



**EFEKTIFITAS TERAPI AROMA LAVENDER TERHADAP
TINGKAT NYERI DAN KECEMASAN PERSALINAN
PRIMIPARA KALA I DI RUMAH SAKIT DAN KLINIK
BERSALIN PURWOKERTO.**

Oleh :

DINA INDRATI DYAH SULISTYOWATI, SKep.Ns

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2009**

EFEKTIFITAS TERAPI AROMA LAVENDER TERHADAP TINGKAT NYERI DAN KECEMASAN PERSALINAN PRIMIPARA KALA I DI RUMAH SAKIT DAN KLINIK BERSALIN PURWOKERTO.

Dina Indrati D.S¹, Achir Yani S. Hamid², Yusron Nasution³

**Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok,
Juli 2009**

Email: dinaindrati@yahoo.com

Abstrak

Latarbelakang : Kebanyakan ibu primipara mempunyai masalah nyeri dan cemas pada waktu melahirkan, sehingga petugas kesehatan mencari terapi alternatif untuk mengatasi nyeri dan cemas persalinan. Aromaterapi telah dilakukan untuk pasien dirawat di rumah sakit khususnya nyeri persalinan. Aromaterapi juga dipakai untuk relaksasi pada pasien cemas.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan factor-factor demografi dengan nyeri and cemas persalinan, membandingkan pre-test nyeri and cemas persalinan antara kelompok control dan eksperimen, membandingkan pre dan post test dalam kelompok control dan eksperimen, dan membandingkan selisih pre-post test antara kelompok control dan eksperimen.

Metode : Design quasi-eksperimen dua group dilakukan di penelitian ini. Jumlah sampel 54 ibu primipara direkrut dirumah sakit Margono Soekarjo dan klinik bersalin di Purwokerto. Analisis penelitian ini menggunakan korelasi, pair t-test, dan independent t-test.

Hasil : Umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama di ruang bersalin berhubungan secara signifikan dengan nyeri diukur dengan VAS dan FPRS dan cemas persalinan kala I. Hasil pre-test nyeri dan cemas persalinan antara kelompok control dan eksperimen tidak berbeda signifikan ($p>0.05$). Hasil pre dan posttest nyeri dan cemas persalinan dalam kelompok control berbeda signifikan ($p<0.05$). Hasil pre dan posttest nyeri dan cemas persalinan dalam kelompok eksperimen berbeda signifikan ($p<0.05$). Hasil selisih pre post test nyeri dan cemas persalinan antara kelompok control dan eksperimen berbeda signifikan.

Kesimpulan : Aromaterapi efektif dapat digunakan mengatasi nyeri dan cemas persalinan kala I. Faktor-faktor demografi: umur, jenis kelamin, pendidikan, lama di ruang bersalin dapat mempengaruhi nyeri dan cemas persalinan.

Kata kunci : Terapi aroma, Nyeri, Kecemasan, Persalinan Kala I

***Efektifitas Terapi Aroma Lavender Terhadap Tingkat Nyeri Dan Kecemasan
Persalinan Primipara Kala I Di Rumah Sakit Ddanklinik Bersalin Purwokerto,.***

Abstract

Background : Most of the first delivery mothers face labor pain and anxiety, so health providers explore adjunctive therapies in order to alleviate labor pain and anxiety. Aromatherapy has been applied in hospitalized patients with psychological problems in particular labor pain. Aromatherapy also was used for relaxation in patients with anxiety.

Objective : This study aimed to evaluate relationship related factors with labor pain and anxiety, compare pre-test of labor pain and anxiety between control and experimental group, compare pre-test and post-test of labor pain and anxiety within control and experimental group, and compare deviation of pre-post test between control and experimental group.

Method: Two-group quasi-experimental design was employed in this study. 54 subjects were recruited in Margono Soekarjo hospital and labor clinics in Purwokerto. Correlation, pair t-test and independent t-test were used for analysis the results.

Result : Age, gender, education, and length of stay in health services were significant correlation with labor pain measured with VAS and FPRS and anxiety. Pre-test of labor pain and anxiety between control and experimental group were not significantly different ($p>0.05$). Pre and posttest of labor pain and anxiety in control group were significantly different ($p<0.05$). Pre and posttest of labor pain and anxiety in experimental group were significantly different ($p<0.05$). Deviation of pre-post test of labor pain and anxiety between control and experimental group was significantly different ($p<0.05$).

Conclusion : Aromatherapy was effective to overcome labor pain and anxiety in the first labor phase. Related factors such as age, gender, education, and length of stay in hospital could affect on labor pain and anxiety.

Keywords : Aromatherapy, labor pain manxiety ,first labor phase.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, MODUL PELAKSANAAN METODE AROMATERAPI TERHADAP TINGKAT NYERI DAN KECEMASAN PERSALINAN KALA I ini bisa diselesaikan.

Kami mengharapkan dengan modul ini dapat membantu perawat, bidan dan klien mengetahui dan melaksanakan tindakan manajemen nyeri dan cemas dengan metode komplementary : aromatherapy dengan sebaik-baiknya, dan memperoleh hasil yang optimal.

Akhir kata, kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan modul ini.

Purwokerto, Maret 2009

Penyusun,

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat.....	4
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Nyeri Persalinan.....	5
B. Aromaterapi	
a. Definisi.....	7
b. Jenis Aromaterapi dan Manfaat.....	8
c. Cara penggunaan Aromaterapi.....	13
d. Mekanisme kerja Aromaterapi.....	21
 BAB III PANDUAN TINDAKAN METODE AROMATERAPI	
A. Tujuan Pelatihan	23
a. Tujuan Umum	23
b. Tujuan Khusus	23
B. Indikasi	23
C. Prosedur Metode Aromaterapi.....	24

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang akan dialami ibu pada akhir kehamilannya. Proses persalinan dimulai saat terjadinya kontraksi uterus yang teratur serta progresif dan akan diakhiri dengan keluarnya janin. Respon dari kontraksi uterus yang dirasakan ibu adalah nyeri yang sangat kuat, rasa tidak nyaman, dan mungkin juga disertai dengan kecemasan (Pillitteri, 1999). Ibu bersalin sering mengalami kelelahan dan *fatigue*. Nyeri persalinan sangat berpengaruh terhadap fisiologi dan psikologi. Nyeri persalinan mempengaruhi cardiac output, tekanan darah, durasi oksigen, dan katekolamin. Nyeri persalinan yang hebat juga mengakibatkan kehilangan kontrol diri, stress, depresi, pengalaman negatif, dan trauma emosi persalinan (Blackburn & Loper, 1992).

Sebuah penelitian mengenai perempuan yang melahirkan di Amerika Serikat sebanyak 93,5% dilaporkan mengalami nyeri yang tajam atau dapat ditahan, sedangkan di Finlandia sebanyak 80 % dilaporkan mengalami nyeri yang parah dan tidak tertahan (Baker, 2001). Nyeri yang terjadi dapat mempengaruhi kondisi ibu berupa kelelahan, rasa takut, rasa khawatir dan kekurangan cairan yang akhirnya dapat mempengaruhi proses persalinan (Hutajulu, 2003).

Pada persalinan kala I ibu merasakan nyeri viseral yang ditimbulkan oleh kram abdomen dan kontraksi uterus yang menyebar, sedangkan nyeri yang dirasakan pada kala II bersifat somatik yang semakin meningkat dan terus berlangsung di daerah perineum. Penekanan syaraf oleh kepala janin mengakibatkan nyeri pada daerah sekitar panggul dan kaki ibu. Pengalaman nyeri persalinan wanita nulipara secara umum lebih nyeri pada sensoris selama persalinan awal, sedangkan wanita multipara mungkin lebih berpengalaman terhadap intensitas nyeri selama akhir kala I dan kala II persalinan sebagai tahap hasil penurunan cepat dari janin (Lawrence dkk, 2004).

Beberapa metode yang telah diterapkan di klinik atau rumah sakit untuk membantu mengatasi rasa cemas dan nyeri persalinan saat kelahiran, yaitu dengan mempersilahkan keluarga mendampingi saat melahirkan, perubahan posisi, relaksasi, *back pressure* dan teknik napas dalam. Pendekatan *nonfarmakologi* dalam manajemen nyeri merupakan trend baru yang dapat dikembangkan dan merupakan metode alternatif yang dapat ditawarkan pada ibu karena efeknya yang tidak terlalu besar bagi ibu maupun janin. Metode *nonfarmakologi* mempunyai manfaat sebagai manajemen nyeri pada persalinan dan merupakan metode dasar juga ideal bila diterapkan dalam asuhan keperawatan maternitas (Zwelling, Johnson, & Allen, 2006). Metode *nonfarmakologi* juga dapat meningkatkan kepuasan selama persalinan karena ibu dapat mengontrol perasaannya dan kekuatannya (Mackey, 1995). Menurut Burns dan Blamey, (1994); Cook dan Wilcox, (1997) metode *nonfarmakologi* bersifat *nonintrusif*, *noinvasif*, murah, simple, efektif dan tanpa efek yang merugikan.

Di abad ini terapi *nonfarmakologi* telah menjadi bagian dari praktek keperawatan, dalam bentuk terapi modalitas yang dapat digunakan oleh perawat sebagai bagian dari rencana keperawatan yang komprehensif, dalam memberikan dukungan pada perempuan selama proses melahirkan. Walaupun banyak rumah sakit modern telah menawarkan pada perempuan yang akan melahirkan dengan teknologi yang tinggi, tetapi tetap ada tempat untuk terapi *nonfarmakologi* yang merupakan bagian dari tindakan keperawatan (Zwelling, Johnson & Alen, 2006). Hal tersebut juga sesuai dengan konsep teori model keperawatan Roger yang menyampaikan bahwa fokus keperawatan adalah dengan memperhatikan manusia dan dimana dia tinggal. Tindakan keperawatan yang sesuai yaitu secara natural atau alami baik meliputi orangnya maupun lingkungannya (Tomey & Alligood, 2006). Terapi *nonfarmakologi* merupakan terapi yang alami dan natural yang dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan.

Metode yang telah mulai dikembangkan terapi *nonfarmakologi* seperti akupunktur, refleksi, hipnosis, relaksasi dan terapi aroma dalam persalinan (www.nuh.nsh.uk, 2007). Walaupun belum ada standar profesi keperawatan dalam penggunaan terapi aroma, tetapi saat ini telah dilegalkan masuk ke dalam keperawatan holistik (Buckle, 2001). Teknik penurunan nyeri dan kecemasan dengan menggunakan metode terapi aroma merupakan salah satu bentuk terapi *nonfarmakologi*, diketahui dapat membantu ibu mengontrol nyeri selama persalinan serta mengurangi penggunaan obat analgesik dan anestesi (Leeman, 2003).

Terapi aroma termasuk katagori pengobatan alternatif dan telah dikenal di masyarakat pada saat ini. Di negara Cina, Persia, dan Arab , terapi aroma telah dikenal sejak 5000 tahun yang lalu (Esposito & Carrie, 2004). Terapi aroma digunakan pertama kali di negara Arab sejak 5000 th yang lalu, yaitu dengan menggunakan minyak alami, dari bunga, daun, rumput, ranting dan sebagainya, untuk menimbulkan sesuatu yang menyenangkan, menurunkan stress dan cemas (Keegan, 2001).

Terapi aroma merupakan terapi yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis. Minyak esensial aroma dapat diserap baik, dengan cara dioles maupun dihirup, yang kemudian akan diekresikan melalui ginjal atau paru-paru (Maddeks-Jennings & Wilkinson, 2004). Terapi aroma merupakan salah satu teknik *nonfarmakologi* yang dapat meningkatkan kenyamanan ibu saat bersalin dan mempunyai pengaruh pada koping yang efektif terhadap pengalaman persalinan. Selain itu terapi aroma dapat membantu mengurangi kecemasan, stress, ketakutan, mual, mutah dan rasa nyeri. Untuk sebagian wanita terapi aroma dapat meningkatkan kontraksi uterus tanpa menggunakan obat penguat kontraksi (Martin, 1996).

Minyak lavender merupakan aroma yang dapat meningkatkan relaksasi dan menurunkan nyeri pada proses melahirkan. Metode yang digunakan dalam persalinan yaitu dengan menambahkan beberapa tetes minyak aroma ke dalam air untuk mandi, untuk massase, kompres basah, atau dihirup dengan menggunakan *elektrik vaporizers* (Schnaubelt, 1999). Davis dkk (2005) menyatakan dalam hasil penelitiannya bahwa massage dengan terapi aroma efektif untuk menurunkan stress

dan kecemasan ($P = 0,0002$). Begitu pula hasil penelitian Hiroko dkk (2005) yang menyatakan terapi aroma dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan hasil pretest 41,2 dan posttest 34,1 ($P=0,0084$). Terapi aroma dapat pula menurunkan tingkat kecemasan dan depresi pada ibu post partum (Imura dkk, 2006).

Fokus utama yang diperhatikan perawat saat proses melahirkan berlangsung adalah kontrol nyeri dimana dapat dilakukan tanpa merugikan ibu, bayi dan proses melahirkan. Walaupun telah diketahui bahwa tindakan *farmakologi* lebih efektif dari pada *nonfarmakologi*, tetapi terapi *farmakologi* beresiko memberikan efek terhadap bayi dan ibu. Peran perawat sebagai pendidik harus memberikan kesempatan dan hak pada ibu untuk memilih manajemen nyeri yang diinginkan selama melahirkan (Jimenez, 1996). Begitu pula seperti yang disampaikan Corrie dkk, (1999) bahwa perawat mempunyai wewenang dalam memberikan atau menawarkan pilihan kepada pasien tentang metoda penurunan nyeri secara non farmakologis. Menurut Brown dkk, (2001) terapi *nonfarmakologi* dapat diinformasikan pada pasien sejak awal sebagai persiapan metode yang dipilih saat melahirkan. Untuk menggunakan aroma secara efektif, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang aroma.

Di Indonesia terapi aroma baru populer pada abad ke-20, walaupun sebenarnya sudah dikenal sejak jaman kerajaan dahulu. Demikian pula di bidang kesehatan terutama di bidang maternitas, belum banyak tindakan keperawatan dengan menggunakan terapi aroma, hal tersebut disebabkan masih sedikitnya informasi yang mereka dapat, terutama pada ibu yang akan melahirkan. Selain itu masih banyak

perawat yang belum mengetahui dan trampil tentang metode *nonfarmakologi* tersebut.

Secara etik dan legal perawat Indonesia mempunyai wewenang untuk melakukan tindakan dengan metode nonfarmakologi tersebut, sesuai keputusan MenKes No. 1076/Menkes/SK/VII/2003. Pendidikan metode *nonfarmkologi* dapat diterapkan pada rumah sakit atau klinik bersalin di Indonesia. Peran perawat sangat diperlukan untuk mengembangkan dan memberikan pendidikan tentang metode *nonfarmakologi*, misalkan dengan membuka kelas antenatal, kelas persiapan melahirkan. Perawat juga berperan memberikan informasi metode *nonfarmakologi*, menjelaskan dan membimbing pada ibu sebagai persiapan melahirkan sehingga ibu merasa nyaman, bayipun lahir dengan sehat. Sehubungan dengan itu maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai efektifitas terapi aroma terhadap tingkat kecemasan dan nyeri pada persalinan kala I.

B. Rumusan Masalah

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan nyeri pada persalinan, baik secara farmakologi maupun *nonfarmakologi*. Pengontrolan nyeri dan pencegahan kecemasan saat persalinan merupakan fokus dan tujuan keperawatan maternitas terhadap ibu bersalin. Terapi *nonfarmakologi* adalah bagian dari praktek keperawatan di berbagai negara. Beberapa metode tersebut dapat digunakan sebagai bagian dari rencana tindakan yang komprehensif untuk memberikan dukungan selama proses melahirkan. Walaupun beberapa rumah sakit menawarkan metode

melahirkan dengan teknologi yang mutakhir, tetapi hendaknya ditawarkan pula terapi *nonfarmakologi*, salah satunya yaitu dengan terapi aroma yang dapat meningkatkan kenyamanan ibu saat bersalin.

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan maka pertanyaan penelitian ini adalah:

“Sejauhmanakah efektifitas terapi aroma lavender terhadap tingkat kecemasan dan nyeri pada persalinan primigravida kala I di rumah sakit dan klinik bersalin Purwokerto?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas terapi aroma terhadap tingkat nyeri dan kecemasan pada persalinan kala I.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan: usia, pendidikan, pekerjaan, struktur keluarga, dan status pernikahan.
- b. Menganalisis hubungan karakteristik responden dengan tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I.
- c. Menganalisis perbedaan tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol.
- d. Menganalisis perbedaan tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok intervensi.
- e. Menganalisis tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I sebelum periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

- f. Menganalisis tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan keperawatan

Setelah diketahui efektifitas terapi aroma terhadap tingkat kecemasan dan nyeri pada persalinan kala I diharapkan dapat dimanfaatkan oleh intitusi pelayanan untuk dijadikan acuan guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memperkaya khasanah ilmu keperawatan, khususnya keperawatan maternitas terkait topik teknik mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri persalinan pada kala I dengan metode *nonfarmakologi*. Selain itu dengan metode *nonfarmakologi* diharapkan dapat mengurangi tidakan operasi SC dalam proses melahirkan.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pembuka wawasan yang lebih luas mengenai penelitian keperawatan maternitas pada umumnya, dan khususnya terkait dengan upaya dalam mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri persalinan pada kala I.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Hampir semua perempuan mengalami nyeri selama persalinan ,tetapi respon setiap perempuan terhadap nyeri berbeda-beda. Tugas penting penolong persalinan salah satunya perawat maternitas adalah membantu perempuan mengatasi nyeri persalinan.Tugas ini dapat dilakukan baik dengan kolaborasi dengan memberi obat-obatan pereda rasa nyeri, tetapi yang lebih mendasar dan lebih penting adalah pendekatan nonfarmakologi yang dimulai sejak perawatan prenatal, dengan memberikan informasi yang meyakinkan kepada perempuan hamil, pasangannya dan jika dibutuhkan oleh keluarga .Sebagai landasan informasi, pada bab ini akan diuraikan tentang nyeri persalinan dan manajemen nyeri persalinan.

A. Nyeri

1. Definisi nyeri

Batasan atau definisi nyeri yang diusulkan oleh “*The International Association for the Study of Pain*” dalam Hutajulu (2003) adalah suatu pengalaman perasaan dan emosi yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan sebenarnya ataupun yang potensial pada suatu jaringan. Nyeri merupakan perasaan tubuh atau bagian dari tubuh manusia, yang senantiasa tidak menyenangkan dan keberadaan nyeri dapat memberikan suatu pengalaman alam rasa.

Nyeri adalah suatu yang tidak menyenangkan dan disebabkan oleh stimulus spesifik seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung saraf serta

tidak dapat diserahkan kepada orang lain. Nyeri bersifat subjektif dan hanya pasien yang dapat merasakan adanya nyeri. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Keluhan dan respon tubuh terhadap nyeri dapat berupa pasien tampak meringis kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, napas cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat (Lukas, 2004).

Nyeri merupakan pengalaman subyektif yang meliputi interaksi kompleks dari fisiologis, psikososial, budaya, dan pengaruh lingkungan. Stimulus nyeri dapat bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu. Nyeri dapat digambarkan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang sudah terjadi maupun berpotensi terjadi (Bagharpoosh dkk, 2006).

2. Fisiologis nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu untuk menjelaskan tiga komponen fisiologis berikut, yaitu resepsi, persepsi dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan implus melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks

serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Potter & Perry, 2005).

Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu *nosisseptor* mekanis yang berespon terhadap kerusakan mekanis misalnya tusukan, benturan atau cubitan, *nosisseptor* termal yang berespon terhadap suhu yang berlebihan terutama panas dan *noniseseptor* polimodal yang berespon terhadap semua jenis rangsangan yang merusak. *Nosisseptor* dapat disensitisasi oleh adanya *prostaglandin* yang meningkatkan respon *reseptor* terhadap rangsangan yang mengganggu. *Formasio retikularis* meningkatkan derajat kewaspadaan berkaitan dengan rangsangan yang mengganggu. Hubungan antara talamus dan *formasio retikularis* ke hipotalamus dan sistem limbik menghasilkan respon emosi dan perilaku menyertai pengalaman yang menimbulkan nyeri (Sherwood, 2001).

