2. Latihan tekhnik Benson relaksasi selama 10 menit.
3. Kemudian diukur kembali tingkat nyeri dan kecemasan responden untuk penilaian
4. Berikan latihan tekhnik Benson relaksasi setiap 12 jam atau sehari dua kali dengan tidak mengganggu tidur klien.
5. Latihan tekhnik Benson relaksasi diberikan sampai dengan 48 jam post seksio sesarea.



PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI

Hari ketiga (III):

1. Latihan tekhnik Benson relaksasi II diberikan setelah 48 jam post seksio sesarea.
2. Latihan tekhnik Benson relaksasi selama 10 menit.
3. Kemudian diukur kembali tingkat nyeri dan kecemasan responden untuk penilaian
4. Berikan latihan tekhnik Benson relaksasi setiap 12 jam atau sehari dua kali dengan tidak mengganggu tidur klien.
5. Latihan tekhnik Benson relaksasi diberikan sampai dengan 72 jam post seksio sesarea.



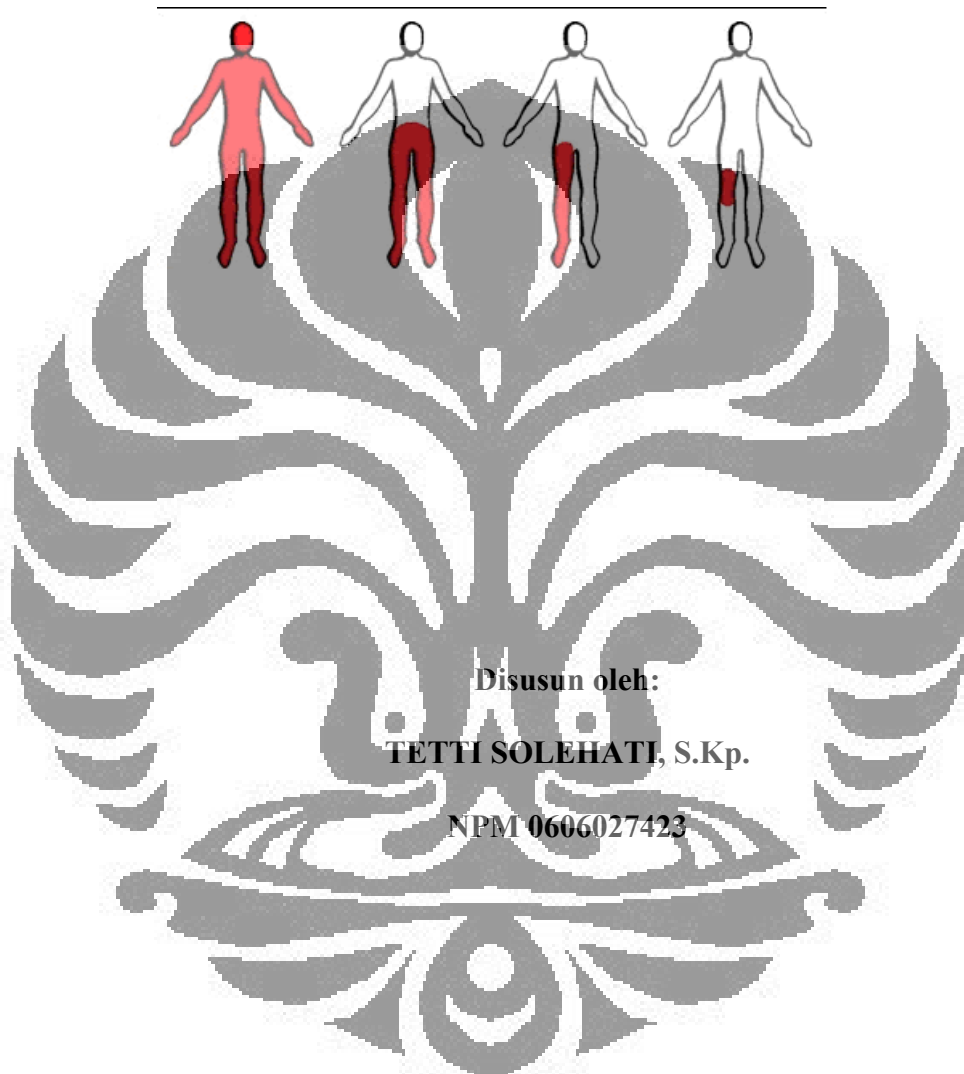
PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI

Hari keempat (IV):

1. Latihan tekhnik Benson relaksasi II diberikan setelah 72 jam post seksio sesarea.
2. Latihan tekhnik Benson relaksasi selama 10 menit.
3. Kemudian diukur kembali tingkat nyeri dan kecemasan responden untuk penilaian
4. Berikan latihan tekhnik Benson relaksasi setiap 12 jam atau sehari dua kali dengan tidak mengganggu tidur klien.
5. Latihan tekhnik Benson relaksasi diberikan sampai dengan 96 jam post seksio sesarea.