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Potter dan Perry (2005) nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, sehingga banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain:

a. Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada

orang tua dan petugas kesehatan. Menurut Smeltzer dan Bare (2001), pengkajian nyeri pada lansia mungkin sulit karena perubahan fisiologis dan psikologis yang menyertai proses penuaan. Nyeri pada lansia dialihkan jauh dari tempat cedera atau penyakit. Persepsi nyeri pada lansia berkurang akibat dari perubahan patologis berkaitan dengan beberapa penyakit, tetapi pada lansia yang sehat persepsi nyeri mungkin tidak berubah.

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam memaknai dan berespon terhadap nyeri. Terdapat kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin, misalnya anggapan bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam keadaan yang sama.

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu dalam mengatasi nyeri. Terdapat perbedaan dalam memaknai dan menyikapi nyeri di berbagai kelompok budaya. Misalnya, suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri. Smeltzer dan Bare (2001) mengungkapkan bahwa budaya dan etnik mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri. Namun budaya dan etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri. Sebagai seorang perawat harus bereaksi terhadap persepsi nyeri pasien dan bukan pada perilaku nyeri, karena perilaku berbeda dari pasien satu dengan pasien yang lainnya.

d. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri akan mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, nyeri dapat memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien dalam memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri. Smeltzer dan Bare (2001) mengungkapkan bahwa ansietas yang relevan dan berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

g. Kelelahan

Kelelahan dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Menurut Smeltzer dan Bare (2001), individu yang mempunyai pengalaman multipel dan berkepanjangan tentang nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

i. Gaya koping

Apabila klien mengalami nyeri selama dalam perawatan kesehatan, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan. Dengan demikian, gaya koping akan mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam mengatasi nyeri.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan oleh klien, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

B. Nyeri Persalinan

1. Definisi

Beberapa jam terakhir pada kehamilan manusia ditandai dengan kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir. Banyak energi yang dikeluarkan pada waktu ini, oleh karena itu penggunaan istilah *labor* dimaksudkan untuk menggambarkan proses ini. Kontraksi miometrium pada persalinan dapat menyebabkan rasa nyeri, sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk mendeskripsikan proses ini (Cunningham dkk, 2005).

Nyeri persalinan merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terjadi selama proses persalinan. Rasa nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan alami yaitu suatu peringatan tentang adanya bahaya. Pada kehamilan, serangan nyeri memberitahukan bahwa ibu tengah mengalami kontraksi rahim. Banyak teknik baru ditemukan dalam menanggulangi nyeri tetapi metode yang sempurna untuk menghilangkan nyeri pada kelahiran anak sampai sekarang belum diperoleh (Harry & William, 2003).

2. Penyebab

Penyebab terjadinya persalinan sampai saat ini masih merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor dimulainya persalinan. Perubahan biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan dimulai dan berlangsungnya persalinan, antara lain penurunan

kadar hormon estrogen dan progesteron. Menurunkan kadar kedua hormon tersebut terjadi kira-kira 1 sampai 2 minggu sebelum persalinan dimulai. Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga kehamilan *aterm* terus mengalami peningkatan, terlebih sewaktu persalinan (Prawirohardjo, 2006).

Penyebab rasa nyeri pada persalinan menurut Harry dan William (2003) adalah sebagai berikut :

- a. Anoksia miometrium : kontraksi otot selama periode anoksia relati menyebabkan rasa nyeri. Kalau relaksasi uterus antara saat-saat terjadinya kontraksi tidak cukup untuk memungkinkan oksigenasi yang adekuat, maka beratnya rasa nyeri semakin bertambah.
- b. Peregangan serviks : peregangan serviks menyebabkan rasa nyeri yang terutama terasa pada bagian punggung.
- c. Penekanan pada ganglia saraf yang berdekatan dengan serviks dan vagina.
- d. Tarikan pada tuba, ovarium dan peritoneum.
- e. Tarikan dan peregangan pada ligamentum penyangga.
- f. Penekanan pada uretra, kandung kemih dan rektum.
- g. Distensi otot-otot dasar panggul dan perineum.

Menurut Cunningham dkk (2005), persalinan aktif dibagi menjadi tiga kala yang berbeda. Kala satu persalinan mulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala I atau kala pembukaan yang terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten merupakan fase persalinan dimana

terjadi pembukaan 1-3 cm dalam waktu 8 jam. Menurut Henderson (2005), durasi maksimum yang direkomendasikan pada fase ini telah ditetapkan yaitu selama 20 jam pada wanita primipara dan 16 jam pada wanita multipara. WHO merekomendasikan bahwa fase laten tidak boleh lebih dari 8 jam. Sedangkan pada fase aktif terjadi pembukaan 4-10 cm, kontraksi menjadi semakin kuat dan sering sampai kira-kira 3-4 kali kontraksi per 10 menit. Kontraksi yang diinduksi atau dipercepat dapat menyebabkan hiperstimulasi uterus, sebanyak 5 kali kontraksi per 10 menit.

Secara klinis kala I dimulai bila timbul *his* dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis, karena adanya pembukaan dan pendataran serviks. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah akibat dari pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Prawirohardjo, 2006).

Kala I persalinan selesai ketika serviks sudah membuka lengkap sehingga memungkinkan kepala janin lewat. Oleh karena itu, kala I persalinan disebut stadium pendataran dan dilatasi serviks. Kala II persalinan mulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap yaitu sekitar 10 cm dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala II persalinan adalah stadium ekspulsi janin. Sedangkan kala III persalinan mulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin. Kala III persalinan adalah stadium pemisahan dan ekspulsi plasenta (Cunningham dkk, 2005).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan menurut Bobak dkk (2004) adalah:

a. Pengalaman masa lalu

Melalui pengalaman nyeri, wanita mengembangkan berbagai macam mekanisme untuk mengatasi nyeri tersebut. Persalinan sebelumnya dapat mempengaruhi persepsi wanita tentang nyeri persalinan. Menurut Simkin (2002) wanita yang tidak didukung secara emosional atau mengalami kesulitan dalam persalinan yang lalu maka dapat menyebabkan persalinan yang sangat nyeri.

b. Paritas

Wanita primipara mengalami persalinan yang lebih panjang, mereka merasa letih. Hal ini menyebabkan peningkatan nyeri. Pasien yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya umumnya akan terasa lebih nyeri jika dibandingkan dengan pasien yang sudah pernah mengalami persalinan. Hutajulu (2003) mengungkapkan bahwa rasa nyeri pada satu persalinan dibandingkan dengan nyeri pada persalinan berikutnya akan berbeda.

c. Budaya

Pengaruh budaya dapat menimbulkan harapan yang tidak realistis dan dapat mempengaruhi respon serta persepsi individu terhadap nyeri. Misalnya wanita asli dari Amerika menahan nyeri dengan menunjukkan sikap diam, sedangkan wanita Hispanik menahan nyeri dengan bersikap sabar, tetapi menganggap sebagai sesuatu yang wajar jika berteriak-teriak.

d. Keletihan

Keletihan dan kurang tidur dapat memperberat nyeri. Keletihan akibat nyeri terus menerus yang mengakibatkan penurunan kontraksi uterus. Hal ini dapat mengakibatkan lamanya persalinan. Persalinan yang lama akan membahayakan ibu dan membahayakan bayi yang di kandungnya. Menurut Hutajulu (2003) keletihan, kekhawatiran, dan ketakutan akan rasa nyeri dapat meningkatkan rasa nyeri yang dialami seorang ibu selama persalinan sehingga rasa nyeri menjadi tidak tertahankan.

e. Emosi

Ketegangan emosi akibat rasa cemas sampai rasa takut memperberat persepsi nyeri selama persalinan. Rasa cemas yang berlebihan juga menambah nyeri. Nyeri dan cemas menyebabkan otot menjadi spastik dan kaku. Menyebabkan jalan lahir menjadi kaku, sempit dan kurang relaksasi. Nyeri dan ketakutan dapat menimbulkan stress. Terjadinya reaksi stress yang kuat dan berkelanjutan sehingga akhirnya akan berdampak negatif terhadap ibu dan janinnya.

4. Ekspresi nyeri persalinan

Rasa nyeri muncul akibat respon psikis dan reflek fisik. Rasa nyeri persalinan menimbulkan gejala yang dapat dikenali. Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik timbul sebagai respon terhadap nyeri dan dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan warna kulit. Mual, muntah dan keringat berlebihan juga sering terjadi. Ekspresi afektif tertentu akibat suatu penderitaan juga sering terlihat. Perubahan afektif meliputi peningkatan rasa

cemas , mengerang, menangis, gerakan tangan yang menandakan rasa nyeri dan ketegangan otot diseluruh tubuh (Bobak, 2005).

5. Persepsi nyeri persalinan

Setiap individu mempunyai persepsi nyeri yang berbeda. Melalui pengalaman nyeri, manusia mengembangkan mekanisme untuk mengatasi nyeri selama persalinan. Nyeri kemungkinan dapat menginduksi ketakutan, sehingga timbul kecemasan yang berakhir dengan kepanikan. Kelelahan dan kurang tidur dapat memperberat nyeri. Persalinan sebelumnya dapat mempengaruhi persepsi perempuan tentang nyeri persalinan. Nyeri bersalin dapat menimbulkan respon fisiologis yang mengurangi kemampuan rahim berkontraksi, sehingga memperpanjang waktu persalinan. Perawat harus memahami bahwa setiap wanita mengalami dan merasakan nyeri dengan cara yang unik. Perawat juga harus memahami rasa nyeri perempuan tersebut sebagaimana yang diungkapkan. Rasa khawatir dan rasa cemas dapat timbul pada fase akhir persalinan (Bobak, 2005). Teori *gate-control* bermanfaat bagi perawat untuk memahami cara pendekatan yang dipakai dalam memberikan penyuluhan pada orang tua tentang program persalinan dan pemakaian metode nonfarmakologi pada persalinan.

6. Skala nyeri

Menurut Potter dan Perry (2005) terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri.

a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

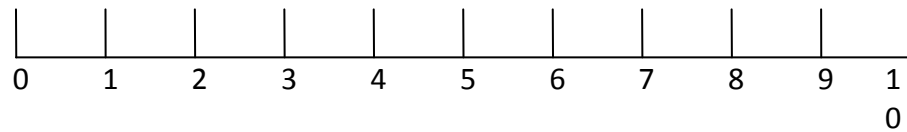
Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurutkan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahan”. Perawat menunjukkan klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakannya. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan rasa nyeri (Potter & Perry, 2005).

b. *Visual Analog Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata (Potter & Perry, 2005).

Mengkaji intensitas nyeri sangat penting walaupun bersifat subyektif dan banyak dipengaruhi berbagai keadaan seperti tingkat kesadaran, konsentrasi dan harapan keluarga, intensitas nyeri dapat dijabarkan di dalam sebuah skala nyeri dengan deskriptif: tidak nyeri, ringan, sedang, sangat nyeri, tetapi masih dapat terkontrol dan sangat nyeri tetapi tidak dapat dikontrol oleh pasien berdasarkan VAS.

Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1

Intensitas nyeri pada skala 0 tidak terjadi nyeri, intensitas nyeri ringan pada skala 1 sampai 3, intensitas nyeri sedang pada skala 4 sampai 6, intensitas nyeri berat pada skala 7 sampai 9 intensitas nyeri sangat berat pada skala 10 nyeri tidak terkontrol. Cara penggunaan skala ini adalah : berilah tanda salah satu angka sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. VAS merupakan pengukuran nyeri yang benar dan sah, dapat mendeteksi perbedaan nyeri lebih sederhana dibandingkan dengan skala lainnya, dan VAS lebih mudah mengaturnya dibandingkan dengan kumpulan pertanyaan yang berderet. Oleh karena itu, skala VAS ini yang akan digunakan sebagai instrumen penelitian (Ludington & Dexter, 1998).

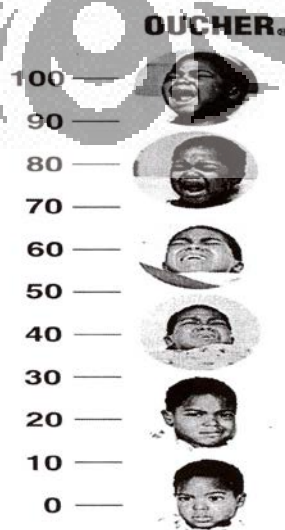
Menurut Potter dan Perry (2005) intensitas nyeri pada skala 0 tidak terjadi nyeri, intensitas nyeri pada skala 1 sampai 3, rasa nyeri seperti gatal atau tersetrum atau nyut-nyutan atau melilit atau terpukul atau perih atau mules. Intensitas nyeri pada skala 4 sampai 6, seperti kram atau kaku atau tertekan atau sulit bergerak atau terbakar atau ditusuk-tusuk. Sangat nyeri pada skala 7 sampai 9 tetapi masih dapat dikontrol oleh klien. Intensitas nyeri sangat berat pada skala 10 nyeri tidak terkontrol.

Beberapa penelitian telah menggunakan VAS sebagai alat ukur untuk nyeri post-operasi (Voss et al.,2004; Good et al.,2006). Selain itu instrumen *Visual Analog Scale* (VAS) telah digunakan oleh Sukowati (2007) dalam penelitiannya tentang efektifitas “paket rileks” terhadap rasa nyeri ibu primipara kala I fase aktif. Instrumen ini telah diuji validitasnya ($r > 0,365$) serta reabilitasnya (0,651) pada 41 responden.

c. Skala Nyeri *Oucher*

Skala nyeri *Oucher* merupakan salah satu alat untuk mengukur intensitas nyeri pada anak, yang terdiri dari dua skala yang terpisah, yaitu sebuah skala dengan nilai 0-100 pada sisi sebelah kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fotografik dengan enam gambar pada sisi kanan untuk anak-anak yang lebih kecil. Foto wajah seorang anak dengan peningkatan rasa tidak nyaman dirancang sebagai petunjuk untuk memberi anak-anak pengertian sehingga dapat memahami makna dan tingkat keparahan nyeri. Seorang anak biasanya menunjuk ke sejumlah gambar yang mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2005).

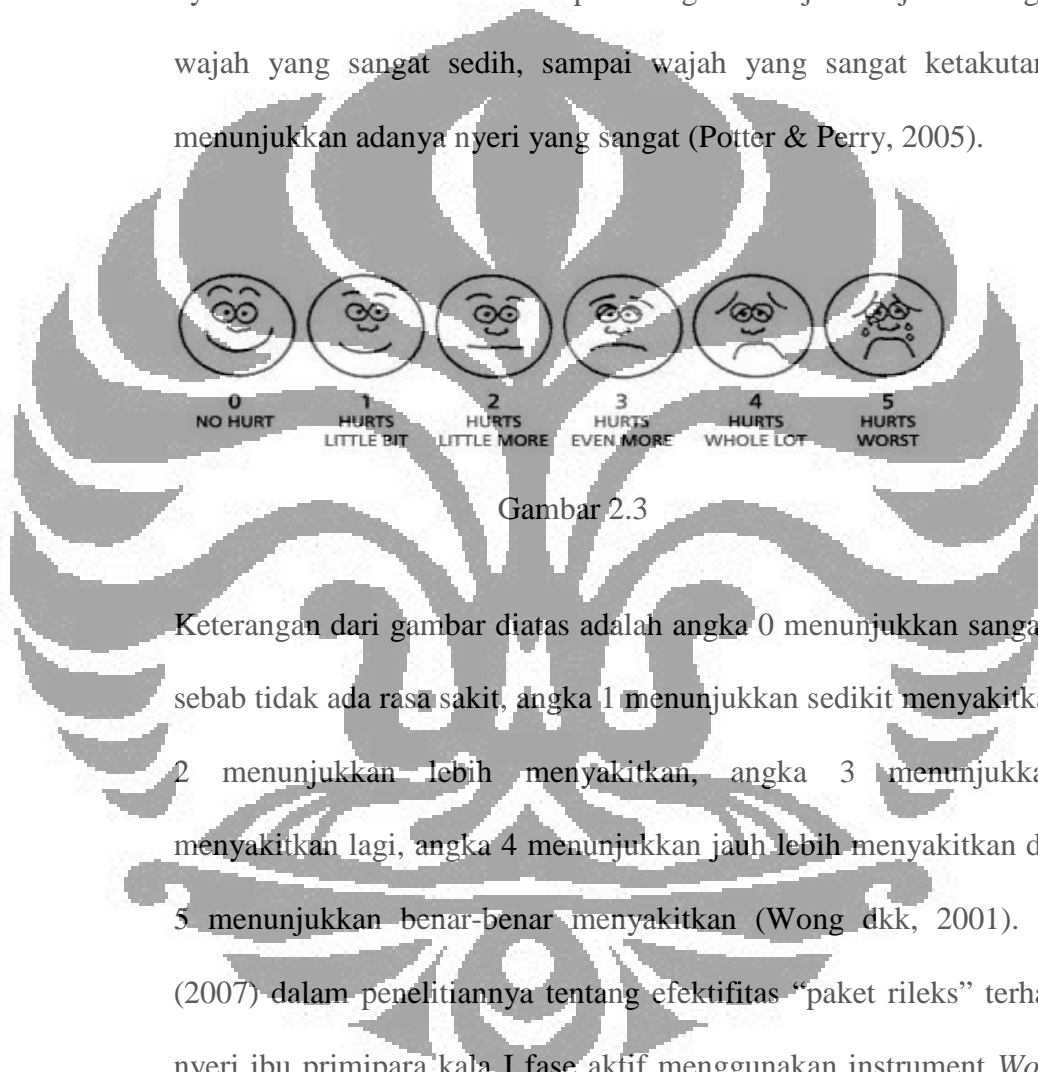
Gambar 2.



Gambar 43-8 Skala Nyeri Oucher versi orang Afrika-Amerika. (©Denyes Villarruel, 1990. Digunakan dengan izin.)

d. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala ini terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum hal ini menunjukkan tidak adanya nyeri kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan hal ini menunjukkan adanya nyeri yang sangat (Potter & Perry, 2005).



Gambar 2.3

Keterangan dari gambar diatas adalah angka 0 menunjukkan sangat bahagia sebab tidak ada rasa sakit, angka 1 menunjukkan sedikit menyakitkan, angka 2 menunjukkan lebih menyakitkan, angka 3 menunjukkan lebih menyakitkan lagi, angka 4 menunjukkan jauh lebih menyakitkan dan angka 5 menunjukkan benar-benar menyakitkan (Wong dkk, 2001). Sukowati (2007) dalam penelitiannya tentang efektifitas “paket rileks” terhadap rasa nyeri ibu primipara kala I fase aktif menggunakan instrument *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*, yang telah diuji validitasnya ($r > 0,365$) serta reabilitasnya ($0,651$) pada 41 responden.

C. Kecemasan Persalinan.

Kecemasan merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan kondisi psikologi. Kecemasan adalah pengalaman manusia yang universal, suatu respon emosional (afektif) yang tidak menyenangkan dan penuh kekawatiran, 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 & 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 obyek yang spesifik. Kondisi dialami secara obyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal (Stuart & Sudeen, 1998).

Bila seseorang sedang mengalami kecemasan, gejala yang ditimbulkan bisa menjadi gejala subyektif yang hanya dapat dirasakan oleh penderita itu sendiri, disertai gejala fisiologi yang dapat diperiksa dengan obyektif. Gejala subyektif dapat berupa rasa takut, kuatir, perasaan sedih, tertekan, gelisah, serta tidak dapat berfikir dan memusatkan perhatian. Sedangkan gejala fisiologisnya disebabkan oleh perangsangan susunan syaraf simpatis dan peningkatan sekresi hormon *non epineprin* (adrenalin) seperti berkeringat banyak, ketegangan otot, tekanan darah yang meningkat, jantung berdebar, sulit makan, susah tidur, sesak napas, 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).

Kecemasan pada seseorang dapat meningkat pada saat tertentu, misalnya pada saat menunggu hasil test, pada saat didiagnosis penyakit tertentu, menunggu tindakan yang bersifat invasif atau mengalami efek samping dari pengobatan (Andersen, Karlsson, Anderson, & Tewfik, 1984 dalam Taylor, 1995; Shell, & Kirsch, 2001). Selain itu kecemasan juga dapat terjadi pada saat penyesuaian klien terhadap penyakit yang dideritanya. Itulah sebabnya reaksi emosional sangat penting untuk dimonitoring dan diintervensi. Disamping itu, kecemasan saat melahirkan akan berpengaruh terhadap kondisi fisik klien juga janin.

Proses melahirkan merupakan 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. Tingginya kadar kortisol dalam darah 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 menurunkan daya tahan tubuh seseorang (Wermers, Dasgupta, Dubey

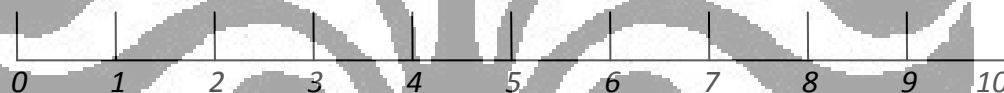
dalam Day, 1996). Sumber kecemasan lain pada klien melahirkan adalah kurangnya informasi mengenai peristiwa yang akan dihadapi, perasaan cemas dalam menghadapi proses kelahiran. Mengurangi kecemasan dapat diupayakan dengan pemberian pendidikan kesehatan pada saat klien datang ke tempat pelayanan kesehatan, saat pemeriksaan kehamilan.

Hubungan antara nyeri dan kecemasan adalah kompleks. Kecemasan sering meningkatkan persepsi nyeri, tapi nyeri juga dapat menyebabkan perasaan cemas (Crisp & Taylor, 2001; Otto, 2001). Sulit untuk membedakan dua sensasi ini. Paice (1991 dalam Crisp & Taylor 2001) melaporkan adanya bukti bahwa rangsangan nyeri mengakibatkan bagian sistim limbik yang diyakini untuk mengontrol cemas. Sistim limbik dapat berproses. Reaksi emosional terhadap nyeri dapat memperburuk rasa nyeri. Meskipun terdapat pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi terhadap manajemen cemas, pengobatan anxyolytic tidak boleh menggantikan obat analgesik.

Pengukuran kecemasan dapat dilakukan dengan menanyakan persepsi kecemasan dengan *Visual Analog Scale (VAS)*. *Visual Analog Scale (VAS)* dikembangkan sejak 60 tahun yang lalu, untuk mengukur beberapa fenomena seperti nyeri, kualitas hidup, mood, dan mual (Frank-Stromborg & Olsen,1997). Akhir-akhir ini *Visual Analog Scale (VAS)* telah digunakan untuk mengukur seperti kecemasan, kekuatiran, ketakutan sebelum dan setelah operasi (Hooi, 2007). Beberapa penelitian telah menggunakan VAS untuk mengukur kecemasan, diantaranya telah digunakan sebagai alat ukur kecemasan saat menentukan waktu operasi (Gaberson, 1995), kecemasan intraoperasi pada pasien operasi katarak (Cruise et al.,1997; Heiser et

al.,1997) dan kecemasan post-operasi jantung (Aragon et al., 2002;Vos et al.,2004). skala rentang 0-10 cm, 0 = tidak ada sensasi dan 10 = sangat cemas sekali (Gaberson, 1995).

Visual Analog Scale (VAS) telah digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik pasien mulai pre-cemas sampai dengan cemas yang tinggi (Kindler et al.,2000). Alat ukur ini juga pernah digunakan oleh Mardiyono (2007) dalam penelitiannya tentang efektifitas terapi zikir terhadap tingkat kecemasan preoperasi. Instrumen ini telah diuji validitasnya ($r > 0,375$) serta reliabilitasnya ($0,671$), pada 35 responden. *Visual Analog Scale (VAS)* berupa *Numerical Rating Scale (NRS)* seperti dibawah ini.



Gambar 2.

D. Metode Penanggulangan Nyeri dan Kecemasan.

Menurut Mander (2003) terdapat dua cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan dan kecemasan yaitu, dengan cara non farmakologi dan farmakologi. Berikut akan diuraikan tentang cara non farmakologi : Terapi aroma.

1. Definisi

Terapi aroma adalah terapi yang menggunakan *essensial oil* atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan serta membangkitkan jiwa raga. *Essensial oil* yang

digunakan disini merupakan cairan hasil sulingan dari berbagai jenis bunga, akar, pohon, biji, getah, daun dan rempah-rempah yang memiliki khasiat untuk mengobati (Hutasoit, 2002).

Terapi aroma merupakan tindakan terapeutik dengan menggunakan minyak esensial yang bermanfaat untuk meningkatkan keadaan fisik dan psikologi sehingga menjadi lebih baik. Sebelum menggunakan terapi aroma perlu dikaji adanya riwayat alergi yang dimiliki klien (MacKinnon, 2004).

Terapi aroma mempunyai efeknya positif karena diketahui bahwa aroma yang segar, harum merangsang sensori, reseptor dan pada akhirnya mempengaruhi organ yang lainnya sehingga dapat menimbulkan efek kuat terhadap emosi. Aroma ditangkap oleh reseptor di hidung yang kemudian memberikan informasi lebih jauh ke area di otak yang mengontrol emosi dan memori maupun memberikan informasi juga ke hipotalamus yang merupakan pengatur sistem internal tubuh, termasuk sistem seksualitas, suhu tubuh, dan reaksi terhadap stress (Shinobi, 2008).

2. Jenis terapi aroma dan manfaatnya

Terapi aroma mempunyai beberapa keuntungan sebagai tindakan *supportive*. Menurut Maifrisco (2005) terdapat beberapa keuntungan dari penggunaan terapi aroma berdasarkan jenisnya, misalnya *Rosemary* dapat bermanfaat untuk meningkatkan kewaspadaan, meningkatkan daya ingat, *Lemon* merupakan aroma yang digunakan untuk menenangkan suasana.

Lavender merupakan bunga yang berwarna lembayung muda, memiliki bau yang khas dan lembut sehingga dapat membuat seseorang menjadi rileks ketika menghirup aroma lavender, lavender banyak dibudidayakan di berbagai penjuru dunia. Sari minyak bunga lavender diambil dari bagian pucuk bunganya (Hutasoit, 2002).

Minyak lavender diperoleh dengan cara distilasi bunga. Komponen kimia utama yang dikandungnya adalah linalil asetat, linalool. Minyak lavender digunakan secara luas dalam terapi aroma. Aroma lavender dapat meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu untuk menciptakan keadaan yang rileks (Maifrisco, 2005).

Hale (2008) mengungkapkan lavender mempunyai banyak manfaat yaitu sebagai pencegah infeksi, menunjukkan efek sebagai antiseptis, antibiotik dan anti jamur. Minyak esensial lavender mengobati insomnia dan kualitas tidur. Terapi aroma lavender diketahui dapat memperbaiki tidur pasien di rumah sakit yang cukup lama, dan mengurangi kebutuhan obat penenang di malam hari. Pemijatan dengan minyak esensial lavender memperbaiki kualitas tidur pada pasien dengan *arthritis rheumatoid*. Minyak esensial lavender dapat mengurangi kecemasan. Pemijatan dengan menggunakan lavender menunjukkan mengurangi tingkat kecemasan pada pasien intensif, dan dapat menurunkan kecemasan pada pasien yang akan cuci darah (hemodialisa). Minyak esensial lavender dapat digunakan untuk mengurangi nyeri. Pemijatan dengan menggunakan minyak lavender dapat mengurangi persepsi nyeri pada pasien dengan *rheumatoid arthritis* kronik.

Wanita yang sedang menjalani persalinan, berendam dengan menggunakan minyak lavender dapat mengurangi rasa nyeri pada daerah perineum dan mengurangi kegelisahan. Minyak esensial lavender dapat mengontrol kehilangan rambut, kombinasi lavender, rosemary, kayu cedar dan minyak esensial *thyme* (sejenis tumbuhan pengharum makanan) dilaporkan memperbaiki perumbuhan rambut pada pasien dengan alopecia. Selain itu juga dapat digunakan untuk mengobati gangguan pencernaan, lavender sekarang ini disarankan digunakan untuk mengatasi gangguan pencernaan dan penderitaan (gugup) usus (Hale, 2008).

Department of Health (2007) mengungkapkan bahwa lavender yang digunakan melalui inhalasi dapat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pada pasien yang mengalami dialisis, meningkatkan kenyamanan tidur, meningkatkan kecermatan dalam berhitung, dan menurunkan agitasi pasien dengan dimensia. Hutasoit (2002), mengungkapkan bahwa lavender mempunyai efek menenangkan. Lavender dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Disamping itu lavender juga dapat mengurangi rasa tertekan, stress, rasa sakit, emosi yang tidak seimbang, histeria, rasa frustrasi dan kepanikan. Lavender dapat bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri, dan dapat memberikan relaksasi (Woodcock, 2008).

Begitu banyak manfaat dari minyak lavender, maka dari itu dalam penelitian ini akan menggunakan minyak lavender. Selain memiliki banyak manfaat, lavender paling sering digunakan sebagai terapi aroma dan merupakan jenis minyak yang

dapat digunakan tanpa harus dicampur terlebih dahulu dengan *carrier oil*. Hutasoit (2002) mengungkapkan bahwa *thyme, sage, wintergreen, basil, clove, marjoram, cinnamon, fennel, jasmine, jupiter, rosemary, aniseed, peppermint, clary sage, oregano, nutmeg, bay, hops, valerian, tarragon, dan cedarwood*, merupakan minyak harus dihindari pada saat hamil dan menyusui.

3. Cara penggunaan terapi aroma

Terapi aroma dapat digunakan melalui berbagai cara, yaitu melalui :

a. Inhalasi

Inhalasi merupakan salah satu cara yang diperkenalkan dalam penggunaan metode terapi aroma yang paling simple dan cepat. Inhalasi juga merupakan metode yang paling tua dalam penggunaan terapi aroma. Minyak aroma masuk dari luar tubuh ke dalam tubuh dengan satu tahap dengan mudah, melewati paru-paru dialirkan ke pembuluh darah melalui alveoli (Buckle, 2003).

Hidung mempunyai dua fungsi yang jelas yaitu sebagai penghangat dan penyaring udara yang masuk, dimana merupakan salah satu bagian dari sistem *olfactory*. Inhalasi sama dengan penciuman, dimana dapat dengan mudah merangsang *olfactory* setiap kali bernapas dan tidak akan mengganggu pernapasan normal apabila mencium bau yang berbeda dari minyak esensial (Alexander, 2001). Bagaimanapun aroma dapat memberikan efek yang cepat dan kadang hanya dengan memikirkan baunya dapat

memberikan bau yang nyata. Bau dapat memberikan efek terhadap fisik dan psikologi (Buckle, 2003).

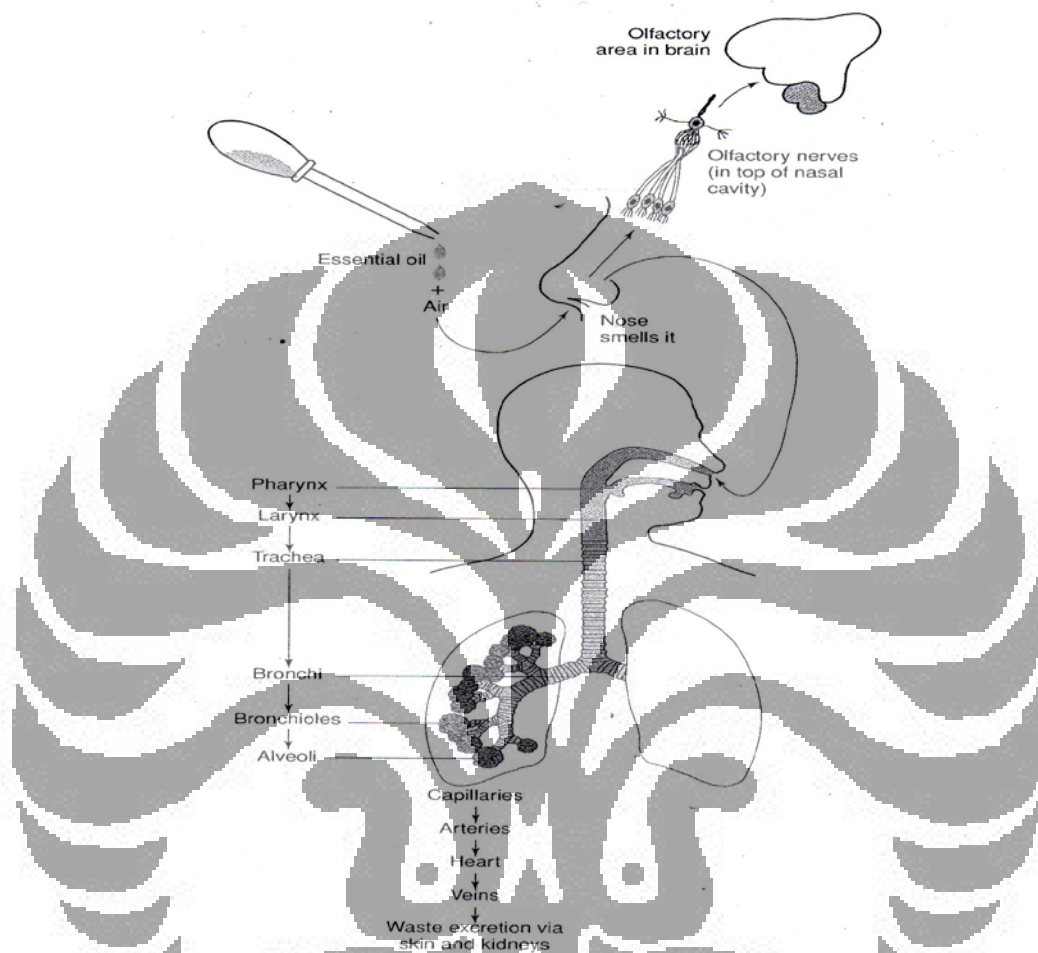


Figure 18: The journey of an essential oil

Gambar 2.5

Cara inhalasi biasanya diperuntukkan untuk seorang pasien, yaitu dengan menggunakan cara inhalasi langsung, tetapi cara inhalasi dapat juga digunakan secara bersamaan misalkan dalam satu ruangan. Metode tersebut disebut inhalasi tidak langsung.

Adapun cara penggunaan terapi aroma secara langsung menurut Buckle (2003) adalah sebagai berikut :

1) Tissue atau gulungan kapas :

Ambil 1-5 tetes minyak esensial ,teteskan pada tissue atau kapas, kemudian hirup 5-10 menit. Dapat juga tissue atau kapas tersebut diletakkan dibawah bantal.

2) Steam :

Tambahkan 1-5 tetes minyak esensial dalam alat steam atau penguapan yang telah diisi air. Letakkan alat tersebut disamping atau sejajar kepala pasien. Anjurkan pasien untuk menghirup selama 10 menit. Anjurkan pasien untuk menutup mata dan melepaskan kontak lens atau kacamata selama inhalasi, karena dapat menyebabkan pedih.

Adapun cara inhalasi tidak langsung adalah :

1) Pengharum atau penyegar ruangan :

Tambahkan 1-5 tetes minyak esensial ke dalam alat pemanas yang telah berisi air ,kemudian letakkan ditempat yang aman atau sudut ruangan. Uap air dengan minyak esensial akan memberikan bau dan menyegarkan ruangan. Sangat bagus apabila ditambahkan *air conditioner* dalam ruangan tersebut.

2) Terapi aroma yang digunakan melalui inhalasi caranya adalah minyak terapi aroma ditempatkan di atas peralatan listrik, dimana peralatan listrik ini sebagai alat penguap. Peralatan listrik harus di cek oleh petugas sebelum digunakan demi keamanan pasien. Kemudian dilakukan

penambahan dua sampai lima tetes minyak terapi aroma dalam vaporiser dengan 20 ml air untuk dapat menghasilkan uap air. Minyak yang umum digunakan adalah *peppermint* untuk mual, lavender untuk relaksasi, *rose* baik digunakan dalam suasana sedih, *floral citrus* dapat memberikan kesegaran (*Department of Health, 2007*).

Kohatsu (2008) mengungkapkan bahwa dalam menggunakan terapi aroma secara inhalasi, dapat dicampur dengan air, dengan komposisi 4 tetes terapi aroma untuk 20 ml air, sehingga dapat menghasilkan bau yang segar dan wangi serta tidak menyengat.

Menurut Hutasoit (2002) dalam menggunakan terapi aroma dapat menggunakan anglo pemanas agar mendapatkan uap dari terapi aroma sehingga tercium aroma yang wangi dan dapat menimbulkan efek relaksasi serta dapat menyegarkan pikiran. Caranya adalah nyalakan lilin yang berada di bawah mangkuk. Isi mangkuk dengan air, diamkan hingga panas, setelah itu tuangkan 8 tetes dari tiga pilihan kombinasi *essensial oil* ke dalam mangkuk yang berisi air hangat tadi. Terapi aroma dapat dihirup secara langsung, caranya dengan mencampur 3 hingga 5 tetes ke dalam mangkuk *stainless steel* atau kaca yang berisikan air panas. Tutup wajah dan kepala dengan handuk, lalu hirup dalam-dalam uapnya. Lakukan kurang lebih 10 menit, lindungi area lingkaran mata. Cara ini dapat membuat tubuh terasa seimbang dan pikiran terasa lega karena lepas dari tekanan emosi.

Penggunaan melalui penyemprotan atau *spray* dari minyak yang telah dipilih sebanyak 100 ml dengan menggunakan botol yang memiliki alat penyemprot kemudian semprotkan pada tubuh sebagai penyegar (MacKinnon, 2004).

b. Pijat

Teknik pijat adalah yang paling umum. Melalui pemijatan, daya penyembuhan yang dikandung oleh minyak esensial bisa menembus melalui kulit dan dibawa ke dalam tubuh, mempengaruhi jaringan internal dan organ-organ tubuh. Karena minyak esensial sangat berbahaya bila diaplikasikan langsung ke kulit dalam bentuk minyak yang murni. Minyak esensial baru bisa digunakan setelah dilarutkan dengan minyak dasar seperti, minyak zaitun, minyak kedelai, dan minyak tertentu lainnya (*Department of Health, 2007*).

Terapi aroma apabila digunakan melalui pijat dapat dilakukan dengan langsung mengoleskan minyak terapi aroma yang telah dipilih diatas kulit. Sebelum menggunakan minyak tersebut perlu diperhatikan adanya kontraindikasi maupun adanya riwayat alergi yang dimiliki. Minyak lavender terkenal sebagai minyak pijat yang dapat memberikan relaksasi. Pijat kaki atau merendam kaki dalam panci dengan air yang sudah diberi minyak *peppermint* dipercaya memberikan efek meredakan (*Department of Health, 2007*).

Terapi aroma yang digunakan dengan cara pijat, merupakan cara yang sangat digemari untuk menghilangkan rasa lelah pada tubuh, memperbaiki sirkulasi

darah dan merangsang tubuh untuk mengeluarkan racun serta meningkatkan kesehatan pikiran. Dalam penggunaannya dibutuhkan 2 tetes *essensial oil* ditambah 1 mililiter minyak pijat (Hutasoit, 2002).