INTERVENSI KEPERAWATAN
PETUNJUK LATIHAN PEMBERIAN TEKHNIK BENSON RELAKSASI PADA IBU
POST SEKSIO SESAREA



Disusun oleh:
TETTI SOLEHATI, S.Kp.
NPM 0606027423

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008

A. Pendahuluan

Bedah *Caesar* atau seksio sesarea merupakan operasi untuk mengeluarkan bayi melalui perut ibu. Setiap tindakan pembedahan seperti seksio ini dapat menimbulkan respon ketidaknyamanan berupa rasa nyeri dan cemas kepada ibu. Salah satu cara untuk mengatasi masalah nyeri dan cemas tersebut adalah dengan melatih ibu melakukan tehnik Benson relaksasi.

Leaflet ini disusun dalam rangka membantu ibu bagaimana mengatasi gangguan rasa nyeri dan cemas yang dialami setelah tindakan operasi. Diharapkan dengan adanya leaflet ini, ibu dapat mengetahui fungsi dan tehnik Benson relaksasi, disamping latihan Benson relaksasi yang diberikan oleh perawat. Semoga leaflet ini dapat berguna dalam membantu mengurangi rasa nyeri dan cemas yang dialami oleh ibu.

B. Pengertian Benson relaksasi

Serangkaian tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dan cemas setelah dilakukan tindakan operasi, yaitu dengan cara: menarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut secara perlahan sambil mengulang-ulang suatu ungkapan yang dipilih ibu saat mengeluarkan nafas tersebut.

C. Kegunaan Benson relaksasi

1. Memutuskan daur kecemasan dan meredakan gejala yang berkaitan dengan kecemasan, seperti: mual, muntah, diare, sembelit.
2. Mengurangi nyeri kepala, nyeri punggung, dan nyeri lainnya.
3. Mengatasi tekanan darah tinggi dan ketidak teraturan denyut jantung.
4. Mengatasi gangguan tidur.

D. Langkah Benson relaksasi

Adapun beberapa langkah dalam latihan Benson relaksasi adalah sebagai berikut :

1. Langkah pertama: pilihlah satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan ibu atau mempunyai arti khusus bagi ibu.



Fungsi ungkapan ini adalah dapat mengaktifkan keyakinan ibu dan meningkatkan keinginan ibu untuk menggunakan tehnik tersebut. Contoh ungkapannya adalah: tenang, Allah, dan lain lain.

2. Langkah kedua: aturlah posisi senyaman mungkin.



Pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk atau tiduran selama tidak mengganggu pikiran ibu.

3. Langkah ketiga: pejamkan mata



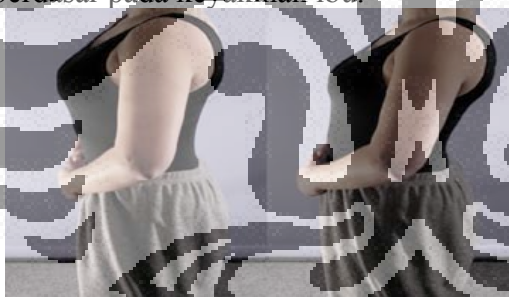
Hindari memicingkan atau menutup mata kuat-kuat. Pejamkan mata dengan wajar. Usahakan agar tindakan ini tidak mengeluarkan banyak tenaga.

4. Langkah keempat: Lemaskan otot-otot.



Mulai lemaskan dari kaki, lalu kebetis, paha dan perut, kendurkan semua otot pada tubuh ibu. Lemaskan kepala, leher, dan pundak ibu dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan – lahan. Untuk lengan dan tangan, ulurkan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar dipangkuan. Jangan memegang lutut atau kaki atau mengaitkan kedua tangan erat – erat.

5. Langkah kelima: perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berdasar pada keyakinan ibu.



Tariklah nafas melalui hidung, pusatkan kesadaran ibu pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih oleh ibu dan diulang –ulang dalam hati saat mengeluarkan nafas tersebut.

6. Langkah keenam: pertahankan sikap tenang



Sikap tenang adalah aspek penting lain dalam membangkitkan respon relaksasi. Saat melakukan tehnik relaksasi, sering berbagai macam pikiran datang yang akan mengganggu konsentrasi ibu, oleh karena itu ibu jangan mempedulikannya dan bersikap pasif saja.

7. Langkah ketujuh: lanjutkan untuk jangka waktu tertentu.

Teknik ini dilakukan selama 10-15 menit saja.

8. Langkah kedelapan: lakukan tehnik ini dengan frekuensi dua kali sehari.

□□ *SELAMAT MENCOBA* □□