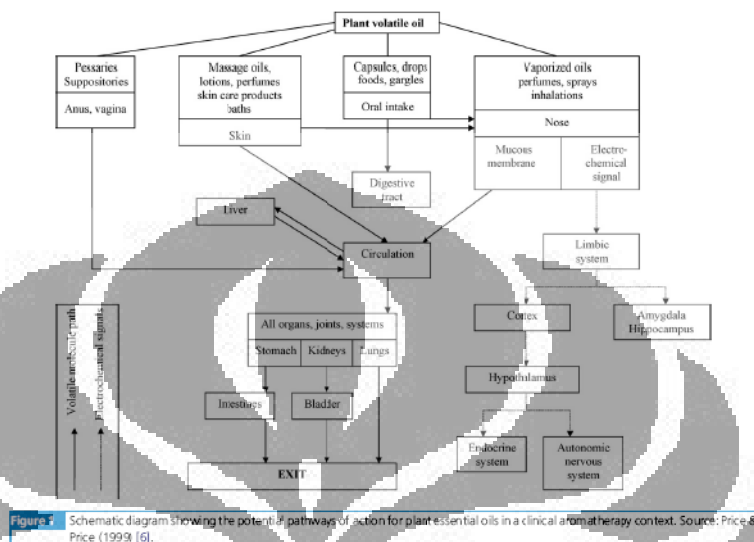
c. Kompres

Penggunaan terapi aroma melalui kompres hanya sedikit membutuhkan minyak terapi aroma. Kompres hangat dengan minyak terapi aroma dapat digunakan untuk menurunkan nyeri punggung dan nyeri perut. Kompres dingin yang mengandung minyak lavender digunakan pada bagian perineum saat kala kedua persalinan (*Department of Health, 2007*).

d. Berendam

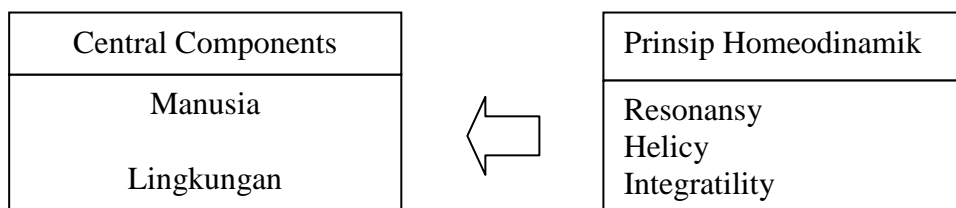
Cara lain dalam menggunakan aromaterapi adalah dengan menambah tetesan minyak esensial ke dalam air hangat yang digunakan untuk berendam. Dengan cara ini efek minyak esensial akan membuai perasaan dan membuat pasien rileks, melarutkan pegal-pegal dan nyeri, juga memberi efek yang merangsang dan mengembalikan energi. Pasien akan memperoleh manfaat tambahan dari menghirup uap harum minyak esensial terapi aroma yang menguap dari air panas (Hadibroto & Alam, 2006). Berendam dengan menggunakan terapi aroma dapat mengendurkan otot yang tegang setelah bekerja seharian, berendam pada air hangat merupakan saat yang menyenangkan. Untuk berendam membutuhkan sekitar 5 hingga 8 tetes dari jenis *essensial oil* yang telah dipilih (Hutasoit, 2002).

Skema 2.1
Pathway Terapi aroma



E. Teori Keperawatan Science of Unitary Human Beings (SUHB) Martha E Roger.

Konsep model teori Roger Science of Unitary Human Beings (SUHB) adalah merupakan studi pendekatan karena merupakan proses lapangan energi dari manusia dan lingkungan. Model konsep keperawatan menurut Roger menyatakan bahwa ada hubungan yang saling mempengaruhi antara klien, lingkungan, kesehatan dan perawat (Fitzpatrick & Whall, 1989). Komponen utama pada teori Roger disampaikan dalam bagan sebagai berikut :



Prinsip dari teori Roger adalah *integrality, helicy dan resonancy* yang dapat memberikan petunjuk dan menjelaskan tentang menggunakan terapi aroma untuk menurunkan kecemasan dan nyeri persalinan kala I. Postulat dari Roger bahwa manusia dan lingkungan adalah merupakan lapangan energi yang dinamik yaitu suatu proses yang kontinyu, *irreducible, integral* dan *insparable* satu dengan yang lain. Setiap lapangan energi membentuk pola. Pola tersebut adalah abstrak atau tidak terlihat. Selanjutnya akan di menifestasikan kedalam pengalaman dan pengamatan.

Pada penelitian ini , ibu melahirkan kala I mengalami gangguan pola lapangan energi dimana pasien mengalami nyeri dan kecemasan melahirkan. Berdasarkan hipotesis penelitian ini bahwa nyeri dan kecemasan melahirkan kala I dapat diatasi oleh pola dan perubahan lapangan energi manusia dengan menggunakan terapi modalitas. Terapi aroma secara inhalasi dalam lapangan energi lingkungan dapat merubah lapangan energi manusia, sehingga menghasilkan perubahan pola lapangan energi manusia. Terapi aroma merupakan salah satu terapi modalitas dalam teori Roger, dimana dapat digunakan untuk meningkatkan kesehatan dalam lapangan manusia dan lingkungan.

Proses kehidupan manusia adalah dinamik dan selalu berubah seperti interaksi pola lapangan energi lingkungan dan manusia yang secara kontinyu dan ritmik mengalami perubahan. Tiga prinsip teori Roger yaitu *integrality, helicy dan resonancy* menjelaskan proses yang terus menerus kehidupan antara manusia dan lingkungan juga dengan lapangan energi. Terapi aroma merupakan bagian dari lingkungan yang akan berinteraksi , menyusun dan membentuk lapangan energi

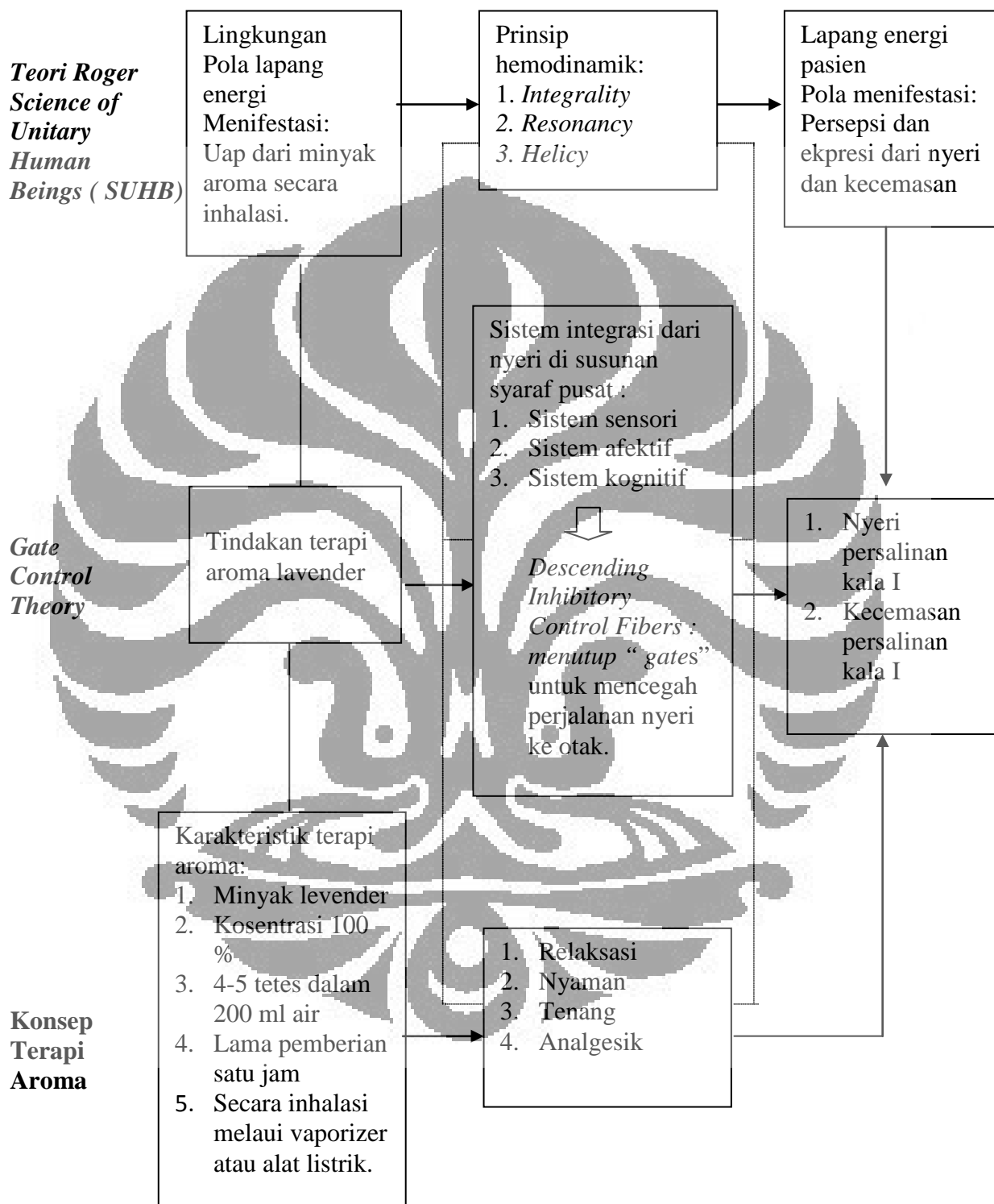
manusia. Peneliti percaya bahwa selama interaksi berjalan baik, pola lama dari persepsi dan pengalaman yang berkaitan dengan nyeri dan kecemasan, akan dikenang sebagai persepsi lebih positif atau sebagai pengalaman positif. Interaksi tersebut bersifat personal dan hanya dapat dilihat dari ekspresi subyektif dari pasien dengan menggunakan skala nyeri dan kecemasan VAS.

Helicy menggambarkan tahapan proses kehidupan yang berkembang secara ritmik dan merupakan jalan saling interaksi antara manusia dan lingkungan. Berdasarkan prinsip tersebut, terapi aroma dapat diterapkan sebagai cara untuk meningkatkan kesehatan dengan menurunkan rasa nyeri dan kecemasan melahirkan kala I, melalui interaksi antara pasien dengan lingkungan secara terus-menerus.

Resonancy menggambarkan pola yang berubah dan berkembang dari frekwensi rendah ke frekwensi tinggi atau sebaliknya dengan derajat variasi yang berbeda. Berdasarkan prinsip *resonancy* terapi aroma sebagai *resonating* yang dapat menyebabkan perubahan pola lapangan energi lingkungan, dimana dapat merubah pola lapangan energi pasien. Perubahan pola lapangan energi dari manusia-lingkungan dapat meningkatkan kesehatan baik fisik, psikologi dan emosional, sehingga dapat menurunkan nyeri dan kecemasan persalinan kala I setiap saat.

Integrality menunjukkan proses yang saling berhubungan antara manusia dan lingkungannya. Prinsip hemodinamik yang dijelaskan oleh Roger memberikan diskripsi tentang alam, proses dan konteks perubahan antara lapangan energi manusia dan lingkungan (Tomey & Alligood, 2006). Prinsip tersebut didapatkan pada terapi aroma yang akan diaplikasikan dan diteliti pengaruhnya terhadap tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I

B. Kerangka Teori



Smeltzer & Bare (2002); Primadiati (2002), Piliteri, (2003); Bobak (2006); Kaina (2006); Sukowati, (2007); Hooi (2007).

BAB III

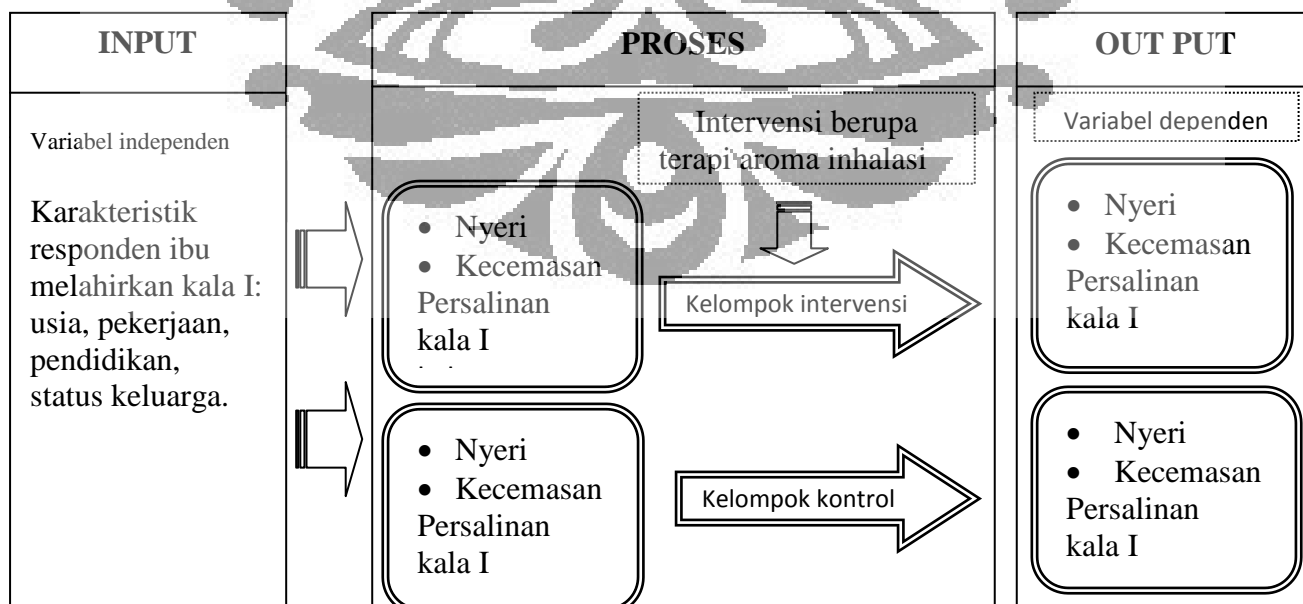
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian, dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berfikir dalam melaksanakan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas sebelumnya sehingga mudah dipahami dan dapat menjadi acuan peneliti

A. Kerangka Konsep.

Kerangka konsep akan menjelaskan tentang variabel-variabel yang dapat diukur dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini variabel independennya adalah aromaterapi sedangkan variabel dependennya adalah tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I. Adapun skema kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



B. Hipotesa

Hipotesa dari penelitian ini adalah terapi aroma berpengaruh terhadap tingkat kecemasan dan nyeri persalinan kala I.

C. Definisi Operasional.

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel karakteristik	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Responden: a. Usia	Usia dihitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara	Usia 18-45 tahun	interval
b.Pendidikan	Pendidikan formal yang telah diselesaikan oleh responden.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara	Dikelompokkan menjadi: 1. Pendidikan dasar SD s/d SMP. 2. Pendidikan lanjutan SMU s/d Akademi/PT	ordinal
c.Pekerjaan	Jenis pekerjaan / aktifitas klien yang ditekuni dan menghasilkan pendapatan tetap.	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara	Dikelompokkan menjadi : 0=ibu tidak bekerja 1= ibu bekerja	nominal
d. Struktur keluarga	Status tempat tinggal	Kuesioner diisi oleh kolektor data dengan cara wawancara	Dikelompokkan menjadi: 1. Dengan keluarga inti 2. Dengan extended family	nominal

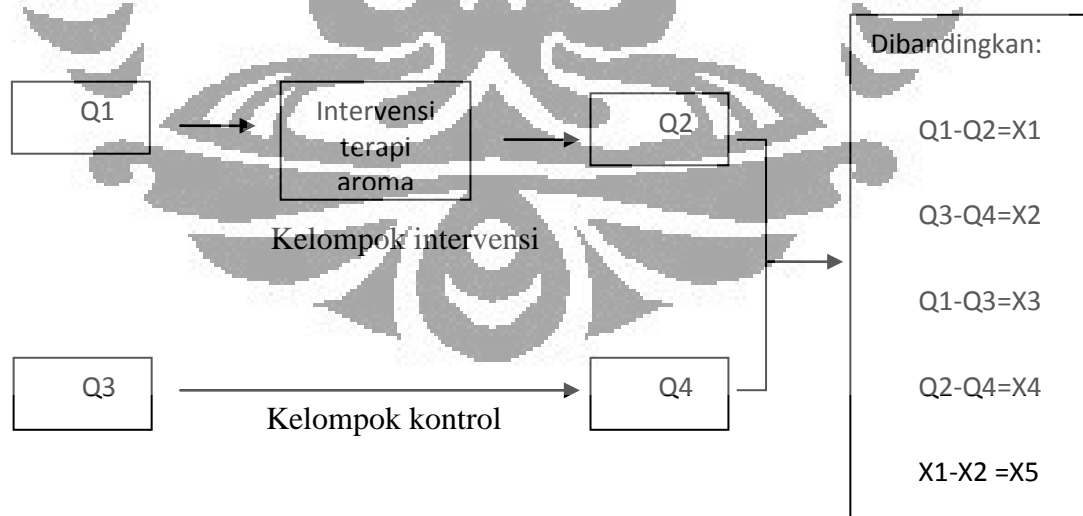
Variabel karakteristik	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Terapi aroma secara inhalasi	Terapi secara inhalasi dengan melalui alat veporiser atau alat uap listrik yang diberikan selama satu jam dengan minyak esensial lavender dengan kadar presentase 100 % .	Intervensi dan observasi	Analgetik dan aromaterapi secara inhalasi.	ml
Nyeri persalinan	Nyeri persalinan merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terjadi selama proses persalinan.	<p><i>Numerical Analog Scale (NAS)</i> nyeri</p> <p>Intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = tidak terjadi nyeri. • 1-3 = intensitas nyeri ringan. • 4-6 = intensitas nyeri sedang. • 7-9 = intensitas nyeri berat • 10 = nyeri tidak terkontrol <p><i>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</i></p>	<p>Dinyatakan dalam rata-rata dengan rentang nilai VAS = 0 cm-10cm</p> <p>Dinyatakan dalam rata-rata dengan rentang nilai FPRS = 0-5</p>	interval.
Kecemasan pesalinan	Kecemasan pesalinan adalah rasa khawatir dan ketakutan yang dirasakan ibu saat meghadapi kelahiran.	<p><i>Numerical Analog Scale (NAS)</i> cemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = tidak ada sensasi. • 10 = sangat cemas sekali 	Dinyatakan dalam rata-rata dengan rentang nilai VAS = 0 cm-10cm	interval.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk *quasi experiment* (eksperimen semu), dengan menggunakan desain penelitian: *non equivalent control group pretest and posttest design*. Rancangan ini dengan menggunakan dua kelompok. Kelompok pertama diberi terapi aroma (kelompok perlakuan), sedangkan kelompok kedua sebagai kontrol tidak diberi terapi aroma dan kedua kelompok menjalani test awal dan akhir. Hasil dari penelitian ini adalah membandingkan antara kelompok yang diberi perlakuan dengan kelompok kontrol. Adapun gambar bentuk rancangan penelitian ini sebagai berikut:



Keterangan :

- Q1 : Tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I sebelum dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok intervensi pasien melahirkan.
- Q2: Tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok intervensi pasien melahirkan.
- Q3: Tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I sebelum dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok kontrol pasien melahirkan.
- Q4: Tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok kontrol pasien melahirkan.
- X1 Deviasi atau perubahan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok intervensi.
- X2: Deviasi atau perubahan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok kontrol
- X3: Deviasi atau perubahan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sebelum dilakukan pemberian terapi aroma antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- X4: Deviasi atau perubahan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sesudah dilakukan pemberian terapi aroma antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

X5 : Deviasi atau perubahan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok intervensi dengan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien melahirkan kala I sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi aroma pada kelompok kontrol.

B. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi adalah keseluruhan responden (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien inpartu kala I yang datang di RS dan RB Purwokerto.

b. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan purposif sampling untuk bisa mewakili populasi. Sampel pada penelitian ini adalah semua pasien inpartu kala I di RS dan RB Purwokerto yang memenuhi kriteria penelitian. Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian. Kriteria sampel menurut Nursalam (2003), dibedakan menjadi dua yaitu inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek agar dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2002).

Karakteristik sampel yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi :

- a. Pasien inpartu primipara kala I pembukaan 4, aterm dengan kehamilan tunggal, presentasi kepala, kehamilan 36-42 minggu, rencana melahirkan normal di RS dan RB Purwokerto April-Juni 2009.
- b. Usia ibu antara 15- 45 tahun.
- c. Pasien inpartu kala I primipara dengan ketuban masih utuh.
- d. Tidak mempunyai alergi terhadap aroma atau minyak esensial lavender.
- e. Bersedia menjadi subyek penelitian
- f. Tidak mendapatkan obat anti nyeri dan atau induksi.

Kriteria eksklusi :

- a. Pasien inpartu kala I dengan gangguan kehamilan misalnya: Kehamilan ganda, kelainan letak janin, sungsang, oblik maupun letak lintang.
- b. Kahamilan beresiko tinggi disertai penyakit misalkan : preeklamsi, jantung, dan paru-paru.
- c. Proses kelahiran diprediksi menggunakan alat seperti vacuum, forsep atau operasi.
- d. Ibu dengan panggul sempit.
- e. Ibu dengan kelainan kontraksi uterus baik inersia uteri primer maupun sekunder.

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 rilek adalah 4.50 dan setelah diberikan intervensi paket rilek 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

σ : Standar deviasi dari beda 2 rata-rata berpasangan penelitian terdahulu atau penelitian awal.

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ 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 5 % ($Z_{1-\alpha/2} = 2,58$) dan kekuatan uji 95% ($Z_{1-\beta}$ atau $Z_{95\%} = 1,64$), maka jumlah sampel yang diperlukan adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,30 \times [2,58 + 1,64]^2}{[3,41 - 4,50]^2} \\ &= 23,33 \\ &= 24 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 24 orang. Jumlah sampel ditambah 10% dari jumlah sampel minimum untuk mengantisipasi sampel yang mengalami drop out, sehingga jumlah sampel seluruhnya adalah

$$n = 24 + (10\% \times 24) = 24 + 3 = 27 \text{ orang.}$$

Jumlah sampel menjadi 27 orang, sehingga kelompok intervensi maupun kelompok kontrol masing-masing berjumlah 27 responden. Satu kelompok berjumlah 27 orang sebagai kelompok perlakuan yang akan diberi terapi aroma, dan 27 orang sebagai kelompok kontrol. Sehingga jumlah keseluruhan sampel dalam penelitian ini adalah 54 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah sampling kuota yaitu teknik untuk menentukan sampel dari populasi yang

mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah atau kuota yang diinginkan (Portney & Watkins, 2000; Sugiyono, 2001).

C. Tempat Penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan di rumah sakit dan klinik bersalin Purwokerto. Alasan pemilihan tempat penelitian tersebut adalah rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit pemerintah dan merupakan rumah sakit pendidikan, sehingga fasilitas rumah sakit serta latar belakang responden hampir sama, serta belum adanya penelitian mengenai efektifitas terapi aroma terhadap cemas dan nyeri persalinan kala I.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Juni 2009. Pengumpulan data dilakukan setiap hari setelah mendapat ijin dari pihak Rumah Sakit dan Klinik Bersalin Purwokerto. Pengumpulan data dimulai dari bulan April 2009 sampai dengan Juni 2009 .

E. Etika Penelitian.

Peneliti menggunakan pedoman etika peneliti yang dikemukakan oleh Streubert dan Carpenter (1999) yaitu *informed consent*, *autonomy*, *justice*, *confidencillity* dan *anonymity*. Sebelum melakukan penelitian calon responden diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian, apabila calon responden menyetujui dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, maka calon responden

diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (Portney & Watkins, 2000). Calon responden yang telah setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, diberikan penjelasan tentang hak untuk mengundurkan diri dari penelitian kapanpun menghendaknya. Semua responden akan 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 (*privacy*) dijaga kerahasiaannya dengan memberikan kode sebagai pengganti nama responden (*anonym*), informasi yang diperoleh dijaga kerahasiaannya dan hanya untuk kegiatan penelitian ini (*confidentiality*) (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Peneliti harus mendapatkan ijin dari institusi tempat dilakukannya penelitian, setelah mendapatkan ijin barulah penelitian dilakukan, dengan menerapkan etika penelitian sebagai berikut :

1. Persetujuan riset (*informed consent*).

Informed consent merupakan proses pemberian informasi yang cukup dapat dimengerti kepada responden mengenai partisipasinya dalam suatu penelitian. Hal ini meliputi pemberian informasi kepada responden tentang hak-hak dan tanggung jawab mereka dalam suatu penelitian dan mendokumentasikan sifat kesepakatan dengan cara mendandatangani lembar persetujuan riset bila responden

bersedia diteliti, namun apabila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa.

2. Kerahasiaan

Tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua informasi ataupun data yang dikumpulkan selama dilakukannya penelitian. Informasi tersebut hanya akan diketahui oleh peneliti dan pembimbing atas persetujuan responden, dan hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan sebagai hasil penelitian.

2. Anonim

Tindakan peneliti untuk merahasiakan nama responden terkait dengan partisipasi mereka dalam suatu proyek penelitian. Hal ini untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden.

F. Alat Pengumpulan Data

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

1. Instrumen A mengenai kuesioner karakteristik demografi responden meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, status kehamilan, struktur keluarga dan status pernikahan.
2. Instrumen B mengenai kuesioner Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa *Visual Analog Scale* (VAS) pertanyaan yang akan

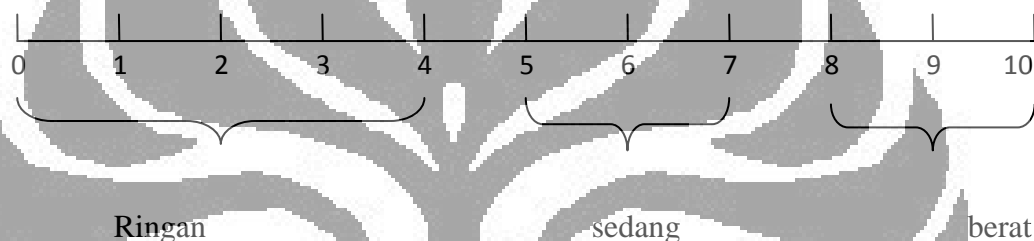
diajukan kepada responden. Pertanyaan tersebut mengenai tingkat nyeri persalinan yang dialami oleh responden.

Pasien hanya memilih skala intensitas nyeri yang dirasakan sesuai dengan rentang skala nyeri berikut:

- a. Tidak terasa nyeri pada skala 0
- b. Intensitas nyeri ringan pada skala 1 sampai 3, seperti gatal atau tersetrum atau nyut-nyutan atau melilit atau terpukul atau perih atau mules
- c. Intensitas nyeri sedang pada skala 4 sampai 6, seperti kram atau kaku atau tertekan atau sulit bergerak atau terbakar atau ditusuk-tusuk
- d. Intensitas nyeri berat pada skala 7 sampai 9 tetapi masih bisa dikontrol
- e. Intensitas nyeri sangat berat pada skala 10 yaitu nyeri yang tidak terkontrol

Selain itu instrumen B juga terdiri atas kuesioner instrumen penelitian *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*. Peneliti hanya memilih skala intensitas nyeri sesuai dengan ekspresi wajah pasien dengan rentang skala nyeri berikut: angka 0 menunjukkan sangat bahagia sebab tidak ada rasa sakit, angka 1 menunjukkan sedikit menyakitkan, angka 2 menunjukkan lebih menyakitkan, angka 3 menunjukkan lebih menyakitkan lagi, angka 4 menunjukkan jauh lebih menyakitkan dan angka 5 menunjukkan benar-benar menyakitkan (Wong dkk, 2001).

3. Instrumen C mengenai kecemasan, untuk mengukur tingkat kecemasan kuesioner Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa *Visual Analog Scale* (VAS) pertanyaan yang akan diajukan kepada responden. Pertanyaan tersebut mengenai tingkat kecemasan persalinan yang dialami oleh responden. Pasien hanya memilih skala intensitas kecemasan yang dirasakan sesuai dengan rentang skala cemas berikut:



G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Penelitian dilakukan setelah proposal penelitian disetujui baik oleh pihak akademik maupun oleh institusi tempat penelitian dilakukan dalam hal ini Rumah Sakit dan Klinik Bersalin di Purwokerto. Peneliti kemudian menemui Penanggung jawab ruang kebidanan untuk menjelaskan tujuan penelitian.
2. Data dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh langsung dari pasien. Pasien inpartu yang datang di rumah sakit dan klinik bersalin di Purwokerto dilakukan *vaginal tusse* untuk mengetahui tingkat pembukaan, apabila sudah memasuki kala I aktif yaitu terjadi pembukaan antara 4-10 cm maka pasien pada kedua kelompok di ukur dengan menggunakan *Visual Analog*

Scale (VAS) dan *FACES Pain Rating Scale* pada tingkat nyeri dan kecemasan persalinan, kemudian pada kelompok perlakuan diberikan terapi aroma secara inhalasi sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi aroma. Setelah satu jam baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol dilakukan pengukuran kembali tingkat nyeri dan cemas responden dengan menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS) dan *FACES Pain Rating Scale*.

3. Pengambilan data kontrol dilakukan oleh peneliti sendiri dan peneliti pembantu yaitu perawat atau bidan yang telah ditunjuk dan diberi penjelasan tentang cara pengambilan data. Begitu pula dengan pengambilan data intervensi sebagian dilakukan oleh bidan yang sebelumnya telah diberi penjelasan. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan waktu pengambilan data juga karena waktu melahirkan yang tidak bisa dipastikan.

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 pada klien mengenai nyeri dan kecemasan dengan cara wawancara dengan menggunakan instrument B dan C. Wawancara dilakukan ketika responden tidak sedang kontraksi atau saat relaksasi. Setelah data terkumpul lengkap dan pre-test telah dilakukan, kemudian pada kelompok intervensi diberikan terapi aroma secara inhalasi melalui alat uap/vaporizer selama satu jam. Intervensi sesuai prosedur ruangan tetap dilakukan. 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.
- b. Pertemuan kedua dilakukan satu jam setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi aroma dan kelompok kontrol mendapatkan intervensi sesuai prosedur ruangan, maka dilakukan post-test dengan menggunakan instrument B dan C. Intervensi terapi aroma dijelaskan dalam modul.

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. Editing dikerjakan segera setelah kuesioner selesai di isi. *Coding data*. Setiap item dalam kuesioner diberi kode dan skor untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data.
2. *Entry data*. Pemrosesan data dilakukan dengan memasukkan pada program komputer.
3. *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, status kehamilan, struktur keluarga dan status pernikahan. Karena data bersifat katagorik maka data disajikan dengan menghitung distribusi frekuensi, dan prosentase.

2. Analisis Bivariat

Analisa data dilakukan secara bertahap dan melalui proses komputerisasi. Level data skala nyeri dan kecemasan adalah data interval, maka analisis data menggunakan analisis parametrik, apabila asumsi terpenuhi. Analisis data distribusi normal dengan uji Kolmogorov Smirnov, evaluasi skewness dan

kurtosis. Analisa dengan *uji t-test independen* untuk menguji homogenitas data pretest antara kelompok terapi aroma dan kelompok kontrol.

Analisa data pada penelitian ini menggunakan teknik analisis statistik parametrik, uji paired t-test untuk perbedaan pre test dan post test tingkat nyeri dan kecemasan persalinan. Uji t-test independen untuk mengetahui perbedaan pengaruh terapi aroma terhadap tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I antara kelompok terapi aroma dan kelompok kontrol dengan taraf kesalahan 5 %



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN DISKUSI

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto dan beberapa rumah bersalin bidan praktek di wilayah Purwokerto. Pengumpulan data dilakukan mulai pada bulan April sampai dengan Juni 2009. Jumlah responden dalam penelitian ini seluruhnya 54 responden terdiri dari 27 responden dikelompokkan dalam kelompok kontrol dan 27 responden lainnya dikelompokkan dalam kelompok intervensi. Bab ini menerangkan hasil penelitian sesuai tujuan penelitian dan diskusi tentang hasil perlakuan terapi aroma pada pasien dengan nyeri dan kecemasan melahirkan kala I.

A. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, tinggal, status nikah, umur kehamilan. Usia merupakan data numerik akan ditampilkan dalam tabel 5.1 sedangkan pendidikan, pekerjaan, tinggal, dan status nikah yang merupakan data kategorik akan ditampilkan pada tabel 5.2.

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden menurut usia dan usia kehamilan Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
1.	Usia	24.96	24.00	24	4.225	15-41

Tabel 5.1 di atas memperlihatkan distribusi karakteristik responden berdasarkan usia. Hasil analisis didapatkan rata-rata usia responden adalah 24.96 tahun dengan median 24 tahun. Kemudian usia responden terbanyak adalah 24 tahun dengan standar deviasi 4.225 tahun. Usia termuda 15 tahun dan usia tertua 41 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden menurut pendidikan, pekerjaan, tinggal dan status pernikahan, Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Kontrol		Intervensi	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Tingkat pendidikan Pendidikan dasar SD s/d SMP	14	51.9	12	44.4
	Pendidikan lanjutan SMA s/d PT	13	48.1	15	55.6
2.	Pekerjaan Bekerja	11	40.7	11	40.7
	Tidak bekerja	16	59.3	16	59.3
3.	Status tempat tinggal Rumah sendiri	11	40.7	14	51.9
	Orang tua	16	59.3	13	48.1

Tabel 5.2 di atas memperlihatkan distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan, pekerjaan, status tempat tinggal pada kelompok kontrol dan intervensi. Hasil analisis mayoritas pendidikan responden pada kelompok kontrol adalah pendidikan dasar (51.9%) sedangkan pada kelompok intervensi terbanyak adalah pendidikan lanjutan 15 orang (55.6%). Pada status pekerjaan responden, kelompok kontrol dan intervensi menunjukkan jumlah sama yaitu sebanyak 11 orang (40.7%) sedangkan yang tidak bekerja sebanyak 16 orang (59.3%). Sebagian besar responden pada kelompok kontrol tinggal bersama orang tua yaitu sebanyak 16 orang (59.3%).

Untuk dapat mengetahui karakteristik responden mana saja yang dapat mempengaruhi tingkat nyeri persalinan maupun kecemasan, maka dilakukan uji hubungan dengan Chisquare karena data yang akan diuji bersifat numerik dan kategorik.

Tabel 5.3 Distribusi kenormalan karakteristik responden menurut pendidikan, pekerjaan, tinggal dan status pernikahan, Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
1.	Usia	24.96	24.00	4.225	15-41

Analisis uji kenormalan untuk mengetahui distribusi data yang digunakan sebagai dasar dalam uji statistik yang dilakukan. Bila data tidak normal, maka menggunakan uji statistik nonparametrik. Tabel 5.3 menjelaskan distribusi kenormalan usia rata-rata usia ibu 24.96 tahun, median 24.00, dan standar deviasi 4.225 tahun dengan umur termuda 15 tahun dan yang tertua 35 tahun. Bentuk distribusi dapat diketahui dari grafik histogram dan kurve normalnya. Tampilan grafik didapatkan distribusi variabel usia berbentuk normal. Grafik terdapat dalam lampiran.

B. Uji Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Tingkat Nyeri dan Kecemasan Persalinan

Berikut ini akan dipaparkan mengenai hubungan karakteristik responden dengan tingkat nyeri dan kecemasan persalinan kala I. Hubungan karakteristik responden

dengan tingkat nyeri persalinan berdasarkan VAS akan ditampilkan dalam tabel 5.3, tingkat nyeri persalinan berdasarkan FPRS akan ditampilkan dalam tabel 5.4 sedangkan hubungan karakteristik responden dengan kecemasan akan ditampilkan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi hubungan karakteristik responden dengan rata-rata tingkat nyeri VAS persalinan, Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Tingkat Nyeri VAS			
		N	R	SD	Pv
1.	Usia	54	0.072	0.492	0.605
2.	Pendidikan	54	0.279	0.504	0.041
3.	Pekerjaan	54	0.330	0.195	0.015
4.	Struktur keluarga	54	0.027	0.503	0.845

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan korelasi rata-rata tingkat nyeri VAS pada responden dengan usia adalah 0.072 dengan standar deviasi 0.492. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat nyeri VAS dengan usia (Pv 0.605, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri VAS pada responden dengan pendidikan adalah 0.279 dengan standar deviasi 0.041. Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat nyeri VAS (Pv 0.041, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri VAS pada responden dengan pekerjaan adalah 0.330 dengan standar deviasi 0.195. Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri VAS dengan pekerjaan (P_v 0.015, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri VAS pada responden dengan struktur keluarga adalah 0.027 dengan standar deviasi 0.503. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat nyeri VAS dengan struktur keluarga (P_v 0.845, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.4 Distribusi hubungan karakteristik responden dengan rata-rata tingkat nyeri FPRS persalinan, Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Tingkat Nyeri FPRS			
		N	R	SD	Pv
1.	Usia	54	0.492	0.136	0.327
2.	Pendidikan	54	0.206	0.504	0.135
3.	Pekerjaan	54	0.120	0.496	0.388
4.	Struktur keluarga	54	0.074	0.503	0.596

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan korelasi rata-rata tingkat nyeri FPRS pada responden dengan usia adalah 0.492 dengan standar deviasi 0.136. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat nyeri FPRS dengan usia (P_v 0.327, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri FPRS pada responden dengan pendidikan adalah 0.206 dengan standar deviasi 0.504. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat nyeri FPRS (P_v 0.135, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri FPRS pada responden dengan pekerjaan adalah 0.120 dengan standar deviasi 0.496. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri FPRS dengan pekerjaan (P_v 0.388, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat nyeri FPRS pada responden dengan struktur keluarga adalah 0.074 dengan standar deviasi 0.503. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat nyeri FPRS dengan struktur keluarga (P_v 0.596, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.5 Distribusi hubungan karakteristik responden dengan Kecemasan, Juni (n=54)

No	Variabel	Tingkat Kecemasan			
		N	R	SD	P_v
1.	Usia	54	0.107	0.492	0.443
2.	Pendidikan	54	0.069	0.504	0.618
3.	Pekerjaan	54	0.035	0.496	0.800
4.	Struktur keluarga	54	0.005	0.503	0.972

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan korelasi rata-rata tingkat kecemasan pada responden dengan usia adalah 0.107 dengan standar deviasi 0.492. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan usia (P_v 0.443, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat kecemasan pada responden dengan pendidikan adalah 0.069 dengan standar deviasi 0.504. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat kecemasan ($P > 0.618$, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat kecemasan pada responden dengan pekerjaan adalah 0.035 dengan standar deviasi 0.496. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara rata-rata tingkat kecemasan dengan pekerjaan ($P > 0.800$, $\alpha = 0.05$).

Korelasi tingkat kecemasan pada responden dengan struktur keluarga adalah 0.005 dengan standar deviasi 0.503. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan struktur keluarga ($P > 0.972$, $\alpha = 0.05$).

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 dapat digunakan uji homogenitas.

C. Uji Homogenitas

Uji homogenitas terhadap karakteristik responden dilakukan antara kelompok kontrol dan intervensi. Uji homogenitas ini bertujuan untuk melihat apakah karakteristik responden pada kelompok kontrol dan intervensi setara atau tidak.

Tabel 5.6 Distribusi karakteristik responden antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, Juni 2009 (n=54)

No	Variabel	Kontrol		Intervensi		p
		n	%	n	%	
1.	Usia					0.264
	≤ 25 tahun	14	51.9	19	70.4	
	>25 tahun	13	48.1	8	29.6	
2.	Tingkat pendidikan					0.786
	-Pendidikan dasar SD s/d SMP	14	51.9	12	44.4	
	-Pendidikan lanjutan SMA s/d PT	13	48.1	15	55.6	
3.	Pekerjaan					1.000
	-Bekerja	11	40.7	11	40.7	
	-Tidak bekerja	16	59.3	16	59.3	
4.	Status tempat tinggal					0.412
	-Rumah sendiri	11	40.7	14	51.9	
	-Orang tua	16	59.3	13	48.1	
5.	Usia kehamilan					0.387
	≤ 38 minggu	11	40.7	7	25.9	
	>39 minggu	16	59.3	20	74.1	

Dari tabel 5.6 dapat disimpulkan bahwa semua variabel dari karakteristik responden mencakup: usia, pendidikan, pekerjaan, struktur keluarga antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi adalah setara atau homogen ($P_v > 0.005$, $\alpha = 0.05$).

Untuk mengetahui efektifitas terapi aroma maka perlu diketahui terlebih dahulu beda rata-rata nyeri maupun kecemasan melahirkan kala I pada kedua kelompok sebelum diberikan terapi aroma. Mengukur rata-rata nyeri maupun kecemasan melahirkan kala I pada kelompok yang berbeda menggunakan rumus uji t independen.

D. Uji Beda Rata-rata Tingkat Nyeri Dan Kecemasan Melahirkan Kala I Sebelum Diberikan Terapi aroma pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Berikut ini ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan kala I pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum diberikan terapi aroma.

Tabel 5.7 Distribusi rata-rata tingkat nyeri VAS dan FPRS sebelum diberikan terapi aroma, Juni 2009 (n = 54)

Kelompok	Nyeri VAS				Nyeri FPRS			
	n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
1 Kontrol	27	7.93	0.730	0.362	27	3.78	0.424	0.340
2 Intervensi	27	8.11	0.751		27	3.89	0.424	

Dari tabel 5.7 di atas dapat diketahui rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok kontrol adalah 7.93 dengan standar deviasi 0.730 sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata tingkat nyeri adalah 8.11 dengan standar deviasi 0.751. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi atau dengan kata lain rata-rata tingkat nyeri kedua kelompok setara ($P > 0.362$, $\alpha = 0.05$).

Dari tabel 5.7 di atas dapat diketahui rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok kontrol adalah 3.78 dengan standar deviasi 0.424 sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata tingkat nyeri adalah 3.89 dengan standar deviasi 0.424. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri pada

kelompok kontrol dan intervensi atau dengan kata lain rata-rata tingkat nyeri kedua kelompok setara (P_v 0.340, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.8 Distribusi rata-rata kecemasan sebelum diberikan terapi aroma berdasarkan kelompok penelitian ,Juni 2009 (n = 54)

No	Kelompok	Kecemasan (VAS)		
		n	Mean	SD
1	Kontrol	27	7.52	0.849
2	Intervensi	27	7.59	0.844
				0.749

Berdasarkan tabel 5.8, rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol adalah 7.52 dengan standar deviasi 0.849. Sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata kecemasan adalah 7.59 dengan standar deviasi 0.844. 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 0.749, $\alpha = 0.05$).

E. Uji Beda Rata-rata Tingkat Nyeri Dan Kecemasan Melahirkan Kala I Setelah Diberikan Terapi aroma pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Berikut ini ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan kala I pada kelompok kontrol dan intervensi setelah diberikan terapi aroma.

Tabel 5.9 Distribusi rata-rata tingkat nyeri VAS dan FPRS setelah diberikan terapi aroma, Juni 2009 (n = 54)

No	Kelompok	Nyeri VAS			Nyeri FPRS				
		n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
1	Kontrol	27	8.63	0.742	0.000	27	4.11	0.320	0.004
2	Intervensi	27	7.70	0.609		27	3.81	0.396	

Dari tabel 5.9 di atas dapat diketahui rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok kontrol adalah 8.63 dengan standar deviasi 0.742 sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata tingkat nyeri VAS adalah 7.70 dengan standar deviasi 0.609. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi, artinya ada pengaruh pemberian terapi aroma terhadap tingkat nyeri berdasarkan skala nyeri VAS ($P < 0.000$, $\alpha = 0.05$).

Dari tabel 5.9 di atas juga dapat diketahui rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok kontrol adalah 4.11 dengan standar deviasi 0.320 sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata tingkat nyeri FPRS adalah 3.81 dengan standar deviasi 0.396. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi, yang artinya terapi aroma dapat menurunkan nyeri persalinan kala I dengan menggunakan skala nyeri FPRS ($P < 0.004$, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.10 Distribusi rata-rata kecemasan setelah diberikan terapi aroma berdasarkan kelompok penelitian ,Juni 2009 (n = 54)

No	Kelompok	Kecemasan (VAS)			
		n	Mean	SD	P
1	Kontrol	27	7.89	0.892	0.000
2	Intervensi	27	6.37	0.839	

Berdasarkan tabel 5.6 rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol adalah 7.89 dengan standar deviasi 0.892. Sedangkan untuk kelompok intervensi rata-rata kecemasan adalah 6.37 dengan standar deviasi 0.839. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol dan intervensi . Hasil tersebut menunjukkan bahwa terapi aroma dapat menurunkan tingkat kecemasan persalinan kala I ($P < 0.000$, $\alpha = 0.05$).

F. Perbedaan Tingkat Nyeri Dan Kecemasan Melahirkan Kala I Sebelum Dan Setelah Periode Intervensi Kelompok kontrol dan Kelompok intervensi.

Untuk mengetahui efektifitas terapi aroma maka perlu diketahui beda rata-rata tingkat nyeri melahirkan kala I pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum maupun setelah periode intervensi. Demikian pula dengan kecemasan harus diketahui beda rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum maupun setelah periode intervensi. Mengukur rata-rata sebelum dan setelah periode intervensi menggunakan rumus *paired t-test* (uji t dependen).

Berikut ini akan dijelaskan mengenai perbedaan rata-rata tingkat nyeri maupun kecemasan melahirkan kala I pada kedua kelompok penelitian, baik sebelum maupun setelah periode intervensi.

Tabel 5.11 Distribusi rata-rata tingkat nyeri VAS dan FPRS sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol ,Juni 2009 (n=27)

No	Kelompok kontrol	Nyeri VAS				Nyeri FPRS			
		n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
1	Pengukuran sebelum intervensi	27	7.93	0.730		27	3.78	0.424	
2	Setelah intervensi	27	8.63	0.742		27	4.11	0.320	
	Selisih mean		0.70	0.542	0.000		0.33	0.480	0.001

Dari tabel 5.11 di atas dapat diketahui rata-rata rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi aroma adalah 7.93 dengan standar deviasi 0.730. sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata tingkat nyeri VAS adalah 8.63 dengan standar deviasi 0.742. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok kontrol sebelum dan setelah periode intervensi ($P < 0.000$, $\alpha = 0.05$).

Hasil analisa dari tabel 5.11 di atas dapat diketahui rata-rata rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi aroma adalah 3.78 dengan standar deviasi 0.424 sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata tingkat nyeri FPRS adalah 4.11 dengan standar deviasi 0.320. Hasil analisis didapatkan ada

perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok kontrol sebelum dan setelah periode intervensi ($P < 0.001$, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.12 Distribusi rata-rata tingkat nyeri VAS dan FPRS sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok intervensi, Juni 2009 (n=27)

No	Kelompok intervensi	Nyeri VAS				Nyeri FPRS			
		n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
1	Sebelum terapi aroma	27	8.11	0.751	0.001	27	3.89	0.424	0.490
2	Setelah terapi aroma	27	7.70	0.609		27	3.81	0.396	
Selisih mean			0.41	0.572			0.07	0.550	

Dari tabel 5.12 memperlihatkan rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi aroma adalah 8.11 dengan standar deviasi 0.751 sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata tingkat nyeri VAS adalah 7.70 dengan standar deviasi 0.609. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata aktifitas tingkat nyeri VAS pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi ($P < 0.001$, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.12 memperlihatkan rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi aroma adalah 3.89 dengan standar deviasi 0.424 sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata tingkat nyeri FPRS adalah 3.81 dengan

standar deviasi 0.490. Hasil analisis didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata aktifitas tingkat nyeri FPRS pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi ($P > 0.490$, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.13 Distribusi rata-rata kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi, Juni 2009 (n=27)

Tingkat kecemasan	Kelompok kontrol				Kelompok intervensi			
	n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
Sebelum terapi aroma	27	7.52	0.849	0.01	27	7.59	0.844	0.00
Setelah terapi aroma	27	7.89	0.892		27	6.37	0.839	
Selisih mean		0.37	0.688			1.22	0.698	

Dari tabel 5.13 di atas dapat diketahui rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi aroma adalah 7.52 dengan standar deviasi 0.849 sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata kecemasan 7.89 dengan standar deviasi 0.892. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol baik sebelum maupun setelah periode intervensi ($P < 0.01$, $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.13 menunjukkan rata-rata kecemasan pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi aroma adalah 7.59 dengan standar deviasi 0.844 sedangkan setelah periode intervensi diperoleh rata-rata kecemasan 6.37 dengan standar deviasi 0.839. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi ($P < 0.00$, $\alpha = 0.05$).

Uji selisih mean ini bertujuan untuk melihat apakah terapi aroma benar-benar efektif mengurangi nyeri dan kecemasan melahirkan kala I, penurunan rasa nyeri dan kecemasan benar karena pengaruh terapi aroma yang diberikan.

Tabel 5.14 Distribusi selisih mean nyeri VAS,nyeri FPRS dan kecemasan sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi, Juni 2009 (n=54)

Tingkat kecemasan	Kelompok kontrol			Kelompok intervensi			P
	n	Selisih Mean	SD	n	Selisih Mean	SD	
Nyeri VAS	27	-0.70	0.542	27	0.41	0.572	0.000
Nyeri FPRS	27	-0.33	0.480	27	0.07	0.550	0.005
Kecemasan	27	-0.37	0.688	27	1.22	0.698	0.000

Dari tabel 5.14 di atas dapat diketahui hasil selisih mean pre dikurangi post rata-rata tingkat nyeri VAS pada kelompok kontrol adalah -0.70 dan kelompok intervensi 0.41. Selisih mean rata-rata tingkat nyeri FPRS pada kelompok kontrol adalah -0.33 dan kelompok intervensi 0.07 sedangkan selisih mean rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol adalah -0.37 dan kelompok intervensi 1.22. Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri VAS, tingkat nyeri FPRS dan kecemasan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah periode intervensi ($P_v < \alpha = 0.05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian meliputi interpretasi hasil penelitian dan keterbatasan penelitian. Adapun interpretasi hasil penelitian mencakup: karakteristik responden, perbedaan rata-rata nyeri, dan perbedaan rata-rata kecemasan melahirkan kala I.

A. INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui efektifitas terapi aroma terhadap tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan ibu primipara kala I fase aktif. Sesuai dengan tujuan penelitian tersebut maka pembahasan difokuskan pada karakteristik responden, variable dependen dan variable independen.

1. Karakteristik Responden

Hasil analisis didapatkan rata-rata usia responden terbanyak adalah 24 tahun hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Kurniasari (2006) yang menyebutkan bahwa usia ibu paling banyak terdapat dalam kelompok usia aman untuk melahirkan yaitu 20-35 tahun (68,60%) dan sebagian besar sebagai ibu rumah tangga.

Hasil penelitian tersebut juga sesuai dengan hasil survei nasional, Supas (2005) yang menunjukkan jumlah wanita usia subur 15 – 49 tahun berdasarkan hasil

sebanyak 59.646.078 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 39.996.409 orang atau 67,06% berstatus menikah (PUS). Dilihat per kelompok umur, persentase kelompok umur muda (15-19) persentase kelompok umur 20-24 sebesar 47.27 % sedangkan kelompok umur 25-29 sebesar 77.9%.

Menurut hasil penelitian Senewe (2004) menyatakan wanita hamil yang tergolong resti adalah umur kurang dari 20 tahun dan > 35 tahun , beresiko 2.88 x untuk terjadinya komplikasi terutama partus lama dibanding wanita hamil yang berada pada reproduksi usia 20-35 tahun.

Tingkat pendidikan terbanyak dari responden pada kelompok intervensi adalah tamat pendidikan lanjutan yaitu SMA sampai dengan PT. Diharapkan dengan pendidikan tinggi, ibu mampu menerima informasi dan bimbingan yang diberikan dengan baik dan tepat. Tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pendidikan kesehatan (Suliha dkk, 2002). Menurut Kaplan dan Sadoch (1997) menyatakan dalam proses pendidikan terjadi transfer manusia baik kognitif ,afektif dan psikomotor. Tingginya tingkat pendidikan berpengaruh terhadap upaya dalam mengatasi masalah.

Hasil uji homogenitas atau kesetaraan dengan uji kai kwadrat untuk data katagorik ,yang bertujuan untuk mengetahui homogenitas atau kesetaraan kondisi awal kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dari hasil uji homogenitas

tersebut didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara karakteristik intervensi dan kelompok kontrol atau dapat dikatakan setara.

Menurut Notoatmojo (2002) pada penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan pre post test design, jika pada awal kedua kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai sifat yang sama atau homogen, maka perbedaan hasil penelitian setelah diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi yang diberikan. Demikian juga menurut pendapat Polit dan Hogles (2000), bahwa jika karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara atau homogen maka hasil penelitian dikatakan valid.

Hasil homogenitas tersebut menunjukkan bahwa penurunan tingkat nyeri dan kecemasan pada persalinan kala I hanya disebabkan pengaruh terapi aroma, bukan akibat pengaruh lain. Selain itu homogenitas juga menunjukkan responden yang ditunjuk telah sesuai kriteria.

2. Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Tingkat Nyeri dan Kecemasan Persalinan.

Hasil analisa karakteristik responden tidak ada yang menunjukkan berpengaruh terhadap intensitas nyeri dan kecemasan persalinan kala I. Berdasarkan hasil analisis tersebut didapatkan bahwa pada kelompok intervensi ibu primipara yang usianya antara >30 tahun memiliki intensitas nyeri yang lebih tinggi, hal tersebut

bertentangan dengan hasil penelitian Johanson (1994 dalam May,1994) yang menyatakan bahwa pada primipara usia muda memiliki sensori nyeri yang lebih intens dari pada yang usia lebih tua.

Pada penelitian ini usia responden berkisar antara 20-30 tahun. Secara umum kisaran tersebut merupakan usia produktif yaitu usia yang tepat bagi seseorang melahirkan, karena secara fisiologis fungsi reproduksinya sudah baik. Hasil penelitian Wing (2007) menyatakan tidak ada hubungan atau tidak signifikan antara umur ibu dengan cemas ($p > 0.05$) selain itu juga menunjukkan tidak ada pengaruh tingkat pendidikan dan status keluarga terhadap kecemasan ($p > 0.005$)

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa karakteristik responden yang lain seperti pekerjaan , usia kehamilan , pendidikan tidak berpengaruh terhadap intensitas nyeri dan kecemasan persalinan. Hal ini berbeda dengan yang dinyatakan Reeder (1997) bahwa klien yang mengetahui tindakan untuk menurunkan nyeri akan menggunakan koping untuk beradaptasi dengan nyeri dan kecemasan sehingga diperlukan kelas prenatal untuk persiapan manajemen nyeri dan kecemasan persalinan.

Budaya dan etnik mempunyai pengaruh bagaimana seseorang merespon nyeri khususnya bagaimana menggambarkan nyeri dan bagaimana menanggapi. Berdasarkan pengamatan selama dilakukannya penelitian, seluruh responden bersuku Jawa. Terdapat beberapa responden yang terlihat letih, karena menjalani proses persalinan yang panjang. Selain itu beberapa responden juga terlihat khawatir, cemas dan takut pada proses persalinan yang sedang dijalani.

Hasil penelitian Suza (2003) mengkaji pengalaman nyeri dari 123 responden dengan dua budaya berbeda yaitu pasien bersuku jawa dengan pasien suku batak. Hasilnya ditemukan signifikan pasien suku jawa mengungkapkan nyeri lebih berat dari pada suku batak yang mengungkapkan nyeri sedang.

Beberapa studi melaporkan persepsi yang tidak konsisten pada wanita cina terhadap control nyeri cemas dan partisipasi dalam membuat keputusan tentang kehamilan juga melahirkan. Pendapat tersebut diungkapkan pada penelitian Cheung (2007). Penelitian tersebut juga mengindikasikan bahwa wanita Cina yang tinggal di London Selatan sangat memperhatikan dan ikut serta dalam membuat keputusan juga mencari informasi tentang paersalinan dari pada bukan wanita Asia. Selain itu ditemukan bahwa wanita Cina lebih fokus untuk merawat bayi ,diri sendiri juga perilaku koping terhadap nyeri persalinan. Sedang orang skotlandia lebih mementingkan apa yang terjadi dan apa yang harus dilakukan mereka.

Pada penelitian ini responden semua berasal dari suku Jawa. Walaupun demikian dari hasil observasi saat penelitian respon dan ekspresi responden tidak sama. Begitu pula dengan koping terhadap nyeri dan kecemasan persalinan kala I. Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Bagharpoosh dkk, (2006) bahwa nyeri merupakan pengalaman subyektif yang meliputi interaksi kompleks dari fisiologis, psikosial, budaya, dan pengaruh lingkungan. Stimulus nyeri dapat bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego

seorang individu. Nyeri dapat digambarkan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang sudah terjadi maupun berpotensi terjadi .

3. Perbedaan Rata-Rata Nyeri Melahirkan

Hasil penelitian di rumah sakit dan rumah bersalin di Purwokerto diperoleh hasil bahwa terapi aroma yang diberikan kepada wanita melahirkan kala I berpengaruh terhadap tingkat nyeri melahirkan kala I. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil analisis biyariat, diketahui terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri melahirkan kala I pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi. Kemudian tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri pada kelompok kontrol sebelum dan setelah periode intervensi . Hasil tersebut menunjukkan bahwa terapi aroma dapat menurunkan nyeri dan kecemasan persalinan kala I.

Pernyataan di atas didukung pula oleh hasil analisis bahwa rata-rata tingkat nyeri pada kedua kelompok homogen, hal tersebut membuktikan bahwa peningkatan nyeri pada wanita melahirkan kala I benar-benar akibat dari terapi aroma yang diberikan. Mengingat beberapa hasil analisis di atas, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi aroma terhadap aktifitas tingkat nyeri pada wanita melahirkan kala I.

Begitu juga hasil penelitian Kim et al (2007) tentang penggunaan terapi aroma untuk perawatan post operasi anastesi yang menyatakan bahwa pemakaian aroamterapi lavender signifikan lebih efektif dibandingkan dengan penggunaan sedatif , 4.6 vs 5.0 t=3 P= 0.003, selain itu juga lebih efektif menurunkan nyeri post operasi dibanding analgesik (P= 0.007).

Hasil studi evaluasi di British Teaching Hospital yang dilakukan oleh Blamey et al (2000) menunjukkan penggunaan terapi aroma pada pasien melahirkan relatif tinggi untuk mengurangi nyeri selama hamil. Selain itu studi tersebut juga menyatakan dengan menggunakan terapi aroma banyak wanita yang tidak menggunakan oxytocin drip saat melahirkan. Pernyataan tersebut juga didukung dari hasil penelitian Cynthia et al (2000) yang menyatakan bahwa terapi aroma dapat menurunkan rasa nyeri pada pasien Ca (P=0.007).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan nyeri persalinan pada kala I. Karena pada primipara mengalami persalinan yang lebih panjang sehingga mereka merasa letih. Hal ini menyebabkan peningkatan nyeri. Rasa nyeri yang terjadi selama kala I juga disebabkan oleh kontraksi uterus yang terus meningkat untuk mencapai pembukaan servik yang lengkap. Semakin bertambahnya volume dan frekuensi kontraksi uterus maka rasa nyeri juga akan semakin meningkat. Rasa nyeri akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya pembukaan dari 1 cm sampai pembukaan lengkap yaitu 10 cm.

Menurut Cunningham dkk (2005) peningkatan nyeri tersebut dikarenakan pada kala I persalinan telah mencapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Seiring dengan adanya pendataran dan dilatasi serviks yang progresif maka nyeri persalinan juga semakin meningkat.

Harry & William (2003) mengungkapkan bahwa nyeri persalinan akan terus meningkat sampai dengan kala pengeluaran, hal ini disebabkan oleh anoksia miometrium dimana terjadi kontraksi otot selama periode anoksia relatif menyebabkan rasa nyeri, peregangan serviks yang dapat menyebabkan rasa nyeri yang terutama terasa pada bagian punggung, penekanan pada ganglia saraf yang berdekatan dengan serviks dan vagina, tarikan pada tuba, ovarium dan peritoneum, tarikan dan peregangan pada ligamentum penyangga, penekanan pada uretra, kandung kemih dan rektum, distensi otot-otot dasar panggul dan perineum. Persalinan tanpa nyeri adalah kejadian yang berbahaya seperti halnya *silent coronary thrombosis*.

Menurut Bobak dkk (2004) salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan adalah ketegangan emosi akibat rasa cemas sampai rasa takut dapat memperberat persepsi nyeri selama persalinan. Rasa cemas yang berlebihan juga dapat menambah nyeri. Nyeri dan cemas menyebabkan otot menjadi spastik kaku dan menyebabkan jalan lahir menjadi kaku, sempit dan kurang relaksasi. Nyeri dan ketakutan juga dapat menimbulkan stress. Terjadinya reaksi stress yang kuat dan berkelanjutan sehingga akhirnya akan berdampak negatif terhadap

ibu dan janinnya. Hal tersebut diperkuat oleh Hutajulu (2003) bahwa kelelahan, kekhawatiran, dan ketakutan akan rasa nyeri sehingga dapat meningkatkan rasa nyeri yang dialami seorang ibu selama persalinan sehingga rasa nyeri menjadi tidak tertahankan.

Pengalaman klinis menyatakan bahwa terapi aroma memberikan efek keharuman yang menguntungkan tidak hanya yang digunakan melalui inhalasi atau penghisapan tetapi juga melalui penyerapan molekul keharuman melalui kulit, diketahui bahwa penghisapan aroma harum dapat menyebabkan perubahan psikologis dan fisiologis manusia. Tindakan terdahulu yang biasa dilakukan secara langsung pada organ fisik, dan sekarang tindakan yang dilakukan dengan perasaan seperti dengan memberikan harum-haruman dengan harapan dapat menimbulkan efek fisiologis (Hongratanaworakit, 2004).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Lee & Ming Ho (2004) di 87 rumah bersalin di New Zealand, diperoleh hasil bahwa sebanyak 60% dari rumah bersalin yang diteliti menggunakan terapi aroma untuk mengurangi rasa nyeri selama persalinan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan nyeri persalinan kala I pada kelompok yang tidak diberi terapi aroma, tetapi secara alami sesuai dengan kondisi di tempat penelitian diajarkan untuk melakukan nafas dalam. Hal ini disebabkan karena rasa nyeri yang dialami selama persalinan dipengaruhi oleh frekuensi, intensitas, dan durasi kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Selain itu

juga dipengaruhi oleh posisi fetus, bagian terbawah janin, peregangan perineum dan penekanan kandung kemih, usus besar dan stuktur pelvis yang juga memiliki peran terhadap tingkat nyeri selama persalinan. Nyeri persalinan juga dipengaruhi oleh faktor psikologis, seperti ketakutan dan kecemasan (Baker, 2001).

Menurut Simkin & Ancheta (2005) kontraksi otot-otot rahim dapat menyebabkan rasa yang sangat nyeri. Rasa nyeri ini dapat disebabkan oleh anoksia dari sel-sel otot saat berkontraksi, tekanan pada ganglia dalam servik dan segmen bawah rahim oleh serabut-serabut otot yang berkontraksi, regangan dari serviks karena adanya regangan pada peritonium saat berkontraksi.

Intensitas nyeri selama persalinan berkaitan dengan ketegangan emosi. Rasa takut dan ketidaktahuan dapat memperberat rasa nyeri. Rasa nyeri pada saat proses persalinan dapat dikurangi dengan latihan pernapasan yang benar dan dukungan psikologis yang memadai (Cunningham dkk, 2005).

Relaksasi merupakan salah satu metode pengendalian nyeri yang sering digunakan dan memberikan masukan terbesar bagi seorang wanita. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bagharpoosh dkk (2006) menunjukkan bahwa relaksasi sangat efektif untuk mengurangi nyeri persalinan, merupakan cara mudah yang dapat dilakukan, tanpa resiko dan hanya memerlukan sedikit biaya.

Hasil penelitian menunjukkan terapi aroma dengan lavender efektif mengurangi rasa nyeri melahirkan kala I. Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Hale (2008) yang mengungkapkan bahwa minyak esensial lavender dapat bermanfaat dalam mengurangi nyeri. Pernyataan juga diperkuat oleh Hutasoit (2002), bahwa lavender mempunyai efek menenangkan. Sehingga dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Disamping itu lavender juga dapat mengurangi rasa tertekan, stress, rasa sakit, emosi yang tidak seimbang, histeria, rasa frustrasi dan kepanikan.

Terapi aroma merupakan tindakan terapeutik dengan menggunakan minyak esensial yang bermanfaat untuk meningkatkan keadaan fisik dan psikologi sehingga menjadi lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Mousley (2005) tentang penggunaan terapi aroma di unit maternitas, bahwa dengan menggunakan terapi aroma dapat menambah kepuasan ibu saat melahirkan dan proses persalinan menjadi lebih efektif.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Kuriyama dkk (2005) bahwa keuntungan penggunaan terapi aroma secara psikologi antara lain dapat menurunkan tingkat nyeri dan kecemasan. Secara imunologi terapi aroma dapat meningkatkan limfosit pada pembuluh darah perifer, meningkatkan CD⁸ dan CD¹⁶ yang berperan dalam imunitas.

4. Perbedaan Rata-Rata Kecemasan

Terapi aroma secara inhalasi dapat berpengaruh terhadap kecemasan wanita melahirkan pada kala I. Hal tersebut dapat diketahui pada hasil analisis bivariat, diketahui terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah periode intervensi. Kemudian tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kecemasan pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi aroma dan setelah periode intervensi .

Pernyataan di atas didukung pula oleh hasil analisis bahwa rata-rata kecemasan pada kedua kelompok homogen. Hal tersebut membuktikan bahwa perubahan kecemasan pada wanita melahirkan kala I benar-benar akibat dari terapi aroma yang diberikan.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Davis dkk (2005) yang menyatakan bahwa massage dengan terapi aroma efektif untuk menurunkan stress dan kecemasan ($P = 0,0002$). Begitu pula hasil penelitian Hiroko dkk (2005) yang menyatakan terapi aroma dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan hasil pretest 41,2 dan posttest 34,1 ($P=0,0084$). Terapi aroma dapat pula menurunkan tingkat kecemasan dan depresi pada ibu post partum (Imura dkk, 2006).

Hasil penelitian juga sesuai dengan pendapat Hale (2008), bahwa wanita yang sedang menjalani persalinan, berendam dengan menggunakan minyak lavender dapat mengurangi rasa nyeri pada daerah perineum dan mengurangi kegelisahan.

Penelitian lain yang mendukung pengaruh pemberian terapi aroma terhadap penurunan tingkat kecemasan adalah penelitian yang dilakukan oleh Wilkinson dkk (2007) bahwa pijatan dengan terapi aroma dapat mengurangi cemas dan depresi pada pasien penderita kanker. Tetapi hal tersebut hanya berlangsung selama 2 minggu setelah diberikan terapi. Sehingga pijatan dengan terapi aroma tidak begitu menguntungkan untuk menurunkan cemas dan depresi dalam jangka waktu yang lama.

Penggunaan terapi aroma mempunyai efek menenangkan jiwa sehingga dapat mengurangi stress. Pernyataan tersebut bertentangan dengan penelitian dilakukan oleh Maifrisco (2008), bahwa pemberian terapi aroma tidak memiliki pengaruh terhadap tingkat stress mahasiswa jurusan psikologi dalam mengikuti kuliah statistik II.

Penelitian Bastard dan Denise, sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Davis dkk (2005) bahwa pijat dengan menggunakan terapi aroma disertai dengan musik dapat menurunkan tingkat kecemasan pada perawat yang bekerja di Unit Gawat Darurat akan tetapi tidak dapat menurunkan tingkat stress yang disebabkan karena jam kerja yang berlebihan.

Terapi aroma bermanfaat untuk mengurangi kecemasan, hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bastard & Denise (2006) tentang terapi aroma untuk menurunkan kecemasan pada antenatal. Hasil dari penelitiannya adalah

penggunaan terapi aroma dan pijatan dapat menurunkan kecemasan pada antenatal serta aman bagi ibu dan bayi.

Menurut Perez (2003) bahwa terapi aroma dapat mempengaruhi *lymbic system* di otak yang merupakan pusat emosi, suasana hati atau mood, dan memori untuk menghasilkan bahan neurohormon endorphen dan encephalin, yang bersifat sebagai penghilang rasa sakit dan serotonin yang berefek menghilangkan ketegangan atau stres serta kecemasan menghadapi persalinan.

Hasil dari penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Burns dkk (2000) penelitian ini dilakukan di Oxford Radcliffe Hospital Women's Center pada ibu yang sedang mengalami persalinan membandingkan antara kelompok yang diberi terapi aroma dengan yang tidak diberi terapi aroma. Hasilnya pada kelompok yang diberi terapi aroma selama persalinan dapat menurunkan kegelisahan, mual, cemas dan kontraksinya menjadi lebih baik.

Maifrisco (2008) mengemukakan bahwa kandungan minyak lavender adalah linalil asetat, linalool. Sehingga dengan menghirup aroma lavender maka dapat meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu untuk menciptakan keadaan yang rileks.

B. KETERBATASAN PENELITIAN

1. Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan rancangan pre-post test group dimana pengukuran hanya dilakukan sebanyak dua kali yaitu pada saat sebelum dan setelah periode intervensi, sehingga penurunan kecemasan tidak terlihat setiap waktunya. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan kuota sampel yang merupakan salah satu kelemahan dari desain kuasi eksperimen.
2. Jumlah responden yang termasuk pada kelompok intervensi pada saat pengumpulan data kurang sehingga peneliti memutuskan untuk mengambil responden dari beberapa rumah bersalin di Purwokerto. Begitu pula jam melahirkan yang tidak pasti, walaupun pengumpulan data dilakukan setelah intervensi kemungkinan adanya interaksi pada saat pengumpulan data dapat terjadi.
3. Instrumen, untuk pengukuran nyeri FPRS kecemasan walaupun sudah baku hanya memiliki rentang ekspresi wajah yang pendek 0-5, sehingga dalam penerapannya agak kesulitan memasukkan kriteria ekspresi wajah pasien ke dalam skala.
4. Terapi aroma merupakan hal yang baru bagi responden sehingga peneliti harus menjelaskan dengan sebaik mungkin sehingga responden paham manfaat terapi aroma dan bersedia diberi terapi aroma selama kala I.

C. IMPLIKASI KEPERAWATAN

Perkembangan ilmu dan teknologi dalam bidang kesehatan khususnya ilmu keperawatan dalam bidang maternitas mempengaruhi peran dan tanggung jawab perawat.

Meningkatnya pendidikan masyarakat akan mempengaruhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu.

Asuhan keperawatan diberikan berupa bantuan karena adanya kelemahan fisik, dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan aktifitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan mencapai derajat kesehatan yang optimal dengan memodifikasi lingkungan sedemikian rupa sehingga klien dapat meningkatkan tanggung jawab bagi dirinya secepat mungkin.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat pengaruh terapi aroma terhadap nyeri dan kecemasan wanita melahirkan kala I. Manajemen nyeri dan kecemasan didasari oleh pemikiran mengenai peran perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar rasa nyaman serta pemenuhan kebutuhan dasar psikologis pada wanita melahirkan kala I. Agar perawat dapat menerapkan metode terapi aroma dalam manajemen nyeri dan kecemasan, perawat perlu meningkatkan pengetahuannya mengenai pemenuhan kebutuhan dasar rasa nyaman dan psikologis pada wanita melahirkan kala I. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan berupa pelatihan untuk meningkatkan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

1. Usia responden terbanyak 24 tahun, pendidikannya sebagian besar sekolah tingkat pertama (SMP), status pekerjaan klien sebagian besar bekerja, usia kehamilan rata-rata 39 minggu, lebih banyak klien tinggal dengan keluarga inti dengan status pernikahan menikah.
2. Pekerjaan, usia kehamilan, pendidikan tidak berpengaruh terhadap tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan kala I.
3. Semua wanita melahirkan kala I terutama primipara akan merasakan nyeri dan cemas yang semakin meningkat. Setelah intervensi diberikan dengan terapi aroma, tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan kala I menurun.
4. Terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata tingkat nyeri dan kecemasan melahirkan kala I sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi. Hal tersebut menunjukkan bahwa terapi aroma lavender efektif untuk menurunkan nyeri dan kecemasan melahirkan primipara kala I.
5. Terapi aroma lavender dapat digunakan untuk meningkatkan rasa nyaman dalam manajemen nyeri dan kecemasan pada asuhan keperawatan ibu melahirkan primipara kala I.

B. SARAN

1. Bagi pelayanan keperawatan

Metode non farmakologi : aromaterapi dapat digunakan sebagai salah satu cara dalam tindakan manajemen nyeri untuk memenuhi dan meningkatkan kebutuhan dasar rasa nyaman dari rasa nyeri juga menurunkan kecemasan pada wanita melahirkan kala I, sehingga kualitas hidup klien dapat meningkat. Meningkatkan pemberian informasi yang dibutuhkan oleh klien secara individual karena sifat klien yang unik serta kebutuhan setiap individu berbeda.

2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.

Penelitian tentang penggunaan terapi aroma dalam keperawatan di Indonesia belum begitu banyak. Diharapkan adanya penelitian lebih lanjut dan mengembangkan tentang pengaruh terapi aroma dalam asuhan keperawatan, Perlu dilakukan pelatihan dan informasi penerapan terapi nonfarmakologi pada klien. Perawat senantiasa membantu klien untuk mengatasi nyeri dan kecemasan yang dirasakan klien dengan tidak mandiri dan kolaboratif. Perawat hendaknya menawarkan kepada klien terapi nonfarmakologi dalam manajemen nyeri. Penggunaan terapi aroma akan lebih baik apabila digabungkan dengan terapi support system yaitu pendampingan suami atau keluarga saat melahirkan.

3. Bagi pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan perlu lebih memperluas lingkup praktek teori terkait manajemen nonfarmakologi dalam mengatasi nyeri dan kecemasan. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah ilmu serta wawasan yang lebih luas bagi

para pendidik dan mahasiswa tentang penggunaan terapi aroma sebagai salah satu terapi komplementer, yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup ibu melahirkan. Didapatkan pula hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk melengkapi penelitian yang sudah ada serta dapat mengembangkan terapi nonfarmakologi bagi praktek mahasiswa dengan memasukkan terapi nonfarmakologi kedalam kurikulum pendidikan.

4. Bagi peneliti selanjutnya.

Penelitian yang akan datang lebih baik jika menggunakan rancangan *time series* sehingga penurunan nyeri dan penurunan kecemasan dapat terlihat setiap waktu. Teknik pengambilan sampel pada penelitian selanjutnya akan lebih baik jika menggunakan teknik pengambilan sampel secara random sehingga dapat lebih menggambarkan populasi. Penggunaan media pada penelitian penelitian yang akan datang lebih baik menggunakan film sehingga proses pembelajaran akan lebih komprehensif. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan wanita melahirkan kala I dengan jumlah sampel yang lebih banyak, dengan demikian lebih dapat menggambarkan populasi yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktek* (Ed. Revisi 4). Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Anwar.(2004). *Upaya menata pengobatan alternative* .
(<http://www.kompas.com/kesehatan/index.htm> pada 02 Des 2007)
- Bagharpoosh, Sangestani, & Goodarzi. (2006). Effect of progressive muscle relaxation technique on pain relief during labor. *Acta Medica Iranica*, 44(3)
- Baker, A. (2001). Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 171-179.
- Bennett,R.V & Brown,L.K. (1999). *Myles textbook for midwives* , *Churchill Livingstone*.
- Bobak. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Burns, E., & Blamey, C. (1994). Using aromatherapy in childbirth. *Nursing Times*, 90(9), 54–60.
- Buckle, J. (2001). The role of aromatherapy in nursing care. *Nursing Clinics of North America*, 36(1), 57-72.
- Buckle, J. (2003). *Clinical Aromatherapy, Essential Oils in Practice*. Second Edition. *Churchill Livingstone*. New York.
- Blamey E et al. (2000). An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*; Volume 6, Number 2: 141-147.
- Burns E., Blamey C., Ersser S.J., Barneston L. & Lloyd A.J. (2000). An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 6(2), 141–147.
- Campbell,L.,Pollerd,A.,&Roeton,C.(2001). The development of clinical practice guidelines for the use of aromatherapy in a cancer setting. *Australian Journal of Holistic Nursing*,8(1),14-22.
- Cook, A., & Wilcox, G. (1997). Pressuring pain: Alternative therapies for labor pain management. *Association of women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses's Lifelines*, 1,36–41.

- Corri.M.T, McKinney. E.S,& Murray.S.S. (1998).*Foundations Of Maternal-Newborn Nursing* ,second edition, WB. Saunders Company.USA
- Crisp.J&TaylorC .(2001).Potter& Parry fundamentals of nursing. Australia. Harcourt Health Sciences.
- Cunningham, G. F. (2005). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Cheung,W.,Lip.W.Y. (2007). Maternal anxiety and feelings of kontrol during labour : a study of Chinese first-time pregnant women.www.elsevier.com.23.123-130.
- Chynthia .x.Pam, MD.; Sean Morrison., Jose Ness.,Adriane .F.B.,& Rusame .(2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life a systematic review, *Journal of pain and symptom management* ,vol 20,no 5 , Elsevier New York.
- Davis. C., Cooke. M., Holzhauser. K., Jones. M, & Finucane. J. (2005). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses, *Australasian Emergency Nursing Journal*, 1-9.
- Department of Health. (2007). *Pain management, aromatherapy section B clinical guidelines King Edward Memorial Hospital Perth Western Australia*. <http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/section/4/8272.pdf>.
- Devita, M. L. (2008). *Aromaterapi*. Retrieved 19 Agustus, 2008: <http://asic.lib.unair.ac.id/journals/abstrak/>.
- Dye, J. (1997). *Aromatherapy for women & childbirth*. Saffron Walden, UK: The CW.Daniel Company LTD.
- Esposito, T. M. & Dekorte, C. J. (2004). *Highlights of aromatherapy in medicine today*. Retrieved 12 Oktober, 2008: www.ProCe.com.
- Françoise Rapp .,2009. *Aromatherapy for Labor and Childbirth* <http://www.aromalchemy.com/education/>.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Cisneros, W., Feijo, L., Vera, Y., Gil, K.,Grina, D., & Claire He, Q. (2005). Lavender fragrance cleansing gel effects on relaxation. *International Journal of Neuroscience*, 115(2), 207–222.
- Gaberson, K. B. (1995). The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal*, 62(5), 784-791.
- Ghelardini C., Galeotti N. & Mazzanti G. (1999) Local anaesthetic activity of the essential oil of *Lavandula angustifolia*. *PlantaMedica* 65, 700–703.
- Ghelardini C., Galeotti N. & Mazzanti G. (2001) Local anaesthetic activity of monoterpenes an phenylpropanes of essential oils.*Planta Medica* 67(6), 564–566.

- Hadibroto, I. & Alam, S. (2006). *Seluk-beluk pengobatan alternatif dan komplementer*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer.
- Han Sun-Hee et al. (2006). Effect of Aromatherapy on Symptoms of Dysmenorrhea in College Students: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 12(6): 535-541.
- Hale, G. (2008). *Lavender – nature’s aid to stress relief*. Retrieved 22 Juli 2008: www.aromatherapy-stress-relief.com.
- Harry, O. & Forte, W. R. (2003). *Ilmu kebidanan : Patologi dan fisiologi*. Bandung: Yayasan Essentia Medica.
- Halcon, L. (2002). Aromatherapy: Therapeutic application of plant essential oils. *Minnesota Medicine*, 85(11), 42–44.
- Henderson, C. (2005). *Buku ajar konsep kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Hutajulu, P. (2003). *Pemberian Valetamat Bromida dibandingkan Hyoscine N. Butil Bromida untuk mengurangi nyeri persalinan*. Digitized by USU digital library
- Hutasoit, A. (2002). *Aromatherapy untuk Pemula*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka.
- Hoi, L.P. (2007). *The effect of music intervention on anxiety and pain in female surgical patients*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing prince of songkla university Thailand.
- Imura M., Misau, H., & Ushijima, H. (2006). The Psychological Effects of Aromatherapy Massage in Healthy Postpartum Mother. *Journal of Midwifery of Women Health*, 1-7.
- Imura, M, Misao H, Ushijima H. (2006). The Psychological Effects of Aromatherapy-Massage in Healthy Postpartum Mothers. *Journal of Midwifery & Women’s Health*; 51 (2); 21-27.
- Johnson, B. S. *Adaptation and Growth: Psychiatric mental health nursing*. (4th Ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Kaina (2006). *Aromaterapi: Pengaruh dan kekuatan aroma dalam kehidupan*. Yogyakarta: Centra Grafindo.
- Keenan, P. (2000). Benefits of massage therapy and use of a doula during labor and childbirth. *Alternative Therapies*, 6(1), 66-74

- Kurniasari.A.,(2006). Analisa tingkat kerentanan bayi berat badan lahir rendah (bblr) terhadap sepsis dengan menggunakan producty limit kaplan meier. *Studi kasus di RSU.Dr.SoetomoSurabaya*.[Http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=adlnfkm-adln-s2-2006-aprilianik-305](http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=adlnfkm-adln-s2-2006-aprilianik-305).
- Kim T et al. (2007). Treatment with Lavender Aromatherapy in the Post-Anesthesia Care Unit reduces. Opioid Requirements of Morbidly Obese Patients Undergoing Laparoscopic Adjustable. Gastric Banding. *Obesity Surgery* 2007; 17: 920-925.
- Kyle L,Temmen,M.(1998) Nursing assessment theory applied to clinical aromatherapy.*Scentsitivity*.12-13.
- Kyle L, Smith,M. C.(2008). Holistic Foundationsof Aromatherapy for Nursing. *Holist Nurs Pract* ;22(1):3–9.
- Kyle . G.,(2006). Evaluating the effectiveness of Aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patiens. *Journal complementary therapies in clinical practice* .Themes valley University, Slough,UK.12,148-155.
- Kuriyama, H., Watanabe, S., & Nakaya, T. (2005). *Immunological and psychological benefits o aromatherapy massage*. Retrieved 27 Juni 2008: <http://ccam.oxfordjournals.org>
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2004). The nature and management of labor pain: Part I. Non pharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68(6), 1-8.
- Ladewig.P,W, London. M.L & Olds. S. B . (1998) . *Maternal newborn nursing care*. Addison Wesley Logman, California.
- Lee, S. H. (2002). Effects of aromatherapy massage on depression, self-esteem,climacteric symptoms in the middle aged women. *Korean Journal of Women'sHealth Nursing*, 8, 278–288.
- Lowdermilk,D.L,Perry,S.E,&Bobak,I.M.(1999). *Meternity Nursing* , fifth edition,Mosby.St. Louis, Missouri.
- Ludington, E. & Dexter, F. (1998). *Statistical analysis of total labor pain using the visual analog scale and application to studies of analgesic effectiveness during childbirth*. Medical Intelligence Article by the International Anesthesia Research Society
- Lukas, M. (2004). *Terapi rasional nyeri*. Jakarta: Aditia Media
- MacKinnon, K. (2004). Aromatherapy: Art or science? Highlights of aromatherapy in medicine today. *USPG*, 8(8).

- Maddocks-Jennings, W., & Wilkinson, J. M. (2004). Aromatherapy practice in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 93-103.
- Maifrisco, O. (2005). *Pengaruh Aromaterapi Terhadap Tingkat Stress Mahasiswa*. Retrieved 15 Agustus 2008: www.indoskripsi.com.
- Mander, R. (2003). *Nyeri persalihan*. Jakarta: EGC.
- May, K.A., Mahlmeister, L.R. (1994) *Maternity and neonatal nursing family centered care*. 3rd. Philadelphia. JB. Lippincott Company.
- Muhimin, M. (1996). *Penanggulangan nyeri pada persalinan*. Jakarta: FKUI.
- Nottingham University Hospital NHS Trust. (2007). *Positive ways to manage pain in labour*. Retrieved 15 September 2008: www.nuh.nhs.uk. Sep 2007.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oh, H. G., Choi, J. Y., Jun, K. K., Lee, J. S., Park, D. K., Choi, S. D., & Jun, T. I. (2000). Antistress effects of three aromatic blends being composed of synergic essential oils and differentiated effectiveness between three of them. *Journal of Korean Aromatherapy Society*, 2(1), 1-23.
- Perez, C. (2003). Clinical aromatherapy Part I: An introduction into nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(5).
- Pillitteri, A. (1999). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing and childbearing family*. Washington: Philadelphia.
- Prawirohardjo, S. (2006). *Ilmu Kedokteran*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Primadiati, R. (2002). *Aromaterapi: Perawatan Alami untuk Sehat dan Cantik*. Jakarta. Gramedia. Pustaka Utama.
- Schnaubelt, K. (1999). *Medical aromatherapy, healing with essential oils*. Berkley, CA: Frog Ltd.
- Sherwood, L. (2001). *Fisiologi manusia dari sel ke sistem*. Jakarta: EGC.
- Shinobi, (2008). *Pijat Aromaterapi*. Retrieved 19 Agustus 2008: http://id.88db.com/id/Discussion/Discussion_reply.page/Health_Medical/?DiscID=1309

- Solehati, (2008). Pengaruh teknik benson relaksasi terhadap intensitas nyeri dan kecemasan klien post seksio di RS Cibabat Cimahi dan RS Sartika Asih Bandung. *Tesis. Jakarta :FIK-UI.(tidak dipublikasikan).*
- Sukowati,U.(2007). Efektifitas paket rilek terhadap rasa nyeri ibu primipara kala I fase aktif di RSUD.Dr. Haryoto Lumajang , Jawa Timur. *Tesis. Jakarta :FIK-UI.(tidak dipublikasikan).*
- Sulistiyowati,R.(2007). Pengaruh aromaterapi lavender secara massage terhadap nyeri kanker di RSUD Ulin, Banjarmasin. *Tesis.Jakarta :FIK-UI.(tidak dipublikasikan).*
- Synder ,M., & Lindquist,R. (2002). *Complementary Alternative Therapy in Nursing.* NewYork: Springer PublishingCompany. Inc.
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). Pedoman Penulisan Tesis. FIK UI.
- Tiran, D. (2006). Complementary therapies in pregnancy: midwives' and obstetricians' appreciation of risk. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 12(1),1-9.*
- Tweed, S. A. (1999). *Affective and biological reaction to the inhalation of the essential oil lavender (lavandula angustifolia, aromatherapy).* Master dissertation.:Christopher Newport University, Virginia, USA.
- Yi, Y. S. (2002). *The effects of aromatherapy on the preoperative anxiety of surgical patients.* Master's Thesis. Seoul, Korea: Kyung Hee University.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P.(2001). *Essentials of Pediatric Nursing* (ed. 6). St. Louis: p.1301
- Woodcock, C. (2008). *Aromatherapy in labour guidelines.* Retrieved 28 Juni 2008: http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient_Information_Leaflets/WPR21180-Aromatherapy.pdf.
- World Health Organisation. (2003). *Perawatan dalam kelahiran normal.Pedoman praktis.* EGC.Jakarta.
- Zwelling, E. (2006). How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN, 31 (6), 2-7.*

PENJELASAN PENELITIAN

Judul penelitian:

“Efektifitas terapi aroma terhadap tingkat kecemasan dan nyeri pada persalinan kala I di rumah sakit dan klinik bersalin Purwokerto”.

Saya Dina Indrati Dyah Sulistyowati, S.Kep.Ns, mahasiswa Progrm Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kekhususan keperawatan maternitas dengan NPM 0706194961. Saya bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui efektifitas terapi aroma terhadap tingkat kecemasan dan nyeri pada persalinan kala I di rumah sakit dan klinik bersalin Purwokerto.

Penelitian ini akan menjangir ibu yang akan melahirkan untuk kemudian diberi intervensi. 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. 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 ucapkan terima kasih.

Purwokerto, Maret 2009
Peneliti,

Dina Indrati Dyah Sulistyowati, S.Kep.Ns,

LEMBAR 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 perempuan melahirkan.

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

Peneliti,

Dina Indrati Dyah Sulistyowati, S.Kep.Ns,

Purwokerto, Maret 2009

Responden,

Panduan Seleksi Sampel

Setiap pasien/ibu hamil atrm yang datang pada kala I dan tidak terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada persalinan patologis maka lakukan anamnesa dan pemeriksaan untuk menetapkan masuk dalam kriteria inklusi atau tidak.

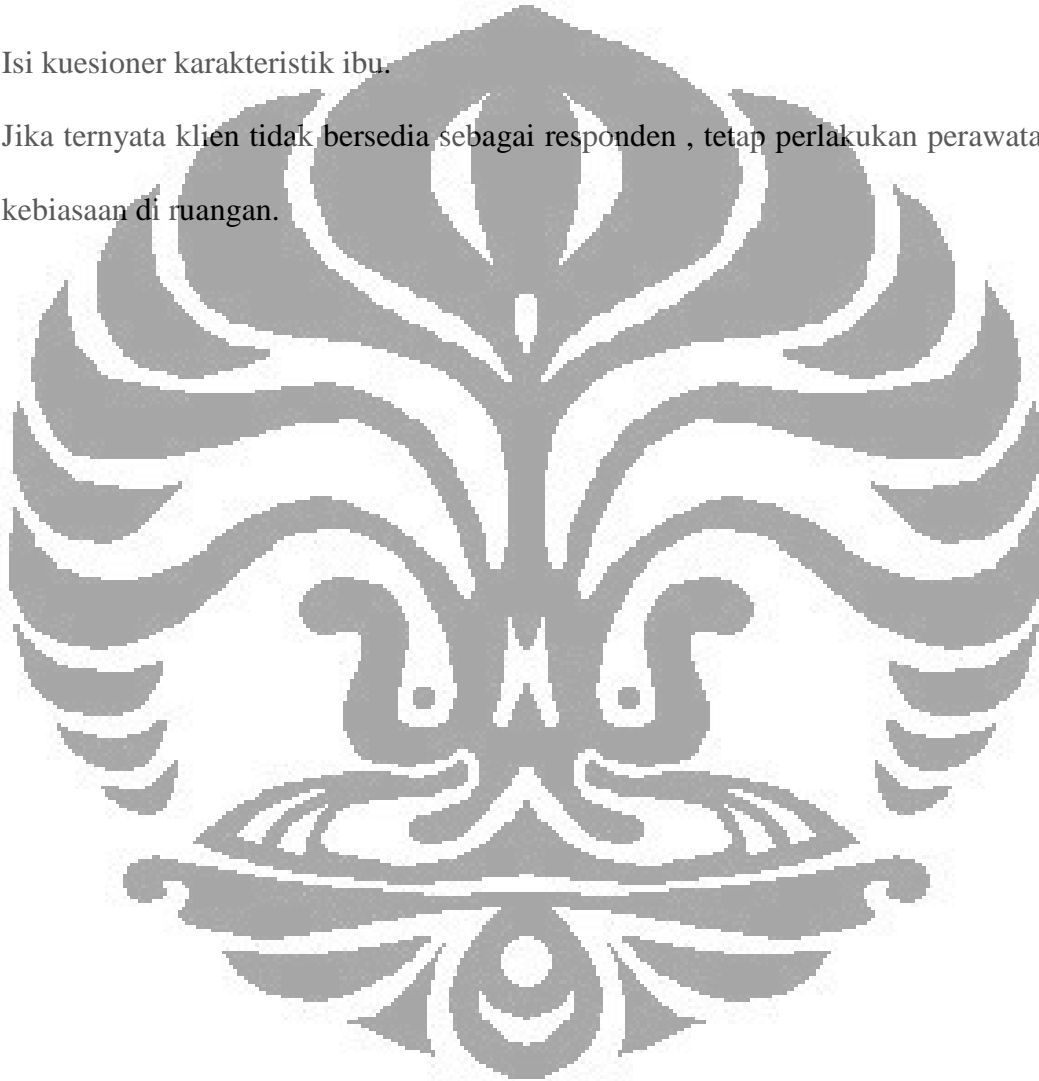
Petunjuk : isilah jawaban pada titik –titik yang disediakan dan beri tanda ceklist (v) pada jawaban yang sesuai dengan hasil pemeriksaan atau anamnesa pada kolom ya atau tidak.

No	Anamnesa dan Pemeriksaan	Jawaban / hasil pemeriksaan	
		ya	tidak
1	Inisial ibu :		
2	Umur ibu :.....th		
3	Primipara		
4	Tidak didapatkan tanda / gejala persalinan patologis (servik lunak, tidak ada tanda cpd, ttv normal, ketuban utuh, tidak mendapatkan analgesik atau induksi persalinan.		
5	Tidak alergi minyak lavender atau bau-bauan		
6	Menyukai bau wangi atau harum		
7	Dilatasi servik belum mencapai 5 cm		
8	Bersedia sebagai responden penelitian		

Keterangan :

Bila semua jawaban dari hasil anamnesa dan pemeriksaan tersebut diatas “ya” artinya klien tersebut memenuhi kriteria sebagai sampel penelitian, maka lakukan :

1. Inform consent
2. Isi kuesioner karakteristik ibu.
3. Jika ternyata klien tidak bersedia sebagai responden , tetap perlakukan perawatan seperti kebiasaan di ruangan.



**Pengukuran Skala Nyeri dan Kecemasan dengan
Visual Analogue Scala (VAS), Face Pain Ranting Scale (FPRS)
dan Numerical Analog Scale (NAS)**

Petunjuk :

1. Tunjukkan skala nyeri (VAS) pada klien, jelaskan dan ajari ibu bagaimana menunjuk tingkat nyeri ibu sesuai yang klien rasakan.
2. Tunjukkan skala kecemasan (NAS) pada klien, jelaskan dan ajari ibu bagaimana menunjuk tingkat kecemasan ibu sesuai yang klien rasakan.
3. Pengukuran dilakukan saat klien tidak kontraksi atau saat relaksasi dan ukur tanda-tanda vital klien.
4. Lingkari angka yang ditunjuk klien tadi dan dokumentasikan.
5. Nilai tingkat nyeri klien, menurut penilaian perawat atau bidan melalui observasi menggunakan skala FPRS dan lingkari pada tingkat nyeri menurut pendapat atau penilaian kolektor data.
6. Lakukan evaluasi pada saat sebelum intervensi (pre test) , dua kali selama intervensi dengan interval 30 menit dan setelah intervensi (post test).
7. Dokumentasikan.

Nama responden :.....

Kode responden :.....

A. Data demografi

Petunjuk pengisian:

- Bacalah pertanyaan terlebih dahulu
- Berilah tanda ceklist (v) pada jawaban yang Ibu pilih.

1. Usia Ibu saat ini tahun

2. Pendidikan formal yang telah ibu selesaikan

SD SMP SMA Akademi/Perguruan Tinggi

3. Apakah Ibu bekerja saat ini:

Ya Tidak

4. Saat ini merupakan kelahiran anak ke.....

5. Saat ini Ibu tinggal dengan siapa:

Sendiri Dengan keluarga inti Dengan saudara

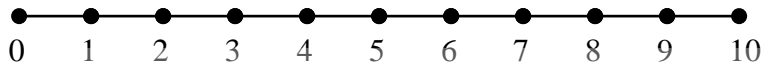
6. Status pernikahan:

Belum menikah Menikah Janda

7. Riwayat kehamilan / umur kehamilan.....

B. Kuesioner kecemasan

Level anxiety :

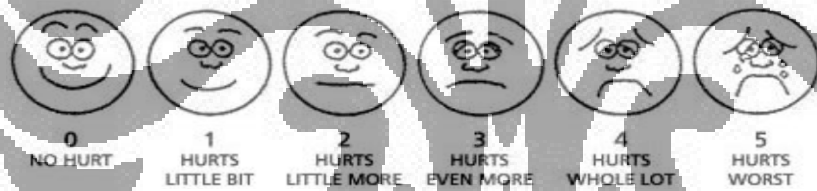


C. Lembar observasi skala nyeri persalinan

1. Skala nyeri VAS



2. Observasi dengan skala nyeri FPRS



	Pre test mulai pembukaan 4 Jam :	30 menit pertama	30 menit kedua	Post test Jam :
Tensi				
Nadi				
Suhu				
Respirasi				
Level anxiety				
Tingkat nyeri VAS				
Tingkat nyeri FPRS				

Keterangan :

Untuk mempermudah persamaan persepsi tersebut maka dilengkapi dengan penjelasan pada tiap-tiap tingkat nyeri sebagai berikut :

Skala	Tingkat nyeri	Penjelasan
0	Tidak menyakitkan	Responden masih mampu berkomunikasi aktif ,tersenyum, bercanda, ceria menyambut kelahiran bayinya atau menyatakan senang menjelang kelahiran bayinya.
1	Sedikit menyakitkan	Responden masih bisa berkomunikasi aktif tetapi kecemasan menurun terutama pada saat kontraksi uterus dengan menunjukkan depresi sedikit meringis sambil memegang perut yang sedang kontraksi
2	Lebih menyakitkan	Kemampuan berkomunikasi aktif menurun karena ada fase menahan nyeri yaitu hanya bicara bila ditanya.
3	Lebih menyakitkan lagi	Malas komunikasi walaupun hanya sekedar menjawab pertanyaan, ekspresi nyeri dengan meringis, tampak jelas sambil dahi berkerut keras, mengeluarkan suara tanda nyeri (aduh-aduh), menggeliat-menggeliat sambil memegang perut pinggang secara tidak menentu, tampak cemas, ingin selalu ditemani perawat, terdengar mulai mengeluarkan suara tangis (merintih).
4	Jauh lebih menyakitkan	Menolak atau tidak mampu komunikasi walaupun hanya sekedar menjawab pertanyaan, menangis, gelisah, gerakan tangan tidak menentu, tanda menahan pada daerah yang terasa nyeri (perut, pinggang), tubuh berbolak-balik.
5	Benar-benar menyakitkan	Menangis dan berteriak, gerakan tubuh, tangan, kaki, badan, tidak terkontrol, kadang berkata kasar, melepas selimut atau baju.

Protokol Intervensi Terapi aroma pada Persalinan

A. Persiapan:

1. Beri penjelasan pada klien sebagai responden tentang apa yang akan dilakukan padanya, manfaat, tujuan, jenis intervensi dan lamanya intervensi.
2. Persiapan alat :
Air, minyak lavender, alat uap/vaporizer, spigmomanometer, stetoskop, thermometer, alat untuk dokumentasi, dan timer.
3. Beritahukan pada responden, bahwa jawaban jujur amat diharapkan.
4. Persiapan ruangan. Setting ruangan bersalin semaksimal mungkin sama antara intervensi dan kontrol, walaupun dengan rumah sakit berbeda.
5. Perawat cuci tangan.

B. Pelaksanaan :

1. Dilaksanakan setelah klien menandatangani lembar persetujuan sebagai responden penelitian.
2. Mengukur tingkat nyeri dan kecemasan responden segera setelah ditetapkan responden masuk fase aktif (pengukuran tingkat nyeri pre test) dengan skala nyeri VAS dan skala kecemasan NAS. Ukur tanda-tanda vital klien.
3. Observasi dengan skala nyeri FPRS. Dokumentasikan pada lembar yang telah disediakan. Menilai rasa nyeri dan cemas pre-test responden dengan tiga pertanyaan terbuka dan jawaban responden didokumentasikan.

4. Setelah pengukuran pre-test, segera melakukan intervensi terapi aroma:
 - a. Siapkan dua sampai lima tetes minyak terapi aroma lavender dalam vaporiser dengan 20 ml air untuk dapat menghasilkan uap air.
 - b. Letakkan vaporizer dalam ruangan bersalin. Ruangan bersalin merupakan ruangan khusus untuk bersalin dengan kapasitas satu klien, terdapat ventilasi udara atau merupakan ruangan tertutup dengan alat pendingin ruangan.
 - c. Lama pemberian atau pemakaian vaporizer maksimal 2 jam.
 - d. Evaluasi tingkat nyeri dan kecemasan setiap 30 menit. Selama intervensi lakukan dua kali pengukuran dan dokumentasikan.
5. Setelah intervensi selesai, segera lakukan pengukuran tingkat nyeri, kecemasan dan tanda-tanda vital, sebagai post-test. Dokumentasikan hasil pengukuran.
6. Dengan demikian pengukuran dilakukan sebanyak 4 kali dengan durasi 30 menit. Begitu pula dengan kelompok kontrol.
7. Selama penelitian prosedur tetap tindakan di ruangan bersalin, baik kelompok intervensi maupun kontrol tetap dilakukan sesuai ketetapan ruangan.

C. Terminasi:

1. Alat-alat dibereskan, vaporizer dimatikan setelah dua jam atau setelah intervensi selesai.
2. Responden diberi tahu akan dipersiapkan untuk menjalani persalinan secara normal.
3. Evaluasi rasa nyeri dan cemas setelah ibu melahirkan dengan tiga pertanyaan terbuka.
4. Berikan dukungan kepada klien. Dokumentasikan jawaban responden.

